

DEPARTAMENT DE PERSONALITAT, AVALUACIÓ I
TRACTAMENTS PSICOLÒGICS

EFICACIA DE LA TERÀPIA COGNITIVA BASADA EN LA
ATENCIÓ PLENA EN EL TRATAMIENTO DE LA
ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN

AUSIÀS JOSEP CEBOLLA I MARTÍ

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA
Servei de Publicacions
2009

Aquesta Tesi Doctoral va ser presentada a València el dia 4 de desembre de 2007 davant un tribunal format per:

- Dra. Cristina Botella Arbona
- Dr. Vicente Simón Pérez
- Dr. Jesús García Martínez
- Dr. Guillém Feixas Viaplana
- Dra. Azucena García-Palacios

Va ser dirigida per:
M^a Teresa Miró Barrachina

©Copyright: Servei de Publicacions
Ausiàs Josep Cebolla i Martí

Dipòsit legal: V-3735-2009
I.S.B.N.: 978-84-370-7492-4

Edita: Universitat de València
Servei de Publicacions
C/ Arts Gràfiques, 13 baix
46010 València
Spain
Telèfon:(0034)963864115

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

FACULTAT DE PSICOLOGIA

**Departament de Personalitat, Avaluació i Tractaments
Psicològics.**



**Eficacia de la Terapia Cognitiva basada en
la Atención Plena en el tratamiento de la
ansiedad y la depresión**

Tesis doctoral presentada per: Ausiàs Cebolla i Martí

Dirigida per: Dra. M^a Teresa Miró Barrachina

València, Maig 2007.

Este trabajo de investigación ha sido posible gracias a la Fundación Canaria de Investigación en Salud (FUNCIS), que financió el proyecto de investigación “Eficacia clínica de la Terapia Cognitiva (basada en la Meditación) en el tratamiento de la Ansiedad y la Depresión de Largo Recorrido”, con la doctora M^a Teresa Miró como Investigadora principal.

En memòria

D'En Salvador Martí i Claver (1923 -2007) i

Na Edelmira Hernandis i Pastor (1925-2007).

Estic especialment agraït als meus pares
Vicent i Mirín per la seua confiança i amor
incondicional, i pel seu suport en tot aquest
llarg i dur procés de doctorar-me, gracies
per animar-me sempre a agafar la senda
del coneixement.

A Carmina, per la seua amistat, paciència,
estima i comprensió (brisp!).

Estoy especialmente agradecido a las dos personas más importantes que he conocido en estos dos años, por sus discusiones interminables y por abrirme la mente a otras formas de entender la psicología, sin ellos hubiera sido imposible mi estancia, os estaré eternamente agradecido: Amado Rivero y Alberto Pastor.

Gracies també a la meua germana Belén i als meus amics, que m'han cuidat aquestos dos anys ja siga via telefònica o via Internet, Luis, Choan, Tania, Dani (Valladolid), Dani (Benicarló), Lau, Pepe, Borja, Pau, Edu, Ester, Xisco, Raül, Titín, Juan y Noe, a la resta també perquè se que han estat també ahí: Juan, Fele, Carlos, Jose, Jorge, Jordi, Diago, Encar, Pere, Joan, etc.

Les altres coses que han facilitat la meua estància en Tenerife i a les que dec moltes de les experiències més enriquidores han sigut el volcà del Teide i el parc natural de Anaga. Gracies per fer-me sentir menut e insignificant.

A Curro, por cuidarme y entenderme en los últimos momentos de la tesis, y por ser uno de mis primeros maestros.

A tots els mestres que he tingut i dels que he après tant i em queda per aprendre de l'art de la Psicoteràpia (per ordre cronològic): Manuel Ramos, Sergio Huguet, Guillem Feixas y María Teresa Miró.

A todos los profesionales de la Salud mental de la Isla de Tenerife que me han colaborado en el proyecto de investigación: Maria José Hernández, Luisa Espinosa, María Teresa Santamaría y Sara Pascual.

Especialmente agradecido a todos los participantes de los grupos de Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena, por confiar en nosotros y por estar tan motivados. Nos lo habéis puesto muy fácil.

Me gustaría agradecer también la ayuda prestada por la profesora Rosa Baños, por su colaboración y comprensión.

Quan en una classe de supervisió amb Guillem Feixas em va comunicar que María Teresa Miro estava investigant en meditació, no tardí ni un dia en posar-me en contacte amb ella. En el procés de decidir entrar en aquest projecte vaig descobrir que si quelcom mereixia el meu més ampli interès i la meua voluntat de saber més eixe era el del àmbit de la meditació. En el meu camí de Beck a Buda m'he trobat amb autors en aquesta mateixa recerca, y que han obert el camí per a desenvolupar les idees que contenen aquest treball doctoral. Per tant, vull agrair tan als psicòlegs que estan investigant aquest tipus de teràpies en tot el món com als grans mestres budistes que amb la seua experiència y saviesa il·luminen la senda de l'alliberament personal y de la compassió.

Ara que acabe i faig revisió, sent que el més fantàstic de fer aquesta tesi ha sigut que jo he format part d'ella, com a meditador des de fa temps tenia gran interès en arribar entendre els mecanismes del seu funcionament prescindint d'explicacions religioses (encara que no son menys interessants), místiques i pseudocientífiques. Durant aquests dos anys no puc quantificar el que he pogut aprendre com a psicòleg, psicoterapeuta i investigador, amb el temps podré situar en la meua història el que ha suposat l'esforç d'escriure una tesi i tot el que après d'ella.

El último agradecimiento y el más importante es para la doctora María Teresa Miró, maestra, compañera y amiga, por su confianza ciega desde el principio, y por dejarme acompañarla en este proyecto que nos ha cambiado para siempre.

Índice

Introducción

PARTE 1. Aspectos teóricos.

1. Nuevas perspectivas en terapia cognitiva: La metacognición como el foco de intervención.

1.1 Introducción a la Terapia Cognitiva.....	24
1.1.1 Historia y conceptos en Terapia Cognitiva.....	24
1.1.2 Método terapéutico.....	27
1.1.3 Terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión y la ansiedad.....	28
1.2. Modelos cognitivos centrados en la metacognición.....	30
1.2.1 Modelo de Subsistemas Cognitivos Interactivos.....	36
1.2.1.1 Prevención de recaídas en depresión.....	38
1.2.1.1 El papel de la metacognición.....	43
1.2.2 Modelo de la Función Ejecutiva Auto-reguladora.....	44
1.2.2.1 El papel de la metacognición.....	47
1.2.2.2 Implicaciones terapéuticas.....	49
1.2.3 La Medida de la metacognición.....	51

2. Fundamentos de la meditación y la Atención Plena.

2.1 Historia y conceptos en la meditación.....	58
2.2 Tipos de meditación.....	61
2.3 El concepto de Atención Plena.....	62
2.4 Perspectiva budista de la Atención Plena.....	66
2.5 La medición de la Atención Plena.....	69

2.6 Atención Plena y procesos psicológicos.....	74
2.6.1 Habilidades cognitivas (metacognición).....	75
2.6.2 Exposición.....	78
2.6.3 Relajación.....	78
2.6.4 Hipnosis.....	80
2.6.5 Atención Plena y auto-observación terapéutica.....	82
2.7 Atención Plena y corporalidad.....	85
2.8 Atención Plena en el ámbito del estudio de la conciencia.....	88
3. Terapias psicológicas basadas en la Atención Plena	
3.1 Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena.....	92
3.1.1 El tratamiento de la TCAP.....	95
3.1.3 Críticas a la TCAP.....	99
3.2 Otras Terapias basadas en la Atención Plena.....	101
3.2.1 Reducción del estrés basado en la Atención Plena	102
3.2.2 Terapia Dialéctico-Comportamental.....	104
3.2.3 Terapia de Aceptación y Compromiso.....	107
3.2.4 Programa de prevención de recaídas en conductas adictivas.....	109
3.3 Aplicaciones clínicas.....	111
3.3.1 Aplicaciones en Psicología de la Salud.....	112
3.3.2 Aplicaciones en Población clínica.....	113
3.4 Conclusiones a este nuevo paradigma.....	116

PARTE II: Estudio Empírico.

4. Objetivos e hipótesis.	123
5. Método.	
5.1 Sujetos.....	129

5.2 Diseño.....	130
5.2.1 Análisis Estadísticos.....	131
5.3 Procedimiento.....	131
5.3.1 Adaptación y cambios.....	133
5.3.2 Descripción de las 8 semanas de tratamiento sesión a sesión...	135
5.4 Instrumentos de medida.....	141
5.4.1 Instrumentos de medida de sintomatología.....	142
5.4.2. Instrumentos de medida de factores cognitivos.....	145
5.4.3 Instrumentos de medida de la Atención Plena.....	148
6. Descripción de la muestra.....	151
6.1 Descripción demográfica de la muestra.....	151
6.2. Descripción clínica de la muestra.....	153
6.3. Número de personas que han contestado cada cuestionario.....	156
7. Niveles de adherencia al tratamiento y nivel de abandonos.....	159
8. Resultados.	
8.1 Eficacia del grupo de tratamiento frente al grupo control.....	166
8.1.1. Comparaciones en las escalas de síntomas.....	167
8.1.2. Comparaciones en las escalas que miden variables cognitivas.....	175
8.1.3. Comparación en las escalas que miden Atención Plena.....	183
8.2. Análisis de las variables que pueden haber afectado al tratamiento.....	191
8.2.1. Experiencia previa.....	191
8.2.2. Presencia de una situación estresante.....	194
8.2.3. Adherencia al tratamiento.....	198
8.2.4. Consumo de fármacos.....	203
8.2.5. Presencia de dolor y enfermedades médicas.....	207

8.2.6. Inicio de síntomas.....	211
8.3 Efectos del tratamiento sobre la muestra con síntomas de depresión.....	212
8.3.1 Eficacia sobre la muestra con una puntuación superior a 18 en el cuestionario BDI.....	216
8.3.2 Diferencias intersujetos entre los que han mejorado y los que no.....	225
8.3.3. Asistencia, práctica y tareas según punto de corte en el BDI.....	234
8.4. Efectos del tratamiento sobre la muestra con ansiedad.....	235
8.4.1 Eficacia sobre la muestra con una puntuación una puntuación superior o igual a 68 en el cuestionario PSWQ.....	237
8.4.2 Diferencias intersujetos entre los que han mejorado y los que no.....	246
8.4.3 Asistencia, práctica y tareas para la muestra con PSWQ \geq 68...252	
8.5 Relaciones entre variables.....	253
8.6. Análisis de los cambios en la metacognición según el instrumento MACAM.....	264
8.7 Análisis de contenido de las valoraciones de los pacientes al finalizar el tratamiento.....	268
9. Discusión y Conclusiones.....	279
10. Bibliografía.....	307
11. Anexo.	319

Introducción

Este trabajo doctoral surge en el marco de la Unidad de Psiquiatría del Hospital Universitario de N.S. de la Candelaria en la isla de Tenerife, de la cual dependen los servicios psicológicos de las unidades de salud mental. Estos servicios sufren un estado de saturación debido a la carencia de profesionales entrenados, y debido también a un progresivo aumento de la demanda de intervenciones psicológicas por parte de los pacientes. Para paliar esta situación de saturación se planteó la necesidad de buscar una alternativa grupal efectiva y de corta duración para el tratamiento de la ansiedad y la depresión, que son los trastornos que generan mayor demanda.

El objetivo general de este proyecto, es la búsqueda de una solución efectiva y eficiente a dos de los problemas crónicos de la mayoría de sistemas públicos de salud mental y en particular del sistema Canario, a saber, a) la saturación de las unidades de salud mental, y b) los niveles de estrés de los profesionales sanitarios.

En este contexto, la Fundación Canaria de Investigación en Salud (FUNCIS), financia un proyecto de investigación de dos años de duración para comprobar la eficacia clínica de la Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena (TCAP, Segal, Williams y Teasdale, 2003) en el tratamiento de la ansiedad y la depresión. Este proyecto está

dirigido por la Profesora María Teresa Miró, y al mismo se incorpora el autor como becario.

Este proyecto de investigación tiene como objetivos principales son: a) la formación de profesionales de las Unidades de Salud mental de Tenerife en un programa de Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena, b) evaluar la eficacia clínica de un programa de Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena para el tratamiento de la depresión y la ansiedad. El trabajo doctoral que aquí se presenta corresponde con el segundo de los objetivos del proyecto, se trata de buscar un programa eficaz para tratar la depresión y la ansiedad, que son los trastornos más frecuentes y los que generan mayor demanda, que pueda ser implementado en grupo. En este contexto, la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena parecía ajustarse bien a lo que se iba buscando.

La Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena (TCAP) es un programa de entrenamiento de 8 semanas de duración, desarrollado por Z. Segal, M. Williams y J. Teasdale. El programa se desarrolló para evitar las recaídas en depresión en pacientes con depresiones recurrentes, a partir de la teoría cognitiva sobre la depresión desarrollada J. Teasdale (Teasdale et al, 1999, 2000, 2002, 2004). La TCAP incorpora el exitoso programa para la reducción del estrés *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) desarrollado por Jon Kabbat-Zinn (Kabbat-Zinn 1990), al marco clásico de la terapia cognitiva de la depresión (conocimiento de la existencia de pensamientos disfuncionales en estados de ánimo disfórico, registro de pensamientos automáticos, práctica diaria, etc...).

La Atención Plena se define como una habilidad, que puede entrenarse y que consiste en “centrar la atención de un modo intencional: en un objeto, en el momento presente, y sin juzgar” (Jon Kabat-Zinn, 1990). La Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena está centrada en la estimulación y entrenamiento de esta habilidad. La Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena (Segal, Williams y Teasdale, 2002) se encuadra dentro del movimiento de las terapias basadas en la aceptación y en la Atención Plena (Hayes y Linehan, 2005, Kabbat-Zinn, 1990). Este movimiento ha sido definido como la “tercera ola” dentro de la Terapia Cognitivo-Conductual, y en el se

engloban terapias como la Terapia Dialéctico-Comportamental, o la Terapia de Aceptación y Compromiso.

En la primera parte de este trabajo doctoral se hace una introducción teórica a la TCAP desde el modelo teórico del que surge, la Terapia Cognitiva, y sus posteriores reformulaciones. El objetivo de la introducción teórica es explicar el camino o evolución de la Terapia Cognitiva hacia la meditación y la Atención Plena.

Este tratamiento utiliza el entrenamiento en Atención Plena a través de la práctica de la meditación, así que también se hace una introducción a la meditación como técnica psicológica, y a la Atención Plena como una habilidad, tanto desde un punto de vista conceptual como histórico, dejando un espacio importante a la medida de esta habilidad y a las bases religiosas de este tratamiento.

Una vez ya se ha introducido las bases de las que surge, la evolución teórica que permite su aparición, y la explicación de los principales componente de este tratamiento, se introduce la propia Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena y sus aplicaciones clínicas. Concluiremos esta parte teórica con una introducción al estado de la cuestión en lo que se viene a llamar las Terapias basadas en la Atención Plena y la Aceptación, y las cuestiones más importantes surgidas desde este movimiento.

La segunda parte de este trabajo doctoral está dedicada al estudio de los efectos de un programa de Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena en dos Unidades de salud Mental de la isla de Tenerife. En un inicio, hay un estudio de los efectos sobre toda la población que ha participado en el estudio, para pasar posteriormente a un análisis de la población con sintomatología Depresiva, y de la población con sintomatología Ansiosa. En este estudio de eficacia se utilizan varios tipos de instrumentos, en primer lugar escalas de síntomas (Ansiedad, Depresión, Estrés, Sensibilidad a la Ansiedad y Preocupación), después se estudia el efecto sobre variables cognitivas mediadoras (estilos cognitivos y metacognición) y se utilizan escalas que miden la Atención Plena. También se analizan las relaciones entre las variables, a través de un análisis correlacional.

Por último, se utiliza también un instrumento para medir metacognición en formato de entrevista semiestructurada (MACAM), y se analizan estadísticamente los resultados obtenidos.

Para terminar esta segunda parte se analizan las opiniones de los participantes al terminar el entrenamiento a través de un cuestionario de preguntas abiertas, para después pasar a las conclusiones y la discusión.

1. Nuevas perspectivas en terapia cognitiva: La metacognición como el foco de intervención

La Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena (TCAP) es una integración de la Terapia Cognitiva, con el programa de reducción del estrés basado en la Atención Plena de Kabat-Zinn MBSR (1985). El acercamiento de la Terapia Cognitiva a la Atención Plena y la meditación no es casual, sino que responde a la propia evolución de la terapia cognitiva hacia modelos de intervención centrados en el desarrollo e la función metacognitiva. La metacognición es un concepto que proviene de la psicología del desarrollo, pero en los últimos años está siendo cada vez más utilizado en psicoterapia para entender determinados procesos y sobretodo para abrir hacia otros cauces, el que ha sido el objetivo tradicional de la terapia cognitiva, la modificación de esquemas cognitivos.

Para facilitar la comprensión de la propuesta de intervención que se plantea desde la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena, me parece necesario introducir antes el modelo terapéutico del que parten sus creadores, la Terapia Cognitiva, y sobretodo las posteriores reformulaciones surgidas como el modelo de Subsistemas Cognitivos Interactivos (Teasdale y Barnard, 1993) o el modelo de la Función Ejecutiva Auto-Reguladora (Wells y Mathews, 1994), desde las que más tarde se fundamentará la propuesta establecida desde la TCAP.

1.1 Introducción a la Terapia Cognitiva

La Terapia Cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de breve duración para el tratamiento de una gran variedad de trastornos psicológicos (Feixas y Miró, 1993). Se basa en el supuesto teórico subyacente de que la conducta de un individuo está determinada en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar o conocer el mundo (Beck, 1967). La Terapia Cognitiva está centrada en el trabajo terapéutico con la cognición. Se entiende por cognición todos los procesos y mecanismos que producen el pensamiento, y también los contenidos o productos de esos procesos (Wells, 1997). El principal objetivo de esta terapia es que el paciente aprenda a resolver problemas o situaciones que anteriormente había considerado insuperables, mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos.

1.1.1 Historia y conceptos en Terapia Cognitiva

El primer autor que se puede considerar que enfocó su modelo desde una perspectiva cognitiva fue G. Kelly (1955). Presentó una teoría de la personalidad, y un enfoque de la clínica y de la terapia que se puede considerar cognitivo, aunque él nunca habló de esquemas cognitivos, sino de constructos personales. Para este autor el conocimiento se organiza jerárquicamente en un sistema de constructos personales o estructura cognitiva global (Feixas y Miró, 1993). Kelly parte de la premisa de que los individuos son científicos que hacen hipótesis y las validan para poder anticipar el futuro, esta metáfora del hombre como un científico será después integrada en la mayoría de aproximaciones cognitivas, e introducida también en el método terapéutico.

Según Feixas y Miró (1993), destacan varios factores en la aparición de las psicoterapias cognitivas, entre ellos, el que más colaboró fue el descontento existente con los tratamientos psicoanalítico y conductista, las dos corrientes más importantes en la década de los 50 y 60. La efectividad de la terapia de conducta solo se veía corroborada por trastornos con notables correlatos conductuales. Y en el caso del psicoanálisis, a la falta de corroboración científica, hay que añadir lo costoso y largo del tratamiento.

Otro factor importante fue la emergencia de la Psicología Cognitiva. Aunque varios autores coinciden en que, al principio, no hubo mucha influencia entre las terapias cognitivas y la psicología cognitiva sino que confluyeron en un *zeitgeist* donde la cognición tenía un papel central (Feixas y Miró, 1993). La unión de la Psicología y la Psicoterapia Cognitiva surge más adelante; a pesar de que nacen en el mismo momento histórico no es hasta la década de los noventa cuando empiezan a aparecer modelos teóricos que intentan unir estos dos modelos. Al final de este mismo capítulo se introducen dos de estos modelos.

La historia de la Terapia Cognitiva como tal, empieza en la década de los años 60 y 70 en Estados Unidos, en los escritos de los autores Aaron Beck y Albert Ellis. Éste último, Albert Ellis (TREC, terapia racional-emotiva conductual) fue pionero en diferenciar entre creencias “racionales” e “irracionales”. Las creencias “racionales” son funcionales y sirven para conseguir lo que se quiere, mientras que las “irracionales” son de naturaleza dogmática y absolutista, producen sufrimiento e impiden que uno consiga lo que quiere. Ellis considera que el núcleo de la mayoría de los trastornos psicológicos se encuentra en la tendencia a pensar de forma irracional. Otra de sus aportaciones importantes consiste en el desarrollo de la técnica de A-B-C, donde A es un suceso, y C una consecuencia de ese suceso, pero B es una creencia que actúa entre A y C, por tanto podemos cambiar C si cambiamos B, incluso sin cambiar A, es decir que no hay conexión directa de A y C, sino es a través de B, por ejemplo, solo si creo que suspender un examen es algo terrible (B), cuando suceda (A) sufriré (C). Ellis elaboró una lista de creencias irracionales donde cada paciente tiene que decir cuales comparte y cuales no, y el terapeuta las va trabajando una por una con el objetivo de que el paciente cambie estas creencias irracionales por otras más racionales (Feixas y Miró, 1993).

El modelo cognitivo de Beck es el que se ha mantenido con mayor vigencia hasta la actualidad, y es al que haremos referencia a lo largo de este trabajo. La Terapia Cognitiva de Beck propone que hay determinados esquemas cognitivos en la formación y mantenimiento de los trastornos emocionales. Beck define los esquemas como “estructuras funcionales de representaciones relativamente estables del conocimiento y la experiencia anterior” (Clark y Beck, 1988; citado en Sanz, 1993).

Estos esquemas se pueden aplicar a sí mismo o al mundo, provocando generalizaciones cognitivas relativamente estables que filtran la información entrante. El procesamiento de información basado en estos esquemas selecciona la información disponible, abstrae su significado y lo integra en los conocimientos almacenados sobre uno mismo. Estos esquemas son los que gobiernan y están detrás de la aparición de pensamientos automáticos.

Los pensamientos automáticos son representaciones conscientes o preconscientes que preceden, acompañan o siguen a un estado emocional problemático (Semerari, 2003). En Terapia Cognitiva el trabajo con este tipo de pensamientos es crucial a la hora de tratar los trastornos emocionales. El proceso de identificar y cambiar los pensamientos automáticos constituye la técnica más comúnmente utilizada. Los pensamientos automáticos se caracterizan por: a) presentarse sin ningún esfuerzo de reflexión, no se decide su aparición, y surgen a un nivel lingüístico; b) no se puede tomar distancia crítica por parte de quien los produce; c) el sujeto tiene la sensación de captar la realidad tal y como es; d) el acceso a estos pensamientos solo es posible con un esfuerzo voluntario de la atención.

La Terapia Cognitiva parte de la premisa de que en los trastornos emocionales existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información. Beck propone que los pacientes deprimidos tienen una serie de “errores cognitivos”, que funcionan de forma automática y que mantienen la depresión, los más comunes son: a) pensamientos absolutistas del tipo “todo o nada”, b) sobregeneralización de una regla o conclusión a partir de detalles que no la justifican, c) filtro mental de una experiencia de manera que solo se atiende a un aspecto de la situación, d) descalificación de lo positivo insistiendo que no “cuenta” por algún motivo, e) Sacar conclusiones precipitadas, f) exagerar la importancia de unos acontecimientos en detrimento de otros, g) existencia de deberes o imperativos personales del tipo “tengo que...” y h) una tendencia atribuirse a uno mismo la responsabilidad de errores o hechos externos aunque no haya base para ello. Estas distorsiones cognitivas son conceptualmente similares a las creencias racionales de Ellis, aunque los esquemas cognitivos de Beck están más orientadas al proceso y son más idiosincrásicos, mientras que la lista de Ellis, es más cerrada y está más orientada al contenido del pensamiento.

La Terapia Cognitiva siempre ha tenido como objetivo prioritario la demostración empírica de la eficacia de sus intervenciones, es por tanto una de las terapias con mayor corroboración científica dentro del abanico de posibilidades de la psicoterapia actual.

1.1.2 Método terapéutico

El proceso terapéutico desde la Terapia Cognitiva utiliza varias herramientas para la exploración y discusión de los esquemas cognitivos, para encontrar aquellos que son disfuncionales y provocan sufrimiento. Las técnicas utilizadas van encaminadas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y los esquemas que subyacen a estas cogniciones (Beck et al., 1983). La Terapia Cognitiva obliga a una actitud introspectiva y dirigida al *Insight*, entendiéndolo como el proceso de tomar conciencia de los significados personales con los que el individuo organiza las experiencias correspondientes a sí mismo y al mundo (Semerari, 2004).

Las técnicas que utiliza la Terapia Cognitiva para el trabajo con los esquemas disfuncionales se dividen en tres tipos: a) empirismo colaborador y alianza terapéutica, b) diálogo socrático y d) descubrimiento guiado.

La Terapia Cognitiva pone gran énfasis en la investigación empírica de los pensamientos, inferencias, conclusiones y supuestos automáticos, de forma que éstos son considerados como hipótesis que deben ser validadas de forma sistemática, y en colaboración con el paciente. La alianza terapéutica se refiere a la necesidad de una buena relación entre terapeuta y paciente, ya que es necesaria para la correcta aplicación del tratamiento, aunque no se considera que sea fuente de curación en sí misma, al contrario que el psicoanálisis. Esta alianza terapéutica incluye el acuerdo entre el terapeuta y el paciente acerca de los objetivos y tareas de la terapia, así mismo incluye el reconocimiento de sentimientos positivos recíprocos.

El diálogo socrático es otra herramienta básica de trabajo. A través de esta forma de diálogo el terapeuta va obteniendo información e identificando los pensamientos automáticos disfuncionales, y va desentrañando los esquemas subyacentes que los mantienen. Para esto, se confrontan y cuestionan los esquemas a través de

preguntas, por lo que van apareciendo nuevas hipótesis dadas por el terapeuta y que el paciente debe juzgar. No se trata tanto de convencer como de desarrollar una capacidad crítica. Durante este diálogo, el terapeuta plantea preguntas sencillas y claras, y se adapta al lenguaje del paciente.

El descubrimiento guiado incluye técnicas como la explicación del terapeuta de los principios y métodos de la terapia, así como los mecanismos cognitivos del trastorno que sufre, y el uso de auto-registros de pensamientos. El objetivo de los auto-registros, es que el paciente comprenda la relación entre una situación vivida y la experiencia que la acompaña a través de la auto-observación. En primer lugar se pide al paciente que tome nota de cuales son las emociones principales relacionadas con la experiencia problemática, después se le pide que señale la situación y las circunstancias donde se inscribe, y en tercer lugar que diga cuales han sido las imágenes o pensamientos que han aparecido antes, mientras y después de la emoción. Las tareas para casa son un componente crucial que forma parte del tratamiento cognitivo, y que constituyen un importante vehículo a través del cual se obtienen datos que sirven para refutar muchos de los pensamientos y creencias negativas.

1.1.3 La Terapia Cognitiva en el tratamiento de la ansiedad y la depresión

La Teoría de Beck propone la hipótesis de la especificidad del contenido de los esquemas cognitivos, según la cual cada trastorno tiene un perfil específico a todos los niveles de funcionamiento cognitivo. En otras palabras, la terapia cognitiva se centra en el tipo de contenido, de manera que se propone que es la diferencia en el contenido cognitivo la que determina el tipo de trastorno psicológico que un individuo manifiesta (Sanz, 1993). Por tanto, los individuos depresivos y ansiosos difieren en términos de contenido de los esquemas disfuncionales, no en el proceso, ya que esos esquemas son los que distorsionan los procesos implicados en la percepción y recuperación de la información.

En la siguiente tabla se recogen los perfiles cognitivos que diferencian la ansiedad de la depresión (Sanz, 1993; extraído de Beck y Clark, 1988). Estas diferencias se estructuran según el sistema taxonómico cognitivo de Ingram y Kendal (1986; citado en Sanz, 1993 y en Feixas y Miró, 1993). Este sistema diferencia entre; a) las

proposiciones cognitivas, que se refieren al contenido de la información que se almacena. Incluye el conocimiento episódico, el semántico, la información generada y las creencias; b) las operaciones cognitivas, que son los procesos como la atención, la codificación y recuperación de la información y c) los productos cognitivos que incluye los pensamientos y cogniciones que el individuo experimenta y de los puede tener conciencia.

Depresión	Ansiedad
Diferencias en Proposiciones cognitivas	
Contenido relacionado con pérdidas dentro del dominio personal y con una visión negativa del yo, del mundo y del futuro.	Contenido relacionado con amenazas físicas o psicológicas al dominio personal y con un sentido incrementado de vulnerabilidad.
Diferencias en Operaciones Cognitivas	
Selectividad con un procesamiento realizado de la información negativa autoreferente y una minimización del material positivo.	Selectividad en el procesamiento de indicios de amenaza con una estimación exagerada de la vulnerabilidad.
La atención autocentrada puede reducir el interés por estímulos externos	La atención autocentrada refleja los intentos por ganar el control sobre los estímulos externos e internos.
Diferencias en Productos Cognitivos	
Las valoraciones negativas son globales, exclusivas y frecuentes.	Las valoraciones negativas son selectivas y específicas a situaciones de miedo.
Las valoraciones negativas son absolutas y conclusivas.	Las valoraciones negativas son de naturaleza tentativa.
Los sucesos negativos están orientados hacia el pasado y se ven como predeterminados.	Se anticipan posibles sucesos negativos en el futuro "el fenómeno del qué ocurrirá si".
Pensamientos que implican pérdidas y fallos.	Pensamientos que implican amenazas y peligros.
Los pensamientos automáticos usualmente toman la forma de autoafirmaciones negativas.	Los pensamientos automáticos a menudo toman la forma de preguntas acerca del peligro presente y de las posibilidades futuras.

Perfiles cognitivos para la ansiedad y la depresión (Sanz, 1993; extraído de Beck y Clark, 1988).

Tanto en la ansiedad como en la depresión hay un exceso de atención autocentrada sobre cualquier aspecto del sí mismo (atención a las sensaciones físicas, a las emociones o pensamientos o a las metas que uno se ha establecido). Pero esta atención es diferente según se trate de la ansiedad o la depresión; en el caso de la ansiedad hay una motivación de centrar la atención y controlar la conducta internamente, para así activar conductas de afrontamiento a posibles peligros. En el

caso de la depresión, esta atención está relacionada con una retirada de toda estimulación exterior, con una reducción en la sensibilidad a la información externa.

La Terapia Cognitiva ha evolucionado mucho a partir de los postulados de Beck, desde la salida del libro ya clásico “Terapia Cognitiva en el tratamiento de la depresión” Beck, Rush, Shaw y Emery (1979), se han desarrollado modelos e investigado empíricamente la aplicación de la Terapia Cognitiva a otros trastornos como los trastornos de personalidad (Beck y Freeman, 1990), las adicciones o a otras poblaciones, niños, parejas, etc.

1.2 Modelos Cognitivos centrados en la metacognición

Tradicionalmente la Terapia Cognitiva ha entendido que los diferentes trastornos psicológicos están definidos por valoraciones o esquemas específicos. Como ya hemos visto, los trastornos depresivos se diferencian de los trastornos de ansiedad, en que los primeros tiene una serie de creencias e imágenes disfuncionales de pérdida y una visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro (Beck et al, 1979). Los trastornos de ansiedad, en cambio, se caracterizan por una anticipación de amenazas o peligros. (Beck et al, 1987; Ingram et al, 1987).

Las investigaciones muestran que los pacientes que han sido tratados con Terapia Cognitiva tienen menos posibilidades de recaer que los pacientes tratados con farmacoterapia (Teasdale, Segal y Williams, 1995), siendo los dos efectivos en el tratamiento de la depresión. Esto induce a pensar que la Terapia Cognitiva genera algún tipo de cambio en la manera de pensar que sirve de protección para futuras recaídas, más allá de la mera sustitución de creencias disfuncionales. Hay autores que disienten en que el objetivo de la terapia cognitiva deba ser exclusivamente la modificación del contenido de los pensamientos (Teasdale, 1999; Semerari, 2004), y que la exploración de ese contenido aporta poca información para entender los mecanismos de funcionamiento de los trastornos emocionales. El concepto que surge como clave para completar la intervención en Terapia Cognitiva es el de metacognición.

El termino metacognición fue introducido por Flavell (1976, 1981) en el contexto de la psicología del desarrollo, “Cualquier conocimiento o actividad cognitiva que toma como

objeto, cualquier aspecto de cualquier empresa cognitiva, se llama metacognición porque su significado esencial es “cognición de la cognición”. Este autor distingue dos componentes: el *conocimiento metacognitivo* y la *experiencia metacognitiva*. Cuando se refieren a conocimiento metacognitivo, se refiere a la parte del conocimiento que tiene que ver con las personas como seres cognitivos con tareas cognitivas, metas, acciones y experiencias, por ejemplo sería el conocimiento de que uno es mejor en aritmética que en ciencias naturales (Semerari, 2004). También se puede entender como el factor que incluye el conocimiento sobre las creencias acerca de los factores que afectan al curso y resultados del proceso cognitivo. El otro componente de la metacognición es el constructo *experiencia metacognitiva*. Se refiere a las experiencias cognitivas o afectivas que acompañan o pertenecen a cualquier logro intelectual, por ejemplo se refiere al sentido intuitivo de que se conoce algo, la sensación de que se comprende algo que haya dicho o escrito alguien (Teasdale, 1999), también se puede entender como una especie de sentido intuitivo de que uno conoce cierta información o conocimiento, aunque no la pueda recordar o elaborar. En otras palabras, la experiencia metacognitiva hace referencia a la capacidad de darse cuenta.

La metacognición es una función que utilizamos continuamente en nuestra vida cotidiana cuando hacemos algún tipo de reflexión sobre nuestros pensamientos, nosotros mismos, o cuando tenemos la capacidad de entender que nuestra forma de ver las cosas no es la única posible, y que es posible que haya más de una lectura de la realidad. Las habilidades metacognitivas son las que desarrollamos al pensar no tanto en el “que”, sino en “como” pensamos, así pues, nos da una visión global sobre nuestro modo de razonar.

El concepto metacognición está muy unido a otro aspecto clave dentro de la psicoterapia, la teoría del apego. Los principales investigadores de esta visión de la metacognición son Main y Fonagy, y entienden la capacidad metacognitiva (lo llaman capacidad de mentalizar) básicamente como “la capacidad de comprender la naturaleza meramente representacional del propio pensamiento (y del de los demás)”. Para Fonagy (1996) la metacognición es una habilidad que solo surge en el contexto de un apego seguro, y está vinculada al hecho de que la figura de apego entienda, y trate las señales del niño de manera sensible, entendiendo al niño como un ser

pensante, lo que permite que éste desarrolle una comprensión de los estados mentales, es decir, una teoría de la mente. Este concepto, el de teoría de la mente, surge en el ámbito de los estudios de primatología (Premack y Woodruff, 1978), y la definen como “la posesión de una representación del acontecimiento mental y a la capacidad de atribuir estados mentales a uno mismo y a los otros, y prever y/o explicar el comportamiento manifiesto a partir de tales datos”. El concepto Teoría de la Mente está incluido como un componente básico de la metacognición. A pesar de que el concepto metacognición surge en el contexto de la psicología del desarrollo (Flavell, 1979) en los últimos años ha cobrado gran importancia en la psicopatología y en la psicoterapia.

La Terapia Cognitiva en sus orígenes ya se plantea el concepto metacognición, sobretodo el componente descentramiento o diferenciación entre la perspectiva propia y la ajena, pero no plantea intervenciones específicas orientadas al desarrollo de esta habilidad, sino que las intervenciones van orientadas al cambio de las creencias consideradas disfuncionales. Las técnicas tradicionales de la Terapia cognitiva como las de auto-observación (auto-registros), de investigación tipo ABC, o las preguntas del terapeuta, van dirigidas a la diferenciación de los estados mentales internos, una de las funciones básicas de la metacognición. La intervención cognitiva estándar está entrenando la metacognición cuando estimula la diferenciación entre la realidad externa o el hecho sucedido, y la experiencia o representación interna, un ejercicio clásico de auto-registro en la Terapia Cognitiva. Las técnicas de Terapia Cognitiva aumentan las funciones metacognitivas, pero el problema es que presuponen su buen funcionamiento, para Semerari (2003) hace falta tener un buen funcionamiento metacognitivo para que la intervención cognitiva sea efectiva, y por eso, es necesario adaptar la Terapia Cognitiva al trabajo con pacientes graves o con cualquier paciente que tenga la función metacognitiva mermada.

Lo que proponen los autores que están investigando en metacognición como Semerari o Teasdale, es que la Terapia Cognitiva debe ampliar sus intervenciones hacia el desarrollo de la función metacognitiva, ya que es el elemento clave para continuar desarrollando el modelo cognitivo, y puede aportar un tercer eje diagnóstico que se puede añadir a los contenidos y las estructuras, objetivo tradicional de la intervención cognitiva.

El incremento de la función metacognitiva representa un importante factor terapéutico de las psicoterapias, y parece estar estrechamente relacionado con la estabilidad de los mejoramientos obtenidos. En Terapia Cognitiva, el concepto metacognición se ha utilizado para explicar las recaídas en depresión (Teasdale, 1999), el consumo de sustancias (Tonneatto, 2002), cubrir las limitaciones que tiene para el trabajo con trastornos graves (Semerari, 1999) o ampliar el trabajo con trastornos de ansiedad (Wells, 1997, 2001).

Uno de los modelos más interesantes sobre la metacognición en Terapia Cognitiva es el desarrollado por Semerari y su grupo. Proponen que la función metacognitiva se entienda como una dimensión, en la mayoría de personas tiene un funcionamiento normal, pero en determinados ocasiones o sucesos esta función puede reducirse o mostrar un déficit. Este déficit se puede mostrar en tres contextos: los limitados al área sintomática, las alteraciones dependientes del contexto o los déficit generalizados y estables (Semerari, 1999). El modelo de Semerari y su grupo separa la función metacognitiva en tres subfunciones independientes entre sí:

Función de Dominio: Es la capacidad del individuo de representarse ámbitos psicológicos en términos de problemas a resolver y de elaborar estrategias adecuadas para la resolución de problemas en niveles crecientes de complejidad.

Función de comprensión de la mente ajena / descentramiento: Por descentramiento se entiende la capacidad del sujeto de representarse sucesos mentales y de realizar operaciones heurísticas sobre el funcionamiento mental ajeno sin referirse exclusivamente al propio funcionamiento mental. Lo contrario del descentramiento es el pensamiento egocéntrico. La comprensión de la mente ajena es entendida como una habilidad, pero cuando se habla de descentramiento se entiende la capacidad de ejercitar dicha habilidad. El requisito básico para la comprensión de la mente ajena es la capacidad de percibir al otro como una persona distinta, con una vida mental autónoma. Estos dos aspectos son esenciales, y aunque los valoran unidos, no son sinónimos. Lo que valoran es la capacidad del sujeto de tomar consciencia de aquello que es subjetivo y así adquirir la capacidad de discriminar entre el mismo y el otro.

La función de autorreflexión: Es la capacidad de discriminar y definir los componentes de los propios estados internos. Se trata de la capacidad de reconocer y caracterizar las propias acciones cognitivas y los estados emocionales. Se valora la capacidad del sujeto de representarse sucesos mentales y realizar operaciones cognitivas heurísticas sobre su propio funcionamiento mental, es decir, la capacidad de entender la mente propia como autónoma, y por tanto entender que sus contenidos solo vienen determinados por el exterior de forma indirecta.

Estas tres subfunciones son independientes unas de otras, de tal forma que pueden existir carencias en unas mientras en otras el mecanismo puede ser correcto. En el trabajo clínico, la terapia debe partir de una evaluación de estas tres subfunciones, y ver en cual hay carencias, para así estimular uno de estos tres aspectos de la metacognición, o a los tres a la vez.

Lo que propone Semerari no es abandonar las técnicas de terapia cognitiva en el trabajo con pacientes graves sino orientarlas metacognitivamente, es decir separar las técnicas tradicionales según qué ámbito o subfunción de la metacognición afectan.

Muchos autores coinciden en que generar procedimientos para incrementar la conciencia metacognitiva de los pacientes debe convertirse en uno de los objetivos centrales de la investigación cognitiva contemporánea (Palm-Beskow, Beskow y Miró, 2002; Teasdale et al., 2002). La investigación de las funciones metacognitivas en la psicopatología es un ámbito de investigación novedoso, y ya se ha investigado el papel que tiene en muchos trastornos, como la depresión (Teasdale, 1993,1999) o ansiedad generalizada (Wells y Carter, 2001), Trastorno Obsesivo-compulsivo (Wells y Papageorgiou, 1998), Abuso de sustancias (Toneatto, 1999, 2002), Trastorno Límite de la Personalidad (Semerari, Carcione, Dimaggio, Nicoló, Pedone y Procacci, 2005, Liotti, 1996), Esquizofrenia (Lysaker, Carcione, Dimaggio, Johannesen, Nicolò, Procacci y Semerari, 2005), la Hipocondría (Bouman y Meijer, 1999), las alucinaciones (Morrison y Wells, 1993), la ansiedad social (Hartman, 2002), Ideación Paranoide (García-Montes, Cangas, Pérez-Álvarez, Hidalgo, y Gutiérrez, 2005).

Desde el punto de vista técnico, el cambio fundamental que supone centrarse en la metacognición, se refiere a la estrategia de “descentramiento” o “desidentificación” que

permite a los sujetos relacionarse con las experiencias negativas como eventos mentales pasajeros que pueden ser observados dentro de un campo más amplio de conciencia. Por tanto, el objetivo principal de las aplicaciones de estas terapias cognitivas orientadas a la estimulación de la metacognición es entrenar a los pacientes para que puedan experimentar los pensamientos y sentimientos negativos desde una perspectiva descentrada, que les permita tomar distancia.

En los últimos diez años han aparecido modelos cognitivos que incluyen la metacognición como el ingrediente básico sobre el que hay que enfocar las intervenciones cognitivas. Lo que tienen en común los modelos que voy a presentar, es que ponen las bases para la ampliación de los objetivos de cambio a los que se había dedicado tradicionalmente la Terapia Cognitiva.

Más adelante profundizaré sobre dos modelos cognitivos que incluyen la metacognición como un sistema integrado dentro de la estructura cognitiva; el ICS (*Subsistemas Cognitivos Interactivos*, Teasdale y Barnard, 1993) y el S-REF (*Función Ejecutiva Auto-Reguladora*, Wells y Matthews, 1996). Estos modelos surgen desde las teorías del procesamiento de la información, incluyen varios niveles de funcionamiento cognitivo, y le dan más importancia a aspectos que tradicionalmente la Terapia Cognitiva había entendido que eran secundarios como la metacognición o la atención. Estos dos modelos establecen un puente entre la Psicología Cognitiva y la Psicoterapia Cognitiva (Vázquez, 2003, Scherer-Dickson, 2004), y son modelos cuya principal prioridad es buscar la evidencia empírica de sus hipótesis y sobretodo extraer conclusiones que ayuden a entender mejor el proceso terapéutico, y los mecanismos operativos en el cambio terapéutico, para contribuir a mejorar la eficacia de la Psicoterapia.

Estos modelos, sobretodo el modelo de Subsistemas Cognitivos Interactivos (Teasdale y Barnard, 1993), son la base sobre la que después se fundamentará la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena (Segal, Williams y Teasdale, 2003) que es el objeto de estudio de este trabajo doctoral.

1.2.1 El Modelo de los Subsistemas Cognitivos Interactivos

El modelo ICS (Interacting Cognitive Subsystems), desarrollado por J.D. Teasdale y P.J. Barnard (1993), es un modelo computacional que pretende dar un giro al modelo clásico de la Terapia Cognitiva para la Depresión, ampliándolo para hacer frente al tratamiento de las recaídas. Este modelo es la base de la que surge después la Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena (Segal, Williams y Teasdale, 2003).

El modelo ICS propone que en la representación del conocimiento y de los diferentes aspectos de la experiencia, intervienen diferentes códigos o tipos de información. Estos códigos representan diferentes sistemas y niveles: en el nivel más superficial están los tres códigos sensoriales, que son el visual, el acústico y el propioceptivo (estado del cuerpo o corporalidad). En el siguiente nivel podemos encontrar los niveles intermedios (lenguaje).

A un nivel más profundo, al nivel de significados, este modelo plantea que existen dos tipos de significados que se corresponden con dos tipos de códigos: uno específico y otro más genérico. El significado específico corresponde al código *Proposicional*, que se refiere a conceptos y sus relaciones entre ellos, implica una relación directa con el lenguaje declarativo y es un tipo de significado explícito. No tiene relación con las emociones. Trabajar con este código de significado quiere decir que es posible discutir a un nivel intelectual los significados específicos relacionados con la emoción sin, necesariamente, sentir la emoción asociada ni actuar conforme a esa emoción.

El código *Proposicional*, genera unidades de significado (proposiciones) sujetas a valores de verdad, y por tanto se pueden juzgar como verdaderas o falsas; estas unidades son analíticas, definidas por reglas explícitas, con posibilidad de estructurarse jerárquicamente, y que permiten organizar el conocimiento en rasgos semánticos, redes semánticas o esquemas.

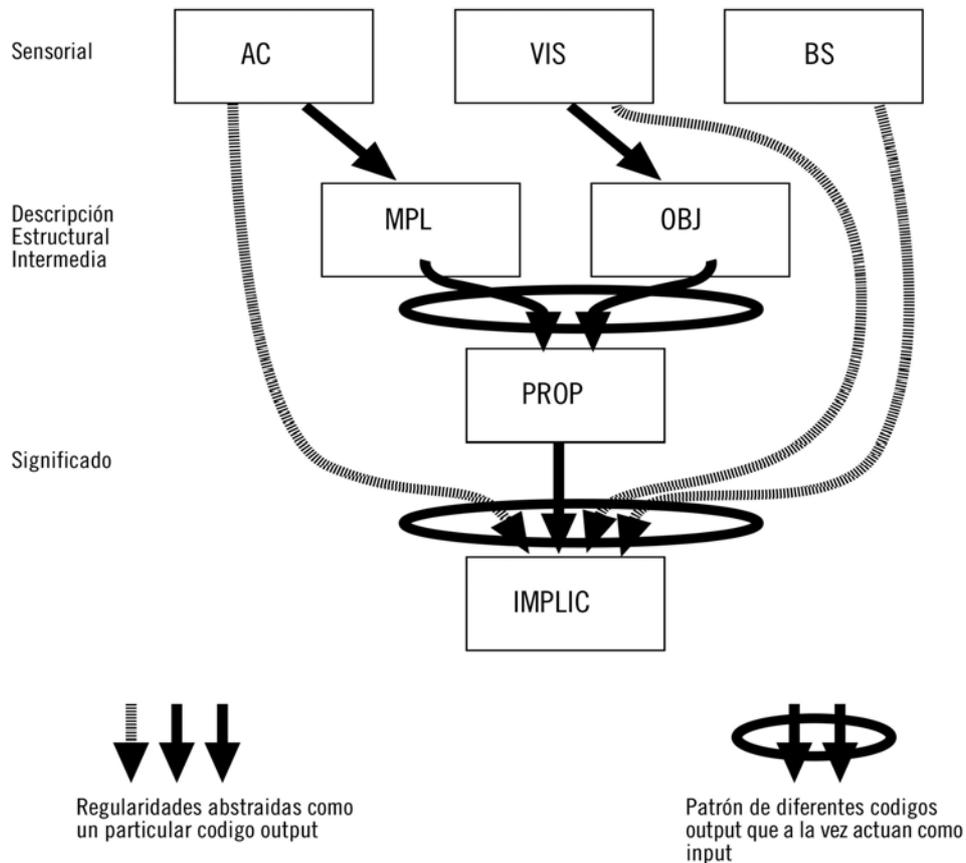


Figura 1. Modelo ICS (Subsistemas Cognitivos Interactivos: la relación entre lo sensorial, intermedio, y códigos de significado (AC, Acústico; VIS, Visual; BS, Estado del cuerpo; MPL; lenguaje; OBJ, objeto; Prop, Proposicional; IMPLIC, Implicacional).(Teasdale y Barnard, 1993),

El otro nivel de significado, el código *Implicacional*, es más genérico y representa un modo de significado esquemático y holístico. Los significados *Implicacionales* están a un nivel implícito. Este código no está directamente relacionado con el lenguaje. Rasgos sensoriales como el tono de voz, la postura, etc... pueden aportar mucha información en este código. Cada una de las variables del código Implicacional (estado del cuerpo, sensaciones, etc...) corresponde a una dimensión conectada con experiencias anteriores, tiene un valor que puede no estar relacionado con lo que sucede en el momento. Sólo el código *Implicacional* está conectado con la emoción.

La analogía utilizada por Teasdale y Barnard (1993) para explicar las diferencias entre estos dos códigos es la de la diferencia entre un poema y una frase, las dos son un conjunto de letras y fonemas con significado, pero el poema tiene un significado global

y “holístico” que supone algo más que la suma de letras y fonemas. En un nivel *Implicacional* está incluido el tono en el que es leído, el acento o la postura corporal. Lo que viene a decir el modelo ICS es que hay más de un proceso funcionando simultáneamente dentro del acto de conocer, y que no solo los pensamientos tienen efecto sobre las emociones, sino que estas funcionan de forma simultánea por varias vías o códigos de significado, de lo que se extrae que la intervención debería ir enfocada a todos los códigos de significado.

La forma en que el ICS separa estos dos códigos de significado, es otra forma de nombrar o distinguir entre el conocimiento tácito y el explícito o el digital y analógico. Según Vázquez (2003) comentando el modelo ICS, las terapias cognitivas han estado muy centradas en los componentes *Proposicionales* y ha obviado el resto de componentes. El concepto cognición dentro de la Terapia cognitiva se ha limitado en general a elementos de contenido verbal (ej; pensamientos o recuerdos), lo que en el modelo ICS se llama contenido *Proposicional*, en cambio apenas se presta atención a los códigos *Implicacionales*, más esquemáticos, que pueden ser inconscientes y que no son fácilmente verbalizables. Es decir hay muchos códigos informativos no estrictamente verbales que pueden contribuir de un modo importante a nuestro estado emocional.

1.2.1.1 Modelo ICS para las recaídas en Depresión

El modelo ICS se desarrolló para el estudio de la depresión y sus recaídas. Pretende dar una explicación a la vulnerabilidad que se genera después de haber tenido una depresión, y que hace que aumente significativamente las posibilidades de tener otra. Existen estudios que hablan de que al menos el 50% de los pacientes que se recuperan de un episodio depresivo tendrán a lo largo de su vida por lo menos otro, y aquellos pacientes con una historia de 2 o más episodios tienen un 80% de posibilidades de que ocurra otra vez, y cada vez, el intervalo entre recaídas es menor (citado en Segal, Williams y Teasdale, 2000).

El antecedente inmediato a la generación de una depresión, es el procesamiento de modelos esquemáticos que codifican significados con temas depresógenos, como visiones generales negativas de uno mismo como inútil y sin valía, o de las dificultades

presentes como altamente aversivas, incontrolables y con alta probabilidad de persistir en el tiempo (Segal, Teasdale y Williams, 2000). De acuerdo con este análisis, el mantenimiento del estado depresivo es dinámico, depende de creaciones continuas, y de la regeneración de modelos esquemáticos que codifican temas depresógenos. Así que se puede decir que si la síntesis de dichos modelos esquemáticos cesa, la depresión desaparece.

La figura 2 (p. 12) ilustra el ciclo del engranaje depresivo. Se distinguen dos bucles interconectados, que una vez establecidos, pueden actuar regenerando modelos de esquemas depresógenos y de esa forma mantener la depresión.

El primer bucle, el “cognitivo”, es el motor central en la configuración del engranaje depresivo. El procesamiento de información con contenidos depresivos y negativos domina la interacción entre subsistemas, que tratan con los significados de alto orden (*Implicacionales*) y con los específicos (*Proposicionales*). Los modelos esquemáticos depresógenos (a nivel *Implicacional*) generan significados negativos específicos (como atribuciones a fallos sobre la globalidad de la persona, inadecuaciones globales del carácter) y estos a su vez regeneran los modelos esquemáticos depresógenos, generando otros muy parecidos a aquellos desde los cuales son derivados, y así el ciclo se mantiene.

El otro bucle, el “sensorial” opera a través del *feedback* sensorial de los efectos de la depresión en el cuerpo. El *feedback* sensorial viene generado por las consecuencias corporales (físicas) del estado de depresión, que han sido recurrentes en situaciones previas, en las cuales se ha experimentado depresión (por ejemplo experiencias tempranas de pérdida). Por tanto, dicho *feedback*, en conjunción con las contribuciones del bucle cognitivo, puede actuar para regenerar aún más los modelos esquemáticos depresógenos y así dotar a los engranajes depresivos de propiedades auto-perpetuadoras (Teasdale, Segal y Williams, 1995). Los modelos esquemáticos depresógenos (nivel *Implicacional*) reciben contribuciones desde ambos patrones, desde los de significados específicos (*Proposicionales*) y desde el bucle de información sensorial, que han sido repetidamente procesados en situaciones previas, a lo largo de la historia vital, y asociados a esos patrones de significado.

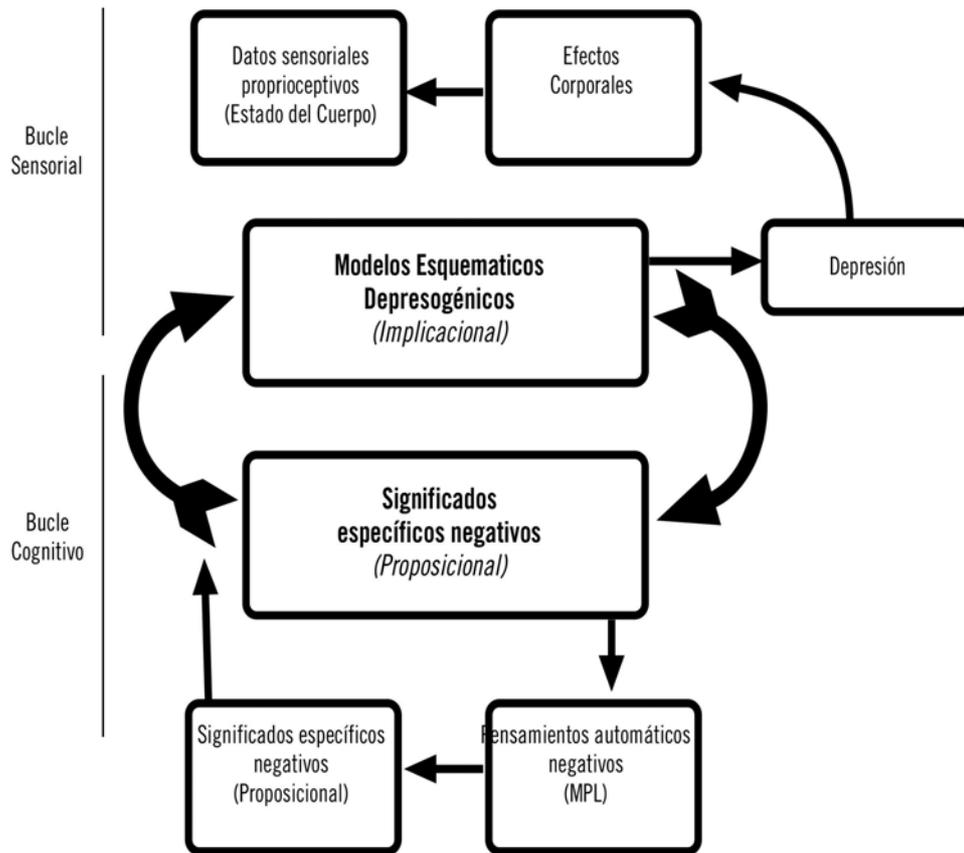


Figura 2. Este diagrama representa el engranaje depresivo: una configuración de un procesamiento que se auto-perpetua que puede establecer / mantener el estado depresivo. El motor central de la cognición (Implicacional-Proposicional-Ciclos implicacionales) en las flechas más gruesas.

La información que circula en los bucles cognitivos del engranaje depresivo es similar a los modelos cognitivos de autocentramiento negativo sobre uno/a mismo/a (Pyszczynski y Greenberg, 1987, comentado en Teasdale et al, 1995) o rumiador (Nolen-Hoeksama, 1991). Este contenido es predominantemente negativo, auto-relatado y focalizado en las discrepancias entre el estado percibido actual de sí mismo y el estado deseado, y a menudo parece estar relacionado con los intentos de encontrar la causa de la depresión o en aspectos de inadecuación personal. Estos razonamientos no solo fallan en conseguir dicha meta, sino que además mantienen las discrepancias entre el presente y el estado deseado en un proceso circular, que se auto-perpetua, en lugar de reducir la depresión.

El análisis ICS asume que la vulnerabilidad cognitiva a la depresión persistente y a las recaídas en depresión está relacionada con la facilidad con la que la configuración del engranaje depresivo puede ser restablecida en momentos de ánimo disfórico.

Después de la recuperación de una depresión, es más fácil que estados ligeros de depresión, reactiven ciclos depresógenos del procesamiento cognitivo.

Por tanto, el objetivo de un posible tratamiento de las recaídas en depresión no debe ser evitar los estados de tristeza o infelicidad, sino reducir la probabilidad de que los ciclos rumiativos, que son los que mantienen los engranajes depresivos, se establezcan en momentos de incremento de disforia. Desde este modelo, el bucle sensorial se retroalimenta por el estado del cuerpo (expresión facial, posición encorvada, etc...), por tanto si la intervención va dirigida a este subsistema todo el engranaje depresivo se verá modificado.

Tradicionalmente la Terapia Cognitiva ha trabajado con los contenidos de los pensamientos, y separa los “racionales” de los “irracionales”, y esto es muy efectivo en el tratamiento de procesos agudos, y en terapia individual, pero para Teasdale (1999), el trabajo posterior, en la prevención de recaídas, debe enfocarse hacia la relación que establecen los pacientes con sus sentimientos y pensamientos, y hacia el bloqueo de procesos rumiadores.

Desde la propuesta de explicación de las recaídas en depresión del ICS, se extraen las siguientes conclusiones de cara de adaptar un entrenamiento en Terapia Cognitiva (Teasdale, Segal y Williams, 1995):

- La intervención debe redirigir las fuentes de procesamiento que se necesitan para activar los engranajes depresógenos, hacia fuentes no depresógenas. A través de un entrenamiento atencional, ese cambio se puede hacer.
- Debe generar nuevos modelos esquemáticos modificados, relacionados con la depresión pero no depresógenos (darle otro significado a las sensaciones y pensamientos que pueden reactivar el estado depresivo, desvinculándolos del estado depresivo), y confeccionar nuevas memorias *Implicacionales*.
- Los modelos esquemáticos depresógenos deberían ser re-entrenados, así se reduce la posibilidad de que aparezca una nueva recaída.

- Para provocar estos cambios en las memorias *Implicacionales*, los tratamientos deben implicar experiencias de “trabajo para casa” donde practicar las habilidades de afrontamiento efectivo, o acercamiento a las experiencias depresivas desde otras formas más eficaces.

Así que no hace falta intervenir sobre los estados de infelicidad o depresión ligera, sino que el objetivo real debe ser prevenir el reestablecimiento de los engranajes depresivos, de tal forma que la tristeza o ánimo disfórico no vayan a más, y acaben pasando.

Hay gran variedad de estrategias que pueden ser usadas para prevenir el establecimiento de configuraciones de engranajes depresivos o interrumpirlas una vez establecidas. Lo que nos dice el sentido común es que tratándose de procesamiento de información, si conseguimos cambiar la información entrante dentro del engranaje depresivo, a través de distracción, con información no relacionada con contenidos depresivos, cortamos la retroalimentación. La distracción es una buena técnica para tratar con la depresión en casos de estados de ánimo depresivos normales no muy graves (Nolen-Hoeksama, 1987; Teasdale, 1999), aunque la investigación ha encontrado que sus efectos duran muy poco tiempo (Fennell, Teasdale, Jones y Damle, 1987), y no parece que sea de gran ayuda para la recaída en depresión, ya que no contribuyen al aprendizaje de ninguna habilidad.

Otra de las intervenciones posibles para bloquear el establecimiento de patrones depresivos, es actuar sobre los propios significados negativos relacionados con uno mismo, que es lo que se hace en la práctica en la Terapia Cognitiva, a través de la intervención sobre los pensamientos automáticos, y las creencias disfuncionales.

La estrategia que surge como consecuencia del planteamiento de las recaídas en depresión según el modelo ICS, va un poco más allá, e implica procesar contenidos similares (pensamientos negativos) pero desde una configuración diferente, sin tratar de cambiar los contenidos de los esquemas. Según Teasdale (1999) se debe de plantear la intervención como un cambio de una configuración *Proposicional* a una configuración *Implicacional*, y en lugar de intervenir sobre el contenido de los

pensamientos, intervenir sobre la relación que se establece con esos pensamientos. También propone una intervención sobre el cuerpo, ya que colabora al cambio del feedback corporal que retroalimenta el engranaje depresivo.

1.2.1.3 El papel de la metacognición

La Terapia Cognitiva no solo es efectiva por la sustitución de actitudes disfuncionales, sino que también actúa sobre los patrones de pensamiento (metacognición), haciendo que el paciente aprenda a relatar de una forma diferente, más funcional los síntomas depresivos. Esto genera nuevos códigos que se asocian también a la experiencia depresiva. Así pues da herramientas que permiten un acceso a pensamientos más funcionales que evitan la generación de estado disfóricos que pueden llevar a una depresión (Teasdale et al, 1999).

Teasdale critica el concepto de “experiencia metacognitiva”, y lo modifica por “insight metacognitivo” (Teasdale, 1999) que captura mejor lo que él entiende como el último objetivo de una intervención terapéutica, que es la experiencia de percibir los pensamientos como pensamientos y no como reflejos de la realidad. El objetivo es que los pensamientos se experimenten simultáneamente como pensamientos, y como “eventos” que suceden en la mente.

Para la reducción de angustia, de poco sirve saber a nivel intelectual que los pensamientos no describen la realidad (Proposicional), ya que solo los cambios emocionales que se dan en el código Implicacional, permiten que se forme lo que Teasdale bautizó como *insight* metacognitivo. Una cosa es entender que “los pensamientos no son hechos” a nivel *Proposicional*, y otra cosa es ser consciente plenamente de que lo que implica un *insight* metacognitivo, sentido de forma global y emocional (corporal).

Como hemos planteado antes, la Terapia Cognitiva ha centrado su intervención sobre los niveles Proposicionales, lo que termina por generar un aumento del conocimiento metacognitivo. Pero para alcanzar el *insight metacognitivo* se deben adaptar las intervenciones terapéuticas al nivel Implicacional, es decir a un nivel experiencial.

En la búsqueda de esta alternativa terapéutica J. Teasdale junto con Mark Williams y Zindel Segal desarrollaron el *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (Segal et al, 2003), un programa de intervención grupal diseñado para entrenar a los pacientes a desconectar de los patrones de pensamiento depresógenos e impedir así las recaídas. Esta intervención esta basada en el entrenamiento de la Atención Plena a través de la meditación, y el objetivo final es que los pacientes alcancen dicho *insight* metacognitivo.

2.2 Modelo de la Función Ejecutiva Auto-reguladora de los trastornos emocionales

El Modelo de la Función Ejecutiva Auto-reguladora S-REF (*Self-Regulatory Executive Function*, Wells y Mathews, 1994) es un modelo cognitivo multinivel que pretende explicar la vulnerabilidad psicológica que hay detrás de los trastornos emocionales. La razón por la que se incluye este modelo en esta introducción teórica es que Adrian Wells con este modelo, amplía un modelo cognitivo hacia los trastornos de ansiedad, y extrae unas conclusiones terapéuticas similares al ICS y plantea una intervención, el entrenamiento atencional o ATT (Wells, 1990,1997; Papageorgiu y Wells, 1998) muy similar a la planteada en los inicios de la TCAP (Teasdale, Segal y Williams, 1995).

El modelo S-REF presenta el funcionamiento cognitivo estructurado en tres niveles (figura 3):

1. Nivel bajo de unidades de procesamiento. Su función está fuera del espectro de conciencia, aunque sus productos sí pueden entrar dentro de ella. El procesamiento a este nivel no depende de los recursos cognitivos. Este nivel es predominantemente automático, ya que las demandas de atención son mínimas. Aquí están incluidas las señales corporales.
2. El nivel del procesamiento controlado *on-line*. Está implicado en las valoraciones conscientes de los eventos y en el control de pensamientos y acciones. Depende del control de la atención para la ejecución de procesos, y sus actividades tienen diferentes ámbitos de conciencia. El procesamiento a este nivel es voluntario, y las personas son conscientes de esta capacidad, aunque en determinados trastornos esta capacidad de darse cuenta esté disminuida. El procesamiento *on-line* tiene una función reguladora de la

metacognición. El sistema retroalimenta las creencias a través de la asimilación de datos que confirman o no las creencias. En el caso de que las confirmen, las creencias se fortalecen, y en el caso de que no, se buscan nuevos planes de procesamiento.

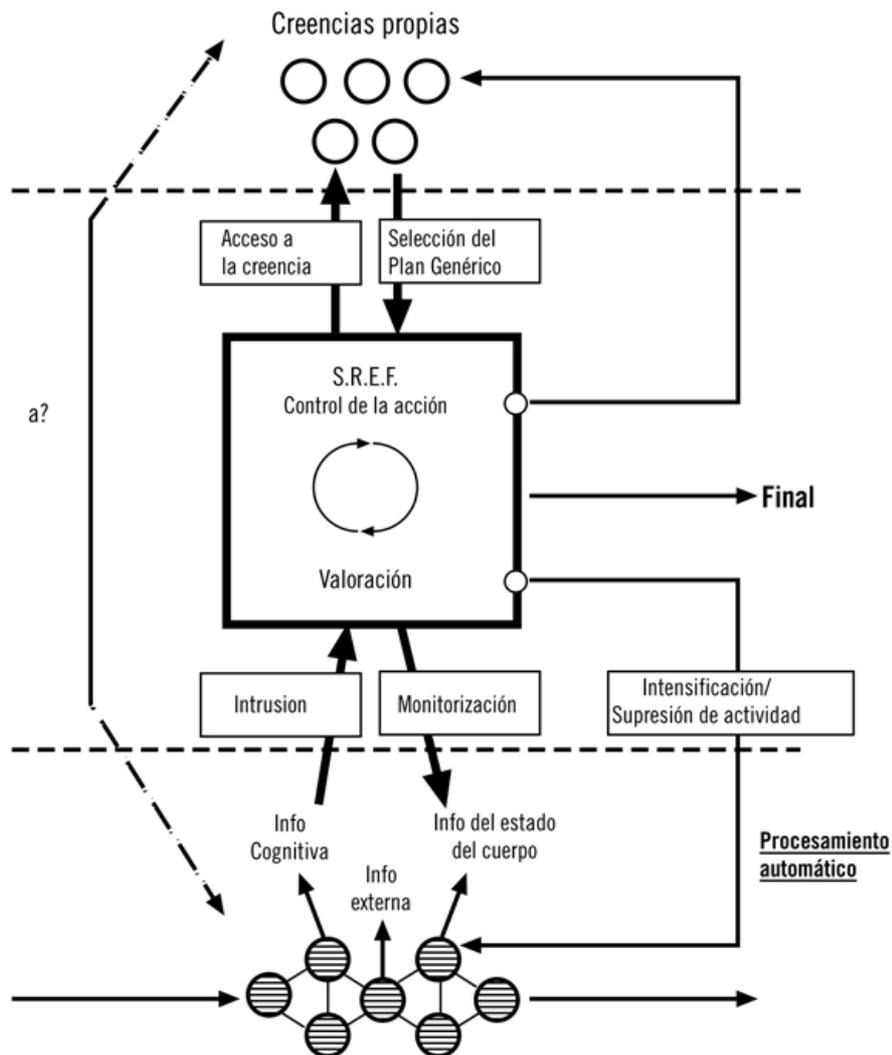


Figura 3. Esquema de la Función Ejecutiva Autorreguladora S-REF (Wells y Mathews, 1994).

3. El nivel superior es un almacén de autoconocimiento almacenado en la memoria a largo plazo. Estas creencias tienen un componente metacognitivo y consisten al menos en parte en los planes de procesamiento. Este nivel domina al nivel *on-line*, no pueden funcionar independientemente. Estas creencias pueden ser almacenadas no solo como conocimiento declarativo, sino también como planes generales de procesamiento y afrontamiento.

El modelo S-REF es un modelo más amplio que el ICS, ya que pretende abarcar todos los trastornos emocionales, adaptándolo a las características de cada uno. Este modelo contempla los trastornos psicológicos como síndromes cognitivos-atencionales caracterizados por respuestas de atención auto-centrada, supervisión de la amenaza y utilización de técnicas de afrontamiento desadaptativas (Wells, 2000). Estos síndromes aparecen en forma de rumiación repetitiva o preocupación, y se caracterizan por una atención auto-centrada intensa, inflexible y crónica, por la activación de creencias maladaptativas sobre uno mismo, también por la disminución del funcionamiento cognitivo y la aparición de sesgos atencionales (Papageorgiou y Wells, 2000).

Las emociones, entendidas como el estatus de un sistema en la búsqueda de una meta, tienen una función informativa para el mantenimiento del sistema S-REF, sesgando la recuperación de conocimiento para procesar. Muchos de los datos que se utilizan para hacer valoraciones en los trastornos emocionales, son internos (sensaciones corporales, pensamientos, etc...), y son usados como mecanismos auto-reguladores, es decir, se entiende que son datos metacognitivos (Wells, 1994). Estos datos internos se observan con una atención auto-centrada y afectan a la forma en la que se valoran los sucesos, valoran el autoconocimiento, y dan pistas para continuar o cesar con las estrategias de afrontamiento (rumiación, supervisión o preocupación). Así pues, los datos internos son utilizados no solo como señal de amenaza sino que también sirven como técnicas de auto-organización.

Wells entiende este modelo como un proceso, que se activa solo cuando se percibe una discrepancia entre la meta que se pretende alcanzar y la realidad de la situación. Se inicia por intrusiones desde el nivel de procesamiento automático. Estas intrusiones pueden haber sido generadas por estímulos amenazantes externos, o por ciclos internos de procesamiento que generan pensamientos relacionados con amenazas. Una vez activados, el S-REF accede a la memoria a largo plazo donde están las meta-creencias para hacer valoraciones de la amenaza o para seleccionar estrategias de afrontamiento (Wells y Mathews, 1994).

Los síntomas del trastorno no se muestran de forma continua, sino que solo están activados cuando está activo el sistema S-REF, y desaparecen cuando en el sistema

aparecen nuevas metas o modelos de procesamiento. En el caso de los trastornos de la ansiedad, el sistema se desactiva y la ansiedad baja cuando los individuos valoran que han conseguido la meta de prevenir una amenaza o catástrofe, y los datos utilizados para averiguar esto son internos, como por ejemplo la reducción de síntomas o sensaciones desagradables.

El modelo S-REF le da a cada trastorno un contenido diferente de creencias metacognitivas, entendiendo este conocimiento como planes implícitos que guían el procesamiento y operan en buena medida fuera de la conciencia. Ejemplos de creencias metacognitivas: “Tengo que estar hipervigilante para que no me den sorpresas”, “Si soy pesimista puedo evitar que me decepcionen”, “Estar mal me sirve como entrenamiento para cuando me pasen cosas malas”. Estas creencias están conectadas con planes de actuación y también influyen las interpretaciones de los hechos. Así pues el pensamiento en este modelo tiene una función algo más que declarativa, sirve como estrategia autoreguladora, o como técnica de afrontamiento.

Estas metacogniciones o creencias implican planes de actuación contraproducentes porque mantienen el trastorno emocional. Estos planes suelen implicar el uso de técnicas de supervisión continua de la amenaza y estrategias basadas en la preocupación y rumiación.

1.2.2.1 El papel de la metacognición en el modelo S-REF

La metacognición puede entenderse como un sistema que regula el procesamiento de la información, y puede albergar formas maladaptativas de procesamiento, que son las responsables de la vulnerabilidad emocional, como la rumiación, la preocupación y el control de la amenaza (Wells y Matthews, 1994). Lo que plantea este autor es que el uso de modos cognitivos desadaptativos como rumiación y preocupación son estrategias auto-reguladoras dentro del sistema S-REF, y que vienen impulsadas por metacreencias, en las que son válidas como estrategias para autorganizarse.

La metacognición en el modelo S-REF abarca creencias (metacreencias), procesos y estrategias que valoran, supervisan y controlan los pensamientos (Gwilliam, Wells y Cartwright-Hatton, 2004). Wells (1999) define la metacognición como “El aspecto del

sistema de procesamiento de la información que supervisa, interpreta, evalúa y regula los contenidos y procesos de su propia organización”

En el modelo de Wells, la metacognición se divide en tres componentes, el conocimiento metacognitivo, la experiencia metacognitiva y añade por último las estrategias de control metacognitivo.

Divide el conocimiento metacognitivo en dos aspectos, el implícito y el explícito; El explícito es consciente y puede ser verbalmente expresado, por ejemplo “mis preocupaciones no las puedo controlar y pueden ser peligrosas para mí”, o en el caso de los depresivos el hecho de que tengan creencias positivas sobre la rumiación (Wells y Papagerorgiu, 2001, 2005). El implícito está fuera de la conciencia y no puede ser expresado con palabras, son planes o normas que guían el procesamiento, como los sesgos de la atención, o la recuperación de recuerdos.

La experiencia metacognitiva incluye valoraciones del significado de los eventos mentales (pensamientos), es la interpretación consciente y etiquetado de las experiencias cognitivas. En este nivel se valoran y juzgan los pensamientos o sensaciones.

El tercer factor tiene que ver con las estrategias de control metacognitivo, que son las respuestas individuales que controlan las actividades del sistema cognitivo. Estas estrategias pueden intensificar o suprimir determinados modos de pensamiento (rumiación) y se pueden dirigir a los procesos de supervisión (sensaciones corporales). Identifica cinco estrategias: revaloración, castigo, control social, preocupación y distracción.

Hay dos modos de procesamiento S-REF: El modo de objeto, en el que la asunción implícita es que las valoraciones son correctas, y el modo metacognitivo, en el que las valoraciones o creencias se ven de modo desapegado y las tratan como sucesos mentales que deben ser evaluadas, no como simples descripciones de la realidad.

Tabla 1. Modos de procesamiento según el modelo S-REF (Wells y Mathews, 1994).

Modo de objeto	Modo Metacognitivo
Metacogniciones	Metacogniciones
Los pensamientos describen la realidad (la amenaza es objetiva). Los pensamientos deben ser llevados a la práctica	Los pensamientos son eventos, no realidades (la amenaza es subjetiva).
Estrategias	Estrategias
Evaluar la amenaza Ejecutar comportamiento para la reducción de la amenaza (p.e. preocupación, rumiación, etc...)	Evaluar pensamientos Ejecutar conductas de control metacognitivo (parar la preocupación, redirigir la atención).
Resultados probables	Resultados probables
Conocimiento desadaptativo fortalecido	Conocimiento reestructurado Nuevos planes de desarrollo

Al entender la metacognición como una creencia, Wells ha adaptado su modelo a las características de cada trastorno, ha investigado adaptaciones del modelo a la Ansiedad Generalizada (Wells, 1995, 1999, 2000), Trastorno Obsesivo-Compulsivo (Wells y Papageorgiou, 1995), Depresión (Papageorgiou y Wells, 2001, 2005), Fobia Social (Wells, Clarck y Ahmad, 1998; Wells y Papageorgiou, 1998,1999,2000), Trastorno de estrés postraumático (Wells y Sembi, 2004).

1.2.2.2 Implicaciones terapéuticas del modelo S-REF

El S-REF cree necesario que la intervención psicológica sea amplia y se enfoque hacia el entrenamiento de la atención y el cambio de las metacreencias, según este modelo estas creencias son las que dominan la actuación, y generan sesgos atencionales, por tanto interviniendo sobre estas metacogniciones se acabará influyendo sobre los niveles más bajos de procesamiento.

El objetivo de la intervención debe ser entrenar a los pacientes a desarrollar una conciencia metacognitiva y aprender a procesar información de forma que no se active el procesamiento S-REF. Esto se puede conseguir entrenando la auto-observación y control atencional, lo que promueve un estado de “dettached mindfulness”, es decir que los eventos mentales se evalúan con actitud de desapego, no se entienden como descripciones de la realidad (Papageorgiou y Wells, 2000).

Según Wells (2004) la intervención psicológica debe enfocarse a los siguientes procesos cognitivos:

- Reducir la preocupación/rumiación.
- Flexibilizar el control sobre los procesos.
- Reducir el auto-centrado inútil y supervisión de las amenazas.
- Incrementar la atención sobre la información desconfirmatoria.

El entrenamiento en atención puede dar nuevas herramientas para cambiar el foco de atención cuando se activan modelos cognitivos maladaptativos. El ATT (Attentional Training, Wells, 1990,; Wells et al., 1997; Papageorgiu y Wells, 1998) se desarrolló como un intento de modificar los procesamiento de centrado en uno mismo, que son característicos de los desordenes emocionales (Wells, 2001). Consiste en varios ejercicios orientados a: Atención selectiva, Cambios rápidos del foco de atención y Ejercicios de atención dividida. Son ejercicios cortos, de unos 10-15 minutos y adaptados al trastorno de la persona. Las sesiones son siempre individuales, y se incluye una explicación sobre el trastorno desde la perspectiva cognitiva del S-REF. Una vez explicado el fundamento del entrenamiento se le pregunta por las expectativas de éxito, si estas expectativas son bajas, no se empieza, sino que se trabaja la expectativa y hasta que ésta no se adecue no se empieza el entrenamiento. El entrenamiento incluye atender a estímulos externos, tanto como a estímulos internos, cambiando de un foco a otro. No hay estudios rigurosos con población controlada que validen este entrenamiento.

Otra de las técnicas desarrolladas desde el modelo S-REF es la SAR (Situational Attentional Re-Focusing, Wells et al, 1998), está técnica es parecida al ATT pero menos intensa y específica, en lugar de utilizar un entrenamiento periódico y sistemático en control atencional externo, entrena en hacer caso omiso de los sesgos atencionales y facilitar el desarrollo de procesamientos desconfirmatorios de las rutinas cognitivas establecidas en momentos estresantes (Wells, 2003).

Similitudes y diferencias entre los modelos ICS y S-REF

Las implicaciones en los tratamientos que se derivan de estos dos modelos se solapan, pero existen algunas similitudes importantes entre los modelos (Wells, 1993):

- Ambas aproximaciones abogan por centrar la intervención en los procesos cognitivos, en lugar de en el conocimiento declarativo o *Proposicional*.
- Ambos modos valoran como claves los procesamientos cognitivos maladaptativos, como la rumiación o la preocupación, etc...
- Ambos modelos defienden que los individuos deben desarrollar modelos mentales alternativos (creencias, conocimientos) sobre su experiencia.
- Las dos están de acuerdo en que cualquier técnica que rompa con los ciclos rumiativos es esencialmente terapéutica.
- Ambos modelos defienden el uso de un entrenamiento atencional, aunque la naturaleza de ambos sea bastante diferente.
- Ambos modelos están de acuerdo en que el objetivo de los tratamientos es el aumento de la metacognición, y de la capacidad de darse cuenta de que los pensamientos son eventos mentales pasajeros y no hechos en sí mismos.

Tanto en el modelo S-REF (Wells y Mathews, 1994) como en el modelo ICS (Teasdale y Barnard, 1993), la rumiación es el factor clave para entender el transcurso del trastorno, y su reducción uno de los objetivos de la intervención terapéutica. La teoría sobre la que han construido el concepto rumiación en estos dos modelos, es la Teoría de los Estilos de Respuesta de Susan Nolen-Koeksema (1987), teoría que pretende dar una explicación a las diferencias importantes que surgen en la duración de los episodios depresivos. La hipótesis de esta teoría es que esta diferencia se debe a que las personas tienen diferentes formas de reaccionar a los primeros síntomas de la depresión, y que estas formas de reaccionar son las que van a perpetuar el estado a lo largo del tiempo, o permitirán dejarlo pasar.

1.2.3 La medida de la metacognición

Los instrumentos para medir metacognición son escasos y difíciles de administrar. De los instrumentos que hay elaborados, la mayoría utilizan análisis de narrativas dentro de las sesiones de terapia o a través de entrevistas semiestructuradas, precisamente por la dificultad de medir a través de un cuestionario esta función. Al entender la metacognición como una función o habilidad del pensamiento, esta habilidad sólo se puede entrever en el proceso de pensar, por tanto a través de cuestionarios es complicado captar si sucede ese proceso o no.

Pensemos durante un momento sobre una pregunta que mida metacognición en formato cuestionario, por ejemplo “Me doy cuenta de la forma en que funciona mi mente cuando pienso en un problema”, ante una pregunta de esta complejidad, debemos hacernos la pregunta sobre de que forma una persona ha entendido realmente la cuestión, ya que hace falta un buen funcionamiento metacognitivo para entender la dificultad de la respuesta a esta pregunta, de tal forma que alguien con poca metacognición puede contestar sin vacilar afirmativamente, mientras que alguien que realmente entiende la dificultad de confirmar esa afirmación, alguien con un buen funcionamiento metacognitivo, puede dudar ya que es realmente consciente de lo complicado de la respuesta.

Por tanto en formato cuestionario solo podemos acceder a medir el funcionamiento de las habilidades metacognitivas que no están mermadas, o en el caso del modelo de Wells (1994) determinadas metacreencias. Pero solo podremos medir si está habilidad está mermada o no tiene un buen funcionamiento si captamos in situ, es decir a través de narrativas, la aparición o no en el discurso de este tipo de habilidades.

De los autores planteados en este texto, solo Wells tiene un instrumento de medida de la metacognición en formato cuestionario, precisamente porque en su modelo, la metacognición tiene una parte de metacreencia sobre el propio funcionamiento mental. A pesar de que hay más cuestionarios de metacognición, aquí se exponen los que me parecen más interesantes a la hora de evaluar la presencia de dicha capacidad cognitiva.

Medida del Darse Cuenta y el Afrontamiento en Memoria Autobiográfica (MACAM, Moore, Hayhurst, y Teasdale, 1996). El problema principal a la hora de validar la hipótesis básica del modelo ICS (Teasdale y Barnard, 1993) es cómo medir la conciencia metacognitiva de la que hablan, es decir “la manera como se vivencian los pensamientos o sentimientos solo como lo que son, eventos mentales y no como descripciones de la realidad o reflejos directos de la verdad”. Ese *insight metacognitivo* del que habla Teasdale, es un tipo de conocimiento tácito, o genérico, por tanto su medición en cuestionarios es muy complicada. Por esta razón desarrollaron un instrumento llamado *MACAM* (Moore, Hayhurst, y Teasdale, 1996). Este instrumento tiene forma de entrevista semiestructurada, en el que se les pasa a los pacientes unas

viñetas con historias en las que aparecen unos personajes en una situación de frustración o desamparo, y los pacientes tienen que ponerse en la piel del personaje que aparece, sintonizar con los sentimientos que aparecen en la historia y entonces tienen que recordar algún episodio en el que se sintieran de forma parecida.

Hay dos componentes de la metacognición que se miden en esta escala, el criterio de Afrontamiento (*Coping*) y el de Darse Cuenta (*Awareness*). El de Afrontamiento mide la intencionalidad de los intentos por enfrentarse con la situación o sus sentimientos y en gran medida los planes implicados en esos intentos. En este caso la escala refleja las respuestas observables de los sujetos y los procesos dirigidos a ellos. El de *Darse cuenta* que mide la capacidad de darse cuenta de los sujetos de sus pensamientos y sentimientos como procesos mentales y sus habilidades para separar y distanciarse a sí mismos de esos sentimientos y pensamientos. Es raro que ese nivel “darse cuenta” se refleje directamente en el comportamiento patente de los sujetos más bien implica a los procesos que intervienen. Cada uno de estos criterios está codificado en cinco posibles valores, y el discurso se evalúa a partir de esas codificaciones.

En la validación de este instrumento se observó que pacientes con alto riesgo de recaída en depresión tenían niveles más bajos de metacognición que el grupo control (Teasdale, Segal, Pope, Moore, Hayhurst y Williams 2002), y que a mayores niveles de metacognición, menor probabilidad de recaer en depresión.

Escala de Valoración de la Metacognición (S.Va.M, Carcione, Dimaggio, Falcone, Nícolo, Procacci y Semerari, 2003). El instrumento desarrollado para medir metacognición desde el modelo de Semerari, es la Escala de Valoración de la Metacognición (S.Va.M, Carcione, Dimaggio, Falcone, Nícolo, Procacci y Semerari, 2003). Esta escala fue desarrollada para la evaluación de las tres subfunciones de la metacognición, para observar en cual de las tres existen carencias. Se utilizan las transcripciones de episodios de vida que el sujeto considera ejemplarizantes del comportamiento actual, para evaluar la aparición en el discurso de las funciones metacognitivas.

Se valora la transcripción de las sesiones y se evalúa, a partir de un análisis del discurso, la presencia o ausencia de determinados componentes, se los codifica y a

partir de ahí se evalúa. Cada subfactor de la metacognición tiene subdivisiones y se confirma si en el discurso de la persona aparece algún tipo de razonamiento que este relacionado con éste.

Cuestionario de Metacogniciones (MCQ-30, Cart-Wright y Wells; 1997). El Instrumento desarrollado por Wells para medir la metacognición es el MCQ (Cart-wright y Wells; 1997, 1999). Es un cuestionario que pretende valorar las diferencias individuales entre creencias positivas y negativas acerca de la preocupación y los pensamientos intrusivos, supervisión metacognitiva y los juicios sobre eficacia cognitiva. Este instrumento está ideado sobretodo para su uso con pacientes con trastornos de ansiedad (TOC, Ansiedad Generalizada, Hipocondría y trastorno de pánico).

EL MCQ tiene cinco factores, con un total de 65 ítems (aunque luego hay una versión reducida de 30 ítems). Estas cinco escalas son:

- Creencias positivas sobre la preocupación: mide las creencias sobre que la preocupación sirve para solucionar problemas, y evitar situaciones desagradables. Incluye ítems que sugieren que la preocupación es una característica básica de una personalidad normal y saludable, como *“Preocuparme me ayuda a ordenar las cosas en mi cabeza”*. las creencias sobre que la preocupación sirve para solucionar problemas, y evitar situaciones desagradables.
- Creencias negativas acerca de la incontrolabilidad y peligro de la preocupación: Mide las creencias acerca de la necesidad de controlar las preocupaciones para funcionar bien como persona, y creencias acerca de los peligros físicos y mentales de la preocupación, así como la creencia de que los pensamientos son incontrolables, contiene ítems como *“Mis preocupaciones persisten no importa lo que haga para pararlas”*.
- Confianza cognitiva sobre las propias funciones mentales, sobretodo memoria: mide la confianza en las propias habilidades cognitivas, sobretodo la memoria y el funcionamiento atencional. Contiene ítems como *“Tengo poca memoria para las palabras y los nombres”*.
- Necesidad de Controlar los pensamientos: Creencias negativas acerca de pensamientos, como la necesidad de controlarlos, castigo o superstición, mide las creencias sobre los posibles resultados negativos por determinados pensamientos.

Un ejemplo de ítem es *“No poder controlar los pensamientos es símbolo de debilidad”*.

- Autoconciencia cognitiva: Mide el grado en el que una persona se centra en sus propios procesos de pensamiento. Un ejemplo de ítems de este factor es *“Observo mis pensamientos”*.

Los factores 1, 2 y 4 son específicos de la preocupación, el factor 3 se refiere sobretodo a la memoria y el último factor que en apariencia debería correlacionar con metacognición, en realidad mide aspectos de la autoconciencia relacionados con rumiación y preocupación. Esta escala fue diseñada sobretodo para el análisis de las metacreencias que sustentan el trastorno de Ansiedad Generalizada.

“La recta atención devuelve al hombre la perla perdida de su libertad, arrebatándola de las fauces del dragón Tiempo”. Nyanaponika Thera.

2. Fundamentos de la Meditación y la Atención Plena

La Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena (Segal, Williams y Teasdale, 2000) utiliza la meditación como herramienta para el entrenamiento de la Atención Plena. Por esta razón, en este capítulo se revisan los conceptos básicos que hay detrás de la meditación y de la Atención Plena o *Mindfulness*, así como las aproximaciones que ha habido desde la psicología.

En los últimos 20 años ha habido un interés creciente en la adaptación de la meditación basada en la Atención Plena de la tradición budista al tratamiento de trastornos psicológicos, que ha confluído en la aparición de un nuevo movimiento dentro de la psicoterapia actual y que se ha llamado las Terapias basadas en la Atención Plena y la Aceptación (Hayes, 2004; Baer, 2006).

Las diferentes adaptaciones hechas desde la psicología de esta tradición milenaria, han sido posibles gracias a la ampliación de miras en la forma de abordar los trastornos emocionales. Detrás de la recuperación de la meditación como herramienta terapéutica hay modelos cognitivos y nuevas perspectivas en la forma de entender el cambio en terapia, y sobretodo la aparición o mejor dicho consolidación de la metacognición como el foco de intervención.

2.1 Historia y conceptos de la meditación

La meditación es una técnica de origen religioso, que comprende un gran número de versiones diferentes, todas ellas tienen el factor común de estar básicamente centradas en el adiestramiento psicológico mediante el cultivo de la atención sobre los procesos mentales, sin analizarlos. La meditación implica un repliegue de los sentidos de todo estímulo externo o interno distractorio, y el prestar atención a un estímulo simple, o al flujo incesante de distintos estímulos en el presente, pero sin reflexionar sobre los mismos (Amutio, 2000).

Las primeras referencias sobre la meditación aparecen en los antiguos textos de los vedas hindúes¹, en el 1500 antes de Cristo. Actualmente, la versión más extendida de meditación en Occidente es la surgida en el Budismo, aunque podemos encontrar la técnica de la meditación en otras muchas escuelas orientales, bajo otros nombres o formas. En occidente también aparecen técnicas parecidas a la meditación en textos antiguos del cristianismo, como los de Fray Luis de León, Santa Teresa de Jesús o el Maestro Eckhardt, pero después desaparece su influencia y apenas se utiliza. Aunque la meditación surge en un contexto religioso, por sí misma no es una actividad religiosa o espiritual, sino un vehículo para conseguir determinados estados psicológicos o espirituales.

La psicología ha mostrado interés por esta técnica desde hace mucho tiempo, aunque bien es cierto que ha sido en los últimos años cuando más se ha estudiado e investigado. La mayor parte de las diferentes escuelas u orientaciones psicoterapéuticas han mostrado interés por la meditación en algún momento. La meditación ha sido estudiada y valorada desde diferentes modelos de psicoterapia o escuelas, como el Psicoanálisis (Safran, 2003; Fromm, 1957), la Terapia Gestalt (Naranjo, 1999), Terapia Cognitiva (Teasdale, 2001; Segal, Williams y Teasdale, 2003; Delmonte, 1991), Terapia de conducta (Benson, 1974), etc.

En la perspectiva psicoanalítica, hay muchas visiones diferentes de los beneficios de la meditación o de su mecanismo de funcionamiento. Ya en 1950 se promovían encuentros entre psicoanalistas y maestros budistas, con libros clásicos como

“Budismo Zen y Psicoanálisis” de Suzuki y Fromm (1957). Algunos autores explican los efectos de la meditación a partir del hecho de que suspender todo juicio, permite hacer emerger material inconsciente (Bogart, 1991). También se ha dicho que la meditación es para oriente lo que el psicoanálisis es para Occidente (Delmonte, 1989). Asimismo, hay autores que explican el factor terapéutico de la meditación en que provoca una regresión a un nivel preverbal (Shafti, 1973, citado en Bogart, 1991). Para Jung, la meditación es una técnica con la que hay que tener mucho cuidado, ya que puede dejar aflorar material inconsciente para el que los occidentales no estamos preparados.

Las primeras investigaciones o estudios científicos que se realizan sobre la meditación la plantean como una técnica de relajación (Benson, 1975, 1974), y la forma de abordarla es casi siempre bajo una perspectiva psicofisiológica, con la respiración como la variable más significativa a investigar, y midiendo sus efectos sobre el metabolismo o actividad cerebral.

Para la Terapia Gestalt, la meditación es una herramienta para vivir el “aquí y ahora” (Naranjo, 1999), que promueve la atención centrada en el presente y abierta a todos los contenidos que emerjan puntualmente a la conciencia.

Excepto algunos artículos anecdóticos, la Terapia Cognitiva apenas le ha prestado atención a la meditación hasta finales de la década de los 90. Aunque podemos encontrar algunas aproximaciones a la meditación desde una perspectiva cognitiva en los estudios de Delmonte (1982) y Deikman (1966). El primero hizo un análisis de la meditación y explicó su efectividad desde la teoría de constructos de Kelly (1955). Conceptualizó la meditación como una actividad que desautomatiza la construcción de la realidad, y permite ir más allá de sus formas habituales de percepción o concepción del yo y del mundo. Para Delmonte (1982), la meditación funciona como un entrenamiento atencional, e implica dos “configuraciones cognitivas”, la de constricción y la de dilación. En la *constricción* la atención actúa excluyendo o acortando la construcción, reduciendo el número de elementos a tratar. La dilación en cambio utiliza la construcción habitual, utilizando una organización más comprensiva mientras amplia

¹ Textos escritos en Sánscrito, que forman la base del sistema de escrituras sagradas de la religión hindú, No hay acuerdo sobre la cronología, aunque muchos los sitúan en el 3000 a.C..

el campo de percepción para incluir más elementos del sistema de constructos. Mientras uno/a está meditando, uno/a observa el contenido de la conciencia desde una visión neutral mientras suspende la construcción lógico-verbal del mundo, lo que libera de las construcciones defensivas, permitiendo así moverse en diferentes direcciones. Puede ser beneficioso de tres formas distintas: 1) en la forma pragmática, cambia la conducta al ampliar y mejorar nuestro sistema de constructos, 2) facilita el acceso al material inconsciente, previamente inaccesible desde nuestro sistema de constructos y 3) lleva a experiencias en estados modificados de conciencia.

Deikman (1966) utiliza el concepto “desautomatización” de la conciencia, efecto conseguido al “reinvertir las acciones y las percepciones con atención”. Esta desautomatización implica un cambio en la forma de organización perceptual y cognitiva, más preanalítica y preintelectual.

Esta multiplicidad de aproximaciones e intereses por la meditación desde diferentes orientaciones, permite pensar en la importancia que puede tener en la psicoterapia, y se erige como una de las pocas técnicas con capacidad integradora.

Una de las formas de meditación que más investigación científica ha recibido y el principal foco de interés para los interesados en meditación en la década de los 70 y 80 ha sido la meditación trascendental (MT), una meditación desarrollada por el gurú Maharishi Mahesh², y que se trata de una repetición de mantras (palabras en sánscrito³) adaptados a cada sujeto. Esta es un tipo de meditación concentrativa y sus efectos han sido investigados sus efectos aplicados al abuso de sustancias (Marlatt, 1985). Este tipo de meditación prácticamente ha desaparecido del ámbito del estudio científico, en la actualidad.

Hasta la década de los noventa, la meditación ha figurado entre las técnicas de relajación utilizadas en psicoterapia, aunque poco a poco se ha ido abandonando ese reduccionismo en la comprensión terapéutica de la meditación, y se ha investigado su efectividad en otros ámbitos, y sobretodo se ha generado un desarrollo teórico. Han

² Gurú (en sánscrito significa maestro espiritual) de muchos grupos de rock del movimiento hippy que se afincó en Estados Unidos

³ Lengua indoeuropea en la que están escritos los textos sagrados de la tradición religiosa hindú. Su posición es parecido a la del latín y el griego en Europa. Actualmente es utilizado principalmente en el lenguaje ceremonial.

aparecido modelos que intentan explicar su efectividad más allá de sus efectos relajantes, mostrándose eficaz en el tratamiento de muchos trastornos (Campagne, 2004).

A pesar de que la psicología se ha aproximado a la meditación ya desde los escritos de psicoanálisis, esta técnica ha sido relegada hasta hace poco a una técnica secundaria, y ha sido poco implantada en la práctica psicoterapéutica. El edificio teórico o las explicaciones que ha habido detrás de la meditación, y que debía fundamentar los mecanismos de ésta, han sido bastante limitados, y tal vez por eso muchos terapeutas son reticentes a prescribir meditación a sus pacientes, y tal vez por eso, la psicología siempre ha mirado con cierto escepticismo la meditación, y sobretodo su eficacia diferenciada respecto a otras técnicas más convencionales. En esa búsqueda de una explicación de los mecanismos de funcionamiento de la meditación, muchas veces se la ha reducido, de forma injusta, a una simple técnica de relajación o hipnosis, o se ha insistido en los mecanismos fisiológicos y/o neurológicos, olvidando los aspectos cognitivos. Se echaba de menos un modelo teórico que realmente revelara la verdadera complejidad de la técnica de meditación, y que diera sentido a todos los procesos o cambios que viven las personas que practican de forma cotidiana, o incluida en una intervención terapéutica limitada en el tiempo.

En la década de los ochenta apareció un nuevo punto de estudio dentro del ámbito de la meditación. Su impulsor fue Jon Kabat-Zinn (1990) y su programa de ocho semanas Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR), donde empieza a utilizar la meditación basada en la Atención Plena en el tratamiento del dolor. Este autor fue el primero en plantear un protocolo estandarizado de acción para el uso de la meditación. Su modelo, ha ido cobrando cada vez un papel más importante en la investigación psicológica y ha derivado o influenciado a multitud de aproximaciones, motivando o siendo piedra angular de lo que se ha venido a denominar las Terapias basadas en la Atención Plena y la Aceptación (Hayes, 2004).

2.2 Tipos de meditación

Desde la psicología budista se distingue entre dos tipos diferentes de técnicas de meditación: La meditación concentrativa o *Samatha* y la meditación en Atención Plena (también llamada Mindfulness meditation, *Insight Meditation* o *Vippassana*).

La meditación concentrativa o *Samatha*, es un tipo de meditación en la que se utiliza un objeto, ya sea interno o externo, como centro de la atención, de tal forma que cuando la mente se aleja del objeto de concentración, gentilmente se la hace regresar a este objeto. Por ejemplo como objetos internos se pueden utilizar: palabras repetidas (mantras), imágenes (imagen del Buda, imágenes de espacios agradables o imágenes relacionadas con la muerte), o sensaciones corporales (la respiración). Objetos externos pueden ser por ejemplo: una luz, el sonido de un objeto, un *mandala*⁴, o cualquier punto donde fijar la vista, etc...

En cambio la meditación en la Atención Plena o *Vipassana*, la atención se centra en cualquiera que sea la experiencia del momento presente, sin juzgarla. El objetivo de la meditación en Atención Plena no es la calma mental ni centrarse en nada específico, sino aceptar sin reaccionar a lo que aparece en el campo mental.

Las dos meditaciones se complementan, y muchas veces la meditación en la Atención Plena empieza con llevar la atención a la respiración, a los sentidos o al cuerpo. Así pues, cualquier practicante de meditación en Atención Plena también práctica la meditación en la concentración. La meditación concentrativa puede generar mucha tensión, si no va acompañada de una actitud de Atención Plena, ya que la tendencia natural de la mente es a la dispersión.

2.3 El Concepto de Atención Plena

De difícil traducción del pali *Sati* al inglés *mindfulness*, y de este al castellano *Atención Plena*, el concepto *mindfulness* ha sido traducido de diferente forma según la tradición desde la que se utiliza, como atención pura, atención intencional, conciencia inmediata, visión cabal, conciencia del momento, atención consciente, conciencia plena o como Atención Plena, de todas estas posibilidades en esta investigación hemos preferido “Atención Plena” porque es la acepción que más se acerca a la concepción que se le da desde la Terapia Cognitiva, a saber, un entrenamiento de la atención.

⁴ Representación esquemática y simbólica del macrocosmos y el microcosmos en las tradiciones budista, hindú y jainista.

Desde la psicología, el estudio de la Atención Plena, salvo algunas excepciones, se ha llevado a cabo básicamente desde la perspectiva clínica. La forma más completa de definirla, y la más referida por otros autores, es la desarrollada por Jon Kabat-Zinn:

“Atención Plena es la habilidad de centrar la atención de un modo particular: en un objeto, en el momento presente, y sin juzgar” (Kabat-Zinn, 1990).

Sternberg (2000) entiende la Atención Plena como un estilo cognitivo, frente a la concepción de esta como un rasgo de personalidad o como una habilidad. Pero la mayoría de autores que han estudiado su aplicación en el contexto clínico, la han entendido como una habilidad, lo que implica que todo el mundo puede aprenderla, y por tanto puede ser entrenada.

Hay conceptos muy parecidos al de Atención Plena, que han surgido en otros contextos, sobretodo en el contexto de la Psicología Positiva, de hecho para muchos autores la Atención Plena es el eslabón necesario para unir la Psicoterapia Cognitiva con la Psicología Positiva (Hamilton, Klutzman y Guyotte, 2006). Uno de esos conceptos y tal vez el más conocido sea el de “estado de flujo” (Csikszentmihalyi, 1990), este estado similar al estado de Atención Plena, se refiere a las situaciones en las que la atención puede emplearse libremente para lograr las metas de una persona, porque no hay ningún desorden que corregir ni ninguna amenaza para la personalidad de la que haya que defenderse. El estado de flujo, se refiere a una forma de actuar, o de enfrentarse a las actividades cotidianas, en las que la atención se centra en lograr metas, el individuo “se deja llevar” porque no hay ningún desorden que corregir o ninguna amenaza de la que defenderse.

La Atención Plena aparece en muchas otras terapias de corte humanista, aunque no aparece el concepto definido como tal, sino que se habla de él de forma fragmentada o bajo otros nombres, pero está en la raíz de algunos modelos terapéuticos, adelantándose muchos años a lo que está diciendo actualmente desde estas terapias basadas en la Atención Plena. Por ejemplo, Fritz Perls fundamenta la terapia Gestalt sobre la aceptación de la experiencia, y sobre lo terapéutico de centrar la atención en el presente, a lo que sucede *aquí y ahora*.

Para muchos autores la Aceptación es una parte del estado de Atención Plena, pero para otros simplemente es una consecuencia de este estado, ya que solo se puede alcanzar a partir de una actitud no evaluadora de la experiencia, autentico pilar sobre el que se asienta la Atención Plena. En la práctica de la Atención Plena, se cultiva la aceptación tomando cada momento como llega, intentando no imponer las ideas sobre lo que se debería sentir, pensar, o ver en la experiencia, sino solo mostrarse receptivos y abiertos a lo que se siente, por tanto se deja de lado la tendencia a fomentar determinados aspectos de la experiencia y a rechazar otros.

En este estado de Atención Plena, uno se da cuenta y se centra en la realidad del momento presente “tal y como es”, aceptándola y reconociéndola como una realidad plena, sin intermediaciones del pensamiento discursivo, sin intentar cambiar nada, y sin que la mente derive a un estado de pensamiento difuso centrado en el presente o en el pasado (Teasdale et al, 1995). La Atención Plena, no pretende la supresión de pensamientos; todos los pensamientos o eventos son considerados como objeto de observación, no como distracción. Una vez reconocidos estos pensamientos, la atención se redirige a la respiración, que se utiliza como un anclaje. De esta forma se previene elaborar los pensamientos con el riesgo de entrar en ciclos rumiativos (Bishop et al, 2003).

La meditación es una de las formas de entrenar esta habilidad, la más importante aunque no la única, y el objetivo final del entrenamiento es la generalización a todos los ámbitos de la vida cotidiana, convirtiendo cualquier actividad (fregar los platos, hacer deporte, sexualidad, etc...) en momentos para atender a la experiencia sin juzgar, y convertirla en algo único.

Tradicionalmente, de acuerdo con la visión Budista de la mente humana, la experiencia típica humana no es la de la Atención Plena o *mindfulness*, sino que esta habilidad se aprende entrenando semanas, meses o años a través de la práctica sistemática de la meditación (Buchheld, Grossman y Walach, 2002). A pesar de esto, se entiende que la Atención Plena es una capacidad natural, inherente al ser humano (Brown y Ryan, 2003), precisamente esta característica la hace fácil de enseñar y de entender por parte de los pacientes que reciben un entrenamiento.

El concepto opuesto a Atención Plena, es el concepto “mindfulness” o atención vacía, entendiéndola como ausencia de Atención Plena, es decir cuando un individuo rechaza reconocer o atender a pensamientos, emociones, motivos y objetos de percepción. Desde el modelo ICS (Teasdale y Barnard, 1993) esta distinción entre Atención Plena y atención vacía se puede entender como diferentes configuraciones subyacentes de procesamiento de la información. La Atención Plena es un modo de procesamiento de la información en la que están integrados los modos Genéricos (Implicacionales) y los modos Específicos (Proposicionales). Por ejemplo cuando se conduce un coche, hay varios sistemas funcionando simultáneamente, por una parte los modos Implicacionales, están enfocados en las luces, sonidos y sensaciones físicas, y este *input* generará resultados a nivel Proposicional (verbal, pensamientos, planes) coherentes con la información que entra. En Atención Plena estos dos niveles son coherentes y está armonizados en el “aquí y ahora”, pero en ausencia de este estado o en estado “mindfulness”, el nivel Proposicional, está centrado en consecuencias a largo plazo (rumiación, preocupación, etc...), así que los dos niveles funcionan por separado. El estado de Atención Plena es la experiencia directa de lo que sucede en el “aquí y ahora”, y esto es absolutamente incompatible con el estilo de pensamiento rumiador.

Además de una habilidad, detrás de la Atención Plena también hay una filosofía de vida, es una actitud, una forma de situarse en el mundo, frente al mundo, sin prejuicios, con una posición abierta. Es algo más que una habilidad, es una perspectiva desde la que actuar frente al sufrimiento, cualquiera que sea su origen.

La Atención Plena se puede entender como una vuelta a los sentidos (al cuerpo), actuar con Atención Plena implica actuar con los cinco sentidos, totalmente centrado en lo que se está haciendo, como si fuera la primera vez que lo haces. Esta actitud u orientación a la experiencia empieza con un compromiso por mantener una actitud de curiosidad, así como por los diferentes objetos que surgen en la experiencia en cada momento (Bishop et al, 2003).

2.4 Perspectiva budista de la Atención Plena

El concepto Atención Plena o *mindfulness* aparece originalmente en el Budismo, y es una traducción de la palabra *Sati*⁵. El *Sati* o Atención Plena, se entiende según el venerable Henepola Gunaratana Mahanayaka Thera como: “*Sati* es observación sin juicio. Es la habilidad de la mente para observar sin crítica“. Podemos encontrar otras definiciones dentro de los estudiosos de la Atención Plena en el ámbito del budismo, “*Sati* es *mantener* la conciencia de uno viva, en la realidad presente”. Thich Nhat Hanh (1976).

Sati es el séptimo factor del Noble Óctuplo sendero. Este sendero, es el núcleo de los preceptos que la religión Budista plantea para extinción del sufrimiento. El noble Óctuplo sendero se compone de varias prácticas o actitudes que hay que seguir: Recta visión o Recto entendimiento, Recto pensamiento, Recta palabra, Recta acción, Recto modo de subsistencia, Recto esfuerzo, Recta atención y Recta concentración. Los dos primeros corresponden a la sabiduría, los 3, 4, 5 a la virtud, y los 6, 7 y 8 a la meditación.

Este noble Octuple Sendero es el camino diseñado por Buda para llevar a la liberación del sufrimiento y englobada dentro de las Cuatro Nobles Verdades, auténtico corazón de la filosofía Budista. Estos axiomas son:

1. El sufrimiento (sufrimiento, insatisfacción, incertidumbre, dolor) es inherente a la vida.
2. El origen del sufrimiento está en los deseos que provienen del ego.
3. El sufrimiento puede ser extinguido (Nirvana) extinguiendo su causa.
4. Para extinguir el sufrimiento debemos seguir el noble óctuplo sendero.

Sati o Atención Plena es una piedra fundamental en el progreso espiritual para el Budismo, y para alcanzar el auténtico objetivo del Budismo, que es una mayor comprensión de la naturaleza del sufrimiento, su causa, su cese y la forma de alcanzar ese cese (Gethin, 1998, citado en Chaskalson, 2005). La meditación Vipassana, es la forma desarrollada por el Budismo para entrenar el *Sati*.

⁵ Palabra escrita en lengua Pali, lengua sacra culta propia del área de la India donde vivió Buda.

Cuando uno se percata de algo, hay un instante breve de "atención" o "conciencia pura" antes de la conceptualización (previo a la identificación). Este es el estado de conciencia *Sati*, es la fracción de segundo previa al enfoque de nuestra vista en algo, justo antes de que nuestra mente se "enfoque" en algo, antes de que ese algo se haga objeto, justo antes de empezar a pensar en ello (Henepola Gunaratana Mahanayaka Thera).

El concepto *Sati* aparece sistematizado en el sermón de Buda llamado *Satipathana Sutta* o Los Cuatro Fundamentos de la Atención. En este sermón, texto clave del Budismo, se sistematiza el papel de la atención y su entrenamiento situándolo como el punto clave de la doctrina budista. Para el budismo la raíz del sufrimiento surge en la mente, y se ha de atajar ahí. La atención es la puerta para entrar a la mente, y una de las funciones básicas de la conciencia, de hecho es la que permite que aflore ésta.

La "recta atención" o *Sati*, se divide en dos aspectos, Atención Plena y recta comprensión, la primera es la "*conciencia clara y singularizada de lo que realmente nos sucede a nosotros y en nosotros en los sucesivos momentos de la percepción*" (Nyanaponika Thera, 1974, 2005) y la segunda corresponde con el llevar la Atención Plena a la vida cotidiana. La Atención Plena es el aspecto más importante de la "Recta atención", y sirve para tres cosas: a) para conocer la mente, b) para formar la mente y c) para liberar la mente.

La Atención Plena o *Sati* permite ver las cosas sin juzgarlas, ni estar constreñidas por los juicios habituales. Así, a) se puede diseccionar los mecanismos de funcionamiento de la mente, lugar donde se origina el sufrimiento, y esta observación de los mecanismos de la mente, genera un aumento de la comprensión hacia uno mismo, b) esta formación del funcionamiento de la mente surge porque la Atención Plena ralentiza el paso del pensamiento a la acción, apareciendo un nuevo paso reflexivo, lo que reduce las reacciones automáticas de la mente no disciplinada. Por último, c) la liberación de la mente aparece a través de la "visión cabal", que es la comprensión directa de las tres características de la existencia: La Impermanencia (de todo en la vida), el Sufrimiento (inherente a la vida) y la Impersonalidad (la no existencia de un "yo" real).

Dentro de la “recta atención” hay cuatro objetos de contemplación: a) atención al cuerpo, b) atención a las sensaciones, c) atención al estado y atención al contenido de la mente.

Dentro de la atención al cuerpo, el *Satipattana Sutta* diferencia varios aspectos, como la atención a la respiración, atención a las posturas del cuerpo, o las diferentes partes del cuerpo. La tradición budista considera la respiración como la representante de las funciones corporales. Toda meditación comienza llevando la atención sobre la respiración, sin intervenir, simplemente atender a ella. La respiración, es un buen punto de partida para comenzar a sentir el cuerpo.

a) A través de la atención al cuerpo, aumentamos la conciencia de nosotros mismos, llevando la atención a todas las funciones del cuerpo, incluidas las orgánicas. Todos estos ejercicios llevan a aumentar el desapego hacia el propio cuerpo, y la comprensión de su funcionamiento.

b) La atención a las sensaciones. Para el Budismo las sensaciones son la condición para el surgimiento del deseo, y por tanto el apego. La atención a las sensaciones lo que busca, es que aparezcan puras, sin juzgar si son positivas, negativas o neutras, despojándolas de su componente emocional.

c) La atención a la mente. Esta atención está separada entre la atención al estado, y la atención al contenido. La atención al estado, supone tomar consciencia de si está por ejemplo con ira, ofuscada, concentrada, etc...El hecho de que alguien se de cuenta de que está enfadado, y se puede decir a sí mismo/a “estoy enfadado/a”, automáticamente reduce el nivel emocional, lo que le permite tomar una perspectiva objetiva y desprovista de los sesgos que puede provocar el enfado. La atención a los contenidos mentales u objetos, se separa en varios aspectos, como la comprensión de los obstáculos (sentimientos negativos como la ira, el apetito sensual, etc...). De lo que se trata, es de ser consciente de qué obstáculos mentales o factores están presentes o ausentes en cada momento en uno mismo.

Como se puede observar, en el siglo uno antes de cristo, en los textos Budistas ya aparece una conceptualización del pensamiento muy compleja, que es desglosado de

forma muy precisa. Y es justo ahora, 20 siglos más tarde, cuando la Psicología Occidental descubre la gran similitud con la Psicología Budista. Seguramente debido a que las fuentes de sufrimiento, los auténticos fundamentos del sufrimiento humano siguen inalterables, después de todos estos siglos. Por esto, parece que es posible que haya resurgido otra vez todo este conocimiento, dentro de la psicoterapia, dándole un giro el proceso terapéutico, que se puede explicar como un acercamiento a una de las formas más antiguas de liberación de sufrimiento.

2.5 Medir la Atención Plena

En las diferentes aproximaciones que se han planteado desde la psicología a la Atención Plena o *Mindfulness*, ha aparecido cierta diversidad en la forma de entenderlo, y eso se transmite en la variedad de instrumentos que han aparecido para medirla.

Ha habido gran demanda por parte de las terapias centradas en la aceptación y la Atención Plena (Hayes, 2005) por incorporar una forma de medir la Atención Plena para la aplicación sobretodo a la investigación. Al hablar de meditación en la Atención Plena es indispensable desarrollar un instrumento que sirva para medirla de alguna manera, ya que es la variable predictora del éxito terapéutico y el objetivo del tratamiento es aprender esa habilidad, generando un aumento de la misma.

Se parte de la premisa de que la Atención Plena es una capacidad intrínseca de los humanos (ya sea un estado de conciencia o de atención), por tanto todos la tienen, y por tanto debe haber diferencias intrasujetos, es decir en un mismo sujeto esta capacidad aumentará o decrecerá según momentos y diferencias intersujetos, es decir que cada individuo tendrá diferentes niveles de Atención Plena.

Hay una falta de acuerdo entre los diferentes autores sobre la definición de Atención Plena y sobretodo sobre los componentes que incluye (Bishop, 2002). Para Kabat-Zinn (2000), las habilidades o factores incluidos dentro de la Atención Plena son varios: actitud no juzgadora, paciencia, mente de principiante, confianza en uno mismo, no esforzarse en alcanzar ningún estado y aceptación de la experiencia tal y como es. Para Marsha Linehan (1993) se pueden separar en dos grupos, las

habilidades “que” y las habilidades “como”, las primeras se refieren a la capacidad de participar con conciencia de la realidad, y las segundas a como se hace esto, en cambio Brown y Ryan (2003) entienden que la Atención Plena es un solo componente.

A lo largo de este apartado, veremos que hay muchas formas de entender la Atención Plena y sus componentes, y aunque hay un núcleo común en el que todos los autores están de acuerdo, las diferencias se hacen evidentes a la hora de trasladar el constructo a las medidas. La mejor forma de aproximarse a las diferentes concepciones que existen sobre la Atención Plena es hacerlo a través de las escalas de medida que han surgido en los últimos años. Este apartado, por tanto, sirve también como una forma de clarificar y sistematizar el concepto de Atención Plena, ya que el planteamiento de una forma de medirla ha obligado a la creación de un apasionante debate sobre sus componentes y definición.

Las principales escalas que se presentan aquí (excepto el cuestionario CAMS) se pueden ver en los anexos, con los ítems traducidos:

La Escala de Atención Plena y Darse Cuenta (MAAS), con un total de 15 ítems y diseñada bajo un solo factor (Brown y Ryan, 2003). Centrada sobretudo en la atención al momento presente y en la capacidad de darse cuenta, sobretudo enfatiza los aspectos de la Atención Plena relacionados con la disociación y la falta de capacidad de introspección. La escala MAAS correlaciona positivamente con el factor Apertura a la experiencia del cuestionario de personalidad de los Cinco Grandes (Costa y McCrae, 1992; NEO-PI), aunque de manera muy baja (.18), con autoestima (.39) y con optimismo (.34). Correlaciona negativamente con Neuroticismo (-.56), con síntomas de depresión medidas con el Inventario de Depresión de Beck BDI (-.41), con síntomas de ansiedad STAI (-.40), con estado bajo de ánimo POMS (-.26), con tendencia a la somatización HSCL (-.40), y con el uso de la rumiación (-.39). Esta escala se ha validado exclusivamente en población no clínica y en enfermos de cáncer, no hay estudios de aplicación de esta escala en población con trastornos psicológicos.

La Escala de Atención Plena de Freiburg (FMI), Buchheld, Grossman, y Walach, 2001; Walach, Buchheld, Buttenmüller, Kleinknecht y Schmidt, 2006). Esta escala está

diseñada para la investigación con meditadores con experiencia. En una primera versión de treinta ítems, la componen cuatro factores:

- Factor 1: Desidentificación de la atención en el presente, este factor describe uno de los componentes principales de la Atención Plena. Los autores lo describen como la capacidad de experimentar el momento presente sin distraerse o perderse en pensamientos y sentimientos y sin identificarse con los estados mentales, lo integran ítems como *“Me doy cuenta de como mis emociones se expresan a través del cuerpo”*.
- Factor 2: Actitud no juzgadora y no evaluadora hacia uno mismo y hacia los otros. Este factor mide la aceptación incondicional de uno mismo, incluyendo la propia debilidad, fallos o experiencias desafortunadas. Mide la paciencia, tolerancia y apertura hacia las experiencias propias y de los demás, lo integran ítems como *“Soy amable conmigo mismo/a incluso cuando las cosas me van mal”*.
- Factor 3: Apertura a los estados negativos de la mente. Este factor mide la apertura a los estados negativos propios, así como a los estados de ánimo, percepciones y emociones, lo integran ítems como *“Me quedo en el presente con las sensaciones o sentimientos incluso cuando son desagradables o dolorosos”*.
- Factor 4: Este factor está compuesto por ítems que reflejan la orientación al proceso, la comprensión abierta de la experiencia en un nivel más general. Este factor mide lo que estamos llamando en esta investigación metacognición, entendida como entender que los pensamientos son solo pensamientos, y la fugacidad de la experiencia, lo integran ítems como *“Soy consciente como de breve y fugaz es mi experiencia”*.

Posteriormente, los autores de esta escala la han reducido a un solo factor, de catorce ítems, debido a la poca consistencia que ha mostrado la versión de cuatro factores.

El Inventario de Atención Plena de Kentucky (KIMS; Baer, Smith y Allen, 2004), surge dentro del marco conceptual de la Terapia Dialéctico-Comportamental para medir la habilidad de la Atención Plena, esta basada en la conceptualización de Atención Plena que se hace de esta terapia, la cual se divide en dos tipos de habilidades, las habilidades “que”, que incluyen la capacidad de Observar, Describir y Participar, y las habilidades “como”, que incluyen la capacidad de Aceptar sin Juzgar, uno-con

Atención Plena y Efectividad (en el siguiente capítulo profundizaré en esta forma de entender la Atención Plena).

El cuestionario KIMS no cubre todas las facetas del constructo Atención Plena, y además añade algunas que no están incluidas en el resto de escalas. Los autores hicieron una búsqueda de los artículos publicados en meditación en la Atención Plena, estudiando las descripciones de los principales investigadores, así como los autores que han integrado algún aspecto de la Atención Plena en sus teorías o tratamientos (Linehan, 1993; Segal 2000). De ello sacaron cuatro habilidades (de las seis que se entrenan) que son aprendidas en el entrenamiento: observar, describir, actuar dándose cuenta y aceptar (o permitir) sin juicios:

- Observación: Atender a los hechos, emociones y otras respuestas conductuales sin intentar rechazarlas cuando resultan dolorosas ni prolongarlas cuando son placenteras. Se refiere a la habilidad de observar con ecuanimidad, de forma objetiva los fenómenos que surgen en la experiencia; lo integran ítems como, “Noto cuando mi estado de ánimo empieza cambiar”.
- Descripción: Mide la capacidad de describir hechos y respuestas personales con palabras, y lo integran ítems como “*Tengo problemas para expresar las palabras correctas que expresen cómo me siento*”.
- Actuar dándose cuenta: Mide la capacidad de centrar la mente y la atención en la actividad que se está llevando a cabo, sin dividir la atención entre lo que hacemos y lo que pensamos; “Cuando hago tareas como limpiar o conducir, tiendo a soñar despierto/a o pensar en otras cosas”.
- Aceptar (o permitir) sin juicios. Este factor mide la habilidad de adoptar un enfoque no evaluador, es decir no aplicar etiquetas a la experiencia del tipo bueno/malo, útil/inútil, correcto/incorrecto, y permitir la experiencia tal y como es. Se mide a través de ítems como: “Me digo a mi mismo/a que no debería sentirme de la forma que me siento”.

En los estudios de validación donde se ha aplicado aparece que todos los factores menos el de Observación correlacionan negativamente tres de las cuatro habilidades con Neuroticismo medido en el cuestionario de personalidad de los Cinco Grandes (Describir (-0,41), Actuar dándose cuenta (-0,31), Aceptar sin Juzgar (-,42)), también

correlacionan negativamente con un medida global de Psicopatología (BSI-GSI; Describir (-0,33), Actuar dándose cuenta (-0,38), Aceptar sin Juzgar (-,29)).

La Escala de Atención Plena de Toronto (TMS; Bishop et al., 2003). Este instrumento mide la capacidad de provocar un estado de Atención Plena. Ha sido validada en población participante en programas de MBSR. El equipo que ha desarrollado esta escala entiende que la Atención Plena está fundamentada en dos factores, 1) Descentramiento: una autorregulación de la atención para facilitar la capacidad de darse cuenta de las sensaciones corporales, pensamientos y emociones y 2) Actitud de Curiosidad: una cualidad específica de la atención caracterizada por la capacidad de que dicha conexión sea establecida en condiciones de apertura a la experiencia, curiosidad y aceptación. En los estudios preliminares, el factor que mide curiosidad ha dado una consistencia interna muy baja.

Cuestionario de Atención Plena (MCQ, Chadwick, Hember, Mead, Lilley y Dagnan, 2005). Es un cuestionario de 16 ítems que mide la Atención Plena referida sobretudo a los pensamientos e imágenes desagradables. Este instrumento tiene una estructura monofactorial, aunque los autores incluyen cuatro factores dentro del constructo Atención Plena: Observación en Atención Plena, no aversión a las experiencias, dejar ir y no juzgar la experiencia.

La Escala de Atención Plena Cognitiva Afectiva (CAMS, Feldman, Hayes, Kumar y Greeson, 2003, 2004). Escala desarrollada desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), en una primera versión tenía 18 ítems, pero en posteriores revisiones pasó a 12 ítems, y está conformada por cuatro factores: atención, darse cuenta de las experiencias internas, darse cuenta de sucesos externos y la capacidad de centrarse en el presente.

La escala de Filadelfia de Atención Plena y Aceptación (PHLMS, Cardaciotto, 2005). Escala de 20 ítems que mide la Atención Plena. Tiene dos factores, uno mide la capacidad de darse cuenta y el otro factor la capacidad de Aceptar. La primera se refiere la continua supervisión de la capacidad de darse cuenta de las experiencias tanto internas como externas. El segundo factor, el de aceptación mide la capacidad de no juzgar la propia experiencia. De estos dos factores surgen cuatro posibilidades

de estado, a) Atención Plena (altos niveles de aceptación y de darse cuenta del momento presente), b) “flujo” (altos niveles de aceptación y bajos niveles de capacidad de darse cuenta del momento presente), c) evitación o control de la experiencia que no consigue su objetivo (bajos los dos niveles) y d) evitación o control de la experiencia que si lo consigue (altos niveles de darse cuenta del momento presente, y baja aceptación).

La escala de las Cinco Facetas de la Atención Plena (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer y Toney, 2006). Escala desarrollada por los autores de la escala KIMS, surge a partir de un análisis factorial de las cinco principales escalas que miden Atención Plena, la escala KIMS (Baer et al., 2004), FMI (Buchheld et al., 2001), MCQ (Chadwick et al., 2005), MAAS (Brown y Ryan, 1993) y CAMS (Feldman et al., 2004). Tras los análisis, los autores concluyen que detrás del constructo de Atención Plena existen 5 factores o componentes diferenciados. El primer factor sería el de “no reacción a la experiencia interna”, el segundo factor extraído tiene que ver con “la habilidad de Observar o Atender a las sensaciones, percepciones, pensamientos y sentimientos”, el tercer factor está relacionado con “la habilidad de actuar dándose cuenta, sin distracción”, el cuarto factor mide “la habilidad de etiquetar o poner en palabras los estados internos”, y el último factor mide “la habilidad de no juzgar la experiencia”. Estos cinco factores prácticamente coinciden con el propio cuestionario desarrollado por los autores de este estudio, sólo que se aparece un nuevo factor referido a la no reacción ante las experiencias internas.

2.6 Atención Plena y procesos psicológicos

Existen diversas aproximaciones a los efectos o mecanismos de acción beneficiosos del entrenamiento en meditación, cada una de estas aproximaciones no es excluyente del resto, sino que son intentos de entender los mecanismos psicológicos subyacentes que hay detrás de los efectos terapéuticos de la meditación en Atención Plena.

Como se ha dicho previamente, a lo largo de las décadas ha ido cambiando la tendencia a la hora de aproximarse a la meditación. Los mecanismos más importantes desde los que se ha intentado explicar la meditación en Atención Plena son: Cambios Cognitivos (metacognición), Relajación, Exposición, Hipnosis y auto-observación.

2.6.1 Habilidades cognitivas (metacognición)

Durante la práctica de la meditación en Atención Plena, la atención debe centrarse en la respiración y en el cuerpo. Esta observación es realmente complicada de mantener mucho tiempo, ya que la atención tiene tendencia a la dispersión y es fácil que la mente se distraiga. Cuando la mente se distrae, por ejemplo hacia las preocupaciones cotidianas, de forma tranquila y sin juzgar se debe volver la atención al presente, al cuerpo y a la respiración. Este ejercicio, es la base de la práctica de la meditación en Atención Plena y se entrena infinidad de veces mientras se medita. Cada vez que la mente se distrae y el practicante se da cuenta de que se ha distraído, éste debe observar donde se ha ido su atención, y una vez se ha dado cuenta de donde se ha ido, con ecuanimidad debe devolver la atención a la meditación. Es crucial que este darse cuenta de la distracción se haga sin juzgarse, ni autocastigarse, porque precisamente este movimiento (atención-distracción) es la auténtica esencia de la meditación en Atención Plena.

A pesar de su sencillez, este simple movimiento de la atención está afectando sobre el núcleo de las habilidades metacognitivas, ya que promueve la observación de los pensamientos, e imágenes que surgen. Entrena la capacidad de tomar conciencia de los propios pensamientos y observarlos en un estado de calma mental. Al promover el no juzgarlos, se entrena una actitud de aceptación hacia ellos, permitiendo un acercamiento del mismo sujeto a su forma de pensar.

La metacognición y la Atención Plena son conceptos que están unidos. La capacidad de estar en Atención Plena, es muy parecido a los conceptos *insight* metacognitivo, procesamiento metacognitivo o descentramiento que se han introducido en el segundo capítulo cuando se ha planteado el estudio de la metacognición. La Atención Plena promueve la observación de los pensamientos, con lo cual entrena la capacidad de pensar sobre las propias cogniciones, es decir, la metacognición. La metacognición es el eslabón necesario entre la terapia cognitiva y la psicología budista, ya que ambas priorizan la respuesta individual a las propias cogniciones.

El entrenamiento en Atención Plena genera cambios cognitivos relacionados con la capacidad percibir los pensamientos sólo como pensamientos, no como reflejos de la

realidad (Kabat-Zinn 1982, 1990, Linehan, 1993, Teasdale et al, 1995), es decir un aumento en habilidades metacognitivas de descentramiento. Para Teasdale (1999) esos cambios cognitivos son el objetivo final del entrenamiento en Atención Plena, y lo que se pretende con el entrenamiento es provocar un *insight metacognitivo*, es decir una comprensión total, no solo intelectual de que los pensamientos no describen la realidad. Para Hayes (2002,2004) este cambio cognitivo, que el llama “defusion”, en realidad tiene que ver con una pérdida de las funciones evaluadoras y literales del lenguaje.

Como se ha planteado en los primeros capítulos de esta introducción teórica, lo que ha permitido la aparición de la Atención Plena en la terapia cognitiva ha sido la aparición de modelos cognitivos distintos de los clásicos, que proponen el entrenamiento en Atención Plena como una alternativa viable para el trabajo con la rumiación o para el desarrollo de habilidades metacognitivas.

Según Teasdale, Segal y Williams (1995), una de las razones por las que el entrenamiento en *Mindfulness* o Atención Plena es clave en la prevención de recaídas en depresión reside en que es una habilidad que se puede entrenar. La Terapia Cognitiva solo se puede practicar cuando hay síntomas de depresión o cuando se activan engranajes de esquemas depresógenos. En cambio la Atención Plena, se puede practicar con cualquier pensamiento, lo que quiere decir que se puede entrenar en diferentes momentos de la evolución del trastorno.

Según el modelo S-REF, las técnicas de Atención Plena tienen efectos potentes sobre el procesamiento de la información a nivel de metacognición, porque (Wells, 2002):

- Activan y fortalecen el modo metacognitivo de procesamiento, más desapegado, en el que los eventos mentales son evaluados, no simples descripciones de la realidad. (ver tabla 1, capítulo 1).
- Rompen la influencia de las creencias metacognitivas sobre el procesamiento *on-line*, y hacen que los pacientes sean capaces de ser conscientes de las amenazas internas / externas sin activar estilos de pensamiento maladaptativos (rumiación/ preocupación).
- Introducen formas más flexibles de responder a las amenazas.
- Fortalecen los planes metacognitivos de control y supervisión de la cognición.

Una consecuencia del aumento de las habilidades en metacognición, es el aumento de las habilidades de afrontamiento efectivo. La Atención Plena de los pensamientos permite reconocer patrones de pensamientos recurrentes a determinados episodios vitales (por ejemplo: “me doy cuenta de que sólo pienso en la muerte cuando estoy solo”) y así facilitar la habilidad de verlos como formas de pensar en lugar de lecturas validas de la realidad.

El conocimiento y aceptación que produce el tratamiento en Atención Plena, provoca el entrenamiento en modelos esquemáticos alternativos, ya que el ejercicio de observar desde la distancia ayuda a tomar perspectiva, y por tanto entrena la capacidad de afrontar de forma efectiva los problemas. Varios autores han notado que la mejora de la auto-observación que se genera como resultado de un entrenamiento en Atención Plena puede promover el uso de habilidades efectivas de afrontamiento (Baer, 2005). Paradójicamente los intentos de resolver directamente algunos problemas colaboran en su mantenimiento, mientras que si simplemente se “describen”, “aceptan” o “reconocen” se evita que aparezcan configuraciones que autoperpetuan el problema en lugar de aliviarlo.

El uso de estrategias efectivas de afrontamiento está íntimamente relacionado con el auto-conocimiento, ya que se aprende a dirigir la atención y las estrategias cognitivas por vías potencialmente más productivas (Wells, 2003). Según el modelo S-REF, el cambio en las metacreencias sobre la utilidad de estrategias como la rumiación o la preocupación, esta asociado a la capacidad de observar los resultados que tienen su uso sobre la solución de problemas.

El entrenamiento en Atención Plena puede promover un reconocimiento de las primeras señales de la aparición del problema, de tal forma que si se aplican las habilidades aprendidas hay más probabilidades de ser efectivos en la prevención del problema. Para Linehan (1993), la observación sin juicios, más la habilidad de describir permite repensar las consecuencias de determinados comportamientos, lo que puede llevar a una reducción de la impulsividad y de las conductas maladaptativas (Baer, 2005).

2.6.2 Atención Plena y Exposición

En un entrenamiento en Atención Plena, se promueve la observación con ecuanimidad y sin reaccionar de las sensaciones desagradables, permitiendo el acercamiento a esas sensaciones o exposición. La primera intervención basada en la Atención Plena sistematizada es el MBSR de Jon Kabat-Zinn (1982), y fue desarrollada para trabajar con el dolor crónico. En este programa se entrena la habilidad de observar las sensaciones de dolor sin juzgarlas y sin reaccionar a ellas. Parte de la base de que la exposición prolongada a las sensaciones de dolor (que pueden aparecer en la práctica de la meditación) en ausencia de consecuencias catastróficas, puede llevar a una reducción de las respuestas emocionales provocadas por las sensaciones de dolor (Baer, 2003), lo que genera un descondicionamiento hacia la sensación de dolor.

Para Linehan (1993) uno de los principales efectos terapéuticos del entrenamiento en Atención Plena tiene que ver con la exposición a emociones negativas (Baer, 2003). El entrenar la observación prolongada de pensamientos y emociones, sin evitarlas y sin intentar escapar, puede ser visto como un ejemplo de exposición, así que la Atención Plena puede mejorar la habilidad de los pacientes de tolerar estados emocionales negativos, aumentando así la capacidad de enfrentarse a ellos.

En el caso de la ansiedad de pacientes sin trastornos graves, sucede algo bastante parecido, el hecho de observar la ansiedad como un síntoma físico más, o entrenar por ejemplo cómo determinados pensamientos generan reacciones de ansiedad en un estado mental de calma y aceptación, ayuda a reducir el grado de angustia que genera ésta. Poder percibir desde la distancia cómo la experiencia empieza y acaba, es decir, observar la impermanencia de la experiencia, ya se trate de una sensación física o de un pensamiento, termina afectando sobre el miedo a determinadas experiencias, a través de la exposición.

2.6.3 Atención Plena y Relajación

Muchos de los efectos terapéuticos de la meditación, se atribuyen a sus efectos relajantes (Bogart, 1991), sobretudo a nivel de calma mental. Los efectos fisiológicos de la meditación, son muy cercanos a los generados por la relajación. Para Amutio

(2000), la meditación en Atención Plena es una técnica de relajación más, el problema es que en la psicología se le ha dado una concepción rígida a la relajación. El modelo actual de relajación la identifica de forma exclusiva con la reducción del nivel de activación fisiológica. En consecuencia, apenas se han estudiado otra serie de variables psicológicas mediadoras que son las responsables de los efectos de la relajación en general, y de la meditación en particular, como la calma mental o la concentración.

Otra de las hipótesis que vinculan la atención con la relajación tiene que ver con entenderla como una desensibilización de la ansiedad generada hacia los pensamientos sobre uno mismo, es decir reduciría la evitación a las propias cogniciones. Benson (1973) postula que las técnicas de meditación, el yoga, el entrenamiento autógeno, la relajación progresiva y determinadas técnicas de rezo, provocan “respuesta de relajación” por esta razón.

La reducción de la meditación a unos simples efectos de la relajación está prácticamente fuera del ámbito de investigación y pocos autores continúan con estos modelos reduccionistas. Independientemente del debate sobre si son o no técnicas hermanas, lo que es ineludible es, que aunque los efectos relajantes de la Atención Plena no son el objetivo buscado, son una reacción típica que surge muy a menudo durante su práctica.

Pero la relajación no puede ser un objetivo de la meditación en Atención Plena, sencillamente porque de lo que se trata es de aceptar sin juzgar sea cual sea la experiencia que tengamos, incluso si ésta es desagradable. Por eso, si se enfatiza la idea de relajación ya se está poniendo una meta que alcanzar, y ya estamos deseando un estado que construimos o prevemos mejor que el que estamos experimentando, por tanto va en contra de la premisa básica de la meditación en Atención Plena. Precisamente uno de los puntos más interesantes de la meditación es el de no convertir la relajación en algo obligatorio, dejando que cada persona acepte lo que sea que suceda. En el momento en que se utiliza la meditación con un objetivo, o como un medio para algo, se está dejando de meditar, por paradójico que parezca meditar es “no hacer”, por eso cualquier esfuerzo por conseguir que la meditación tenga una finalidad no es más que un pensamiento que está entorpeciendo la Atención Plena. Si

se medita buscando relajación, la mente está en otro sitio, en relajarse, en lugar de en el cuerpo o en la respiración, y esta actitud socava el cultivo de la Atención Plena.

Cuando una persona recibe un entrenamiento en relajación grupal, se le está enseñando una técnica para cambiar su forma de sentirse, se le está enseñando a que estando en un estado A, si lo desea y sin utilizar fármacos puede alcanzar el estado B, el deseado. El objetivo de la relajación es que las personas la utilicen para un objetivo claro, pero esto retroalimenta lo que Wells (2000) llama "atención auto-centrada" o lo que desde la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena (Segal, Teasdale y Williams, 2002) se llama modo de "hacer", es decir la persona continuamente está supervisando su estado, y continuamente lo está comparando con ese estado deseado y objetivo final, el estado de relajación, lo que continúa con el modo de procesamiento cognitivo que según Wells (2000) alimenta el trastorno psicológico.

Esta continua supervisión ante el estado actual y la distancia que lo separa del estado deseado en algunos pacientes puede generar estados de angustia, con aparición de episodios de ansiedad inducida por la relajación (Borkovec, 2002). La relajación entonces lo que hace es que continúa con la mecánica que ya traen los pacientes, la de creer que hay un estado ideal, al que es posible llegar con una fórmula.

2.6.4 Atención Plena e Hipnosis

Tanto la hipnosis como la meditación en Atención Plena han sido ámbitos de estudio clásico para las neurociencias (Davidson y Goleman, 1977; Newberg y Iversen, 2003; Davidson y Kabat-Zinn, 2003), y las conclusiones extraídas son, que estas dos técnicas provocan efectos similares en el cerebro (Newberg y Iversen, 2003; citado en Grant, 2005), en ambas hay una inhibición cortical, como evidencian el que las ondas theta en el EEG sean más lentas (lo que explica la reducción del flujo de pensamientos, y el darse cuenta más de uno mismo).

Hay algunos autores (Grant, 2005; Holroyd, 2003) que plantean que la Hipnosis, en su formato de auto-hipnosis, es básicamente la meditación que hemos desarrollado en Occidente, que tiene las mismas bases y los mismos objetivos que ésta, sólo que surgida en otro contexto cultural, y desprovista de religiosidad o espiritualidad.

Podemos encontrar muchas similitudes entre las dos técnicas (Lynn, Surya Das, Hallquist y Williams, 2004): a) ambas promueven la aceptación y minimizan la evitación experiencial; b) el papel de la expectativa es muy importante, en la hipnosis es clave para su aplicabilidad, y en el caso de la meditación importante para la adherencia al entrenamiento; c) en ambas, a veces hay reacciones desfavorables, y no se recomienda a todo el mundo, en ambas se excluye su uso en pacientes graves; d) se pueden practicar en soledad, tanto la auto-hipnosis como la meditación se puede practicar guiándose uno mismo y sin necesidad de un profesional, aspecto clave para que su uso se pueda generalizar a ámbitos fuera de la terapia; e) en las dos técnicas hay diferencias individuales, que hacen que no todo el mundo reaccione igual al entrenamiento, en el caso de la hipnosis las diferencias en los grados de sugestionabilidad son claves, en el caso de la meditación no parece que haya investigaciones que se hayan centrado en este aspecto, aunque a nivel clínico hay evidencias claras.

Aunque la práctica en meditación no parezca realzar la sugestionabilidad hipnótica, y la facilidad, en la práctica de la meditación no parezca estar relacionada con la sugestionabilidad, hay autores que proponen que el entrenamiento en *mindfulness* puede ayudar a la investigación fenomenológica de las experiencias hipnóticas (Lynn et al, 2004).

Las diferencias que hay entre las dos técnicas son las que realmente nos hacen ver que son técnicas que trabajan con aspectos diferentes (Davidson y Goleman, 1976; Lynn et al, 2004), aunque tengan muchas cosas en común. Para la hipnosis el éxito de la intervención depende en buena medida de la capacidad del paciente para experimentar la sugestión, para cambiar pensamientos, emociones, etc... En la meditación en Atención Plena, la sugestión no existe, porque una de las premisas básicas es la de no intentar cambiar, sino aceptar la experiencia tal y como es. El hecho de anteponer una meta o fijar un cambio, como en el caso de la técnica de hipnosis es contraria a la base de la meditación en Atención Plena (Lynn et al., 2004).

La diferencia clave que termina de diferenciarlas, es que tanto desde el Budismo como desde las Terapias que utilizan la Atención Plena, la meditación es una técnica para entrenar una habilidad, y el objetivo es el aprendizaje de esta habilidad, entonces la

meditación como tal no tiene sentido separada del contexto teórico o filosófico-terapéutico que hay detrás. En cambio la Hipnosis es una técnica que sirve como catalizador del proceso terapéutico, pero en sí misma solo es un técnica, no una terapia, por tanto carece de un modelo o de una base teórica o filosófica.

Según el uso que le dan desde diferentes propuestas, la Atención Plena y a la hipnosis se acercan conceptualmente o se alejan, por esto parece que las líneas que las separan son difusas y continuamente se entremezclan y se desvinculan según el autor que leamos o el paradigma desde el que lo veamos.

2.6.5 Atención Plena y auto-observación terapéutica

La Meditación en Atención Plena es un ejercicio basado en la auto-observación. Aunque la auto-observación, ha sido uno de los pilares de la Psicología desde sus inicios, durante años ha sido muy cuestionada. La auto-observación, en realidad es una parte del primero de esos apartados, el de la metacognición. Como ya me he referido, es a partir de la auto-observación de los pensamientos de donde surge la capacidad de descentrarse, y por tanto la capacidad de pensar sobre los propios pensamientos.

Se puede entender la Atención Plena como la investigación del proceso de darse cuenta que implica la observación del flujo de cambios en las experiencias privadas (Bishop et al, 2003). En los ejercicios de Atención Plena se promueve la auto-observación del fluir de los pensamientos, observar como estos vienen y van, promoviendo así la percepción de que no hay porque reaccionar a todos los pensamientos que nos vengán a la cabeza. Por ejemplo, durante la práctica de la meditación es más que probable que aparezcan pensamientos de cosas que hay que hacer urgentemente, así que un momento dado es posible sintamos el impulso de levantarnos e ir a hacer dicha actividad. Se promueve el no dejarse llevar por los pensamientos, de tal forma que podemos observar como determinado pensamiento aparece, nos lleva a tener una experiencia de impaciencia e incomodidad y después simplemente pasa y nos damos cuenta de que no era nada urgente para hacer, pudiendo así continuar con la meditación. Este proceso se va generalizando a través del entrenamiento a otros ámbitos de la vida.

Las personas diagnosticadas de depresión tienen una probabilidad mayor de estar más centradas en sí mismas que las que no lo están (Ingram y Smith, 1984; Sanz y Graña, 1991). Teniendo en cuenta estos datos, es comprensible que para muchos psicólogos la idea de entrenar a una persona con depresión en técnicas de auto-observación en lugar de en técnicas de distracción es una aproximación terapéutica inadecuada o no necesaria, ya que alimenta los procesos de rumiación y auto-devaluación. En algunos trastornos de la ansiedad también hay un “centrado” en uno mismo/a desadaptativo, vinculado a las sensaciones físicas corporales, y sobretodo a una sobreestimación e interpretación catastrofista del riesgo personal que pueden tener esas sensaciones.

Pero las técnicas de distracción, tampoco parecen la estrategia más adecuada, ya que puede ser demasiado esfuerzo para un individuo estar siempre fuera de sí mismo, y centrar la atención fuera de los pensamientos y sentimientos negativos puede reforzar la tendencia al uso de la supresión de pensamiento y la evitación experiencial (Watkins y Teasdale, 2004, Hayes et al, 1996; Broderick, 2005), asociados con el mantenimiento de afectos negativos. Además, redirigir la atención fuera de los pensamientos y sentimientos negativos impide la posibilidad de saber lo que uno siente y piensa, e impide la posibilidad de desarrollar interpretaciones alternativas o representaciones cognitivas de las experiencias de las que depende el mantenimiento de los síntomas (Watkins y Teasdale, 2004).

La alternativa real a una auto-observación desadaptativa como la que caracteriza a los trastornos depresivos o determinados trastornos de la ansiedad, no es la distracción, sino una nueva concepción de la auto-observación. Lo primero que tenemos que tener en cuenta es que no todos los procesos de auto-observación tienen el componente rumiador, ni son esencialmente negativos o desadaptativos.

La alternativa que promueven los terapeutas que han entendido que la auto-observación es un ingrediente básico para el proceso terapéutico es que la auto-observación es terapéutica cuando tiene las siguientes características:

- a) Se fija en lo que ocurre en el presente.
- b) No compara el estado actual con el ideal (modo de ser).
- c) No juzga lo que observa.

d) Acepta la no permanencia de la experiencia.

Así pues la auto-observación adaptativa o experiencial, está basada en la Atención Plena, y es esencialmente diferente de la auto-observación analítica (rumiadora) (Watkins y Teasdale, 2004).

Entender la meditación como algo más allá de los efectos fisiológicos de relajación, implica clarificar bien las premisas ontológicas de las que partimos, y definir qué ocurre en ese proceso de observarnos a nosotros mismos, que al fin y al cabo es el método de psicoterapia por autonomasia. Un aspecto importante a tener en cuenta, es que la Atención Plena se entrena en soledad. La práctica de la meditación implica largos periodos de silencio, en una postura fija, con la única instrucción de atender a la respiración, al cuerpo, y a cualquier experiencia o pensamiento que emerja. Esto supone para muchas personas la primera aproximación a un estado de soledad no doloroso. El entrenamiento en Atención Plena convierte la soledad en un espacio terapéutico, donde observarse a uno/a mismo/a.

Los estados de auto-observación desadaptativos surgen en soledad, y el diálogo que surge con uno mismo surge en primera persona. La meditación en Atención Plena, provoca un cambio de perspectiva, ya que motiva un cambio de tiempo verbal, pasando a narrarse la experiencia en tercera persona. La meditación nos entrena en el papel de observadores del observador, haciendo que desaparezca la línea divisoria que normalmente hay en nuestra experiencia cotidiana entre el observador y lo observado.

El entrenamiento de la actitud de apertura durante la práctica de la meditación reduce el uso de estrategias cognitivas o conductuales utilizadas para evitar aspectos de la experiencia vivida (Bishop et al, 2003). Tener una actitud de apertura y curiosidad hacia la propia experiencia, establece las bases para la auto-observación, aspecto clave y auténtico objetivo de la Atención Plena.

2.7 Atención Plena y corporalidad.

Los modelos cognitivos que se han planteado en los primeros capítulos de esta introducción, el modelo ICS (Subsistemas Cognitivos Interactivos, Teasdale y Barnard, 1993) y el modelo S-REF (Función Ejecutiva Auto-reguladora, Wells y Matthews, 1996), integran la corporalidad como un factor importante para la comprensión de los trastornos emocionales, y que aporta información básica para su mantenimiento.

Desde el punto de vista del ICS, la postura corporal es un subsistema clave para entender la depresión. Una postura encorvada, decaída y rígida genera un feedback que colabora en el mantenimiento del engranaje depresivo. En cambio, en el ejercicio de la meditación se promueve una postura corporal recta, erecta y digna, que junto con una respiración consciente, provoca un cambio en el *input propioceptivo*, lo que ayuda a provocar una ruptura del engranaje depresivo.

En el caso de Wells, su intervención, el ATT (Attentional Training; Wells, 2001), solo plantea la atención sobre el cuerpo como algo unidireccional, como un lugar donde refugiar la atención en determinados trastornos. En el caso de Teasdale, el entrenamiento en Atención Plena sí que incluye intervenciones corporales (yoga). Pero a la hora de las conclusiones terapéuticas, ninguno de los dos le da importancia a la corporalidad a la hora de explicar los efectos de meditación en Atención Plena, y el papel de ésta sobre muchos aspectos que están interviniendo en la efectividad de la terapia. Tampoco a la hora de plantear investigaciones utilizan medidas corporales ya sean fisiológicas (conductancia de la piel, tasa cardiaca, hormonas, etc...) o narrativas (narraciones sobre el aumento de la capacidad de sentir el cuerpo, a un aumento de la capacidad de identificar las emociones).

La separación mente-cuerpo es una de las grandes diferencias entre la mentalidad occidental y la oriental. A la hora de conceptualizar la meditación en Atención Plena desde la psicología esta distinción vuelve a surgir. Mientras que en las religiones que utilizan la meditación en Atención Plena le dan una gran importancia al cuerpo, desde la perspectiva de la psicología apenas se le guardan unos renglones.

La respuesta al papel que cobra el cuerpo en las terapias basadas en la Atención Plena, lo podemos encontrar en otro ámbito de conocimiento, el de las neurociencias, y más concretamente el trabajo de Antonio Damasio (2005). Este autor plantea que toda experiencia vital genera una emoción, por débil que sea, con los sentimientos posteriores por tenues que sean estos, y que la mayoría de estas reacciones corporales suceden fuera del espectro de la conciencia, lo cual coincide con los presupuestos de los modelos ICS y S-REF.

Su principal hipótesis es, que cualquier cosa que sintamos tiene que basarse en el patrón de actividad de las regiones cerebrales que sienten el cuerpo. Estas regiones cerebrales leen o cartografían continuamente el cuerpo y esta lectura corporal genera unos mapas corporales que son lo que llamamos sensaciones. Estos mapas corporales pueden sufrir gran variedad de cambios en el cuerpo, desde la tensión muscular, hasta pequeños cambios viscerales, cambios en los niveles de glucosa, etc... Estas lecturas corporales o imágenes suceden a la vez, siempre en el momento, y esto sucede porque el cuerpo tiene terminaciones nerviosas que pueden enviar información continua de retorno al Sistema Nervioso Central. Hay dos tipos de mapas corporales, los que están relacionados con el mundo interno o *imágenes de la carne*, que son las imágenes obtenidas de las vísceras, músculos, etc... y las imágenes del mundo externo o *imágenes de sondas sensoriales especiales*, basadas en el estado de actividad de aquellas partes concretas del cuerpo que son modificadas por objetos externos. En muchos casos las regiones que registran el cuerpo hacen un mapa preciso de lo que está ocurriendo en él, pero no siempre ocurre esto, otras partes del cuerpo pueden interferir sobre los mapas corporales reales construidos, como por ejemplo en momentos de gran intensidad (guerras, o deporte extremos, hipnosis o meditación) hay determinados mecanismos neuronales que pueden cambiar por ejemplo la sensación de dolor o determinadas sensaciones corporales.

Así pues en ocasiones, tanto la actividad de las regiones que cartografían, como las señales que llegan a ellas, pueden haber sido modificadas de alguna manera. Los sentimientos no surgen necesariamente de los estados corporales reales, sino más bien de los mapas reales construidos en cualquier momento dado en las regiones de la sensación corporal. Por tanto no siempre ese mapa del cuerpo es actual, es decir que el cerebro puede hacer lecturas desfasadas o antiguas. Los patrones neuronales y

las imágenes mentales correspondientes de los objetos y acontecimientos de fuera del cerebro son creaciones de éste relacionadas con la realidad que provoca su creación, y no imágenes especulares pasivas que reflejen dicha realidad.

Al aumentar la capacidad de auto-observación, durante la meditación, se están aumentando la capacidad de discriminar pequeños cambios corporales, y por tanto se entrena una visión como seres en continuo movimiento con experiencias no permanentes. Se entrena la capacidad de ver la experiencia como un proceso en el cual los fenómenos surgen y desaparecen. También se entrena la capacidad de conocer de forma más precisa las respuestas al ambiente. Al aumentar esa capacidad de saber de qué forma afectan o que cambios corporales producen determinado objetos, se aumenta la capacidad de reaccionar de forma más libre, sin utilizar respuestas automáticas aprendidas anteriormente.

A partir de la hipótesis de Damasio (2005), es posible pensar que la razón por que la que meditación *Vipassana* tiene efectos es porque actualiza los mapas corporales. A través del entrenamiento en meditación (sobretudo en el ejercicio de la contemplación de las sensaciones) se consigue que esa lectura corporal a través de la cuál sentimos la realidad sea más afinada y precisa. En consecuencia, al aumentar la capacidad de leer las señales corporales, se facilita la conciencia de las emociones y sentimientos, y por tanto de los pensamientos.

Las actividades que implican una mayor conexión con el cuerpo dan un sentido de sí mismo mayor. Al acabar el entrenamiento en meditación una de las clásicas respuestas sobre los entrenamientos que repetidamente encontramos es “me siento más yo misma/o”. En los cursos, llama la atención que muchas personas tengan niveles muy bajos de sensaciones corporales, y que al aumentar esa capacidad de percibir el cuerpo, también aumenta la capacidad de saber qué sienten, y sentirse más sí mismas/os, de “sentirse más libres”.

El objetivo es convertir el cuerpo en una herramienta para “conocer”, para ver como la experiencia surge y desaparece, y así entrenar la aceptación. El cuerpo siempre está en el presente por tanto se puede utilizar como el espacio donde acudir cuando se quiere vivir la experiencia presente. El cuerpo en la meditación en Atención Plena, nos

sirve de anclaje para conectar con el presente, ya que las sensaciones corporales no pueden suceder ni en el pasado ni el futuro, surgen en el presente. Una de las técnicas más comunes dentro de la meditación en Atención Plena es la meditación en la contemplación de las sensaciones, donde la atención, se va moviendo por diferentes partes del cuerpo captando las sensaciones que surgen.

La corporalidad es un punto de investigación clave para entender la meditación en Atención Plena y ha sido poco tratado desde la investigación, el principal escollo, es cómo medir esa corporalidad de forma rigurosa. La única herramienta que se tienen de momento para medir esa mayor conciencia corporal es a través del discurso, a través de variables fisiológicas, o a través de la tecnología de la neuroimagen que busca en las áreas del cerebro que supervisan el cuerpo.

2.8 La Atención Plena en el ámbito del estudio de la conciencia

Como planteamos al principio de esta introducción, una de las posibles traducciones de *mindfulness*, es conciencia plena. La decisión de traducirlo por Atención Plena no es anecdótica, y responde tanto al paradigma del que partimos, la terapia cognitiva, como a la situación en la que se encuentran el estudio de conciencia.

Una de las mayores críticas que se hacen a la perspectiva cognitiva del estudio de la Atención Plena, es que se conceptualice exclusivamente como un fenómeno cognitivo, sin concebir el papel que puede tener la conciencia en este fenómeno.

La investigación de la conciencia (Edelman, 2002), pese a ser uno de los objetos principales de estudio de la filosofía, hasta hace poco tiempo no había sido admitida en la familia de los objetos científicos susceptibles de investigación experimental. Ahora mismo es una disciplina emergente, multidisciplinar (es un competencia de ciencias como la lingüística, neuropsicología, filosofía, etc...) y está cobrando un gran peso específico, gracias a las nuevas técnicas de investigación del cerebro (EEG, etc...).

William James (1929, citado en Pribram y Ramírez, 1995) planteó que la mayoría de los temas relacionados con la formación de la conciencia tienen que ver con la

atención. La atención y la capacidad de darse cuenta (*awareness*), son para algunos autores (Brown y Ryan, 2004) los principales componentes de la conciencia, y están separados de otras modalidades primarias de procesamiento, como la cognición, la motivación y la emoción. Conciencia y cognición son procesos diferentes, si la Atención Plena promueve la observación sobre los pensamientos, esta observación no puede ser en forma de más pensamientos, sino que debe ser un estado de la conciencia diferenciado del normal.

Para Brown y Ryan (2004) la Atención Plena o *mindfulness* concierne a la capacidad de conciencia, entendiendo que conciencia es llevar la atención sobre la propia atención, o sobre los propios fenómenos mentales. Este estado de atención es en realidad un estado modificado de conciencia, que se puede dirigir a un pensamiento, emoción, o cualquiera de los procesos, pero que no puede ser reducida a ellos. Por estado modificado de conciencia se entiende “una alteración cualitativa del conjunto de patrones de funcionamiento mental de tal forma que el sujeto lo experimenta como radicalmente diferente de la forma normal de funcionar” (Tart, 1972, citado en Holroyd). Al entender estos autores que la Atención Plena está vinculada a la vivencia del presente, esto tiene que suceder en el instante en que se toma conciencia del objeto pero justo antes de que pueda ser evaluado o categorizado, es por eso que se puede entender la crítica de que la metacognición no es el factor clave, ya que la percepción de ese instante no es cognitiva, sino que es previa a la entrada de la cognición, podríamos decir que es precognitiva.

Según Brown y Ryan (2003) la conciencia de algo, abarca tanto la atención como darse cuenta de ese algo. El darse cuenta es el radar de fondo de la conciencia, que continuamente comprueba el ambiente interno y externo, mientras que la atención es un proceso de focalización del darse cuenta consciente, provee un rango mayor de sensibilidad en un rango mayor de experiencia.

Según estos autores, “*mindfulness* puede ser considerado como una atención intensificada o un darse cuenta de la experiencia corriente o realidad presente”. La Atención Plena captura una calidad de la conciencia que está caracterizada por la claridad, o vividez de la experiencia y funcionamiento corriente, y esto en contraste

con el *mindlessness*, un estado menos “despierto” de funcionamiento habitual o automático que puede ser crónico para muchos individuos.

El problema de utilizar la conciencia como explicación es que este concepto es muy complejo de definir y conceptualizar, y sobretodo está fuera del paradigma cognitivo del que surgen las nuevas terapias basadas en la Atención Plena y la aceptación. Aunque no por eso estoy planteando que sea errada ninguna de las dos visiones del *mindfulness*, la visión del estudio de la conciencia se acerca de forma más certera a la experiencia de la meditación. De hecho Teasdale (1995), se tiene que inventar una nueva forma o componente de la metacognición, el *insight* metacognitivo para darle un contenido total, corporal y sentido, a esa capacidad o a ese desapego hacia los propios pensamientos, porque el darse cuenta en espontáneo y añade algo a la experiencia, y por tanto, la definición clásica de metacognición se le queda corta.

El estudio de la conciencia todavía está demasiado confuso, pero sin duda alguna es la tendencia clara de futuro, y seguramente una de las perspectivas más prometedora sobre el estudio de la mente.

“La auténtica compasión se basa en una clara aceptación o reconocimiento de que los demás, como uno mismo, quieren la felicidad y tienen derecho a vencer el dolor”. Dalai Lama, 1997.

3. Terapias Psicológicas basadas en la Atención Plena

La Atención Plena en los últimos años ha cobrado gran importancia en su vertiente terapéutica, y se incluye como ingrediente básico en muchas de las terapias más en boga, dentro de lo que se ha venido a denominar las Terapias basadas en la aceptación y la Atención Plena (Hayes, 2004; Baer, 2006).

Stephen Hayes, el autor que ha desarrollado la Terapia de Aceptación y Compromiso, ha sido el que ha propuesto la aparición del movimiento de las terapias centradas en la aceptación y la Atención Plena como un nuevo paradigma (Hayes, 2004; Baer, 2006), al que denomina como la tercera generación de terapeutas cognitivo-conductuales. La primera generación está formada por las terapias basadas en la modificación de conducta. La segunda generación aparece con las terapias cognitivas. Y la tercera generación para Hayes viene formada por las terapias cognitivo-conductuales, y lo que las caracteriza, es que integran conceptos o técnicas que provienen de filosofías orientales.

Hay actualmente cinco terapias fundamentales dentro del movimiento de las Terapias basadas en la Atención Plena y en la Aceptación, separadas en dos grupos, por un lado las terapias basadas en entrenamiento en Atención Plena mediante la meditación, el

Mindfulness-based stress reduction (MBSR; Kabat-zinn, 1982, 1990), la TCAP (Segal, Williams y Teasdale, 1995) y el entrenamiento en prevención de recaídas para adicciones (Marlatt y Gordon, 1985). Por otro lado están las terapias que incorporan el entrenamiento en Atención Plena a su intervención como un ingrediente más, pero sin meditar, éstas son la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, Hayes, Strosahl y Wilson, 1999) y la Terapia Dialéctico-Comportamental (Linehan, 1993).

3.1 Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena

La Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena (TCAP) es una integración de la Terapia Cognitiva, con el programa de reducción del estrés basado en la Atención Plena de Kabat-Zinn MBSR (1985). J. Teasdale junto con Z. Segal y M. Williams se plantearon buscar una alternativa grupal dentro de la terapia cognitiva que asumiera las conclusiones que habían alcanzado en su modelo teórico, el ICS (ver capítulo 2) para la prevención de las recaídas en depresión. Según este modelo, la intervención psicológica debe entrenar la capacidad de redirigir la atención hacia modelos cognitivos que rompan con el engranaje depresivo que es el que puede activar una recaída en un episodio depresivo.

Su objetivo era crear un tratamiento grupal que entrenara la atención, y que ofreciera nuevos modos mentales y formas de enfrentarse a los propios pensamientos, impidiendo así el acceso a engranajes depresivos. En esta búsqueda de un tratamiento grupal adecuado para este tipo de planteamientos se encontraron con Jon Kabat-Zinn y su programa *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) de la Universidad de Massachussets. En un principio, el equipo de Teadale, Segal y Williams (1995) adaptaron el entrenamiento y le llamaron Entrenamiento Atencional, para más tarde acabar llamándolo *Mindfulness-based Cognitive Therapy* (Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena).

La Terapia Cognitiva ha demostrado repetidas veces su eficacia en el tratamiento de la depresión. El modelo cognitivo tradicional plantea que el riesgo o vulnerabilidad de caer en una depresión mayor es debido a la presencia de actitudes o supuestos disfuncionales subyacentes. Desde esta perspectiva, la reducción de las recaídas se explicaría por la

reducción de esas actitudes o pensamientos disfuncionales. Pero esta hipótesis no ha recibido suficiente apoyo empírico. Cuando la Terapia Cognitiva ha producido un efecto a largo plazo mejor que la farmacoterapia, los tratamientos no difieren en las medidas post-tratamiento en la Escala de Actitudes Disfuncionales. (DAS; Weissman y Beck, 1978). Desde el modelo ICS esto se puede explicar porque la vulnerabilidad a la depresión, y la recaída, no depende tanto de las actitudes disfuncionales resistentes, como de los patrones de pensamiento negativo que se hacen accesibles o se activan en un estado de ánimo bajo. El riesgo a recaer en una depresión mayor recurrente se reduce, si los pacientes son capaces de aprender a ser conscientes de los patrones tácitos de pensamiento, reactivados durante la disforia y a desembarazarse de esos ciclos rumiativos depresivos. Así pues, el objetivo de Teasdale, Williams y Segal (1995) era buscar una Terapia Cognitiva para la depresión más duradera, que sirviera para mantener y reducir la posibilidad de recaer.

Se ha demostrado que en pacientes recuperados de una depresión, comparados con un grupo control que nunca hayan estado deprimidos, es más probable que la disforia active patrones de pensamiento depresogénico auto-devaluador (Teasdale 1988, 1997). La asociación repetida entre ánimo depresivo y patrones de pensamiento negativo durante los episodios de depresión mayor, incrementan la posibilidad de que se activen esos patrones en futuros estados de ánimo bajos.

Aunque el primer episodio de depresión mayor sí que suele estar conectado con sucesos vitales, conforme se van repitiendo las recaídas, éstas cada vez están menos conectados con eventos estresantes o necesitan menos provocación externa (Kendler, Thornos y Gardner, 2000). La reactivación de patrones de pensamiento depresivo provocado por la disforia puede llevar a pacientes recuperados a recaer de nuevo en la depresión mayor a través de ciclos de procesos rumiativos cognitivos-afectivos (Teasdale, 2004).

La recaída implica una reactivación, en momentos de estado de ánimo disfórico, de patrones automáticos de pensamiento negativos, similares a los patrones activos en el episodio depresivo previo. Detrás de estos patrones hay una visión de sí mismo como inadecuado, sin valía y culpable, y esos pensamientos negativos son vistos como reflejos

de la realidad. Tienen que ver con la persistencia de patrones de actitudes o supuestos disfuncionales subyacentes que se activan una vez la sintomatología ha desaparecido, cuando hay estados de ánimo bajos. Cuando se activa un engranaje depresivo, se mantiene a través de estrategias cognitivas desadaptativas como la rumiación (Nolen-Hoeksema, 1983), componente que tiene una gran importancia en el modelo ICS, y pieza clave para entender la prolongación de los sentimientos de tristeza, y por tanto en la aparición de recaídas. Estas persiguen el objetivo de saber qué es lo que ha llevado a ese estado, aunque se muestran bastante ineficaces, y tienen el efecto contrario: mantener y exacerbar la tristeza.

Según Teasdale (1999) hay dos implicaciones importantes a tener en cuenta de cara al diseño de una alternativa grupal para el tratamiento de las recaídas: 1) según la Terapia Cognitiva clásica la causa de las recaídas sería la reactivación de lo que se llaman Actitudes Disfuncionales Persistentes; 2) los datos muestran que la Terapia Cognitiva, una vez aprendida, protege contra nuevas recaídas posibles, por tanto lo lógico sería que la terapia de mantenimiento siguiera la línea de la terapia primigenia. Así pues, la estrategia para evitar las recaídas es ayudar a los pacientes a desembarazarse de esos procesos auto-perpetuadores y rumiativos cuando se sienten tristes ya que detrás de los procesos rumiativos existe la visión de una “discrepancia”, hay una comprobación continua entre el estado actual y el estado deseado, requerido o esperado. Es decir se comprueba continuamente el “cómo se está”, con el “como se debería estar” y la distancia que las separa.

La esencia de la Atención Plena o *Mindfulness* es la utilización intencionada de la atención para establecer una configuración del procesamiento de la información alternativo (modelo cognitivo), que es incompatible con la configuración del engranaje depresivo (Teasdale, 1999). El objetivo final de la TCAP es el entrenamiento de la habilidad de la Atención Plena. Se parte de la hipótesis de este entrenamiento provoca un aumento de las habilidades metacognitivas, que genera una percepción o “insight metacognitivo”, en el que los pensamientos son percibidos sólo como pensamientos, y no como descripciones de la realidad.

La meditación en Atención Plena se presenta como una herramienta idónea para enseñar la habilidad de descentramiento, permitiendo a los pacientes usarla cuando sus pensamientos y sentimientos están fuera de control o cuando se activen procesos rumiativos.

3.1.1 El tratamiento en Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena

El tratamiento que propone la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena es de 8 sesiones grupales, en las que se enseña a meditar, en grupo y se revisan las tareas para casa, con una estructura muy parecida al MBSR de Kabat-Zinn, pero añadiendo algunas técnicas y ejercicios de Terapia Cognitiva. Las sesiones de TCAP contienen varias técnicas repartidas entre las 8 semanas de duración del tratamiento, y por orden se van introduciendo a lo largo de las sesiones, acompañadas de explicaciones teóricas.

Las principales técnicas que se utilizan en este tratamiento son:

- Ejercicio de la Uva pasa: Se reparte una uva pasa entre los asistentes al entrenamiento en Atención Plena, antes de comerla, se huele, se observan sus formas, se chupa, y se paladea dando la instrucción de hacerlo como si fuera la primera vez que la prueban. Este ejercicio sirve para explicar la Atención Plena a través de forma experiencial, se utiliza en la primera sesión como introducción.
- Atención en la Respiración: La manera más fácil y eficaz de comenzar a practicar la meditación en la Atención Plena, consiste en concentrar la atención en la respiración y ver lo que sucede. Hay varios puntos donde concentrarse, aletas de la nariz, diafragma, pecho, etc., pero la cuestión es no intervenir, no intentar modificar la respiración, ni ralentizarla ni hacerla más rápida, simplemente ser consciente de ella, sin intervenir, sin pensar en ella, simplemente darse cuenta de la respiración, de cada inspiración y de cada espiración. La forma de empezar a extender la meditación a la vida cotidiana es la concentración en la respiración durante tres minutos.
- Meditación sentado/a: Se denomina meditación sentada al núcleo de la práctica de la meditación formal. Se trata de adoptar una postura erecta y digna, en la que la cabeza, cuello y espalda están alineadas, es decir, conforman una misma línea. Una vez se fija la postura, hay que centrarse en la respiración, con Atención Plena y centrarse en la experiencia presente.

- Técnica de contemplación de las sensaciones o “body-scan”: En esta técnica se exploran las sensaciones del cuerpo. Con la atención, se va pasando por todas las partes del cuerpo, comenzando por los pies, hasta la cabeza. Se combina con la meditación en la respiración, ya que cada vez que la mente se evade y se distrae, se utiliza la respiración como lugar donde llevar la atención. En este ejercicio se da la instrucción de transportar con la imaginación el aire que entra por la nariz por todo el cuerpo, hasta los pies. Esta técnica constituye la primera de las técnicas que se utilizan para desarrollar la Atención Plena, la concentración en el momento presente y la calma. Esta meditación normalmente se hace tumbado, aunque también se puede hacer sentado/a.
- Yoga: El *yoga* realizado con atención constituye la tercera técnica más importante de meditación en el modelo de Kabat-Zinn, se basa en ejercicios suaves de estiramiento y fortificación que se realizan con gran lentitud y teniendo conciencia en cada momento de la respiración y de las sensaciones que aparecen en el cuerpo al hacer las *asanas* o posturas. Se trata de tomar conciencia del cuerpo, y de sus limitaciones, sin sobrepasarlas. Se promueve la observación de las sensaciones corporales, como surgen y desaparecen, sin reaccionar a ellas ni juzgarlas. Además su práctica es adecuada para desentumecer el cuerpo después de varias horas sentado sin moverse.
- Meditar caminando: Se trata de llevar la atención a uno de los actos más inconscientes y automáticos del cuerpo, caminar. Poner la Atención Plenamente en el contacto del pie contra el suelo y en todos y cada uno de los movimientos y acciones que subyacen al acto de caminar, dándose cuenta de lo complicado que es y de lo automatizado que está.
- Atención Plena en la cotidianidad: Es la última parte de la formación, está centrada en llevar esa Atención Plena a todos los aspectos de la vida, desde lavar el coche, hasta esperar el autobús. Es el auténtico objetivo del tratamiento, poder utilizarla en cualquier ámbito de la vida cotidiana, como herramienta para afrontar el sufrimiento.

En la siguiente tabla se introducen las técnicas que se utilizan en TCAP y los efectos diferenciados que tienen durante el tratamiento.

Tabla 2. Objetivo de cada una de las técnicas incluidas en la TCAP.

Prácticas de la TCAP	¿Qué se puede aprender?
<p>Comer en Atención Plena (ejercicio de la uva pasa) Centrar la atención solo en la experiencia de comer.</p>	<p>Reconocer la Atención Plena en contraposición a los pensamientos automáticos. La Atención Plena puede transformar una experiencia.</p>
<p>Atención Plena de las actividades cotidianas Centrar la atención en las actividades cotidianas que a menudo se realizan sin darse cuenta</p>	<p>Aprender cuán difusa y dispersa es la mente.</p>
<p>Meditación en la contemplación de las sensaciones Poner atención en las diferentes partes del cuerpo</p>	<p>Utilizar el conocimiento experimental. Practicar conscientemente el centrar y descentrar la atención. Repetir la práctica de darse cuenta, observar y regresar al cuerpo Permitir que la experiencia sea como es. Usar la respiración como vehículo Diferenciar entre los diferentes estados mentales.</p>
<p>Atención Plena en la respiración Usando la respiración como el foco de la atención</p>	<p>Anclaje en el momento presente. Calmarse para poder poner orden y concentrar la mente.</p>
<p>Respiración de los 3 minutos Uso de la meditación en la respiración en períodos cortos de tiempo</p>	<p>Aprender a manejarse con el divagar de la mente. Aprender a ser amable con uno mismo.</p>
<p>Atención Plena en las actividades agradables/desagradables. Utilizar las actividades diarias como el foco de atención</p>	<p>Identificar los diferentes pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales que se generan automáticamente como resultado de experiencias agradables y desagradables.</p>
<p>Atención Plena en el cuerpo Uso del cuerpo como foco de atención</p>	<p>Atención Plena en como se generan las sensaciones en el cuerpo sean éstas placenteras o no placenteras. Darse cuenta de la sensación de aversión que generan algunas sensaciones. Aprender a aceptar</p>
<p>Atención Plena de los estiramientos/ yoga/caminar Usar los pensamientos y sentimientos como foco de atención.</p>	<p>Aprender diferentes formas de relacionarse con los pensamientos y sentimientos. Aprender a relacionar los pensamientos o sentimientos de la misma forma en la que es posible relacionar con los sonidos. Aprender a ver patrones recurrentes de pensamientos o sentimientos.</p>

Tabla extraída de Williams, Duggan, Crane y Fennel (2006).

Todas estas técnicas comparten el trabajo de auto-observación de los pensamientos, cada vez que la mente se dispersa, se debe observar los pensamientos que aparecen, para dejarlos ir centrándose de nuevo en alguno de los anclajes de la respiración (abdomen, fosas nasales, pecho, etc.).

Además de todas estas técnicas hay una parte importante del entrenamiento dedicada a los auto-registros de pensamientos (ver anexo II) respecto a sucesos agradables o desagradables. Se trata de que los participantes del entrenamiento describan un suceso (Agradable o desagradable), a continuación se describen los pensamientos surgidos, las emociones sentidas y los sentimientos que aparecen. Estos ejercicios ayudan a separar el suceso de la experiencia personal, y el objetivo es entrenar la habilidad de tomar perspectiva y aumentar la capacidad de auto-observación, ya que obliga a narrar la experiencia con riqueza, lo que permite observar como surge y desaparece, y darle un significado separándola según pensamientos, emociones sentidas y sensaciones corporales.

La principal habilidad que se aprende en el entrenamiento en TCAP, es a reconocer y a librarse de los estados mentales con patrones rumiativos y pensamientos negativos, que llevan a meterse en una espiral, que puede llevar a una recaída. Esto implica cambiar el foco del “contenido” al “proceso”. Por tanto el cambio crucial respecto a la Terapia Cognitiva clásica es que se deja de atender al contenido de la cognición y se pasa a centrarse en cómo se procesa la experiencia.

Podemos entender el entrenamiento Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena, como un entrenamiento en habilidades de autoconciencia o auto-observación de los propios estados mentales, que genera la capacidad de librarse de patrones de pensamientos disfuncionales por otros más funcionales o de ayuda. Estos patrones o modos de pensamientos se resumen en dos (Segal, Williams y Teasdale, 2003):

Modo de “Hacer”: Este es un modo orientado a la consecución de una meta, que genera un estado continuo de insatisfacción mientras la meta no se consigue. En este modo la mente está tan preocupada en analizar el pasado y el futuro que el presente tiene una

prioridad muy baja, teniendo así una visión del presente estrecha. La mente se mueve en círculos y pasa de analizar una discrepancia a otra sin parar, de un estado percibido a uno deseado. En el modo de pensamiento del “hacer” la mente está centrada en que las cosas no son como le gustaría que fueran, registra discrepancias entre cómo son las cosas y como deberían ser. Los objetos de la experiencia son evaluados como “buenos” o “malos”, sin poder escapar del juicio continuo.

Modo de “Ser”: En este modo de pensamiento, el objetivo no es conseguir ninguna meta. La primera consecuencia que encontramos es que no hay un seguimiento sobre como estoy de lejos de “la meta”, y segundo, que no es necesario buscar discrepancias entre lo percibido y lo deseado. El foco de este modo está en “aceptar” y en “permitir”, sin presión para cambiar y sin juzgar. Este “permitir” refleja que en ausencia de una meta, ya no hace falta evaluar las discrepancias generadas. En este modo la mente no tienen nada que hacer, ningún sitio donde ir y está íntimamente relacionada con el presente de forma directa e inmediata.

El modo “Ser” no se trata de un estado no natural o alterado, donde toda actividad tiene que parar. Todo lo contrario tanto un estado como el otro están implicados en infinidad de actividades y momentos. En el modo de “Ser”, los pensamientos son simples imágenes que aparecen en la mente, de los que hay que ser consciente para luego dejarlos marchar. El objetivo de la TCAP es entrenar a los participantes en habilidades que les permitan pasar del modo de “hacer” al modo de “ser”. Esta distinción, que originalmente surge en los textos de Kabat-Zinn, aparece de forma parecida en el modelo de Wells (1994), él distingue entre el modo metacognitivo y el modo de objeto (Tabla 1, en el capítulo 1).

3.1.3 Críticas a la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena

Una de las críticas a las que me he referido al hablar de la TCAP, es que me parece que a pesar de que la observación de las sensaciones corporales en este programa es muy importante como técnica, y a pesar de que en el modelo del que surge, el ICS (Teasdale,

1995), el papel del cuerpo es un elemento clave que participa del código *Implicacional*, a la hora de explicar los efectos de la TCAP apenas se le guarda unas líneas.

El cuerpo es el espacio donde sucede la experiencia, el lugar donde aparece y desaparece la sensación y la emoción, así que se puede establecer como lugar perfecto al que acudir para saber que se está sintiendo. Si nos situamos como observadores de la realidad, y conocemos de continuas lecturas del cuerpo, podríamos establecer el papel del cuerpo como primer espacio donde observar este proceso. Por tanto, el cuerpo se utiliza en la meditación en Atención Plena para algo más que para distraer y entrenar la atención o la observación de la experiencia.

La Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena, no es una terapia en sí misma, sino que su objetivo es trabajar y estimular determinadas habilidades muy difíciles de trabajar en terapia individual. La TCAP es un complemento de un proceso terapéutico (farmacológico, Terapia Familiar, Terapia cognitiva individual, Gestalt). La intervención ideal es la que compagina la terapia de grupo con un seguimiento individual, ya que es importante que el grupo de práctica donde se realizan las sesiones de meditación no se convierta en una terapia de grupo, debido a que tan solo dura 8 sesiones y también al hecho de que lo que se promueve es que cada uno de los participantes establezca un relación de observación consigo mismo, sin juzgar y sin reaccionar.

Aunque Wells (2002) defiende la utilización de la Atención Plena en el proceso terapéutico, tiene una visión más restringida de su uso, y plantea que en determinados contextos puede ser contraproducente (aumento de vulnerabilidad al estrés, auto-observación desadaptativa, et...). Además, para Wells, el estado de Atención Plena no contiene en sí mismo información que contradiga ninguna de las metacreencias que están controlando los procesos cognitivos, por tanto, cree insuficiente la intervención exclusiva sobre la atención que se hace desde la TCAP, ya que se queda corta al intervenir sólo sobre uno de los aspectos que hay detrás de los trastornos afectivos. Esta diferencia que postula Wells es muy discutible, ya que en el entrenamiento en TCAP se está continuamente interviniendo en meta-creencias (p.ej. la creencia de que la preocupación es útil para autorganizarse), lo que ocurre es que esa intervención no está hecha desde el

discurso del terapeuta, ni de forma directiva, sino que se hace a través de la experiencia, y de la práctica de la meditación.

El entrenamiento desarrollado por Wells trabaja para reducir la atención auto-centrada excesiva e incontrolable. El objetivo del entrenamiento en atención (ATT) desarrollado por Wells (1990, 1997, 1998), es la modificación de la influencia de las creencias disfuncionales sobre uno mismo, que el autor llaman “metacreencias” e interrumpir los ciclos de procesamiento disfuncional. Para este autor, en pacientes depresivos es más comprensible, pero no se justifica el hecho de entrenar en la percepción de sensaciones corporales a pacientes con ansiedad, que está extraordinariamente auto-focalizados hacia esas sensaciones. La respuesta a esta crítica es que en la TCAP se entrena la aceptación de las sensaciones corporales a través de la observación sin reaccionar, de su surgimiento y fin (su impermanencia), lo que estimula un acercamiento y por tanto una reducción de la evitación. Con la auto-observación del cuerpo y del flujo de pensamientos que sucede en la meditación, se aumenta la capacidad de percibir los pequeños cambios corporales que suceden en nuestra experiencia vital como reacción a los objetos, y también se observa como los diferentes pensamientos (que aparecen en nuestro espectro mental mientras meditamos) generan pequeños cambios en el cuerpo.

3.2 Otras Terapias basadas en la Atención Plena

En este apartado se va a hacer una introducción al resto de las principales terapias que forman parte del movimiento de las Terapias Basadas en la Aceptación y la Atención Plena (Hayes, 2004; Baer, 2006). En primer lugar, se introduce el programa MBSR (Kabat-Zinn, 1990), que es la terapia pionera en este movimiento. Las siguientes terapias que se presentan son la Terapia Dialéctico Comportamental (DBT; Linehan, 1993), la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999) y por último el Programa de prevención en recaídas (Witkiewitz, Marlatt y Walter, 2006).

Por una parte el MBSR y la TCAP prácticamente son iguales, sólo que la TCAP incluye ejercicios de Terapia Cognitiva y una conceptualización psicológica de la que carece el MBSR. Por otra parte la DBT, surge a partir del estudio para la reducción de suicidios en

personas con trastornos límite de la personalidad, y esta muy influida por la filosofía del Budismo Zen. La terapia de aceptación y compromiso es una actualización de las terapias de análisis funcional, muy influenciada por las tesis clásicas de las terapias humanistas. Y el entrenamiento en prevención de recaídas, tal vez es la aproximación que hereda más las tradiciones budistas, sobretodo del Budismo Theravada. Así pues cada una de estas terapias ha recibido unas influencias diferentes, y de alguna forma a través de diferentes caminos y explicaciones han llegado a las mismas conclusiones.

Cada una de estas terapias, ha surgido de forma diferente y con influencias diferentes, pero confluyen en dos puntos, en el uso de la Atención Plena como una habilidad básica a entrenar o estimular, y en la forma de entender el cambio terapéutico, al entenderlo no tanto como un cambio en cogniciones o conductas, sino como un cambio en la relación que establece el paciente con sus propios pensamientos o conductas, es decir un aumento en metacognición.

3.2.1 Reducción del Estrés basado en la Atención Plena de Jon Kabat-Zinn (MBSR). El Origen de todo el movimiento

El MBSR o reducción del estrés basado en la Atención Plena es un programa de intervención originalmente desarrollado para facilitar la adaptación a las enfermedades médicas a través de un entrenamiento en Atención Plena, lo que promueve una reducción del estrés y autorregulación emocional (Bishop, 2002).

Jon Kabat-Zinn es el investigador pionero en la aplicación clínica de la meditación de la Atención Plena. En 1979 creó el Programa de reducción del Estrés y de Relajación (PRER), dentro de La Clínica de Reducción de Estrés Basada en la Atención Plena en Worcester, Massachussets (EEUU), hoy conocida como "Center for Mindfulness in Medicine, Health Care and Society (CFM)". Funciona dentro de la División de Medicina Preventiva y del Comportamiento, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Massachussets.

Este programa se enmarca dentro de la rama llamada medicina comportamental, donde se trabaja sobre las causas y conexiones psicológicas de determinadas enfermedades, sobretodo trabajan con el estrés, pero también el dolor u otros ámbitos, psoriasis (Kabat-Zinn, 1998), SIDA (Robinson, Mathews y Witek-janusek, 2003), cáncer (Kabat-Zinn, 2003; Carlson, Ursuliak y Goodey, 2001; Carlson, Speca y Patel, 2003), enfermedades del corazón (Tacon, McComb, Caldera y Randolph, 2003), etc.

Además de los pacientes con estrés y dolor crónico para los que inicialmente se ofreció el programa, éste, a requerimiento de médicos y especialistas abrió las puertas, casi de inmediato, a otros pacientes con enfermedades en las que el estrés era considerado como un agravante, y también a áreas como deportes de élite y el sistema de prisiones. Existen más de un centenar de artículos científicos, monografías y capítulos de libros que tratan sobre esta técnica, sus aplicaciones y los resultados obtenidos (Bishop, 2002).

El programa esta basado en un entrenamiento en meditación en la Atención Plena (“mindfulness” meditation) estructurado en 8 sesiones de dos horas, y un fin semana de retiro en silencio. Se entiende la meditación no solo como el acto de meditar sentado sino que pretende llevar la Atención Plena a todos los ámbitos de la vida. El programa MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) está basado en la técnica milenaria de la meditación Vipassana e incluye además de prácticas guiadas en Atención Plena, sesiones suaves de yoga, exploración de las sensaciones del cuerpo (body-scan), asignación de tareas para casa (meditar diariamente 45 min. con el apoyo de cd's), etc.

El programa de Kabat-Zinn MBSR se ha aplicado a muchos trastornos en los que el estrés tenía un peso importante en su aparición o mantenimiento, por ejemplo el MBSR se ha mostrado efectivo en el alivio de ansiedad crónica (Kabat-Zinn,1992,1995), depresión (Ramel, Goldin, Carmona y McQuaid, 2004), etc....

El MBSR es un entrenamiento diseñado por un biólogo, por tanto no elabora una explicación psicológica de su efecto, sino que se basa en los textos budistas para su explicación, pero tiene el mérito de ser pionero en buscar una aproximación científica, sistemática y rigurosa a la meditación, desde una perspectiva médica o psicosomática.

3.2.2 Terapia Dialéctico-Comportamental

Desarrollada por Marsha Linehan (1993), en un principio esta terapia fue desarrollada para el tratamiento de individuos con alto riesgo de suicidio, aunque actualmente es la principal aplicación y la que tiene mayor evidencia empírica en el tratamiento de personas diagnosticadas del Trastorno límite de la personalidad. De hecho, junto con la intervención aplicada por Bateman y Fonagy (Tratamiento basado en la mentalización, 2004), es la única que tiene evidencia contrastada para el tratamiento de este trastorno de personalidad. Posteriormente esta aproximación se ha adaptado a multitud de trastornos psicológicos.

La DBT tiene componentes de las terapias Cognitivo Conductuales, como las estrategias basadas en la exposición, el entrenamiento en habilidades, procedimientos de reestructuración cognitiva y manejo de contingencias, y también tiene componentes de Atención Plena y aceptación. Está muy influenciada por el budismo Zen, y la filosofía dialéctica.

La Terapia Dialéctico-Comportamental está diseñada como un entrenamiento de habilidades. Las principales que se entrenan son: Efectividad interpersonal, regulación emocional, tolerancia hacia el sufrimiento y Atención Plena, esta última se enseña la primera y es la única que se repite durante todo el tratamiento. Estas habilidades están muy mermadas en personas diagnosticadas con Trastorno de Personalidad Límite.

Desde la DBT, la Atención Plena o *mindfulness* es un método para aumentar la capacidad de ver las cosas tal y como son, y actuar con sabiduría. Esta habilidad la deben aprender tanto pacientes como terapeutas. La Atención Plena puede ayudar al proceso terapéutico de las siguientes formas (Baer, 2005); a) incrementa la capacidad de darse cuenta y la comprensión de los eventos privados (cogniciones, emociones). b) incrementa la aceptación (reducir los juicios y las actitudes críticas hacia uno mismo) de las experiencias privadas, c) reduce el miedo a la emoción, d) incrementa la habilidad para dirigir la atención como uno desee.

La Atención Plena se divide en dos componentes, las habilidades del “Que”, y las habilidades del “Como”, y cada una de estas se divide en tres más:

Las habilidades del “que” se refieren a la capacidad de participar con conciencia de la realidad:

- Observar: Atender a la experiencia directa tanto interna como externa. Se trata de atender a los hechos sin intervenir, con ecuanimidad. Se trata de permitirse experimentar, sin intentar cambiar la experiencia.
- Describir: Poner en palabras la experiencia, sin interpretaciones o asunciones. Se trata de no tomar de forma literal las emociones o pensamientos. Por ejemplo sentir miedo no tiene porque significar que una situación es amenazadora, por tanto describir sería la capacidad de poner en palabras esa sensación, sin por eso dejarse llevar por ella.
- Participar: Entrar totalmente dentro de la experiencia del momento presente. En esta actividad la cualidad de la acción es fluida. La interacción entre el individuo y el ambiente es espontánea, como un hábito.

Las habilidades del “Como”, se refieren al cómo se atiende, describe y participa, incluye las habilidades de:

- Actitud no juzgadora: Ver la realidad tal y como es, sin juzgar si es buena o mala. No se trata de sustituir los juicios negativos por positivos, sino sustituir los juicios por descripciones. En lugar de pensar si una persona es buena o mala, se enseña a describir la conducta y la consecuencia de ésta, sin entrar a hacer juicios o sentencias.
- Uno/a-con Atención Plena: Hacer una cosa en cada momento. Se trata de aprender a centrar la mente y la atención en la cosa que estamos haciendo, sin que se evada la mente.
- Efectividad: Se trata de buscar formas efectivas de manejarse con las emociones. Es aprender habilidades de manejo y ayuda en momentos de gran estrés emocional.

En esta terapia se utiliza la metáfora de que existen tres estados mentales fundamentales: la mente racional, la mente emocional, y la mente sabia. La mente racional, es la parte más lógica de la mente, la que conoce los hechos, hace planes y soluciona problemas. La

mente emocional, es el estado cuando las emociones controlan los propios pensamientos y comportamientos, la mente sabia es la integración de las dos anteriores.

Las habilidades de efectividad interpersonal son parecidas a lo que tradicionalmente se llama entrenamiento en asertividad y resolución de problemas en la relación con los demás.

Las habilidades de regulación de las emociones son uno de los aspectos más importantes en el tratamiento de las personas con trastorno de personalidad límite. Para estas habilidades se requiere utilizar las habilidades de Atención Plena. La mayor parte del malestar emocional aparece como consecuencia de la aparición de emociones secundarias (vergüenza, ira, etc...) ante emociones primarias (enfado, miedo, etc...). La reducción de este malestar secundario requiere una exposición a la emoción primaria en una atmósfera no juzgadora (Linehan, 1993). En este apartado se incluyen las habilidades de identificar y etiquetar emociones, identificar obstáculos para el cambio, reducir la vulnerabilidad de la "mente emocional", incrementar la frecuencia de acontecimientos emocionales positivos, incrementar la conciencia de las emociones en el momento y aprendizaje de técnicas de tolerancia al malestar.

Por último las habilidades de tolerancia, que suponen una progresión de las habilidades de Atención Plena, y tienen que ver con la capacidad de aceptar de una manera no juzgadora a uno mismo o a la situación que se vive. Estas habilidades van dirigidas por un lado a aceptar lo que sucede en cada instante pero también a sobrevivir a las crisis. La DBT utiliza cuatro tipos de estrategias de supervivencia: la distracción, la estimulación de sentimientos positivos, la mejora activa del momento y el análisis de la situación de forma objetiva.

La TDC viene respaldada por gran evidencia empírica, para tratamientos como Trastorno de Personalidad Límite, Depresión o Trastornos alimentarios.

3.2.3 Terapia de Aceptación y Compromiso

La Terapia de Aceptación y Compromiso es una terapia de conducta basada en el contextualismo funcional y la investigación en marcos relacionales y de regulación verbal. Exigir no sufrir o tener que sentirse bien para poder vivir no se ajusta a lo que la vida realmente ofrece, y el malestar psicológico es parte consustancial de la vida, por tanto, tener una actitud de evitación en la vida es una elección restrictiva que puede resultar destructiva (Wilson y Luciano, 2002).

El objetivo de la Terapia de Aceptación y Compromiso es producir una mayor flexibilidad psicológica, aumentar la habilidad de cambiar o persistir en determinadas conductas funcionales para alcanzar unos fines o valores, y ayudar a los pacientes a contactar con los costes de la inflexibilidad psicológica (Hayes, 2005). Hay seis procesos para alcanzar esta flexibilidad cognitiva, y estos procesos están conectados con la alteración de los procesos del lenguaje que interfieren en dicha flexibilidad: 1) enseñar habilidades de aceptación psicológica; 2) establecer habilidades de “defusión” cognitiva; 3) distinguir el sí mismo como objeto, de la conceptualización del sí mismo.; 4) contactar con el momento presente y establecer el sí mismo como proceso; 5) distinguir la capacidad de decidir de la acción razonada; 6) enseñar a persistir y a cambiar a través de estrategias conectadas con el cambio de valores. Estos seis procesos se pueden subdividir en dos grupos, por una parte tenemos las cuatro primeras habilidades que coinciden con las habilidades de Atención Plena y aceptación, y las dos últimas que son propias de la ACT (Hayes, 2005).

La terapia se centra en generar un cambio en la perspectiva verbal que orienta la atención del paciente hacia sus pasos en vez de atender a la reducción de eventos privados, lo que fortalece los contextos verbales o las redes de relaciones que mantienen “enredado” al paciente en su problema (Hayes et al., 1999; Luciano y Hayes, 2001). En la ACT, se trabaja sobretodo en la aceptación de la propia experiencia y parten de la premisa de que detrás de muchos trastornos psicológicos (fobias, depresión, ansiedad generalizada, adicciones...), hay otro trastorno subyacente llamado Trastorno de Evitación Experiencial. La evitación experiencial es el factor crítico en el sufrimiento (Wilson y Luciano, 2002).

El Trastorno de Evitación Experiencial (TEE) ocurre cuando una persona no está dispuesta a establecer contacto con sus experiencias privadas (los estados o sensaciones del cuerpo, sus pensamientos, sus recuerdos, sus predisposiciones conductuales) y se comporta deliberadamente para alterar la forma o frecuencia de tales experiencias como las condiciones que las generan (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996).

Las características del trastorno por Evitación Experiencial (TEE) son:

- De naturaleza verbal. Está presente cuando una persona no está dispuesta a establecer contacto con sus experiencias privadas vividas aversivamente. Al evitar esta experiencia, la persona consigue lo que quiere, una reducción de la respuesta aversiva, entonces la persona cae en una “trampa verbal” o justificación de la conducta de evitación.
- De una clase funcional limitante, la persona responde de una determinada manera (llorar, quejarse, etc...) y siempre hay un plan deliberado para controlar los eventos privados.

Cualquier método que estimule el contacto no evaluador con eventos que suceden en el aquí y ahora, traerá como consecuencia estrategias reguladoras verbales bajo un mejor control contextual, porque enseña a las personas los momentos y lugares donde utilizar la literalidad, y habilidades de evaluación y cuando utilizar habilidades de Atención Plena (Hayes, 2003).

Tabla 3. Algunos métodos y las metas primarias de la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes y Wilson, 2003).

Método	Objetivo
Atención Plena	Estimula el contacto no evaluativo con los sucesos del aquí y ahora.
Aceptación	Incrementa el contacto con los eventos privados evitados
<i>Defusion</i>	Reduce las funciones evaluadoras y literales del lenguaje.
Exposición	Incrementa el contacto con eventos privados evitados
Valores	Estrategias de regulación verbal bajo un mejor control contextual.

Hayes prefiere hablar de “defusion” en lugar de metacognición, como la habilidad contraria a la fusión pensamiento-acción; esta fusión (TAF) se refiere a la creencia de que los pensamientos pueden de alguna manera influir sobre sucesos externos y/o la creencia

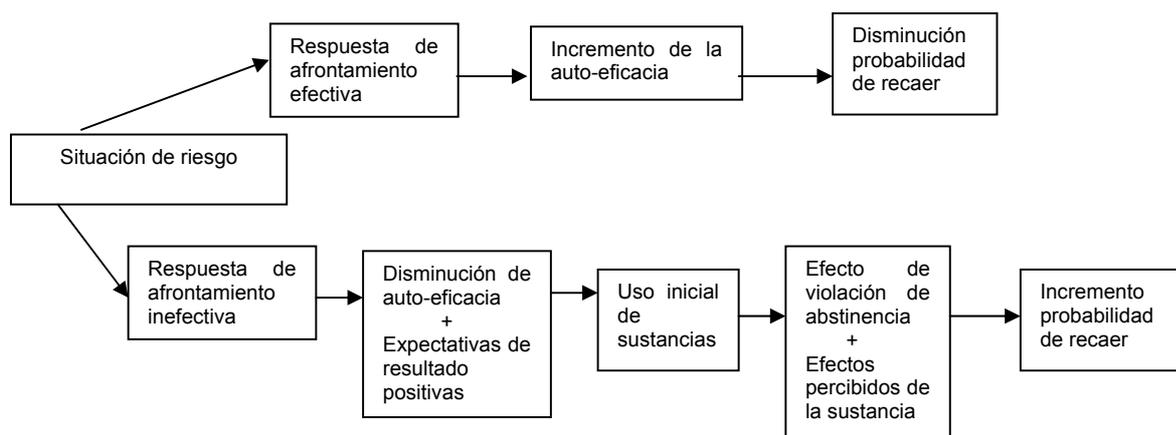
de que tener pensamientos inmorales necesariamente significa que uno es un persona inmoral (Shafran, Thordason y Rachman, 1996).

Desde la Terapia de Aceptación y Compromiso entienden la Atención Plena como lo opuesto a la evitación y las estrategias sobregeneralizadoras, y lo entrenan en terapia a través de diferentes técnicas (meditaciones cortas, Atención Plena en cotidianidad, ejercicio de la pasa, etc...) y ejercicios, que sirven para experimentar los pensamientos como pensamientos, en lugar de observar el mundo a través de los pensamientos y entenderlos de forma literal.

3.2.4 Programa de prevención de recaídas basada en la Atención Plena en conductas adictivas.

Alan Marlatt es uno de los pioneros en hacer estudios científicos sobre la aplicación de la meditación en el campo de la psicoterapia. En la década de los 80 ya empezó a aplicar la meditación trascendental⁶ como terapia en la reducción de consumo de alcohol en grupos de desintoxicación de alcohólicos. Gran conocedor de la filosofía budista, aplica ésta en muchas partes del proceso terapéutico.

Figura 1. Modelo de recaídas de abuso de sustancias desde una perspectiva cognitivo-conductual (Witkiewitz, Marlatt y Walker, 2006).



⁶ Meditación desarrollada por el gurú indio Maharishi Mahesh, en aquella época tenía un gran calado en el movimiento hippy de los Estados Unidos.

El ansia de consumo o *craving* es entendido por Marlatt como una respuesta cognitiva a un estímulo, así pues, las respuestas de ansia de consumo que son comunes en las personas adictas crean un sistema complejo compuesto de señales y respuestas cognitivas rígidas (experiencia subjetiva de ansia de consumo), expectativas de resultado positivas respecto a los efectos deseados y cierta motivación para parar o alterar afectos negativos o síntomas de malestar que pueden implicar refuerzos positivos o negativos que inhiben o continúan el uso de la sustancia (Marlatt, 2002).

Marlatt (2002) propone “el camino del medio” en el tratamiento de las adicciones. Esta vía media, es útil en los casos en que el paciente no quiere abandonar totalmente el consumo, o también para entrenar a diferenciar entre lo que es un consumo puntual de lo que es una recaída. El obligar a los sujetos a platearse la dicotomía abstinencia (éxito) y recaída (fracaso) a menudo contribuye a que el paciente entre en el círculo vicioso entre la moderación (control) o el uso de drogas (descontrol). En sus investigaciones han utilizado el entrenamiento en la moderación en sujetos jóvenes con abuso de alcohol que rechazan la abstinencia. (Baer et al., 2001; Dimmeff, Baer, Kivlahan, y Marlatt, 1999; Marlatt et al., 1998).

La práctica de la meditación basada en la Atención Plena puede ayudar porque rompe este sistema aumentando la capacidad de darse cuenta y aceptando las respuestas iniciales de ansia; sin juzgarlas, sin analizarlas y sin reaccionar. El aumento de esta habilidad previene los momentos de ansia de consumo y reduce la impulsividad, al aumentar la capacidad de tomar perspectiva sobre esos momentos de ansia y de darse cuenta de que es lo que los activa, aumentando así la capacidad de decidir que hacer para superarlos. La meditación actúa como un contracondicionamiento, en el cual un estado de atención metacognitiva y un estado de relajación sustituye los refuerzos negativos o positivos previamente asociados a la conducta adictiva (Marlatt, 2002).

Plantea la meditación como una posible adicción (positiva) que puede sustituir a la adicción a sustancias, más allá de simplemente una estrategia de enfrentamiento. Los sujetos con adicciones están generalmente centrados siempre en el futuro, y su experiencia del aquí y ahora suele no gustar, además desarrollan una dependencia

psicológica de la conducta adictiva como reguladora del estado de ánimo. El entrenamiento en Atención Plena ayuda a los pacientes a aceptar la fugacidad de toda experiencia humana. Observando la mente, se pueden dar cuenta de que todos los pensamientos, sentimientos, y sensaciones están constantemente cambiando.

En sus últimos estudios ha aplicado un nuevo entrenamiento dentro de la línea de las terapias basadas en la atención a través de la meditación el *Mindfulness-based Relapse Prevention* (MBRP). Este entrenamiento incluye aspectos adaptados a este tipo de pacientes como el aumento de la auto-eficacia, expectativas positivas de resultados, efectos de la ruptura de la abstinencia y una parte psicoeducativa en la que explica el funcionamiento de las recaídas y los mecanismos que las generan, entonces plantea la meditación en Atención Plena como una herramienta para aumentar la capacidad de darse cuenta, y por tanto dar una estrategia efectiva de afrontamiento de las situaciones de alto riesgo.

3.3 Aplicaciones Clínicas.

Desde sus orígenes en el MBSR, y las terapias basadas en la Atención Plena han tenido como objetivo prioritario la investigación científica y demostrar su eficacia en estudios empíricos controlados. Tanto la ACT (Hayes et al, 1999) como la DBT (Linehan, 1993) tienen muchas referencias de aplicaciones o adaptaciones a multitud de trastornos y casos. En este análisis de las investigaciones de este tipo de terapias, le dedico especial atención a las que utilizan la meditación en Atención Plena como herramienta básica, ya que es el objeto de estudio de este trabajo doctoral.

Tanto en el *Medline* como en el *Psycinfo* aparecen más de 150 referencias al poner las palabras "Mindfulness Meditation", esto si solo nos centramos en la meditación en Atención Plena, si nos centramos en meditación a secas, son más de mil las referencias.

3.3.1 Aplicaciones en Psicología de la salud

La mayoría de los estudios que se han realizado en enfermedades médicas se han realizado aplicando el entrenamiento MBSR (Kabat-Zinn, 1985), ya que su origen fue el de tratar precisamente con enfermedades médicas con un componente psicológico importante, sobretodo enfermedades donde el stress es un factor que dificulta la recuperación o aumenta el sufrimiento.

El MBSR es un entrenamiento efectivo en la reducción del estrés, y en la ayuda en el tratamiento de muchas enfermedades (Grossman, Niemann, Schmidt y Walach, 2004), Psoriasis (Kabat-Zinn, 1993), SIDA (Robinson, Mathews y Witek-janusek, 2003, Logsdon-Conradsen, 2002), Cáncer (Kabat-Zinn, 2003; Carlson, Ursuliak y Goodey, 2001; Carlson, Speca y Patel, 2003), Fibromialgia (Kaplan et al,1993, Weissbecker, Salmon, Studts, Floyd, Dedert y Sephton, 2002), y mejoras o cambios generados en salud general (Majumdar, Grossman, Dietz-Washkowsky, Kersig y Walach 2003; Shapiro, Schwartz y Bonner, 1998; Rosenzweig, Reibel, Greeson, Brainard y Hojat, 2003; Carlson, Speca y Patel, 2003; Chang, Palesh, Caldwell, Glasgow, Abramson y Luskin, 2004).

También se han aplicado entrenamientos basados en meditación en Atención Plena en población no clínica. La mayor parte de esta investigación en población no clínica ha sido realizada con estudiantes universitarios o con profesionales sanitarios, pero los datos extraídos son muy interesantes para ver los efectos de los programas de meditación en Atención Plena sobre personas sin sintomatología clínica (Shapiro, Astin, Bishop y Cordova, 2005; Shapiro, Schwartz y Bonner, 1998). Todos ellos han demostrado la eficacia del tratamiento en la reducción sobretodo del estrés, aumento del bienestar general tanto físico como psicológico, calidad de vida (Reibel, Greeson, Brainard y Rosenzweig, 2001) y también algunos sorprendentes resultados en empatía (Majumdar, Grossman, Dietz-Washkowsky, Kersig y Walach, 2003), aumento de la espiritualidad (Shapiro, Schwartz y Bonner, 1998; Rosenzweig, Reibel, Greeson, Brainard y Hojat, 2003), Burn Out (Saphiro et al, 2004) e incremento de intimidad y satisfacción en la pareja (Carson et al, 2004), etc...

Kabat-Zinn ha desarrollado una adaptación de programa MBSR para escuelas de padres (1997), y también hay una investigación basada en la aplicación de un programa de basado en la Atención Plena para padres de niños con problemas de conducta graves (Dumas, 2005), el entrenamiento está enfocado a reducir los niveles de automaticidad disruptiva en las relaciones familiares, sobretodo en familias con niños con problemas de conducta.

Una de las primeras investigaciones sobre los efectos del programa MBSR fue en el tratamiento del dolor crónico (Kabat-Zinn, Lipwoth y Burney, 1985). La terapia de Aceptación y Compromiso también tiene estudios en población con dolor, la premisa básica del ACT, al igual que los planteamientos budistas, es que mientras el dolor duele, la lucha contra él es la que provoca el sufrimiento (Dahl y Lundgren, 2006). La aceptación del dolor reduce la percepción subjetiva de su intensidad (McCracken et al, 2004).

3.3.2 Aplicaciones en población clínica

Las terapias basadas en la Atención Plena han encontrado su autentico auge en su aplicación en población clínica. Desde otros enfoques se ha aplicado a muchos otros trastornos. Las aplicaciones con mayor validación son las hechas por la TDC en el trastorno límite de la personalidad, y la de TCAP en la prevención de recaídas en depresión.

En prevención de recaídas en depresión. La TCAP se ha demostrado que es un tratamiento eficaz y eficiente para la prevención de recaídas (se ha mostrado eficaz para sujetos con tres o más recaídas) así como para enseñar a los pacientes habilidades para identificar situaciones de alto riesgo (estados disfóricos) y aceptar la forma en la que piensan, cambiando su actitud hacia sus propios pensamientos (Secherer-Dickson N., 2004).

En estos momentos la TCAP se puede decir de forma rigurosa que es “probablemente eficaz” en la prevención de recaídas en depresión (Baer, 2003; Vázquez, 2006). El grupo de Teasdale, Williams y Segal lleva investigando en Terapia Cognitiva basada en la

Atención Plena desde el año 1995. La validación científica del entrenamiento ha sido su objetivo, y hasta el momento tienen publicados ocho artículos escritos por ellos o por sus colaboradores donde retratan o evalúan la eficacia de la TCAP en la prevención de recaídas en personas con tres o más recaídas (Ma y Teasdale, 2004), en la reducción de la sobregeneralización de la memoria autobiográfica en sujetos que han sufrido depresión (Williams, Teasdale, Segal y Soulsby, 2000), en trastornos alimentarios (Baer, 2005), en prevención de suicidios (Williams, 2006), reducción de ansiedad y depresión en atención primaria (Finucane y Mercer, 2005).

En el año 2002, Segal Teasdale y Williams, escribieron un manual de aplicación del tratamiento, con un lenguaje sencillo y una explicación completa de los pasos a llevar en la aplicación práctica del entrenamiento, enfocándolo para que pudiera ser realizado por cualquier profesional de la salud, no solamente psicólogos o psiquiatras.

Tanto en el estudio del 2000 (Teasdale et al.), como en el del 2004 (Ma y Teasdale), realizados por los creadores de la TCAP, han demostrado que el tratamiento es efectivo en la reducción de recaídas, pero sólo para los sujetos con tres o más. En todas las investigaciones sigue apareciendo que los sujetos con tan solo dos episodios no reducen los niveles de recaídas comparado con el grupo control. Se han barajado varias opciones para explicar este hecho, como la falta de motivación, errores en el diseño, o poblaciones diferentes. Este hecho no ha podido ser explicado de momento por este modelo y está pendiente de ser elaborado en futuras investigaciones.

En el tratamiento del trastorno de personalidad límite. La TDC en sus orígenes fue una terapia centrada en el trabajo clínico con personas con alto riesgo de suicidio. Es la única terapia validada empíricamente para tratar a pacientes con Trastorno de personalidad límite junto con la Terapia basada en la Mentalización de Bateman y Fonagy (2006). Actualmente aparecen muchos estudios donde se está aplicando esta terapia adaptada a múltiples trastornos.

Se ha demostrado la eficacia con personas diagnosticadas de trastorno de personalidad límite, en la reducción de conductas parasuicidas (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon y

Herad, 1991, 1993), reducción de conductas parasuicidas en adolescentes (Miller, 1999), pacientes con trastorno límite y dependencia de sustancias (Linehan, Smichd, Dimeff, Carft, Kanter y Comtois, 1999), con mujeres adictas al opiáceos y además con trastorno límite de la personalidad (Linehan, Dimeff, Reynolds, Heagarty y Kivlahan, 2002), con mujeres veteranas de guerra con Trastorno de Personalidad Límite (Koons, Robins, Tweed, Lynch, Gonzalez, Morse, Bishop, Butterfield y Bastian, 2001; McQuillan, Nicastro, Guenot, Girard, Lissner y Ferrero, 2005).

En su aplicación en trastornos alimentarios, hay sobretodo dos aplicaciones importantes, una la desarrollada por Jean Kristeller (Kristeller, 2003), y otra la adaptación realizada desde la Terapia Dialéctico-Comportamental, tanto para el tratamiento de los atracones (Linehan, Telch y Stewart, 2001) y de bulimia nerviosa (Safer, Telch y Agras, 2001). También hay una publicación con una adaptación de la TCAP en el tratamiento de un caso de atracones (Baer, 2005).

En la aplicación al abuso de sustancias (Marlatt, 2004; Marlatt, Pagano, Rose, Marques, 1984; Witkiewitz, Marlatt y Walker. 2006), Marlatt ha validado el tratamiento basado en la Atención Plena en el tratamiento de recaídas en conductas de abuso de alcohol, pero también ha realizado estudios sobre la eficacia de un curso de diez días que se realiza en todo el mundo y que es la sistematización que el maestro de origen budista N.S.Goenka dio a conocer (Marlatt, 2004; Marlatt, et al, 1984), y sigue dando a través de la fundación Vipassana. El punto más importante del entrenamiento es la identificación de las situaciones de alto riesgo de recaer, y el objetivo es aumentar la capacidad de reconocer los primeros síntomas, o señales.

En el tratamiento de la ansiedad hay algunas aproximaciones desde diferentes perspectivas con grandes puntos en común, la aproximación más clásica es la realizada por Jon Kabat-Zinn (1992, 1995). El entrenamiento en Atención Plena también ha sido validado en los trastornos de ansiedad por Roemer y Orsillo (2004). El papel de la Atención Plena en el tratamiento de ansiedad es multifocal, dependiendo del tipo de trastorno de ansiedad, se centra en la aceptación de las sensaciones corporales ansiógenas, y en la reducción de la tendencia a la preocupación y excesivo control.

Hay algunas aplicaciones al tratamiento de la esquizofrenia, la que surge desde ACT y la que surge desde la Terapia Cognitiva Basada en la Persona (CTBP, Chadwick, 2006). Bach y Hayes (2002) demostraron que una intervención de 4 sesiones de ACT con sujetos con alucinaciones y delirios, reduce el número de rehospitalizaciones comparado con un grupo de control. La intervención afecta sobretodo a la aceptación de los síntomas psicóticos y a la pérdida de credibilidad de las alucinaciones (Gaudiano y Herbert, texto no publicado). Terapia Cognitiva Basada en la Persona parte de la base de que la terapia cognitiva para la psicosis no debe centrarse en controlar los síntomas psicóticos, sino en aliviar el sufrimiento asociado con ellos, para ello adaptan los programas TCAP y MBSR al trabajo con psicóticos; solo hacen meditación sentados (ni yoga, ni meditación caminando, etc...), son meditaciones cortas (no más de 10 minutos), las meditaciones se hacen muy estructuradas y guiadas, se plantea más como terapia de grupo, y nunca grupos mayores de 6 personas. Entrenan la aceptación incondicional de las experiencias psicóticas.

3.4 Conclusiones de este nuevo paradigma

En los últimos años hay un gran cúmulo de publicaciones relacionadas con las terapias basadas en Atención Plena (Baer, 2003), de todos estos estudios, no todos cumplen las mínimas bases para considerar probado el entrenamiento en Atención Plena, como muestran las revisiones de Baer (2003) o Grossman (2004), y la gran mayoría de las publicaciones corresponden a los últimos cinco años.

Las publicaciones que se han realizado de investigaciones en meditación en Atención Plena muestran que es una técnica efectiva, pero hay algunas limitaciones que hay que depurar, como por ejemplo la falta de grupo control en muchos estudios, la falta de aleatorización en la selección de sujetos, la falta de un protocolo específico de actuación en el entrenamiento, la falta de estudios de seguimiento o la falta de comparación con otros tratamientos (terapia de grupo, terapia de relajación, Terapia Cognitiva (Baer, 2003)

Se está empezando a investigar el efecto específico de la Atención Plena, a través de instrumentos elaborados en los últimos años como el MAAS (Brown y Ryan, 2003), el KIM

(Baer, 2004) o el FMI (Buchheld, Grossman, y Walach, 2001; Grossman et al, 2006), que sirven para clarificar qué parte del entrenamiento genera qué tipo de cambios. Hay pocos estudios que utilicen medidas de variables cognitivas mediadoras como la rumiación o preocupación (Romel, Goldin, Carmona y Mcquaid, 2004), con lo que a pesar que mostrar la eficacia de los entrenamientos en Atención Plena todavía faltan datos que clarifiquen sus mecanismos de acción.

Queda mucho camino por recorrer en la investigación de las terapias basadas en la meditación, y sobretodo un estudio riguroso del fenómeno de la Atención Plena, y de la meditación como la técnica más efectiva en el entrenamiento de esta habilidad.

Detrás de todas estas terapias hay varias premisas básicas respecto a la Atención Plena (Grossman et al, 2004):

- Los seres humanos son normalmente poco conscientes de su experiencia momento a momento, normalmente actúan en “piloto automático”.
- Todos somos capaces de desarrollar la habilidad de mantener la atención dirigida al contenido de nuestra mente.
- El desarrollo de esta habilidad es gradual, progresivo y requiere práctica regular.
- La capacidad de darse cuenta de la experiencia momento a momento genera un sentido de la vida más vital y rico.
- Esta capacidad de observar persistentemente, sin juzgar el contenido mental gradualmente aumenta la veracidad de las percepciones.
- Por ese aumento de la capacidad de percibir nuestras propias respuestas mentales a estímulos externos e internos se accede a más información, lo que produce un aumento de las acciones efectivas en el mundo y por tanto un aumento de la percepción de control.

Existen varias críticas a nivel conceptual de las Terapias Basadas en la Atención Plena y en la Aceptación que hace el equipo de Teasdale. Se resumen en:

El entrenamiento en Atención Plena puede ser ineficaz. En las investigaciones de TCAP para las recaídas en depresiones, no se obtienen resultados para aquellas personas con dos o menos recaídas (Teasdale et al, 2000), y en posteriores replicas se repiten los resultados (Ma, 2002). Para las personas con sólo dos episodios de recaídas no hay diferencias significativas en recaídas posteriores al entrenamiento con respecto al grupo control. Lo que dicen estos resultados es que la técnica no siempre es efectiva, y que hay situaciones donde no es de ayuda (Teasdale et al, 2003).

Si se parte de la premisa de que esta habilidad es intrínsecamente terapéutica, la conclusión que se extrae es que el entrenamiento de esta habilidad puede ser indiscriminado. Pero para los autores de la TCAP la meditación en Atención Plena no debe ser ofrecida indiscriminadamente a población clínica de diferente estatus, en cambio Baer (2003), cree que este tipo de terapias pueden aplicarse en multitud de contextos adaptando siempre el formato al tipo de población.

La aparente simplicidad de la técnica no lo es tanto. La Atención Plena es una técnica sencilla, pero el procedimiento en el que es explicada, es tan importante como el contenido, y la forma de explicarlo es importante para que dar resultados terapéuticos. Por tanto la formación de los terapeutas que dirigen grupos basados en la Atención Plena es una cuestión clave, ya que deben tener una buena formación y ser practicantes para poder entender la técnica en toda su complejidad.

Integrar la Atención Plena en una visión más amplia. La Atención Plena proviene de un contexto religioso, pero las terapias basadas en la Atención Plena y en la aceptación han sacado la técnica de este contexto. No hay que olvidar que esta técnica en el contexto religioso también iba acompañada de un gran número de componentes terapéuticos, y estaba enclavada dentro de una visión global sobre el cese del sufrimiento. Teasdale et al (2003) consideran que las aplicaciones clínicas contemporáneas de la Atención Plena podrían beneficiarse de la integración teórica desde una visión más amplia. No podemos contemplar la Atención Plena sin el contexto en el que surge. A la hora de aproximarnos a ella desde la psicología, tenemos que entender que el entrenamiento en Atención Plena surge en un contexto religioso como un ingrediente más, de los muchos que tiene el

Budismo para hacer el Óctuplo sendero (vía sistematizada para alcanzar la liberación). En el caso de las Terapias que utilizan la Atención Plena, también ésta es un ingrediente más, de un paquete terapéutico con muchos componentes.

Aunque el entrenamiento en Atención Plena puede modificar procesos comunes a diversos trastornos, darse cuenta de esos efectos comunes, en lugar de una aplicación indiscriminada de la técnica, es probable que aumente los resultados clínicos. Hay numerosas aproximaciones a las razones por las que la Atención Plena es terapéutica (Baer, 2003), y todas ellas explican una parte del proceso. Los instructores de un entrenamiento en Atención Plena deben conocer la variedad de efectos que tiene este proceso aparentemente tan sencillo. Para Segal, Williams y Teasdale (2003) los entrenamientos en TCAP deben ser dirigidos por profesionales entrenados que conocen el tipo de población con el que trabajan, y que conocen el tipo de trastorno de la población con la que están interviniendo, no se puede utilizar la misma fórmula para todos. Esto nos entronca en la polémica sobre quien debe aplicar estos entrenamientos.

Una de las cuestiones abiertas es sobre qué requisitos debe tener el terapeuta que enseña estas técnicas. Algo en lo que todos los autores están de acuerdo es que no debería darla una persona que no meditara diariamente, el modelado es algo básico. El mensaje dado es muy potente y un cambio radical en la forma de entender el sufrimiento, así que para que sea creíble, el terapeuta debe ser coherente con su mensaje. Eso lo diferencia claramente de otras técnicas tradicionales de la Psicología.

Para el MBSR y para la TCAP es indispensable que los terapeutas que forman en estas técnicas sean practicantes formales de meditación en Atención Plena. Más que un terapeuta, un profesional que lleva un tratamiento en Atención Plena, es un instructor, ya que no se trabajan narrativas personales, y hay un componente psicoeducativa importante. Linehan (2001) enfatiza el uso de los grupos de trabajo para terapeutas en las que practicar unos minutos de meditación en Atención Plena, pero entiende que la práctica diaria de la meditación corresponde a una decisión personal del terapeuta (Dimidjian y Linehan, 2003).

La meditación en Atención Plena no es una simple técnica que uno aprende en un seminario o curso de fin de semana, es una forma de ser y una forma de estar al que hay que dedicar un esfuerzo para desarrollar y refinar (Kabat-Zinn, 2003). Para poder dirigir entrenamientos en MBSR, un requisito es haber hecho dos o más retiros de varios días de meditación según la tradición Zen o Vipassana, además de ser practicante diario.

Todas estas terapias, utilicen o no la meditación como herramienta en sus programas, recomiendan fervientemente su utilización en la formación de terapeutas y la incorporación de ésta a la vida cotidiana. Las reacciones que el terapeuta muestra hacia los pacientes, pueden comprometer la propia terapia y por eso es importante entrenar la habilidad de darse cuenta de estas reacciones. Es fácil con determinados pacientes tener sentimientos de frustración, apego, rechazo que pasan desapercibidos por el propio terapeuta, y que de alguna forma pueden determinar el éxito o fracaso del propio proceso terapéutico. Por eso puede ser útil tener una herramienta que ayude al terapeuta a darse cuenta y en caso necesario, corregir si hace falta esas reacciones.

La Atención Plena para terapeutas, ayuda a entrenar habilidades de escucha, aumenta la capacidad de darse cuenta de las propias reacciones a los pacientes, y facilita la aceptación y la empatía de los terapeutas.

Parece que está surgiendo un movimiento en psicología en busca de un nuevo modelo humano menos patológico; movimientos como el de la Psicología Positiva, el *Mind and life Institute* del fallecido Francisco Varela o el movimiento de las terapias basadas en la Atención Plena insisten en estudiar los aspectos positivos del ser humano, el papel de la estimulación de emociones positivas, y por primera vez estudian la integración mente-cuerpo de forma seria, con las tecnologías más avanzadas y huyendo de terapias sin ninguna validación científica o charlatanes o batiburrillos de diferentes escuelas filosóficas orientales que lo único que consiguen es ahuyentar al escéptico en el estudio de nuevas vías de comprensión de lo humano.

Parte II: Estudio Empírico

4. Objetivos e Hipótesis del trabajo doctoral

4.1 Objetivos de específicos del trabajo doctoral

El Objetivo general que se persigue con esta investigación es comprobar la eficacia de la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena (TCAP) en una muestra española, adaptándola a las características poblacionales de los usuarios de una unidad de salud mental de carácter público.

Los objetivos específicos que persigue este trabajo doctoral pueden resumirse en los siguientes puntos:

- Comprobar la eficacia de la TCAP sobre una muestra con sintomatología depresiva y ansiosa.
- Estudiar la eficacia de la TCAP sobre los síntomas de ansiedad, depresión, estrés, preocupación y sensibilidad a la ansiedad medidos a través de cuestionarios.
- Estudiar la eficacia de la TCAP para el aumento de la metacognición y el cambio de estilos cognitivos desadaptativos. Explorando también la viabilidad de una medida de la metacognición a partir del recuerdo autobiográfico (MACAM).
- Estudiar la eficacia de la TCAP para el aumento de la Atención Plena, así como explorar los instrumentos de medida de la Atención Plena que hay elaborados (FMI, MAAS y KIMS), para encontrar el que consideremos más adecuado para la investigación actual y para futuras investigaciones.

- Estudiar los efectos que han tenido determinadas variables externas sobre la eficacia del tratamiento.
- Estudiar los mecanismos que intervienen en los procesos de cambio que se generan tras la intervención en TCAP, a partir de variables cognitivas y de Atención Plena.
- Estudiar cualitativamente a través de cuestionarios de preguntas abiertas la percepción de los participantes sobre efectos del tratamiento y la opinión sobre la TCAP.
- Comprobar el mantenimiento de los cambios así como el mantenimiento de la práctica de meditación a los tres meses de finalizado el tratamiento.

4.2 Hipótesis

Las hipótesis están ordenadas de la siguiente forma: primero las hipótesis respecto a los efectos de la TCAP sobre la sintomatología, sobre las variables cognitivas y sobre la Atención Plena, después las hipótesis centradas en la Adherencia al Tratamiento y al final las hipótesis centradas en el efecto que han tenido algunas variables externas sobre la eficacia del tratamiento.

Efectos del tratamiento en Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena.

- La primera intervención basada en Atención Plena, el MBSR (Kabat-Zinn, 1982) ha sido validado sobretodo para la reducción de estrés (Kabat-Zinn y Chaldran-Waldrop, 1988, Kabbat-Zinn, 1990) y ansiedad (Kabat-Zinn, Massion, Kristeller, Peterson, Fletcher y Pebert, 1992; Miller, Fletcher, Kabat-Zinn, 1995). Teniendo en cuenta que la TCAP (Segal et al., 2003) es una adaptación del MBSR, podemos plantear la hipótesis de que después de la intervención habrá una reducción significativa :
 - Del estrés medido con el factor estrés del cuestionario DASS-42 (Lovibond y Lovibond, 1995), y que esta reducción se mantendrá a los tres meses de terminar el tratamiento.
 - De los niveles de ansiedad medidos con el BAI (Beck et al, 1988), y que esta reducción se mantendrá a los tres meses.
- La TCAP (Segal et al, 2003) es un tratamiento desarrollado para reducir las recaídas en depresión (Teasdale, Segal, Wlliams, Ridgeway, Soulsby y Lau, 2000;

Ma y Teasdale, 2004). Aunque originalmente no se planteó su uso en población con sintomatología depresiva, esperamos que se produzca una reducción significativa de los síntomas de depresión, medidos con el BDI, y que esta reducción se mantenga a los tres meses.

- Tanto en el modelo de Teasdale y Barnard, como en el de Wells y Matthews sobre la metacognición, se entiende que la Atención Plena reduce el uso de estrategias de procesamiento de la información desadaptativas como la rumiación o la preocupación, lo que aumenta la capacidad de afrontar el malestar de forma más efectiva:
 - En estudios anteriores en los que se ha aplicado el programa MBSR, ha habido una reducción de la rumiación (Romel, Goldin, Carmona y Mcquaid, 2004). En estudios correlacionales aparecen relaciones negativas entre escalas de Atención Plena y el factor rumiación (Bishop et al, 2006, Baer et al, 2004), así que creemos que la intervención en TCAP generará una reducción de las puntuaciones en rumiación, medida a través del RSQ (Lyubomirsky, Nolen-Hoeksema, 1993), y que esta reducción se mantendrá a los tres meses de terminar el tratamiento.
 - Dado que la preocupación es una proyección del pensamiento al futuro, entendemos que un tratamiento basado en aprender a centrar la atención en lo que sucede en el presente, como la TCAP, reducirá de forma significativa las puntuaciones en preocupación, medida a través del PSWQ (Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990), y que este aumento se mantendrá a los tres meses.
 - Según la Teoría del Estilo de Respuesta (Nolen-Koeksema, 1983), el afrontamiento efectivo y la rumiación son estrategias opuestas. Según el modelo ICS (Teasdale y Barnard, 1993) el tratamiento en Atención Plena aumenta las habilidades de afrontamiento efectivo, provocadas por un aumento de la metacognición. Por tanto esperamos que haya un aumento significativo de la respuesta de afrontamiento efectivo medido con el instrumento RSQ, y que este aumento se mantendrá a los tres meses.
- Para el modelo S-REF, el uso de la Atención Plena activa fortalece el modo metacognitivo de procesamiento (Wells, 2002), y los planes metacognitivos de

control y supervisión de la cognición. Para el modelo ICS, el tratamiento en Atención Plena aumenta la capacidad de darse cuenta de los pensamientos, lo que afecta a la metacognición (Teasdale, 1999). Por tanto esperamos un aumento significativo de:

- Los diferentes factores de metacognición y metacreencias medidos a través del cuestionario MCQ-30 (Wells y Cartwright-Hatton, 2003).
 - La metacognición medida a través del instrumento MACAM (Moore, Hayhurst y Teasdale, 1996), en sus dos criterios de medida: la capacidad de darse cuenta y el afrontamiento efectivo.
-
- En el tratamiento en TCAP se entrena la aceptación de la experiencia, incluida la de las sensaciones corporales, esto provocará que haya una reducción de la sensibilidad a los síntomas de la ansiedad, por eso esperamos una reducción de las puntuaciones en la sensibilidad a la ansiedad medida con el instrumento ASI (Peterson y Reiss, 1987).
 - Teniendo en cuenta que el tratamiento en TCAP, está basado en el aprendizaje y práctica de la habilidad de la Atención Plena, se entiende que al finalizar el tratamiento habrá un aumento significativo de las puntuaciones en los instrumentos que miden esta habilidad (KIMS, MAAS y FMI).

En todas estas variables se espera una mayor eficacia de la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena respecto a la intervención usual que es la que recibe el grupo de control.

Adherencia al tratamiento.

- En el tratamiento en TCAP la práctica diaria es el fundamento del tratamiento, por tanto se espera que los sujetos que más han practicado en casa (medido por los auto-registros), mostrarán respecto a los que han practicado menos, una mayor reducción significativa de síntomas (ansiedad, depresión y estrés), de rumiación, de sensibilidad a la ansiedad, y de preocupación. A su vez mostrarán un aumento significativamente mayor en las habilidades de metacognición, afrontamiento efectivo, y en Atención Plena.

- Los estudios de seguimiento publicados (Kabat-Zinn et al, 1992; Williams, 2001) muestran niveles altos de práctica a los tres meses de terminar el tratamiento en población con ansiedad (más del 80% practicó meditación o yoga por lo menos 3 veces por semana). Teniendo en cuenta la heterogeneidad de nuestra muestra y las características poblacionales, esperamos que en la medida de seguimiento a los tres meses el grupo que recibe el tratamiento en TCAP:
 - Practique meditación en la contemplación de las sensaciones o meditación en la respiración, varias veces por semana supere el 50%.
 - Debido a la edad y problemas somáticos de muchos de los pacientes, esperamos que la práctica de yoga no supere el 30%.

Variables externas que pueden haber afectado al tratamiento.

- Los sujetos que han tenido en los dos meses de duración del tratamiento en TCAP algún suceso vital estresante, tendrán peor pronóstico y habrá diferencias significativas con los que no lo han vivido:
 - En la reducción de síntomas, rumiación, preocupación y sensibilidad a la ansiedad.
 - En el aumento de habilidades de metacognición, afrontamiento efectivo y Atención Plena.
 - En el número de veces que han practicado en casa, número de tareas entregadas y en la asistencia en las sesiones.
- La experiencia previa en meditación y/o yoga (al menos 6 meses) o la experiencia en relajación no afectará los efectos del tratamiento. Por tanto al controlar esta variable no esperamos encontrar diferencias significativas.
- La variable fármaco también puede estar influyendo sobre los resultados del tratamiento, ya que es posible que los fármacos están dificultando la práctica o interfieran con la experimentación de cambios en la práctica de la meditación en Atención Plena. Por tanto, esperamos diferencias significativas en el aumento de las habilidades de Atención Plena, al controlar el tipo de fármaco.

5. Método

5.1 Sujetos

Los sujetos que han entrado en el tratamiento son 81, de los cuales 45 recibieron un tratamiento basado en la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena y el resto o grupo de control recibió el tratamiento usual en las Unidades de Salud Mental canarios. Este consiste en un entrenamiento relajación, más apoyo psicológico en este contexto. Aunque la noción de apoyo psicológico en este contexto, resulta ambigua, refleja la realidad con la que nos encontramos, ya que la mayoría de los profesionales carecían de formación psicoterapéutica especializada y, en consecuencia, lo que hacían en la consulta resultaba inespecífico. En ambos grupos se consumen psicofármacos.

Tabla 5. Tipos de intervención que recibe la muestra.

Tipos de intervención	Frecuencia	Porcentaje
TCAP	45	52,3%
Relajación + Apoyo Psicológico	24	27,9%
Apoyo Psicológico	17	19,7%
Total	86	

Dado el contexto asistencial en el que se llevó a cabo la investigación, fue imposible asignar al azar a los sujetos al grupo de tratamiento *versus* el grupo control, porque los sujetos fueron reclutados por medio de los profesionales sanitarios de las unidades de

salud mental de La Laguna y Ofra, en la isla de Tenerife. El criterio que tenían que seguir para llevar a cabo la selección fue que se tratara de pacientes con ansiedad y depresión. Se excluyeron los trastornos de personalidad, las esquizofrenias y los trastornos alimentarios graves.

Dentro del grupo de control hay dos grupos diferentes, por una parte los que reciben una intervención en relajación y por otra los que no la reciben, ambas reciben apoyo psicológico. Estos dos grupos son equivalentes en las puntuaciones pre y en las puntuaciones post, es decir que no hay ninguna eficacia diferencial entre recibir un tratamiento en relajación o no.

5.2 Diseño

Este es un estudio cuasiexperimental de dos grupos independientes (tratamiento y control) con tres medidas repetidas (pre, post y tres meses). Es cuasi-experimental porque la intervención se ha aplicado en una situación natural, y no se pudo llevar a cabo la asignación al azar, como ya indicamos más arriba. El grupo de tratamiento recibió un programa de ocho semanas de Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena, llevado a cabo por la investigadora principal del proyecto y por quien esto escribe, mientras que el grupo control recibió el tratamiento usual, que en algunos casos incluía relajación, y fue llevado a cabo por el personal sanitario (psicólogos clínicos o psiquiatras) de los Centro de Salud Mental anteriormente mencionados.

La implementación del tratamiento se llevó a cabo por medio de dos terapeutas: un terapeuta del equipo de investigación, que dirigía las sesiones grupales y un co-terapeuta del Centro en el que se llevaba a cabo el tratamiento, que ayudaba en tareas de manejo del grupo, por ejemplo, repartir los resúmenes de la sesión o controlar la lista de asistencia y, de este modo, aprendía también el tratamiento. Por otro lado, como ya hemos indicado, el tratamiento en el grupo control fue implementado por los profesionales de cada Centro de Salud Mental.

Para las medidas tomadas se utilizaron básicamente escalas autoaplicadas, en tres tiempos de medida, al principio del tratamiento (pre), a los dos meses (post) y a los tres meses. La toma de medida pre se realizó en grupo en la sesión introductoria, la

toma de medida post en una sesión posterior, una vez finalizado el tratamiento, y para la de los tres meses, se concertó una sesión de seguimiento en la que se convocó por teléfono a todos los asistentes. En el caso que no pudieran acudir se quedaba con ellos personalmente, o se enviaban los cuestionarios por correo.

5.2.1 Análisis Estadísticos

Para el análisis de la información obtenida en este estudio, hemos seleccionado el Análisis de la Varianza (ANOVA) para los análisis intersujetos, e intrasujetos. Las comparaciones intrasujetos sirven para ver la evolución de cada uno de los grupos de intervención (TCAP o tratamiento usual). Las comparaciones intersujetos nos sirven para comparar los dos grupos, el de tratamiento y el de control conjuntamente, y así averiguar la eficacia diferencial de la Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena respecto a la intervención que recibe el grupo de control (usual). Los análisis se llevaron a cabo sobre tres tipos de variables dependientes: variables de síntomas (depresión, ansiedad, estrés, preocupación y sensibilidad a la ansiedad), variables cognitivas (Rumiación, Afrontamiento Efectivo y metacognición) y variables de Atención Plena. Para el análisis de los resultados se ha utilizado el paquete estadístico informatizado SPSS, Versión 12.

5.3 Procedimiento

El tratamiento se implementó en cuatro grupos, de dos meses cada uno, durante un período de ocho meses. Específicamente, se llevaron a cabo, dos grupos en la Unidad de Salud Mental de Ofra y otros dos en la de San Cristóbal de la Laguna. El primer grupo comenzó en noviembre de 2005 y finalizó en enero de 2006 en la Unidad de Ofra. El segundo grupo se llevó a cabo de enero a marzo en la Unidad de La Laguna, el tercero en Ofra de marzo a mayo, y el cuarto en La Laguna de abril a junio, los tres últimos a lo largo del año 2006.

Los grupos de hicieron en las Unidades mencionadas, en salas preparadas para clases de preparación al parto, con colchonetas en el suelo para los que quisieran practicar tumbados y con cojines para los que quisieran sentarse.

De material, se les dio un CD con meditaciones guiadas, hojas de auto-registros con tareas para casa, y resúmenes con lo dicho en las sesiones. El CD fue hecho por la profesora María Teresa Miró, y contiene tres pistas: en la primera se ofrece una breve orientación acerca de la meditación, en la segunda pista se lleva a cabo una meditación guiada sobre la contemplación de las sensaciones, y en la tercera se dan instrucciones para practicar la meditación sentados.

Las tareas para casa se les entregaron a los participantes todas juntas el primer día, y cada semana éstos las entregan contestadas. Las tareas para casa (ver anexo) incluyen una parte de auto-registro de pensamientos, y una parte de auto-registro de práctica. Tenían que contestarlas seis días por semana.

Los resúmenes de las sesiones estaban basados en el manual *Mindfulness-based Cognitive Therapy* (Segal, Williams y Teasdale, 2003), con pequeñas adaptaciones. En estos resúmenes se incluye el tema tratado en la sesión, una explicación detallada de cada uno de los ejercicios que se practican en las sesiones, y una guía de las tareas para casa semanales.

La actitud del terapeuta es importantísima en este tratamiento, porque el terapeuta tiene que ejemplificar, en la práctica, la habilidad que pretende enseñar, a saber, la Atención Plena. Por tanto, en todo momento, el terapeuta debe estar abierto a la experiencia tanto conceptual como no-conceptual, manteniendo una actitud no-crítica, libre de prejuicios; también debe estar orientado hacia el presente y debe dirigir la atención de los participantes en el grupo hacia la apertura a la experiencia, para que puedan sentir y puedan familiarizarse con los efectos de de la meditación. A la vez, no debe fomentar las narrativas de historias personales. De hecho, el terapeuta debe ser asimismo un practicante de la meditación para poder entrenar a otro de modo eficaz, es un aspecto clave sobre el que Kabat-Zinn (1990) ha insistido mucho; de igual modo, Segal, Williams y Teasdale insisten también sobre este punto.

Conviene reiterar que en este tratamiento no se trabajan narrativas personales, ni contenidos cognitivos específicos. Recordemos que lo que se considera problemático no son los contenidos cognitivos *per se*, sino la forma de relacionarse con ellos. De hecho, al ser un tratamiento limitado en el tiempo, y al estar las sesiones muy

estructuradas, hay muy poco tiempo para las dinámicas personales. Al principio del tratamiento, el terapeuta comunica que no se trata de una terapia de grupo y que las intervenciones de los participantes deben estar dirigidas a las dificultades que experimentan a la hora de practicar formalmente la meditación o a los aspectos cotidianos relacionados con la Atención Plena.

5.3.1. Adaptación y cambios del programa de Segal, Williams y Teasdale

En esta investigación, se ha adaptado el programa de Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena (TCAP) desarrollado por Segal, Williams y Teasdale (2003) para prevenir las recaídas en depresión, a pacientes con síntomas de depresión y de ansiedad, tanto de larga como de corta duración, pero que no estuvieran en fase aguda. Esta adaptación de la TCAP no pretende reemplazar a otras intervenciones psicológicas individuales, sino complementarlas. El objetivo último del tratamiento, en definitiva, es enseñar a los pacientes nuevas herramientas para enfrentarse al sufrimiento de un modo más eficaz.

Aunque inicialmente se diseñara para prevenir las recaídas en depresión, al poner el énfasis en la forma de relacionarse con los pensamientos, sean los que sean, la TCAP puede ser eficaz en el tratamiento de los trastornos de la ansiedad, sobretodo en la ansiedad generalizada. Por tanto, se espera que a las personas con altos niveles de ansiedad también puedan beneficiarse. De hecho, varios autores han señalado que los mecanismos psicológicos subyacentes a los trastornos de ansiedad pueden explicarse de forma de muy parecida a la depresión (Papageorgiou y Wells, 2003; Nolen-Hoeksema, 1991, 2000). Ambos tipos de trastornos tienen en común el uso de estrategias cognitivas desadaptativas como la rumiación o la preocupación. Éstas estrategias, así como la sensibilidad excesiva a las sensaciones corporales, se pueden trabajar desde la TCAP haciendo sólo pequeñas adaptaciones. Además, hay un nivel alto de comorbilidad entre los síntomas de ansiedad y depresión, siendo muchas veces realmente complicado separarlos. El componente metacognitivo, es básico en el modelo ICS de Teasdale y Barnard, en el que se sustentan las bases psicológicas de la TCAP. De igual modo, las creencias metacognitivas tienen un papel central en el tratamiento de los trastornos de la ansiedad según el modelo S-REF de Wells. Por tanto, resulta razonable pensar que la TCAP puede contribuir a aumentar los niveles

de metacognición también en pacientes con ansiedad y, por tanto, reducir los síntomas.

La TCAP incluye una serie de prácticas en Atención Plena diseñadas para cultivar la observación libre de juicios y la aceptación de las sensaciones corporales, percepciones, cogniciones y emociones. Los participantes aprenden a observar estos fenómenos, con actitud abierta de interés y curiosidad, y aceptarlos tal y como son, sin intentar cambiarlos o escapar de ellos (Baer, 2005).

Una de las adaptaciones que se realizan en esta investigación es la inclusión de ejercicios prácticos basados en la Terapia Cognitiva Convivencial (Palm, Beskow y Miró, 2004). En esta forma de Terapia Cognitiva se invita a los pacientes a considerar la convivencia como el espacio transitable que se crea cuando la persona se comporta de forma tal que permite la emergencia del otro/a como otro/a legítimo en convivencia conmigo. Para ello, se entrena a los pacientes a comprender las diferencias entre la perspectiva interna – la visión que uno/a tiene de sí mismo desde dentro –, con la posibilidad de acceder a los datos privados de la propia autoconciencia – versus la perspectiva externa – la visión que uno/a tiene de los otros o de sí mismo/a considerado desde el punto de vista de los otros (Miró, 2000, 2005).

De este modo, los pacientes pueden trabajar con las emociones perturbadoras que tiene su origen en el juicio negativo de los demás, que está presente tanto en los casos de depresión como de ansiedad, aunque las situaciones que disparan la visión negativa de los otros puedan ser diferentes, el mecanismo del juicio es similar en ambos tipos de trastorno. Frente al juicio, se anima a los pacientes a explorar las diferencias entre la perspectiva interna y la externa, así como las nociones de aceptación del otro y dignidad ante el sufrimiento.

Los cambios más significativos llevados a cabo sobre el programa original de TCAP de Segal, Williams y Teadale (2003) son los siguientes:

- Menor énfasis en los síntomas depresivos y mayor énfasis en los mecanismos de rumiación y preocupación.
- Simplificación de los auto-registros de pensamientos automáticos. Se comienza por ayudar a los pacientes a discriminar entre la situación en la que se encuentran

y la experiencia que tienen en esa situación. Para ello, se utilizan dos columnas, una para la situación y otra para la experiencia. Cuando el paciente es capaz de discriminar bien estos aspectos, la columna de la experiencia se diversifica en tres aspectos: sensaciones corporales, emociones y pensamientos.

- Incorporación de ejercicios sobre las diferencias entre la perspectiva interna y la perspectiva externa dentro de las tareas para casa basados en la Terapia Cognitiva Convivencial (Palm, Beskow y Miró, 2004).
- En el CD que dan en el tratamiento original hay una pista con una sesión de yoga guiada, en el tratamiento propuesto en este trabajo se dio una hoja con posturas de yoga dibujadas.

5.3.2. Descripción de las 8 semanas de tratamiento sesión a sesión

El programa de TCAP que se utilizó en esta investigación es un programa altamente estructurado. Cada sesión tenía una duración de dos horas y media, que se distribuían de forma que hubieran espacios bien delimitados para a) practicar distintas técnicas de meditación o yoga, b) comentar las dificultades encontradas a la hora de llevar a cabo la práctica o las tareas para casa, c) explorar y comentar aspectos específicos de la Atención Plena, d) explorar y comentar aspectos específicos de los mecanismos psicológicos que conducen al sufrimiento como los automatismos, la rumiación, la preocupación o los juicios negativos, e) comentar el trabajo para casa.

En detalle, el contenido de las sesiones fue el siguiente:

Sesión 1: Presentación y conceptos clave.

En la primera sesión se describe el tratamiento que van a recibir los pacientes, y se hacen las presentaciones pertinentes. Se introduce el contexto de investigación en el se encuentra el tratamiento. Durante esta primera sesión se explican los conceptos claves que se seguirán utilizando el resto del programa. A parte del de Atención Plena se utiliza mucho también el concepto de “piloto automático”, que se refiere a la activación de pensamientos automáticos en casos de disforia, y se pone el símil de cuando se conduce en coche sin estar atentos a lo que sucede en la carretera, como si fuéramos en piloto automático, el otro concepto clave que se explica es el de

Atención Plena. Para explicar este concepto se utiliza el ejercicio de la Uva pasa, que consiste en comer una pasa poniendo toda la atención en el acto de comer.

En esta sesión se hacen las primeras meditaciones grupales cortas, y se trabajan las primeras dificultades en la práctica, para luego pasar a la meditación en la contemplación de las sensaciones. Durante la sesión se insiste mucho en la importancia de la asistencia, en la importancia de la paciencia (no obsesionarse en la búsqueda del cambio) y sobretodo en la importancia de las tareas para casa, sobretodo la práctica diaria, autentico pilar sobre el que se asienta este tratamiento.

- Presentación de los participantes y presentación de las características del tratamiento.
- Presentación de conceptos claves que se nombran durante el tratamiento, como “piloto automático” y “Atención Plena”.
- Ejercicio de la Uva pasa.
- Meditación de los tres minutos.
- Ejercicio de la contemplación de las sensaciones.
- Presentación de las tareas para casa:
 - Escuchar la pista uno del CD una vez al día.
 - Contestar una vez al día los auto-registros de sucesos agradables.
 - Escoger una actividad rutinaria del día a día y hacerla en Atención Plena.

Sesión 2: Tratar con los obstáculos.

En esta sesión se comentan en grupo las dificultades que han surgido durante la semana a la hora de realizar las tareas para casa, sobretodo surgen dificultades en la realización de la práctica. Las típicas dificultades que surgen durante la práctica son:

- Cuando me tengo que fijar en como el aire entra por las fosas nasales no siento nada.
- Creo que lo hago mal, porque no consigo centrarme en la respiración, mi mente se va continuamente.
- Cuando estoy atento a la respiración automáticamente la cambio.
- Cuando me doy cuenta de que me he ido a otra parte, al volver me entra angustia.
- Tengo mucho dolor en la espalda.
- Noto como calambrazos en algunas partes del cuerpo.

- Solo de estar pendiente de la respiración ya me pongo ansiosa/o.
- Cuando me levanto después de meditar estoy mareada/o.

Cada una de las dificultades que surgen en esta sesión se trabajan en grupo, y el terapeuta tiene una actitud no juzgadora, buscando la normalización de todas y cada una de las experiencias que suceden durante la práctica y promueve la aceptación de la experiencia a través de su actitud y sus devoluciones.

En esta sesión se introduce un nuevo tipo de meditación, la meditación centrada en la respiración, esta meditación es complementaria a la contemplación de las sensaciones, pero va más dirigida a la auto-observación del flujo de los pensamientos.

- Meditación en la contemplación de las sensaciones.
- Trabajo con las dificultades de la práctica, tanto en la sesión como en las tareas para casa.
- Meditación en la respiración.
- Presentación de las tareas para casa:
 - Escuchar la pista uno del CD una vez al día.
 - Contestar una vez al día los auto-registro de sucesos agradables.
 - Escoger una comida durante la semana y hacerla en Atención Plena, y comentarla.

Sesión 3: La respiración.

Entrenar el llevar la atención a la respiración en momentos de malestar, estrés o sufrimiento psicológico, es uno de los principales objetivos del tratamiento. El papel que se le da a llevar la atención en la respiración es como un anclaje que hace volver al momento presente, lo que permite salir un momento y tomar perspectiva. En esta sesión se insiste en el papel que tiene el llevar la atención a la respiración para calmar la mente.

- Meditación en la contemplación de las sensaciones.
- Explicación sobre la función de la respiración como anclaje.
- Introducción al yoga y pasos a seguir para su práctica en casa.
- Presentación de las tareas para casa:
 - Escuchar la pista uno del CD una vez al día.

- Contestar una vez al día los auto-registro de sucesos desagradables.

Sesión 4: Estar en el presente.

En esta sesión se amplía la función que tiene el llevar la atención a la respiración, llevándola al cuerpo. El cuerpo es el lugar donde suceden las experiencias y tener una buena conexión con éste, facilita la capacidad de observar las experiencias. Se introduce el concepto rumiación y los mecanismos de su funcionamiento. La rumiación es la consecuencia de la negación de la experiencia que se está viviendo. Se insiste en el potencial de esta forma de enfrentarse al sufrimiento y como es la principal causa de su mantenimiento.

- Meditación en la contemplación de las sensaciones.
- Estiramientos de yoga.
- Introducción al poder de llevar la atención al presente, y introducción del concepto rumiación.
- Ejercicio de meditación caminando.
- Presentación de las tareas para casa:
 - Escuchar la pista uno del CD una vez al día.
 - Contestar una vez al día los auto-registros de sucesos desagradables.
 - Escoger un día a la semana para dar un paseo en Atención Plena y comentar.

Sesión 5: Aceptación.

En esta sesión se proponen las bases que hay detrás de la aceptación incondicional de la experiencia. Hay dos formas de reaccionar ante un pensamiento, sentimiento o sensación corporal. Si nos gusta o es agradable queremos que se mantenga y no se vaya nunca, y si no nos gusta, porque es doloroso, incómodo o poco placentero no la aceptamos y pretendemos que desaparezca, tendemos a contraernos, irritarnos o disgustarnos. Estas respuestas son lo contrario de aceptar. Aceptar la experiencia significa permitir que suceda lo que sea que este pasando, sin juzgarlo, en lugar de intentar alcanzar otro estado. Aceptar es un primer paso, que permite ser plenamente consciente de las dificultades. La aceptación lleva poder responder con las herramientas adecuadas, y afrontar de forma efectiva los momentos de sufrimiento, en lugar de responder con una acción refleja. Este tipo de acciones reflejas funcionan

controladas por automatismos que activan viejas estrategias que se ha demostrado no han sido suficientemente útiles.

- Meditación en la contemplación de las sensaciones.
- Estiramientos de yoga.
- Introducción de la Aceptación incondicional de la experiencia sin juzgarla, tanto a de uno mismo como las experiencias de los demás (convivencia).
- Presentación de las tareas para casa:
 - Escuchar la pista uno del CD una vez al día.
 - Contestar una vez al día los auto-registros de sucesos desagradables.
 - Tres minutos de respiración en la legitimación del otro. En este ejercicio se debe aplicar el ejercicio de meditación de los tres minutos cuando se sientan juzgadas/os por otros/as. En el momento que sienten ese juicio, deben pararse y observar que les está pasando a nivel de sensaciones corporales, ritmo de respiración y pensamientos que aparecen.

Sesión 6: Pensamientos conectados con estados de ánimo.

En esta sesión se comenta el papel que tienen los pensamientos sobre lo que se hace o lo que se siente. A menudo estos pensamientos se activan de forma automática. Por tanto, el hecho de aumentar la capacidad de darse cuenta de los pensamientos y las imágenes que pasan por la mente, aumenta la capacidad de poder dejarlos pasar. Los pensamientos son solo sucesos mentales, no son hechos ni descripciones de la realidad, y están más conectados con los estados de ánimo que con lo que sucede realmente. La consecuencia directa de la práctica diaria de meditación es la liberación de la tiranía del pensamiento

- Meditación en la contemplación de las sensaciones.
- Estiramientos de yoga.
- Introducción a como los pensamientos no son descripciones de la realidad, sino que están directamente relacionados con el estado de ánimo.
- Presentación de las tareas para casa:
 - Escuchar la pista uno del CD una vez al día.
 - Contestar una vez al día los auto-registros de sucesos desagradables.

- Reflexionar y comentar sobre un conflicto o una confrontación que hayan tenido en la que se hayan sentido criticados/as, y deben preguntarse que es lo que están sintiendo y darle un nombre a las sensaciones corporales.

Sesión 7: Cómo puedo cuidarme mejor a mi mismo/a.

En este punto del tratamiento se trabajan las habilidades de afrontamiento, una vez ha aumentado la capacidad de darse cuenta de los estados mentales en los que uno/a está y de aceptarlos, también aumenta la capacidad de cambiarlos, o al menos reducir la intensidad. Por tanto en esta sesión se reflexiona sobre las formas de reaccionar tradicionales a los estados de sufrimiento psicológico y de cómo sustituirlas por otras formas más efectivas.

- Meditación en la contemplación de las sensaciones.
- Estiramientos de yoga.
- Sesión de tratamiento en estrategias de afrontamiento efectivo ante episodios de ansiedad y/o depresión.
- Presentación de las tareas para casa:
 - Escuchar la pista uno del CD una vez al día.
 - Contestar una vez al día los auto-registros de sucesos desagradables.
 - Listado de cosas que hacen bajar el ánimo y listado de cosas que hacen subirlo.

Sesión 8: Atención Plena en la vida cotidiana.

En esta sesión se hace un resumen sobre todo lo trabajado a lo largo del tratamiento haciendo especial hincapié en el llevar las habilidades aprendidas a la vida cotidiana. Se comentan algunas técnicas y/o consejos para mantener la práctica a pesar de que terminan los grupos y ya no hay que hacer tareas. Se insiste en la importancia de continuar la practica, tanto la formal (meditación sentados/as) como la informal (llevar la atención a las sensaciones corporales o a la respiración, estar el presente) para profundizar y mantener las habilidades aprendidas.

- Meditación en la contemplación de las sensaciones.
- Estiramientos de yoga.
- Explicación sobre como llevar la Atención Plena a lo cotidiano, al día a día. Estrategias para mantener la práctica de la meditación sin la presión del curso.

- Comentarios de cada participante.
- Recomendaciones finales y Despedida.

5.4 Instrumentos de medida

Los instrumentos que se utilizan para recoger las diferencias y los efectos del programa en TCAP, consisten en cuestionarios y una entrevista semiestructurada. De los instrumentos utilizados en esta investigación, solo el BDI, el BAI, el ASI y PSWQ han sido validados en una muestra española, los demás cuestionarios se han traducido al castellano siguiendo las recomendaciones de Muñiz y Hambleton (1996).

Para medir los síntomas, se han utilizado los siguientes cuestionarios:

- *Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory; BDI; Beck et al., 1979, Adaptado por Sanz y Vázquez, 1998).*
- *Inventario de Ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory; BAI; Beck et al, 1988).*
- *Escala de estrés del Cuestionario de Depresión, Ansiedad y Estrés DASS 42 (Depresión, Anxiety and Stress Scale, Lovibond y Lovibond, 1995).*
- *Cuestionario de Preocupación del Estado de Pennsylvania (Penn State Worry Questionnaire - PSWQ; Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990).*

En la medida de las variables cognitivas se han utilizado:

- *Cuestionario de Metacogniciones (Metacognitions Questionnaire - MCQ-30, Wells y Cartwright-Hatton, 2003).*
- *Cuestionario del Estilo de Respuesta (Response Style Questionnaire - RSQ; Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991).*
- *Medida del Darse Cuenta y el Afrontamiento en Memoria Autobiográfica (MACAM; Moore, Hayhurst y Teasdale, 1996).*

En la medida de las variables de Atención Plena:

- *Escala de Atención Plena y Darse Cuenta (MAAS; Brown y Ryan, 2003).*
- *Inventario de Atención Plena de Freiburg (Freiburg Mindfulness Inventory - FMI; Buchheld, Grossman y Walach, 2002).*
- *Inventario de Habilidades de Atención Plena de Kentucky (Kentucky Inventory of Mindfulness Skills - KIMS; Baer, Smith y Allen, 2004).*

Todas las escalas mencionadas en este apartado, excepto las que miden sintomatología, pueden ser consultadas en el anexo, aunque a continuación se describen con mayor detalle.

5.4.1 Instrumentos de medida de sintomatología

Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck Depresión Inventory, Beck, Ward y Mendelson, 1961; Adaptado por Sanz y Vazquez, 1998).

La depresión junto con el estrés han sido las variables más estudiadas o más utilizadas como variable dependiente en la investigación en meditación en la Atención Plena, TBCM (Teasdale et al., 2000; Segal et al., 2002) en depresión y el MBSR (Kabat-Zinn, 1982, 1993) en estrés.

El Inventario de Depresión de Beck (Beck, Ward y Mendelson, 1961) es el instrumento de autoinforme más utilizado internacionalmente para cuantificar los síntomas depresivos en poblaciones normales y clínicas, tanto en la práctica profesional como en la investigadora (Sanz y Vázquez 1998). Consta de una escala de 21 ítems para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión. Muestra una buena fiabilidad y consistencia interna, con un alfa de Cronbach 0.76 – 0.95. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa, y las respuestas posibles van de 0 (ausencia de síntoma) a 3 (máximo nivel de síntoma). Tiene una mayoría de ítems centrados en los componentes cognitivos de la depresión, aunque también en los componentes somático/vegetativos.

Los puntos de corte usualmente utilizados son:

- No depresión: 0–9 puntos
- Depresión leve: 10-18 puntos
- Depresión moderada: 19-29 puntos
- Depresión grave: \geq 30 puntos

El punto de corte que se utiliza normalmente para diferenciar a la población con depresión es una puntuación de 18 en este instrumento.

Inventario de Ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory,BAI; Beck, Brown, Epstein y Steer, 1988).

Escala desarrollada por Beck et al. (1988) para medir los síntomas de ansiedad. Se centra sobretudo en los aspectos físicos de la ansiedad, y no pretende medir ningún trastorno específico. Es un cuestionario monofactorial, aunque en estudios posteriores han aparecido hasta cuatro factores diferentes: subjetivo, neurofisiológico, pánico y autonómico (Leyfer, Ruberg y Woodurff-Borden, 2005). En esta investigación utilizaremos un solo factor. Posee una elevada consistencia interna, alpha de cronbach de 0,90. Cada ítem se puntúa de 0 (en absoluto) a 3 (severamente, casi no podía soportarlo).

No hay unanimidad de criterios respecto cuales son los puntos de corte para separar ansiedad de no ansiedad, aunque hay estudios que utilizan la puntuación 20 como punto de corte para el trastorno de pánico con una sensibilidad de 0,67 y una especificidad de 0,93 (Leyfer, Ruberg y Woodurff-Borden, 2005).

Escala de estrés del Cuestionario de Depresión, Ansiedad y Estrés DASS 42 (Depresión, Anxiety and Stress Scale, Lovibond y Lovibond, 1995).

El DASS 42 (Lovibond y Lovibond, 1995) es un instrumento que mide en la misma escala síntomas de depresión, ansiedad y estrés. La primera versión es de 42 ítems y después aparece otra versión de 21 ítems.

Como la depresión y la ansiedad ya se mide con otro instrumento se han excluido estas escalas del DASS, y solo se utiliza en la investigación la escala que mide estrés. Esta escala de estrés mide tensión persistente, dificultad para relajarse, impaciencia e irritabilidad o sobre-reactividad (Bados, Solanas y Andrés, 2005). Esta escala tiene una consistencia interna (Alfa de Cronbach) de 0,90. Ha correlacionado tradicionalmente con medidas de afecto negativo y preocupación (Bados, Solanas y Andrés, 2005).

Cuestionario de Preocupación de la Universidad Estatal de Pennsylvania (Penn State Worry Questionnaire; PSWQ, Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1995).

Es un instrumento de 16 ítems que evalúa la tendencia general a preocuparse o preocupación-rasgo y ha demostrado buenas propiedades psicométricas en personas sin trastornos (Meyer *et al.*, 1990), en personas diagnosticadas de trastornos de ansiedad (Brown, Antony y Barlow, 1992) y en Ansiedad Generalizada (Fresco, Heimberg, Mennin y Turk, 2002).

El PSWQ presenta sensibilidad y especificidad elevadas para la identificación de casos clínicos de trastorno de ansiedad generalizada (Fresco, *et al.*, 2002; Nuevo *et al.*, 2002). La consistencia interna (alfa de Cronbach) del PSWQ es de 0,95. Está compuesto por 16 ítems que se evalúan en una escala tipo Likert (1, “nada”, a 5, “mucho”). Este instrumento ha mostrado buena utilidad diagnóstica para la detección de Trastorno de Ansiedad Generalizada, aunque el punto de corte varía según estudios y poblaciones, por ejemplo en personas mayores el punto de corte con niveles más altos de especificidad es 60 (Nuevo, Montorio y Ruiz, 2002), y en población clínica el punto de corte con mayor especificidad es 63 (Fresco *et al.*, 2002; Nuevo *et al.*, 2002).

Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (Anxiety Sensitivity Index; ASI, Peterson y Reiss, 1992).

El constructo sensibilidad a la Ansiedad se ha definido como “miedo a la ansiedad y las sensaciones físicas a la ansiedad, que surge de creencias de que la experiencia de miedo/ansiedad genera enfermedades, vergüenza, o más ansiedad” (Reiss y Mc Nally, 1985). Este factor mide las creencias sobre el potencial dañino de determinadas reacciones de ansiedad, de tal forma que una persona con altos niveles de sensibilidad puede creer que tener taquicardia significa un inminente ataque al corazón.

En esta parte experimental se decidió utilizar este instrumento como medida de acercamiento a los efectos de la meditación en Atención Plena sobre la sensibilidad a las reacciones de ansiedad, o reacciones corporales. Uno de los aspectos que se van

a entrenar, en el programa que recibe el grupo de tratamiento, es a aceptar los síntomas de ansiedad, así que para medir este factor se ha utilizado esta escala.

Este instrumento tiene una estructura monofactorial, con 16 ítems que se responde de 0 (nada en absoluto) a 4 (muchísimo), está validado en muestra española (Sandin, Chorot y McNally, 1990).

5.4.2. Instrumentos de medida de factores cognitivos

En este contexto, los factores cognitivos hacen referencia a mecanismos que pudieran estar modulando los efectos del entrenamiento en Atención Plena y que han sido utilizados en los estudios especializados sobre esta cuestión. Aunque en un sentido estricto, la Atención Plena debería considerarse como un factor cognitivo, la hemos incluido en un apartado separado, dada la importancia de su medición en el marco de esta investigación. Entre los factores cognitivos estudiados figuran los siguientes:

Cuestionario del estilo de respuesta (Response Style Questionnaire; RSQ, Nolen-Hoeksema, 1991).

Instrumento desarrollado por Susan Nolen-Hoeksema, está fundamentado en la teoría de los estilos de respuesta (Nolen-Hoeksema, 1987). El instrumento RSQ pretende medir el tipo de respuestas a los estados de ánimo bajos. La teoría que hay detrás pretende dar una explicación a porque hay diferencias importantes en la duración de los episodios depresivos. La conclusión a la que llega es que esta diferencia se debe a que las personas tienen diferentes formas de reaccionar a los primeros síntomas de depresión, y que estas formas de reaccionar son las que perpetúan el estado a lo largo del tiempo, o permiten dejarlo pasar.

Para esta autora hay cuatro estilos básicos de respuesta ante un estado de ánimo bajo o disfórico: rumiación, distracción, conductas peligrosas y afrontamiento efectivo. El estilo de respuesta rumiador corresponde a un patrón de comportamientos y pensamientos en el que la atención de la persona se centra en sus estados emocionales y se inhibe cualquier acción que pudiera distraer al individuo de su estado de ánimo (Nolen-Hoeksema, 1991).

El instrumento RSQ (Nolen-Hoeksema, 1991) que se utiliza en este trabajo doctoral está basado en una modificación realizada posteriormente al cuestionario original (Knowles, Tai, Christensen y Bentall, 1991), y mide tres tipos de estilos de respuesta, el rumiador (alpha de Cronbach de 0,90), el de conductas peligrosas y el de afrontamiento efectivo (alpha de Cronbach de 0,83). La escala de comportamientos peligrosos se ha excluido de la investigación porque en el contexto de esta investigación solo interesaban dos de los estilos. Se mide en una escala Likert del 1 (nunca) al 5 (casi siempre), donde se pregunta por la frecuencia de determinadas conductas de respuesta frente a una pregunta común: “¿Qué es lo que haces cuando te sientes triste, desanimado/a o bajo/a de ánimo...?”

Cuestionario de Metacogniciones (Metacognitions Questionnaire; MCQ-30, Wells y Cartwright-Hatton, 2004).

El MCQ (Wells y Cartwright-Hatton, 2003,1997) es una escala de 30 ítems diseñada para medir creencias acerca del funcionamiento cognitivo. Este instrumento está sobretodo orientado al Trastorno de Ansiedad Generalizada entendido desde el modelo cognitivo S-REF (Wells y Mathews, 1994). La metacognición entendida por Wells se refiere las metacreencias sobre como entiende cada uno que debe ser la forma normal de funcionar cognitivamente, referido sobretodo a el uso de la rumiación y la preocupación.

Hay dos versiones de esta escala, una primera con 65 ítems (Wells y Cartwright-Hatton, 1997) y después otra versión de 30 ítems (Wells y Cartwright-Hatton, 2004), que se decidió acortar por lo farragoso y repetitivo de la primera versión. La escala mide el grado de acuerdo con las afirmaciones, en la que 1 significa nada de acuerdo y un 5 significa muy de acuerdo.

La escala contiene cinco factores:

- Creencias positivas sobre la preocupación (MPB): mide el grado en que la persona cree que la preocupación sirve para solucionar problemas y evitar situaciones desagradables. El coeficiente de consistencia interna de este factor es de un alpha de Cronbach de 0,92.

- Percepción de la Preocupación como Incontrolable y Peligrosa (MUD): Mide las creencias acerca de la necesidad de controlar las preocupaciones para funcionar bien como persona, y creencias acerca de los peligros físicos y mentales de la preocupación. Este factor tiene un coeficiente de consistencia interna alpha de Cronbach de 0,91.
- Confianza cognitiva sobre las propias funciones mentales, sobretodo memoria (MCC). Tiene un coeficiente de consistencia interna alpha de Cronbach de 0,93.
- Necesidad de Controlar los pensamientos (MNCT). El coeficiente de consistencia interna es de 0,72.
- Autoconciencia cognitiva (MCSC): Mide el grado en el que una persona es capaz de tener acceso a sus propios procesos de pensamiento. La consistencia interna de este factor es de 0,92.

Medida del darse cuenta y del afrontamiento a partir de la memoria autobiográfica MACAM (Moore, Hayhurst, y Teasdale, 1996).

Se trata de una entrevista semiestructurada, cuyo objetivo es medir la capacidad de darse cuenta de la propia experiencia y de poner en marcha estrategias de afrontamiento, cuando se está en un estado de ánimo bajo. Dada la imposibilidad de medir el darse cuenta cuando sucede, la medida recurre a la reconstrucción narrativa de recuerdos autobiográficos. El procedimiento consiste en exponer a los sujetos unas viñetas con historias en las que aparecen personajes en una situación de frustración o desamparo. Los sujetos tienen que ponerse en la piel del personaje que aparece, sintonizar con el tono emocional de la viñeta y generar algún recuerdo autobiográfico en el que se sintieran de forma parecida. Este instrumento tan solo se ha pasado a unos pocos sujetos de modo exploratorio, debido a la dificultad de pasarlo, ya que exige mucho tiempo su administración, además de la posterior transcripción.

El objetivo del instrumento es medir el *Metacognitive Awareness* y se refiere a la forma en la que los pensamientos y sentimientos se experimentan cuando surgen, se refiere a si se experimentan como eventos mentales en lugar de cómo descripciones de la realidad. Esta manera de entender la metacognición es muy complicada de llevar a la práctica a través de cuestionarios.

5.4.3 Instrumentos de medida de la Atención Plena

La escala de Darse Cuenta en Atención Plena (The Mindful Attention Awareness Scale ;MAAS, Brown y Ryan, 2003).

Brown y Ryan crearon una escala para medir la capacidad de Atención Plena y la han relacionado con variables como bienestar general o variables de personalidad. El propósito central de su investigación era examinar las relaciones entre Atención Plena y bienestar (Brown y Ryan, 2003). La escala ha mostrado su validez y fiabilidad en la medición de la Atención Plena o *mindfulness*, tiene un total de 15 ítems, con una escala Likert en la que 1 es casi siempre y 6 es casi nunca.

Inventario de Habilidades de Atención Plena de Kentucky. (Kentucky Inventory of Mindfulness Skills; KIMS, Baer, Allen y Smith, 2004).

Esta escala surge dentro del marco de la Terapia Dialéctico-Comportamental (Linehan, 1993). Para medir la habilidad de la Atención Plena, está basada en la conceptualización de Atención Plena que se hace en esta terapia dirigida al tratamiento de los trastornos límite de personalidad. Desde este enfoque se distingue dentro de la Atención Plena entre las habilidades “que” en este cuestionario se miden a través de los factores Observar y Describir, y las habilidades “como” que se miden a través de los factores Aceptar y Darse Cuenta. La escala mide el grado de acuerdo de cada una de las afirmaciones, tiene cuatro opciones de respuesta (1, nada; 2, Un poco; 3, Bastante; 4, Mucho). En este enfoque, se entiende que la Atención Plena está formada por cuatro componentes o habilidades que son las siguientes:

- Observar: Esta habilidad consiste en atender a los hechos, ya se trate de hechos internos como emociones o de hechos externos como respuestas conductuales, sin intentar rechazarlas cuando resultan dolorosas ni prolongarlas cuando son placenteras. Alpha de Cronbach de 0,91.
- Describir: Aquí se mide la capacidad de describir hechos o respuestas personales con palabras. Alpha de Cronbach de 0,84.
- Actuar dándose cuenta: Mide la capacidad de centrar y sostener la atención en la actividad que se está llevando a cabo. Alpha de Cronbach de 0,83.

- Aceptar (o permitir) sin juzgar. Este factor mide la habilidad de adoptar un enfoque no evaluador sobre la experiencia. Alpha de Cronbach 0,87.

Inventario de Atención Plena de Freiburg. (The Freiburg Mindfulness Inventory;FMI, Buchheld, Grossman y Walach, 2002).

La primera versión de la escala FMI (Buchheld, Grossman y Walach, 2002) es una escala construida específicamente como instrumento de investigación para los tratamientos en meditación en Atención Plena, y por tanto solo tiene sentido utilizarlo con población que ya ha recibido nociones básicas de meditación.

En este instrumento surgen varias factorizaciones diferentes en la investigación principal según se pase al principio o al final de un tratamiento en Atención Plena. En una primera factorización surgen cuatro factores (30 ítems), y aunque más adelante esta factorización se modifica y se unifica surgiendo un solo factor, es interesante la forma en la que surgen los factores. En principio los factores básicos de los que parte son:

- Factor 1: Desidentificación atencional en el presente. Este factor explica en la primera factorización el 35,2% de la varianza, con una consistencia interna (alpha de Cronbach) de 0,91.
- Factor 2: Actitud no juzgadora y no evaluadora hacia uno mismo y hacia los otros. Este factor explica el 7,3% de la varianza, y tiene una consistencia interna (alpha de Cronbach) de 0,82.
- Factor 3: Apertura a los estados negativos de la mente. Este factor explica el 6,4% de varianza, con una consistencia interna (alpha de Cronbach) de 0,81.
- Factor 4: Orientación al proceso, la comprensión abierta de la experiencia en un nivel más general. Este factor explica el 5% de la varianza y tiene una consistencia interna (alpha de Cronbach) de 0,76.

El hecho de que el primer factor explicara el 35% de la varianza, cuestionaba la “factorización” de la escala y ésta fue modificada (Walach, Buchheld, Buttenmüller, Kleinknecht y Schmidt, 2006) y convertida en una sola escala monofactorial de 14 ítems. Se han suprimido los ítems que generaban más dificultades a las personas que nunca habían meditado, de esta forma el instrumento resulta ahora aplicable a todo

tipo de sujetos, con experiencia en meditación o sin ella. Esta nueva versión de un solo factor tiene una consistencia interna de 0,86.

En esta investigación se ha utilizado la versión monofactorial del instrumento, debido a las dudas surgidas por los propios autores sobre el carácter multifactorial del cuestionario.

6. Descripción de la muestra

El número total de personas que han participado en estudio es de 85, de los cuales 45 participaron en el grupo de tratamiento y 40 en el grupo control. El grupo de tratamiento esta formado por las personas que acudieron 4 sesiones o más al programa de Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena en las unidades de salud mental de Ofra y La Laguna en la isla de Tenerife, y el grupo de control incluye a usuarios de las Unidades de Salud mental de Ofra, el Puerto de la Cruz, e Icod de los Vinos que han recibido el tratamiento usual en estas unidades para este tipo de casos.

6.1 Descripción demográfica de la muestra

La edad media de la muestra es de 41,4 años, con un mínimo de 21 años y un máximo de 62 años. El grupo de tratamiento (tabla 3.1.1.) tiene una media de edad de 43, 2 años con un rango entre 26 y 56 años. El grupo de control tiene una media de edad un poco menor, 39,3 años, con una edad mínima de 21 años y una máxima de 62 años.

Tabla 6.1.1. Tabla descriptiva de la variable edad.

	Tratamiento (n = 45)		
	Total	Tratamiento	Control
Edad media (DT)	41,4 (9,2)	43,20 (7,6)	39,3 (10,5)

La mayoría de los participantes (tabla 3.1.2.) tienen estudios primarios (36,5%). El porcentaje de sujetos del grupo de tratamiento con titulación universitaria (20%) es superior a la del grupo de control (15%). Más del 16% de los participantes en este estudio tienen los estudios mínimos escolares.

Tabla 6.1.2. Tabla de frecuencias en nivel educativo.

	Total		Tratamiento		Control	
	n	%	n	%	n	%
C. escolaridad	14	16,5%	6	13,3%	8	20%
Primaria	31	36,5 %	16	35,6%	15	37,5%
Secundaria	22	27%	8	17,8%	11	27,5%
T. Universitaria	17	20%	15	33,3%	6	15%

En cuanto a la variable de género, tanto en el grupo de tratamiento como en el de control hay una clara mayoría de participantes mujeres (tabla 3.1.3.), en el caso del grupo de tratamiento tan solo 4 hombres terminaron las cuatro sesiones necesarias para ser incluidos en el estudio. Esto puede ser debido a que la mayor demanda de este tipo de servicios es hecha por mujeres.

Tabla 6.1.3. Tabla de frecuencias de la edad.

	Total		Tratamiento		Control	
	n	%	n	%	n	%
Hombre	13	15,3%	4	9%	9	22,5%
Mujer	72	84,7%	41	91%	31	77,5%

La situación laboral (tabla 3.1.4) mayoritaria en este estudio es la de baja laboral. En el grupo de tratamiento el 44,4% de los sujetos están de baja, mientras que en el grupo de control este porcentaje aumenta hasta el 50%. Casi el 30% de los sujetos del estudio tienen un contrato de trabajo, mientras que el 16,5 % está sin empleo, y más del 10% tiene como dedicación profesional sus labores.

Tabla 6.1.4. Tabla de frecuencias de la situación laboral.

	Total		Tratamiento		Control	
	n	%	n	%	n	%
Contratado/a	22	25,9%	13	28,9%	9	22,5%
Parada/o	14	16,5%	7	15,6%	7	17,5%
Sus labores	9	10,6%	5	11,1%	4	10%
Baja Laboral	40	47,1%	20	44,4%	20	50%

Respecto al estado civil (tabla 3.1.5), la gran mayoría están casados/as (53,5%), y también hay una gran proporción de separadas/os y divorciadas/os (15,3%).

Tabla 6.1.5. Tabla de frecuencias del Estado civil.

	Total		Tratamiento		Control	
	n	%	n	%	n	%
Soltero	14	16,4%	7	15,5%	7	17,5%
Casado	56	65,8%	30	66,7%	26	65%
Divorciado/a	15	17,6%	8	17,8%	7	17,5%

6.2. Descripción clínica de la muestra

Los participantes en este estudio eran remitidos por los profesionales de cada Unidad de Salud Mental. Los criterios de remisión eran la presencia de un trastorno de depresión o de ansiedad que no estuviera en fase aguda. Se hace uso de los historiales clínicos de las Unidades de Salud Mental para hacer la descripción clínica, y completar los datos que no se pueden averiguar a través de la toma de datos inicial previa al inicio de los grupos, como por ejemplo el diagnóstico o el inicio de síntomas.

Los estudios de TCBM están centrados sobretodo en el trabajo con pacientes crónicos, a pesar de que este trabajo doctoral no se centra en pacientes crónicos, se tomo como variable interesante la fecha de la primera demanda que apareciera en los historiales clínicos. La media de inicio de síntomas (tabla 6.2.1) es de 9,1 años, con un rango que va de los 30 años a los seis meses. La mayoría de los participantes en este estudio tiene un largo recorrido.

Tabla 6.2.1 Tabla de descriptivos del año de inicio de síntomas (media (Dt.)).

	Total (n = 85)	Tratamiento (n = 45)	Control (n = 41)
Años de inicio de síntomas	9,1 (9,3)	8,9 (8,7)	9,3 (10,4)

Respecto a la experiencia (Tabla 6.2.2.), solo el 13,3% tiene experiencia en meditación (más de seis meses de experiencia en meditación o yoga), y aproximadamente la mitad ha recibido en su vida (47,1%) algún tipo de tratamiento en relajación (en los propios centros de salud). Tan solo el 60% ha recibido alguna vez algún tipo de apoyo psicológico por profesionales.

Tabla 6.2.2. Tabla de frecuencias en la experiencia.

		Total (n = 85)		Tratamiento (n = 45)		Control (n = 40)	
		n	%	n	%	n	%
Meditación	Sí	13	13,3%	6	13,3%	7	17,5%
	No	72	84,7%	39	86,7%	33	82,5%
Relajación	Sí	40	47,1%	27	60,0%	13	67,5%
	No	45	52,9%	18	40,0%	27	32,5%
Asistencia psicológica	Sí	46	54%	20	44,4%	26	65%
	No	39	46%	25	55,6%	14	35%

A pesar del sorprendente porcentaje de personas que nunca habían recibido ningún tipo de intervención psicológica, más de 80% recibían atención psiquiátrica y estaban tomando psicofármacos. El 42,4% (Tabla 6.2.3.) consumía tanto ansiolíticos como antidepresivos, y un 20% consumía solo ansiolíticos.

Tabla 6.2.3. Tabla de frecuencias en el consumo de fármacos.

	Total		Tratamiento		Control	
	n	%	n	%	n	%
Antidepresivos	9	12%	5	11,1%	4	14,7%
Ansiolíticos	17	23%	10	22,2%	7	20,6%
Ambos	36	48,6%	20	44,4%	16	47,1%
Ninguno	12	16,2%	10	22,2%	6	17,6%

El diagnóstico clínico (Tabla 6.2.4.) fue extraído de los historiales clínicos de los pacientes en cada una de las unidades de salud mental. La mayoría de participantes en el tratamiento tenía un trastorno ansioso/depresivo (39,7%).

Tabla 6.2.4. Tabla de frecuencias del diagnóstico clínico.

	Total		Tratamiento		Control	
	n	%	n	%	n	%
Depresión	23	29 %	15	33,3 %	8	22,2 %
Ansiedad	24	30,7 %	14	31,1 %	10	27,7 %
Mixto	31	39,7 %	13	36,6 %	18	50 %

Casi el 50% de los participantes del estudio tiene algún tipo de enfermedad que le provoca dolor de forma crónica (Tabla 6.2.5.). Se preguntó por el dolor porque es un

ámbito de estudio tradicional en la meditación en Atención Plena, y por tanto interesaba estudiarlo aunque fuera a nivel narrativo, y además podía afectar de alguna manera en la adherencia al tratamiento, ya que al hacer la contemplación de las sensaciones durante la meditación, la presencia de sensaciones dolorosas puede dificultar la práctica.

Al analizar el apartado de enfermedades físicas me pareció interesante analizar los efectos que ha tenido el tratamiento sobre la población con enfermedades somáticas, 11 sujetos del grupo de tratamiento estaban diagnosticadas/os de enfermedades que de alguna forma alteran la percepción de la corporalidad, en ellas se han incluida los participantes con obesidad mórbida, colon irritable, fibromialgia y un caso de enfermedad de Crhon. Ambas informaciones se obtuvieron en la toma de datos al inicio del tratamiento. En el grupo de control no se tomaron estos datos.

Tabla 6.2.5. Tabla de frecuencias de enfermedades médicas.

		Total		Tratamiento		Control	
		n	%	n	%	n	%
Dolor crónico	Sí	40	47%	22	49%	18	45%
	o	45	53%	23	51%	22	55%
Enfermedad somática	Sí	-	-	11	24,4%	-	-
	o	-	-	34	75,6%	-	-

La mayoría de personas del grupo de enfermedades somáticas tiene Fibromialgia (54,6%). Solo aparece un caso de enfermedad de Crohn, que aunque no es estrictamente psicósomática, parece que el estrés emocional es un factor básico en el agravamiento de los síntomas.

6.2.6. Frecuencia de sujetos con enfermedades psicósomáticas.

	n	Porcentaje
Fibromialgia	6	54,6%
Obesidad Mórbida	2	18,1%
Síndrome de Colon Irritable	2	18,1%
Enfermedad de Crohn	1	9,1%
Total	11	

6.3. Número de personas que han contestado cada cuestionario

Tabla 6.3.1 Número de personas de la muestra que ha contestado cada participante.

	PRE		POST		3 M	
	TCAP	Control	TCAP	Control	TCAP	Control
Cuestionarios de síntomas						
BDI	45	41	45	40	35	15
BAI	31	30	32	40	26	15
DASS	45	38	45	40	35	15
Variables Cognitivas						
ASI	45	35	43	35	34	15
MCQ-30	31	30	31	39	25	15
PSWQ	44	24	44	18	34	13
RSQ	31	24	31	34	25	15
Atención Plena						
MAAS	33	20	45	16	35	-
KIM	31	13	32	23	33	13
FMI	23	-	33	-	11	-
Entrevista MACAM	16	-	-	-	10	-

BDI: Inventario de depresión de Beck; BAI: Inventario de ansiedad de Beck; DASS: Escala de estrés; ASI: Índice de sensibilidad a la ansiedad; PSWQ: Inventario de Preocupación de Pennsylvania; RSQ: Cuestionario del Estilo de Respuesta; MCQ-30: Cuestionario de Metacogniciones; KIM: Inventario de habilidades de Atención Plena de Kentucky; MAAS: Escala de Atención Plena y Darse Cuenta; FMI: Inventario de Atención Plena de Freiburg.

El grupo de control es ligeramente inferior en número al grupo de tratamiento, y también se les pasa menos veces los cuestionarios. Esto es debido a que en algunos grupos de relajación que midieron los profesionales de las Unidades de Salud Mental hicieron una petición expresa de reducir el número de cuestionarios a pasar, para no interrumpir el ritmo de la sesión, y hacerlo menos farragoso.

Además, algunas escalas como el RSQ, MCQ, el KIM o el FMI se añadieron a la investigación una vez iniciada, por tanto al primer grupo de medida (OFRA) se le pasaron menos cuestionarios que al resto de grupos. El cuestionario FMI se pasó al grupo control debido a que contiene ítems que pueden resultar difíciles a personas que no han meditado nunca, y al grupo de tratamiento se le pasó por primera vez en la cuarta sesión.

En la medida de los tres meses (tabla 6.3.1), hubo una mortandad de diez sujetos en el grupo de tratamiento, y de 26 en el de control. En el grupo de control hay mayor mortandad porque muchas personas del grupo de control no estaban dispuestas a volver a contestar los cuestionarios.

7. Niveles de adherencia al tratamiento y abandonos

Este tratamiento está centrado en el entrenamiento de la habilidad de la Atención Plena a través de la práctica de la meditación. Como hemos visto en el capítulo 5 el programa de Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena le da una gran importancia al auto-registro de pensamientos y emociones (tareas para casa), a la meditación en casa (práctica) y a la asistencia a las sesiones, donde se medita en grupo y se trabajan las dificultades en el cumplimiento de las tareas. En este apartado se presentan los niveles de adherencia al tratamiento y los niveles de abandonos que se han producido a lo largo de los dos meses de duración del programa.

7.1 Abandonos

Por abandono se entiende a la persona que dejan de ir al tratamiento antes de la sesión número 4 y no vuelven a acudir, y que además han acudido como mínimo a más de una sesión. Se excluye los que han dejado de acudir por razones de incompatibilidad horaria o causa mayor (operaciones, accidentes graves, etc.).

Tabla 7.1.1. Frecuencias de abandonos totales.

	n	≥ 4 sesiones	Abandonos	Porcentaje de abandonos
total	62	45	17	27,4%

Una vez se excluyen a los que abandonaron el estudio por incompatibilidad de horarios (debido a alta laboral, cambio de residencia o cambio de turno en trabajo) y los que han abandonado el tratamiento por causa mayor, el número total de personas

que han participado en el estudio es de 62, de los cuales 17, el 27,4% de las personas que lo empezaron (tabla 7.1.1), abandonaron (3 personas declararon que el tratamiento no les gustaba, 2 que no se sentían mejor, y 13 no dieron ninguna razón). Si separamos por estudios (Tabla 7.1.2.) podemos observar que la mayoría de abandonos suceden en la Unidad de Salud Mental de Ofra.

Tabla 7.1.2. Tabla de abandonos según estudio.

	n	≥ 4 sesiones	Abandonos	Porcentaje de abandonos
Estudio 1	18	13	5	27,7%
Estudio 2	18	15	3	16,6%
Estudio 3	15	9	6	40%
Estudio 4	11	8	3	27,7%

Esta diferencia entre Unidades de Salud Mental respecto al número de abandonos se explica por varias razones. Una razón, es las condiciones de la sala, en la Unidad de salud mental de La Laguna había una sala acondicionada para clases de parto donde se podía aplicar el tratamiento en un espacio cómodo y confortable, mientras que en la Unidad de Ofra el tratamiento se aplicó en una sala de reuniones poco acondicionada. Por otra parte los pacientes de la Unidad de Salud Mental de La Laguna estaban mejor derivados e informados, que los usuarios de la de Ofra.

7.2 Niveles de Práctica

La práctica se mide a través de registros de los días que han practicado en casa el ejercicio de meditación de la contemplación de las sensaciones o de meditación sentados. Para facilitar esta práctica en casa, se entrega al principio del tratamiento un CD con dos meditaciones guiadas, la meditación en la contemplación de las sensaciones (45min), y la meditación en la respiración (20 min). En el tratamiento diseñado por Segal, Williams y Teasdale (2003) hay una pista del CD donde se guía una sesión de yoga, en este tratamiento se les da una hoja con los ejercicios de yoga dibujados. Teniendo en cuenta que las tareas son meditar seis días a la semana, el número total de días que hay que practicar (Tabla 7.2.1.) la meditación en casa es de 48 (6 días a la semana x 8 semanas). La media de días practicados es de 27,6 (10,5), y podemos encontrar a sujetos que casi nunca practican (9 prácticas) y otros que practican casi todos los días (46 veces).

Tabla 7.2.1. Tabla de frecuencias de practica de meditaci3n.

	n	Media (DT)	M3nimo	M3ximo
D3as que ha practicado	33	27,64 (10,5)	9	46

7.3 Nivel de Asistencia

El tratamiento tiene un n3mero de sesiones total de 8, m3s una sesi3n previa y otra posterior al tratamiento para medir. Se han excluido de la investigaci3n a las personas que han acudido a menos de 4 sesiones. La media de asistencia es de 6,27 veces (tabla 7.3.1.), con un m3ximo de ocho sesiones y un m3nimo de cuatro.

Tabla 7.3.1. Tabla de frecuencias de asistencia a las sesiones.

	n	Media (DT)	M3nimo	M3ximo
Asistencia	45	6,27 (1,2)	4	8

La mayor3a de las personas que participan en la investigaci3n (Tabla 7.3.2.) acuden a siete sesiones (31%), 10 sujetos acuden a seis sesiones (22,2%), y tan solo 5 acuden a 4 sesiones (11,1%).

Tabla 7.3.2. Tabla de frecuencias en asistencia.

N3 de sesiones	n	Porcentaje
4	5	11,1%
5	8	17,8%
6	10	22,2%
7	14	31,1%
8	8	17,8%
Total	45	

7.4 Entrega de Tareas

Las personas que participaron en la investigaci3n estaban obligadas a contestar y entregar al terapeuta del grupo una serie de auto-registros de pensamientos, emociones y sensaciones, adem3s del registro de la pr3ctica. La media de veces (tabla 7.4.1.) que se entregan las tareas es de 5,18 veces, con un m3nimo de ninguna vez (4,4%), y una m3ximo de 8 veces (15,6%).

Tabla 7.4.1. Frecuencias en entrega de tareas.

	n	Media (DT)	Mínimo	Máximo
Entrega de tareas	45	5,18 (2,3)	0	8

7.5 Niveles de práctica a los tres meses

En la medida de los tres meses los niveles de práctica se miden a través de preguntas escritas sobre la frecuencia en la que se realizan los ejercicios que se enseñaron en el tratamiento una vez terminado este. Los tipos de respuesta son: Una vez al día o casi diariamente, Varias veces a la semana pero no diariamente, Varias veces al mes, Ocasionalmente y Casi nunca o Nunca.

Esta información se puede dividir en dos tipos de preguntas, unas relacionadas con la frecuencia en la práctica formal (poner CD, prácticas, ejercicio de 3 minutos y yoga), y otras relacionadas con la práctica informal de la habilidad de la Atención Plena (frecuencia en la que acude con la atención a la respiración, al cuerpo y al presente).

El 80 % de las personas que han participado en el estudio (Tabla 7.5.1.) ha seguido practicando la meditación en la contemplación de las sensaciones, de los cuales la mayoría (36,7%) lo hace varias veces al mes, y el 26,7% varias veces a la semana. En la meditación sentados el porcentaje de personas que no la utiliza nunca o casi nunca es bastante alto (45%), frente a los que lo utilizan de vez en cuando (55%), dentro de los que siguen utilizando esta técnica la mayoría lo hace varias veces a la semana (20,7%). El ejercicio de los tres minutos lo utilizan el 79% un mínimo de varias veces al mes, mientras que el 25% no lo utiliza nunca o casi nunca. El caso del yoga es diferente, ya que la mayoría deja de practicar al finalizar el tratamiento (80%), y solo el 10% lo practica varias veces a la semana.

Tabla 7.5.1. Frecuencia de prácticas formales en el intervalo de tiempo entre el fin del tratamiento y la medida de los tres meses.

	Contemplación de las sensaciones		Meditación sentado/a		Ejercicio de los 3 minutos		YOGA		Poner el CD	
	n	%	n	%	n	n	n	%	n	%
Diariamente	1	3,3%	2	6,9%	5	17,9%	0	0	2	6,9 %
Varias veces semana	8	26,7%	6	20,7%	7	25%	3	10,3%	7	24,1%
Varias veces mes	11	36,7%	5	17,2%	7	25%	0	0	4	13,8%
Ocasionalmente	4	13,3%	3	10,3%	2	7,1%	3	10,3%	3	10,3%
Nunca o Casi nunca	6	20%	13	44,8%	7	25%	23	79,3%	13	44,8
Total	30		29		28		29		29	

El 31% sigue las pistas del CD para practicar, y se lo pone varias veces a la semana, mientras que hay un 44,8% que no se lo pone nunca.

Como conclusión, los niveles de práctica una vez terminado el tratamiento son bastante altos, es decir que parece que la técnica tiene buena acogida como herramienta psicológica, sobretodo la contemplación de las sensaciones y el ejercicio de los tres minutos, y en segundo lugar la meditación sentados. Los niveles altos en el uso del ejercicio de los tres minutos se debe a que se puede aplicar en cualquier momento y a su corta duración.

El yoga en cambio ha tenido poco seguimiento. La razón es que se utiliza pocas sesiones y no se insiste mucho en su práctica en casa, debido sobretodo al gran número de participantes con enfermedades con sobrepeso, enfermedades con dolor y con una baja forma física. La mayoría de las personas que han continuado practicando es porque se han apuntado a clases de yoga como forma de mantener la práctica.

A los tres meses también se preguntó por el nivel de mantenimiento de habilidades de Atención Plena informales (tabla 7.5.2.). Éstas habilidades se refieren al uso de la Atención Plena fuera de la meditación formal, es decir en la vida cotidiana. Incluye muchas de las técnicas que se entrenan en la TCAP dentro de la meditación. El 67,8% de los sujetos lleva su atención a la respiración unos instantes varias veces a la semana, mientras que un 7% lo hace nunca o casi nunca. El 42,9% de las personas utilizan las sensaciones del cuerpo como lugar donde conectar diariamente o casi

diariamente, mientras que el 25% no lo hace nunca o casi nunca. El 48% utiliza el llevar la atención al presente diariamente o casi diariamente, mientras que un 33,3% no lo hace nunca.

Tabla 7.5.2. Frecuencia de prácticas informales en el intervalo de tiempo entre el fin del tratamiento y la medida de los tres meses.

	Conectar con la respiración		Conectar con el cuerpo		Volver al presente	
	n	%	n	%	n	%
Diariamente	10	35,7%	7	25%	6	22,2%
Varias veces semana	9	32,1%	5	17,9%	7	25,9%
Varias veces mes	5	17,9%	5	17,9%	3	11,1%
Ocasionalmente	2	7,1%	4	14,3%	2	7,4%
Nunca o Casi nunca	2	7,1%	7	25%	9	33,3%
Total	28		27		27	

La utilización de técnicas de Atención Plena a nivel informal es casi tan importante como la práctica formal, ya que el objetivo primordial de la TCAP es precisamente llevar la Atención Plena que se practica en los ejercicios de meditación a la vida cotidiana. El uso de estas estrategias es superior en frecuencia de la práctica formal en el tiempo de seguimiento.

8. Resultados

En los siguientes capítulos se presentan los resultados del estudio de aplicación de un programa de Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena. La presentación de los resultados se va a hacer dividida en siete apartados, siguiendo una progresión de lo general a lo particular.

En el primer apartado, se presentan los resultados del análisis de la toda la muestra global de las personas que han participado en este estudio (n=91), separándolos según instrumentos, en primer lugar las escalas que miden síntomas, después las escalas que miden variables cognitivas y para terminar las escalas que miden habilidades de Atención Plena. El objetivo es averiguar los efectos del tratamiento en toda la muestra global, en los tres tiempos de medida.

En el segundo apartado, se presentan los resultados de los análisis de variables externas que han podido influir en la eficacia del tratamiento, como la experiencia previa en meditación o yoga, presencia de una situación estresante durante el tratamiento, grado de adherencia al tratamiento, consumo de fármacos, presencia de enfermedades médicas e inicio de síntomas (índice de cronicidad). El objetivo es averiguar si ha habido alguna variable externa al tratamiento que haya podido afectar a la eficacia de la terapia.

En el siguiente apartado, se presentan los resultados de los análisis hechos la muestra con sintomatología depresiva. Para separar entre las personas que tienen sintomatología y los que no, se utiliza la puntuación 18 como punto de corte. Se

analizan los efectos del tratamiento sobre la muestra de personas que ha reducido esta puntuación versus la que no la han reducido. El objetivo es averiguar la eficacia de la TCAP para población con sintomatología depresiva.

En el cuarto apartado, se presentan los resultados de los análisis hechos sobre la muestra con sintomatología ansiosa. Para separar entre las personas que tienen sintomatología y las que no, se utiliza la puntuación 68 del instrumento PSWQ como punto de corte. Se analizan los efectos del tratamiento sobre la muestra que supera esta puntuación, para después pasar a analizar el grupo de personas que ha reducido esta puntuación y el que no. El objetivo es averiguar la eficacia de la TCAP para población con sintomatología ansiosa.

En el quinto apartado, se hace un análisis correlacional entre variables, para ambos grupos (tratamiento y control). El objetivo es averiguar qué relaciones se establecen entre las variables a lo largo del tratamiento, sobretodo entre las habilidades de Atención Plena y el resto de variables. Para hacer esto se analizarán las correlaciones entre las diferencias de medias pre y post entre sí .

En el sexto apartado, se analizan los datos extraídos de la entrevista semiestructurada MACAM. Este instrumento es una aproximación narrativa al estudio de los cambios sucedidos en la metacognición.

En el séptimo apartado, se analizan los datos narrativos extraídos de las entrevistas finales. Mediante la categorización de respuestas, se analizan las diferentes respuestas ante preguntas dirigidas a conocer la opinión de los participantes sobre varias cuestiones. El objetivo es conocer la opinión de los participantes sobre el tratamiento y sobre como podría mejorarse, así como los cambios que han experimentado al finalizar el tratamiento y a los tres meses.

8.1 Eficacia de la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena

El objetivo de este apartado es estudiar los efectos del tratamiento en Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena; por tanto, se comparan las puntuaciones antes de iniciar el tratamiento con las puntuaciones al finalizar el tratamiento y a los tres meses, tanto en el grupo de tratamiento como en el grupo control. Después, se

compara la eficacia del grupo de tratamiento en TCAP con el tratamiento usual (grupo de control), para toda la muestra de personas que ha participado en el estudio.

Primero se estudian las escalas de síntomas de depresión, ansiedad y estrés, después, se analizan las variables cognitivas y, por último, se estudian los cambios en las medidas de Atención Plena. Los datos se presentarán de la siguiente forma, primero las medias y desviaciones típicas en los tres tiempos de medida, donde se planteará con un ANOVA de medidas repetidas con un factor intrasujetos (momento) con tres niveles (pre, post y tres meses), para cada uno de los grupos de tratamiento por separado. El objetivo es averiguar la evolución que han tenido cada uno de los grupos.

Después se hace un análisis intersujetos de medidas repetidas con un ANOVA 3 x 2, en el que el factor intersujetos es grupo de tratamiento (TCAP y Tratamiento usual), y el grupo intrasujetos el tiempo de medida (Pre, post y tres meses) el objetivo es averiguar si algunos de los dos grupos es más eficaz que el otro.

8.1.1 Comparaciones en las escalas de Síntomas

Para la medida de los síntomas se utilizan cinco escalas diferentes, para los síntomas de Depresión se pasa Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck et al., 1979), para la Ansiedad se pasa el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck et al, 1988), el Estrés se mide con la Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS; Lovibond y Lovibond,1995), se extraen los ítems que miden estrés. Dentro de este grupo se incluyen otras dos escalas sintomáticas, una medida relacionada con los trastornos de pánico, Sensibilidad a la Ansiedad (ASI, Índice de sensibilidad a la ansiedad; Peterson y Reiss, 1987) y otra que mide Preocupación (PSWQ, Cuestionario de Preocupación de la Universidad Estatal de Pennsylvania; Meyer, Miller, Metzger y Borkovec,1990) que es componente principal del Trastorno de Ansiedad Generalizada. Estas cinco escalas se pasan tanto al grupo tratamiento como al control en los tres tiempos de medida.

Como se puede observar en la tabla 8.1.1, los datos muestran una reducción significativa de las puntuaciones en la escala de depresión, ansiedad y estrés al terminar el tratamiento. También se detecta una reducción significativa en las

puntuaciones de las escalas que miden Sensibilidad a la Ansiedad y Preocupación. El tercer tiempo de medida se realiza tres meses después de finalizar la última sesión de tratamiento, y los resultados de las escalas de síntomas en el grupo de tratamiento muestran que apenas existen diferencias si los comparamos con los resultados al finalizar el tratamiento. Es decir que los resultados se mantienen en el tiempo.

Tabla 8.1.1. ANOVA de medidas repetidas para las escalas de síntomas en los dos grupos por separado.

		PRE		POST	3M	F	p	η^2
		n	Media (Dt.)	Media (Dt.)	Media (Dt.)			
BDI	TCAP	35	30 (11,6) ^a	17,8 (12,9) [*]	17,5 (13,8) [*]	28,973	<,001	,46
	Control	15	28,4 (11,5) ^a	25,1 (14,4) [*]	19,7 (16,5) [*]	4,260	,024	,23
BAI	TCAP	35	29,5 (11,9) ^a	18,9 (1,8) [*]	21,4 (13,6) [*]	11,254	<,001	,32
	Control	15	28,7 (15,3) ^a	24,4 (15,6)	22,2 (19) [*]	3,687	,042	,25
DASS	TCAP	35	25,2 (7,8) ^a	18,6 (8,7) [*]	18,8 (8,4) [*]	11,777	<,001	,26
	Control	15	24,4 (8,2) ^a	23,7 (9,7)	17,1 (9,6) [*]	4,366	,022	,23
ASI	TCAP	35	32,2 (14,4) ^a	23,7 (13,2) [*]	23,1 (14,5) [*]	9,472	<,001	,23
	Control	15	32,9 (15,7) ^a	31,8 (16)	24,5 (17,6) [*]	3,380	,048	,19
PSWQ	TCAP	35	65,6 (8,8) ^a	57,5 (11,3) [*]	52,8 (10,8) [*]	26,359	<,001	,45
	Control	6	62 (10,5)	59,8 (14,4)	50,8 (11,2)	2,862	,104	,36

BDI: Inventario de depresión de Beck; BAI: Inventario de ansiedad de Beck; DASS: Escala de estrés. ASI: Índice de sensibilidad a la ansiedad; PSWQ: Inventario de Preocupación de Pennsylvania.*<,05,**<,01.

Se observa (Tabla 8.1.1) una reducción de las medias en el Inventario de Depresión de Beck (BDI, $F(2,68)=28,973;p<,001$), en el inventario de Ansiedad de Beck (BAI, $F(2,46)=11,254;p<,001$), en la escala de Estrés (DASS, $F(2,68)=11,777;p<,001$), en el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI, $F(2,62)=9,472;p<,001$) y en el Inventario de Preocupación de Pennsylvania (PSWQ, $F(2,64)=26,359;p<,001$). De todos estos cambios, los dos que tienen un tamaño del efecto superior son los que suceden en las escalas de síntomas de Depresión (BDI=0,46) y en la que mide el nivel de preocupación (PSWQ=0,45). Las diferencias de medias entre los tiempos de medida pre y post, a los tres meses se mantienen.

En los ANOVA realizados sobre el grupo de control detectamos también una reducción de las puntuaciones en casi todas las escalas, en el Inventario de Depresión de Beck (BDI, $F(2,28)=4,260;p=,024$), en el inventario de Ansiedad de Beck (BAI, $F(2,22)=3,687;p=,042$), en la escala de Estrés (DASS, $F(2,28)=4,366;p=,022$) y en el Índice

de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI, $F(2,28)=3,380;p=,048$). En el Inventario de Preocupación de Pennsylvania no se detectan cambios significativos. En el grupo de control los tamaños del efecto son menores que los que aparecen en el grupo de tratamiento. Estas diferencias surgen sobretodo en la comparación de las puntuaciones pre con la de los tres meses. Solo se detectan diferencias significativas en el tiempo de medida post en la escala BDI. Este grupo control en realidad sí está recibiendo un tratamiento, el usual en los centros de salud mental en la Isla de Tenerife. De los 41 sujetos que participan en el grupo de control, solo 15 contestaron los cuestionarios en el tiempo de medida de los tres meses. Además, cabe pensar que estos 15 sujetos son los que experimentaron una notable mejoría.

Para completar los análisis se realiza una comparación entre el grupo de tratamiento y el grupo de control en las puntuaciones previas a empezar el tratamiento. Se observa que al empezar el tratamiento no hay diferencias significativas en las escalas de síntomas entre el grupo de tratamiento y el grupo de control (Tabla 8.1.3). Aunque encontramos puntuaciones algo mayores en las escalas de síntomas en el grupo de tratamiento, éstas no son significativas.

Tabla 8.1.3. Pruebas t en puntuaciones pre entre el grupo de tratamiento y grupo de control en las escalas de síntomas.

	n	TCAP	n	Control	t	p
BDI	45	30,6 (11,6)	41	28,4 (11,4)	-,868	,311
BAI	31	29,7 (12)	30	28,4 (15,1)	-,360	,721
DASS	45	25,1 (7,8)	39	23,9 (25,1)	-,691	,425
ASI	45	32,1 (14,1)	35	34,2 (15,5)	-,621	,587
PSWQ	44	65,3 (8,9)	25	65,8 (9,7)	-,923	,852

BDI: Inventario de depresión de Beck; BAI: Inventario de ansiedad de Beck; DASS: Escala de estrés. ASI: Índice de sensibilidad a la ansiedad; PSWQ: Inventario de Preocupación de Pennsylvania.

Una vez hemos comprobado que los dos grupos eran equivalentes, se llevó a cabo un ANOVA 3 x 2 (Tabla 8.1.4) para comprobar la eficacia de la TCAP sobre la intervención usual recibida por el grupo de control. La variable intergrupo es la intervención recibida (TCAP-Usual) y la variable intragrupo el tiempo de medida (pre, post y tres meses). La eficacia del tratamiento viene indicada por la existencia de un efecto de interacción (tiempo x grupo). Cuando este efecto aparece significativo, se realizan pruebas de Efectos Simples para determinar el significado de dicha interacción.

Tabla 8.1.4. ANOVA 3x2 para las escalas de síntomas.

	Intrasujetos								Intersujeto			
	Tiempo				Tiempo x grupo				Grupo			
	F	p	η^2	1- β	F	p	η^2	1- β	F	p	η^2	1- β
BDI	19,55	<,001	,28	100%	3,74	,027	,07	6%	,670	,417	,01	1,2%
BAI	10,69	<,001	,23	98%	2,415	,097	,06	47%	,102	,752	,00	6%
DASS	9,372	<,001	,16	97%	4,110	,020	,08	71%	,099	,754	,00	6%
ASI	8,291	<,001	,15	95%	2,715	,072	,05	52%	1,14	,290	,02	18%

BDI: Inventario de depresión de Beck; BAI: Inventario de ansiedad de Beck; DASS: Escala de estrés; ASI: Índice de sensibilidad a la ansiedad.

Los resultados del ANOVA 3x2 realizados sobre las medias de las escalas de síntomas revelaron un efecto significativo en el factor tiempo de medida en la escala de síntomas depresivos BDI ($F(1,96)=19,55;P<,001$), y también hay un efecto significativo de la interacción $F(1,96)=3,74;p=,027$), en cambio no se percibe ningún efecto significativo en el factor grupo de intervención. Al aparecer un efecto significativo en la interacción se plantea un análisis de los efectos simples, y observamos que sólo es significativo el efecto en el tiempo de medida post (tabla 8.1.5). Por tanto podemos decir que los sujetos que reciben TCAP terminan la intervención con una puntuación menor en la escala de depresión que los sujetos que han recibido la intervención usual (grupo de control).

Tabla 8.1.5. Efectos simples en la escala BDI.

TCAP x Control	TCAP	Control	Diferencias de medias	p
T1	30 (11,6)	28,4 (11,5)	1,850	,629
T2	17,8 (12,9)	25,1 (14,4)	8,418	,048
T3	17,5 (13,8)	19,7 (16,5)	2,162	,636

BDI: Inventario de depresión de Beck. Ajuste por comparaciones múltiples de Sidak.

Los resultados del ANOVA 3x2 (tabla 8.1.4) también revelaron un efecto significativo en el factor tiempo de medida en la escala de síntomas de ansiedad BAI ($F(2,68)=10,69;p<,001$), en cambio en esta escala no aparecían efectos significativos en la interacción ni en el factor grupo de intervención.

En la escala de Estrés, se detectaron efectos significativos en el factor tiempo (DASS, $F(2,92)=9,372;p<,001$), y también en la interacción (DASS, $F(2,92)=4,110, p<,001$), en cambio no aparecen en el factor grupo de intervención. Como la interacción es significativa se procede al análisis de los efectos simples (Tabla 8.1.6),

y, como podemos ver en la siguiente tabla, no se observan diferencias significativas en ninguno de los tiempos de medidas. Aunque es casi significativo en post.

Tabla 8.1.6. Efectos simples en la escala DASS.

TCAP x Control	TCAP	Control	Diferencias de medias	p
T1	25,2 (7,8)	24,4 (8,2)	1,655	,547
T2	18,6 (8,7)	23,7 (9,7)	5,499	,068
T3	18,8 (8,4)	17,1 (9,6)	1,710	,538

DASS: Escala de estrés. Ajuste por comparaciones múltiples de Sidak.

El análisis de las puntuaciones en la escala PSWQ se realizan de forma separada, ya que esta prueba se le pasa a pocas personas a los tres meses en el grupo de control, y por tanto, si realizamos un ANOVA 3x2 se pierde mucha información. Para solventar esta dificultad se realiza un ANOVA 2x2 (Tabla 8.1.7) sin tener en cuenta las puntuaciones obtenidas a los 3 meses. Tras el análisis se detecta un efecto significativo en el factor tiempo ($F(2,59)=9,164;p=,004$), y también aparece un efecto para la interacción ($F(2,59)= 8,677;p=,005$), no aparece ningún efecto entre los grupos.

Tabla 8.1.7. ANOVA 2x2 para la escala PSWQ.

	Intrasujeto								Intersujeto			
	Tiempo				Tiempo x grupo				Grupo			
	F	p	η^2	1- β	F	p	η^2	1- β	F	p	η^2	1- β
PSWQ	9,164	,004	,13	84%	8,677	,005	,12	82%	2,12	,150	,03	30%

PSWQ: Cuestionario del Estado de Pennsylvania. Esfericidad asumida.

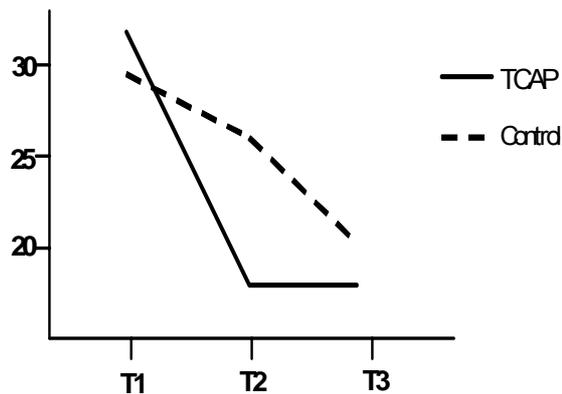
Se observa un efecto significativo en la interacción para la escala PSWQ, por tanto se pasa a analizar los efectos simples (Tabla 8.1.8). Se detecta un efecto significativo en la comparación realizada en el tiempo de medida 2 (PSWQ,T2;p=,021), es decir que al terminar la intervención, el grupo que recibe el tratamiento en TCAP ha reducido en mayor medida las puntuaciones en el cuestionario PSWQ .

Tabla 8.1.8. Efectos simples en la escala PSWQ.

TCAP x Control	TCAP	Control	Diferencias de medias	p
T1	65,6 (8,8)	66 (9,3)	,207	,935
T2	57,5 (11,3)	66,7 (11,4)	-7,822	,021

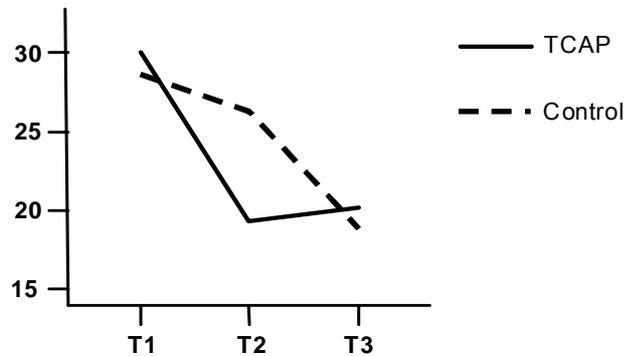
PSWQ: Cuestionario del Estado de Pennsylvania. Ajuste por comparaciones múltiples de Sidak.

Tras la intervención ha habido una reducción significativa de los síntomas de depresión en el grupo de tratamiento y su mantenimiento a los tres meses (Gráfica 1). Sin embargo, en el grupo control no se aprecian cambios significativos al terminar pero sí a los tres meses. El grupo que recibe el tratamiento (TCAP) ha reducido en mayor medida los síntomas de depresión al terminar la intervención que el grupo de control, que recibe el tratamiento usual.



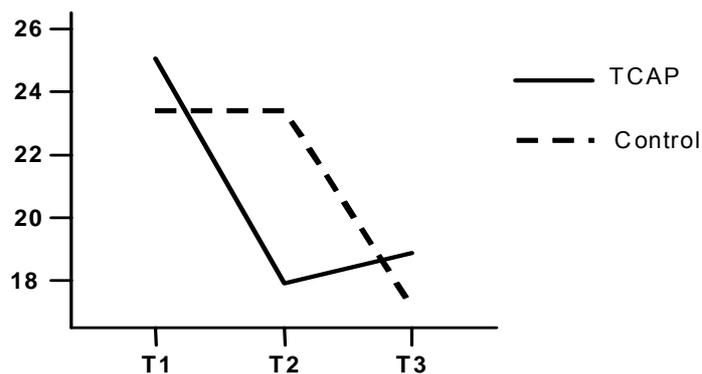
Gráfica 1. Evolución de las puntuaciones en el BDI.

En relación a los síntomas de ansiedad medidos por el BAI, se observa una reducción significativa de los niveles de ansiedad en el grupo de tratamiento, y esta reducción se mantiene en el tiempo (Gráfica 2). Aunque en el grupo de control también hay una reducción de los niveles de ansiedad, esta reducción no es significativa al terminar la intervención, pero sí que lo es para el seguimiento. No podemos decir que el grupo de intervención haya reducido en mayor medida que el grupo de control en los síntomas de ansiedad.



Gráfica 2. Evolución de las puntuaciones en BAI.

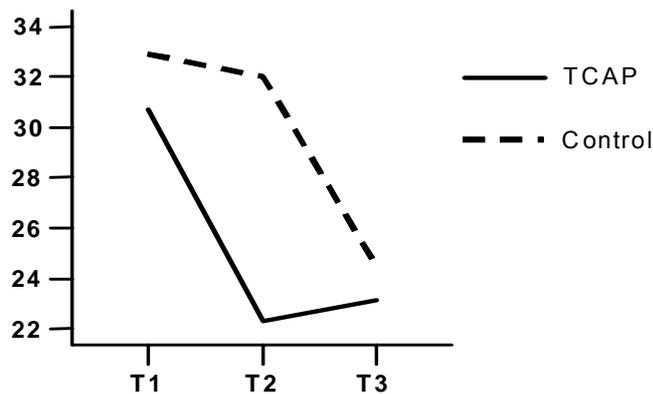
En la gráfica 3 se puede observar como el tratamiento produce una reducción de los niveles de estrés y este nivel se mantiene en el tiempo. En el grupo de control no hay diferencias significativas durante el tratamiento, pero sí en el seguimiento. El grupo que recibe el programa de intervención TCAP reduce en mayor medida los niveles de estrés que el grupo que recibe la intervención usual (grupo de control).



Gráfica 3. Evolución de las puntuaciones en DASS.

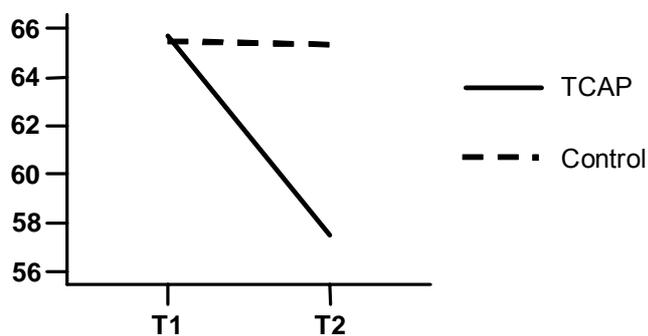
También se observa una reducción significativa de la Sensibilidad a la Ansiedad en el grupo de tratamiento que se mantiene a los tres meses (Gráfica 4). Sin embargo, en el grupo control no se aprecian cambios significativos al terminar, sí se aprecian a los

tres meses. El grupo que recibe el tratamiento (TCAP) ha reducido en mayor medida los síntomas de depresión al terminar la intervención que el grupo de control, que recibe el tratamiento usual.



Gráfica 4. Gráficas en las puntuaciones en el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad.

En cuanto a la tendencia a preocuparse, se observa una reducción significativa en la tendencia a preocuparse en el grupo de tratamiento y su mantenimiento a los tres meses (Gráfica 5). En el grupo control no se aprecian cambios significativos al terminar, a los tres meses la n es demasiado pequeña como para tener en cuenta los resultados. El grupo que recibe el tratamiento (TCAP) ha reducido en mayor medida la tendencia a preocuparse que el grupo de control, que recibe el tratamiento usual.



Gráfica 5. Gráficas en las puntuaciones de la escala PSWQ.

En consecuencia, teniendo en cuenta el resultado de los análisis para cada una de las escalas de síntomas, podemos resumir los datos del siguiente modo:

- a) Todos los análisis resultaron significativos en el grupo que recibe la TCAP, lo que demuestra un efecto positivo del tratamiento sobre la sintomatología medida y estos efectos se mantienen en el tiempo a los tres meses. El tratamiento en TCAP es más eficaz que el tratamiento usual en la reducción de síntomas de depresión, en la reducción del estrés, en la reducción de la sensibilidad a la ansiedad y en la reducción de la preocupación.
- b) En el grupo de control también resultan significativos, pero la mayoría suceden a los tres meses de terminada la intervención. No hay cambios significativos en la tendencia a preocuparse.

8.1.2 Análisis de las escalas que miden variables cognitivas

Dentro de este apartado de variables cognitivas incluimos el análisis de los cuestionarios RSQ y MCQ. Estos dos instrumentos miden factores cognitivos como los estilos cognitivos de respuesta (RSQ) a los estados de disforia y las metacogniciones (MCQ). El RSQ tiene dos factores o escalas, la de rumiación (RUM) y la de afrontamiento efectivo (AE). El cuestionario de metacognición MCQ tiene cinco escalas: Confianza cognitiva (MCC), Creencias positivas sobre la preocupación (MPB), Autoconciencia Cognitiva (MCSC), Percepción de la preocupación como incontrolable y peligrosa (MUD) y Necesidad de controlar los pensamientos (MNCT).

En el ANOVA de medidas repetidas entre las puntuaciones de las escalas que miden variables cognitivas en los tres tiempos de medida (tabla 8.1.9) se observa una reducción significativa de las medias de la escala que mide Rumiación (RUM, $F(2,20)=9,708; p<,001$), así como un aumento en la escala que mide el Afrontamiento Efectivo (AE, $F(2,20)=6,267; p=,004$).

En el cuestionario de metacognición se detecta un aumento de las puntuaciones en la escala confianza en las propias funciones cognitivas (MCC, $F(2,24)=6,514; p=,003$) una reducción en las creencias positivas sobre la preocupación (MPB, $F(2,24)=8,277; p=,001$), una reducción en la percepción de la preocupación como un fenómeno incontrolable y peligroso (MUD, $F(2,24)=19,132; p<,001$), una reducción en la

autoconciencia cognitiva (MCSC, $F(2,24)=4,937;p=,011$) y una reducción en la necesidad de controlar los pensamientos (MNCT, $F(2,24)=7,146;p=,002$).

Tabla 8.1.9. ANOVA de medidas repetidas para las escalas que miden variables cognitivas en los dos grupos por separado.

			PRE	POST	3M			
		n	Media (Dt.)	Media (Dt.)	Media (Dt.)	F	p	η^2
AE	TCAP	30	34,7 (8,3) ^a	40,4 (8)*	40,9 (7,7) *	6,267	,004	,21
	Control	12	32,5 (8,7)	34,3 (7,6)	36,5 (9,3)	,981	,392	,08
RUM	TCAP	30	69,2 (10,9) ^a	60,7 (13,7)*	58,4 (11,8) *	9,708	<,001	,29
	Control	12	72,5 (18,4)	68,2 (27,7)	58,3 (24,7)*	2,867	,078	,20
MNCT	TCAP	24	15,8 (5,2) ^a	12,6 (4,4) *	13,4 (5) *	7,146	,002	,23
	Control	15	13,9 (5,9)	13,1 (5,2)	13,6 (4,7)	1,956	,163	,14
MCC	TCAP	24	15 (5,3) ^a	12,9 (5,1) *	12,4 (4,8) *	6,514	,003	,22
	Control	15	12,2 (4,2)	11,6 (4,6)	11,8 (4,8)	1,181	,324	,09
MUD	TCAP	24	20,9 (5,5) ^a	16,2 (5) *	15,3 (5,1) *	19,132	<,001	,45
	Control	15	17 (5,7)	15,6 (5,6)	15,6 (6)	1,560	,231	,11
MPB	TCAP	24	12,8 (4,5) ^a	10 (4,3) *	10 (4,4) *	8,277	,001	,26
	Control	15	12 (5,5)	11,6 (5,8)	11,4 (4,8)	1,674	,209	,12
MCSC	TCAP	24	19,3 (5,4) ^a	17 (3,3) *	16,7 (3,9) *	4,937	,011	,17
	Control	15	16,7 (5,8)	16,9 (5,5)	17 (6)	,729	,493	,05

RUM: Rumiación; AE: Afrontamiento Efectivo; MNCT: Necesidad de control de los pensamientos; MCC: Confianza Cognitiva; MUD: Percepción de la preocupación como Incontrolable y Peligrosa; MPB: Creencias positivas sobre la preocupación; MCSC: Autoconciencia Cognitiva. *<,05,**<,01.

Todos estos cambios se mantienen a los tres meses. El tamaño del efecto más alto es el que se observa en la comparación realizada sobre la escala que mide la Percepción de la preocupación como Incontrolable y Peligrosa. En el grupo de control, no se observan diferencias significativas para ninguna escala, ni al terminar el tratamiento ni a los tres meses. Los tamaños del efecto más altos son los que se detectan en la percepción de la Preocupación como Peligrosa e Incontrolable ($\eta^2=0,45$) y el más bajo en la escala que mide Autoconciencia Cognitiva ($\eta^2=0,17$).

En las comparaciones entre el grupo de tratamiento y el control en las escalas que miden variables cognitivas (comparaciones intersujetos), en el tiempo de medida pre hay diferencias significativas entre el grupo tratamiento y el control en las escalas Confianza Cognitiva e Incontrolabilidad y Peligro del cuestionario de metacognición (tabla 8.1.11). El grupo de tratamiento empieza en el tiempo de medida pre con una mayor percepción de los pensamientos de preocupación como Incontrolables y

Peligrosos (MUD, $t= 2,828$; $p=,011$), y una menor Confianza Cognitiva (MCC, $t= 2,197$; $p=,035$). Es casi significativo que tienen más Autoconciencia Cognitiva (MCSC, $t=1,932$; $p=,058$). Para el resto de escalas no se puede decir que no sean equivalentes, dado que no hay diferencias significativas entre el grupo de tratamiento y el de control.

Tabla 8.1.11. Pruebas t entre el grupo de tratamiento y grupo de control en los tres tiempos de medida en las escalas que miden variables cognitivas.

	n	TCAP	n	Control	t	p
AE	31	34,7 (8,2)	25	35,4 (10,7)	-,281	,774
RUM	31	67,8 (12,4)	25	71,6 (18,5)	-,183	,360
MNCT	31	15,8 (5,2)	31	14 (5,89)	1,257	,214
MCC	31	15 (5,2)	31	12,3 (4,23)	2,197	,032
MUD	31	20,9 (5,5)	31	16,9 (5,69)	2,828	,006
MPB	31	12,7 (4,5)	31	12,3 (5,6)	,334	,739
MCSC	31	19,3 (5,4)	31	16,5 (5,7)	1,932	,058

RUM: Rumiación; AE: Afrontamiento Efectivo; MNCT: Necesidad de control de los pensamientos; MCC: Confianza Cognitiva; MUD: Percepción de la preocupación como Incontrolable y Peligrosa; MPB: Creencias positivas sobre la preocupación; MCSC: Autoconciencia Cognitiva.

En la escala que mide el uso de la rumiación, se detecta un efecto significativo en el factor tiempo de medida (RUM, $F(2,68)=8,182$; $p=,001$), no se han detectado efectos significativos ni en la interacción ni en el factor grupos. En la escala que mide el uso de estrategias de afrontamiento efectivo se detecta un efecto significativo en el factor tiempo (AE, $(2,68)=4,537$; $p=,014$), no se detectan cambios en la interacción, pero sí entre grupos ((AE, $(2,68)=4,06$; $p=,050$). En el resto de las escalas de metacognición excepto en la que mide la Autoconciencia Cognitiva se detectan efectos significativos en el factor tiempo.

Tabla 8.1.12 ANOVA 3x2 para las escalas que miden variables cognitivas.

	Intrasujetos								Intersujeto			
	Tiempo				Tiempo x grupo				Grupo			
	F	p	η^2	1- β	F	p	η^2	1- β	F	p	η^2	1- β
RUM	8,182	,001	,194	95%	1,166	,318	,033	24%	,725	,401	,021	13%
AE	4,537	,014	,121	75%	,747	,478	,022	17%	4,06	,050	,110	50%
MNCT	6,562	,002	,15	89%	,988	,378	,02	21%	,074	,78	,002	5%
MCC	4,484	,015	,11	75%	1,694	,191	,04	34%	,982	,32	,02	16%
MUD	12,06	<,001	,25	99%	3,709	,029	,09	66%	,273	,604	,008	8%
MPB	5,594	,006	,13	84%	2,001	,143	,05	40%	1,63	,210	,04	23%
MCSC	1,644	,201	,04	33%	2,815	,067	,07	53%	,145	,706	,004	6%

RUM: Rumiación; AE: Afrontamiento Efectivo; MNCT: Necesidad de control de los pensamientos; MCC: Confianza Cognitiva; MUD: Percepción de la preocupación como Incontrolable y Peligrosa; MPB: Creencias positivas sobre la preocupación; MCSC: Autoconciencia Cognitiva.

Solo se detecta un efecto en la interacción en la escala MUD, así que se plantea un análisis de los Efectos simples (Tabla 8.1.13), y no se detectan diferencias significativas en ninguno de los tiempos de medida.

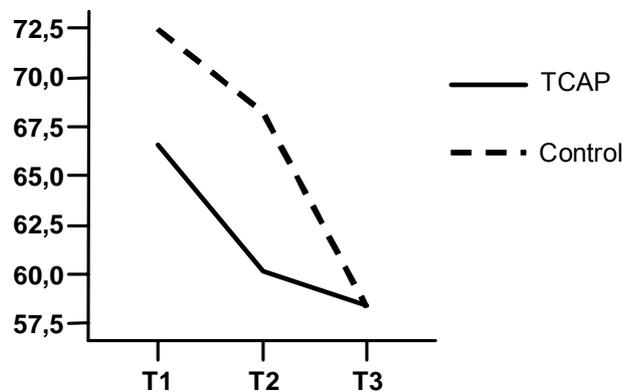
Tabla 8.1.13. Efectos simples para la escala MUD.

TCAP x Control	TCAP	Control	Diferencias de medias	p
T1	20,9 (5,5)	17 (5,7)	3,560	,095
T2	16,2 (5,01)	15,6 (5,6)	-,647	,751
T3	15,3 (5,1)	15,6 (6)	-,163	,932

MUD: Incontrolabilidad y Peligro. Ajuste por comparaciones múltiples de Sidak.

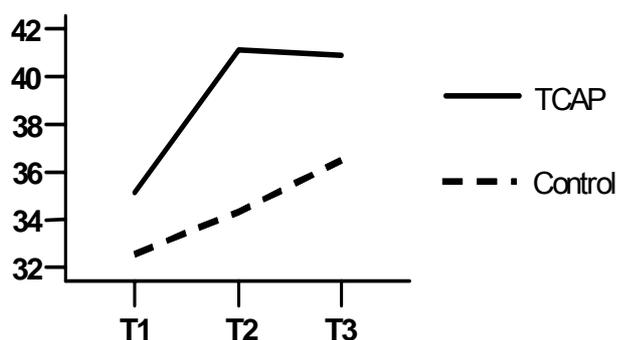
En el resto de escalas no se observan efectos en la interacción entre grupos según tiempo de medida, por tanto no se puede aseverar que haya un efecto diferenciado de la TCAP respecto a la intervención que recibe el grupo de control. Muchos de los resultados encontrados están condicionados por el descenso en el número de personas que han participado en el grupo de control a los tres meses. Las conclusiones obtenidas tras los análisis son que:

Hay una reducción significativa de los niveles de rumiación en el grupo de tratamiento, y esta reducción se mantiene en el tiempo (Gráfica 6). Aunque en el grupo de control también hay una reducción de los niveles de rumiación, esta reducción no es significativa al terminar la intervención, pero sí que lo es para el seguimiento. Al terminar, a los tres meses no se detectan diferencias entre grupos, por tanto no se puede decir que a los tres meses un tratamiento sea más eficaz que el otro.



Gráfica 6. Gráficas en las puntuaciones de la escala rumiación del cuestionario RSQ.

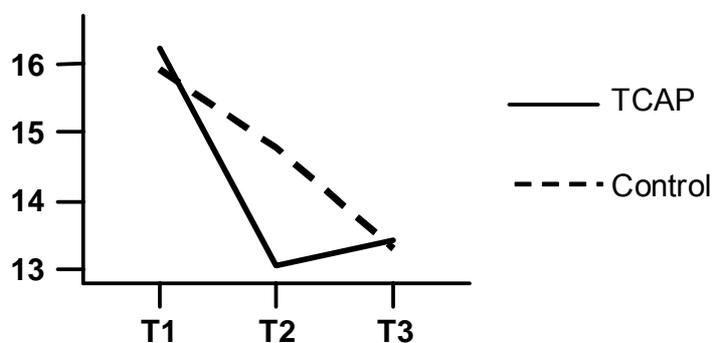
Hay un aumento significativo de los niveles de Afrontamiento Efectivo en el grupo de tratamiento, y esta reducción se mantiene en el tiempo (Gráfica 7). En el grupo de control también hay un aumento de los niveles de Afrontamiento Efectivo, pero este aumento no es significativo al terminar la intervención, aunque sí que lo es para el seguimiento. A pesar de que el tiempo de medida post sí se detectan diferencias amplias, como se puede observar en la siguiente gráfica, a los tres meses no se detectan diferencias intersujetos, así que no se puede decir que el tratamiento en TCAP sea más eficaz que el tratamiento usual.



Gráfica 7. Gráficas de las puntuaciones de la escala Afrontamiento Efectivo del cuestionario RSQ.

El instrumento MCQ es un cuestionario que mide la metacognición, según el modelo S-REF (Wells y Mathews, 1994). Evalúa las metacreencias que hay detrás de la preocupación, Wells (2000) propone que lo que diferencia la preocupación subclínica de la clínica son este tipo de metacreencias.

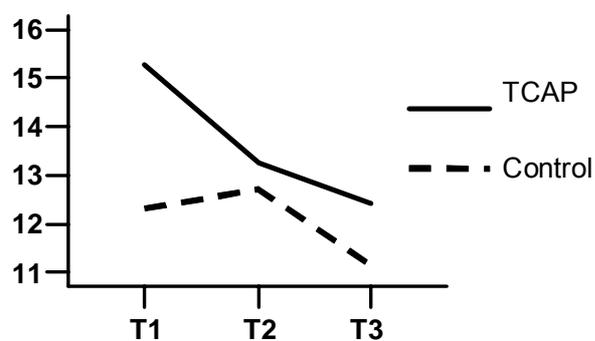
Los resultados que se han obtenido en esta investigación son que las personas que reciben una intervención en Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena reducen de forma significativa la necesidad de controlar los pensamientos (Gráfica 8) y que esta reducción se mantiene en el tiempo. Esta escala mide creencias negativas acerca de pensamientos, como la necesidad de controlarlos, castigo o superstición, y contiene ítems como “No ser capaz de controlar los pensamientos es signo de debilidad”. La intervención que recibe el grupo de control no afecta a esta necesidad, y las puntuaciones se mantienen estables en el tiempo, aun así estas diferencias no son suficientemente grandes como para sean significativas, por tanto no se puede decir que la TCAP sea más eficaz que el tratamiento usual para la estimulación de este componente de la metacognición.



Gráfica 8. Evolución de las puntuaciones en el factor necesidad del control de los pensamientos del cuestionario MCQ.

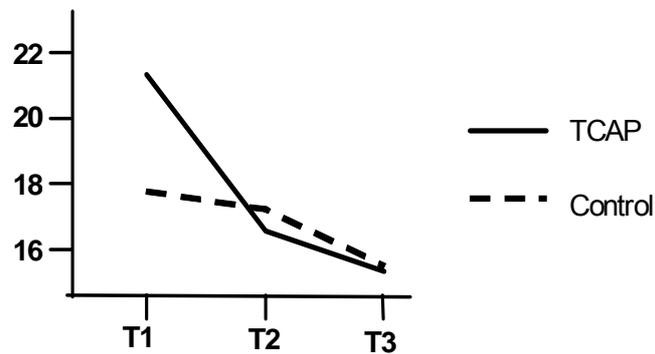
También se detecta un aumento de las puntuaciones en la escala confianza cognitiva (esta escala es inversa, en realidad mide la desconfianza cognitiva), este factor está relacionada con la confianza sobre las propias habilidades cognitivas (memoria, capacidades intelectuales, etc.) y contiene ítems como “Confío poco en mi memoria para las palabras y los nombres”. El grupo de tratamiento empieza diferenciándose significativamente del grupo de control en esta escala (gráfica 9), es decir el grupo de

tratamiento tiene más desconfianza en sus habilidades cognitivas, debido tal vez a que la muestra que recibe el tratamiento es una población en la que hay una gran proporción de sujetos con un largo historial de recaídas y con poco éxito en intervenciones anteriores. Hay una reducción significativa de los niveles de Confianza Cognitiva en el grupo de tratamiento, y esta reducción se mantiene en el tiempo. En el grupo de control no se observa ningún cambio significativo en esta escala, a pesar de esto no se detectan diferencias intersujetos.



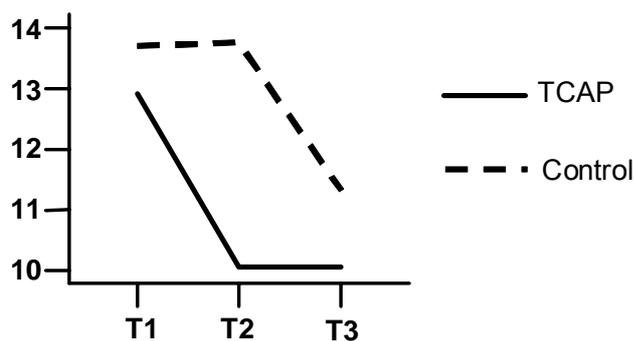
Gráfica 9. Evolución de las puntuaciones en el factor Confianza cognitiva del cuestionario MCQ.

Tras la intervención ha habido una reducción significativa de la Percepción de la Preocupación como Peligrosa e Incontrolable, y su mantenimiento a los tres meses (Gráfica 10). Esta escala mide las creencias acerca de la necesidad de controlar las preocupaciones para funcionar bien como persona, y creencias acerca de los peligros físicos y mentales de la preocupación. El grupo que recibe el tratamiento TCAP empieza diferenciándose significativamente del grupo de control en esta escala (Tabla 8.1.11), puntúan significativamente más alto en esta escala. En el grupo control no se aprecian cambios significativos al terminar, pero sí a los tres meses. El grupo que recibe el tratamiento (TCAP) ha reducido en mayor medida la Percepción de la Preocupación como Peligrosa e Incontrolable al terminar la intervención que el grupo de control, que recibe el tratamiento usual.



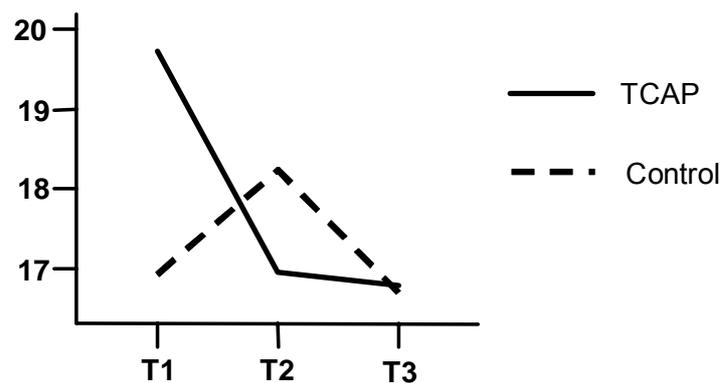
Gráfica 10. Evolución de las puntuaciones en el factor Incontrolabilidad y Peligro del cuestionario MCQ.

Tras la intervención ha habido una reducción significativa de las Creencias Positivas de la Preocupación, y su mantenimiento a los tres meses (Gráfica 11). Esta escala mide las creencias sobre que la preocupación sirve para solucionar problemas, y evitar situaciones desagradables, contiene ítems como “Preocuparme me ayuda a evitar problemas en el futuro”. Mientras que en el grupo control no se aprecian cambios significativos al terminar, sí los hay a los tres meses. A pesar de que sí parece que la TCAP es eficaz sobre estas metacreencias, no se puede decir que la TCAP sea más eficaz que el tratamiento usual para la estimulación de este componente de la metacognición.



Gráfica 11. Evolución de las puntuaciones en el factor Creencias Positivas del cuestionario MCQ.

El factor Autoconciencia Cognitiva se refiere a lo que Wells (2000) llama atención auto-centrada o Autofocalización Desadaptativa, se entiende por tanto como algo negativo que hay que reducir, es muy característico de población con síntomas de depresión. Lo comprenden ítems como “pienso mucho sobre mis pensamientos”, por tanto, a pesar de que el nombre que le pone a esta escala puede llevar a engaño, ésta mide un concepto muy conectado con la rumiación.



Gráfica 12. Evolución de las puntuaciones en el factor Autoconciencia Cognitiva del cuestionario MCQ.

Tras la intervención ha habido una reducción significativa de la Autoconciencia Cognitiva, y su mantenimiento a los tres meses (Gráfica 11). En el grupo control no se aprecian cambios significativos al terminar, sí los hay a los tres meses. A pesar de esto, la TCAP no es más eficaz que la intervención usual.

Tras los análisis, se observa que:

- a) Todos los análisis intrasujetos resultaron significativos, lo que evidencia un efecto positivo del tratamiento TCAP en la estimulación de estilos de respuesta adaptativos, y en el aumento de las capacidades metacognitivas.
- b) Solo se puede decir que la TCAP es más eficaz que la intervención usual en la reducción de la Percepción de la Preocupación como Peligrosa e Incontrolable.

8.1.3 Comparaciones en los instrumentos que miden Atención Plena

Este tratamiento está basado en el entrenamiento de una habilidad, la de la Atención Plena. Por tanto, una buena parte de los cambios que se generan se espera que sean

debidos al aprendizaje de esta habilidad. En la medición de la Atención Plena se utilizan tres instrumentos diferentes. La razón del uso de tres cuestionarios diferentes que aparentemente miden lo mismo, es averiguar cual de los tres es más sensible para captar el cambio, o cual mide mejor la Atención Plena.

Los cuestionarios utilizados son: KIM (Baer, Allen y Smith, 2004), el cuestionario FMI (Buchheld, Grossman y Walach, 2002) y la escala MAAS (Brown y Ryan, 2003). En el cuestionario KIM, la Atención Plena se entiende a partir de cuatro habilidades que se miden en cuatro escalas: las habilidad de Observar (KOBS), Describir (KDES), Darse Cuenta (KAWA) y Aceptar (KJUD). Como ya comentamos anteriormente, el cuestionario FMI tiene la peculiaridad de que en su primera versión de 30 ítems tiene cuatro factores y se utilizó en la investigación a partir de la cuarta sesión, ya que esta escala en su primera versión necesita de algunos conocimientos básicos para ser contestada correctamente. En la segunda versión, la escala, se reduce a 14 ítems al quitar los ítems más complejos de contestar, apareciendo un solo factor (FMI). En esta investigación utilizaremos la versión monofactorial, pero solo a partir de la cuarta sesión ya que creíamos necesario que los pacientes se familiarizaran con la meditación antes de pasar este cuestionario. En principio se utilizó la versión del cuestionario de 30 ítems (aunque luego se corrigió como la versión corta de 14 ítems).

Tabla 8.1.14. ANOVA de medidas repetidas para las escalas de Atención Plena en los dos grupos.

		PRE		POST	3M			
		n	Media (Dt.)	Media (Dt.)	Media (Dt.)	F	p	η^2
KOBS	TCAP	31	29,7 (5,8) ^a	30,4 (4,7)	30,8 (5,3)	,404	,670	,01
	Control	13	30,3 (7,9)	28,8 (6,4)	27 (6,9)	1,271	,332	,24
KDES	TCAP	31	18,7 (4,4) ^a	21,2 (4,6)*	21,5 (5) *	3,778	,030	,14
	Control	13	19,8 (5,2)	20,2 (4,8)	22,8 (3,8)	,422	,669	,09
KAWA	TCAP	31	21,4 (3,8) ^a	23,5 (3,6) *	24,9 (4,1) *	8,112	,001	,26
	Control	13	21,8 (4,9)	22,8 (5,5)	24,2 (4,5)	2,531	,141	,38
KJUD	TCAP	31	19,5 (5,8) ^a	25 (6) *	24,9 (6,4) *	12,43	<,001	,34
	Control	13	22,1 (7,7)	24,9 (8,7)	24,1 (7,3)	,306	,745	,07
FMI	TCAP	26	31,7 (4,6) ^a	35,8 (5,9) *	36,4 (8,3) *	3,482	,049	,24
	Control	-	-	-	-	-	-	-
MAAS	TCAP	37	49,7 (14) ^a	51 (11,9)	56,2 (14,4) *	4,799	,012	,14
	Control	15	55,3 (14,1)	53,2 (13,5)	-	,354	,561	,02

KOBS: Observar; KDES: Describir; KAWA: Darse Cuenta KJUD: Aceptar. FMI: Inventario de Atención Plena de Freiburg. MAAS: Escala de Atención Plena y Darse Cuenta. *<,05, **<,01.

En las comparaciones entre las puntuaciones del instrumento KIM que mide Atención Plena en los tres tiempos de medida (Comparaciones intrasujeto) aparecen diferencias significativas (tabla 8.1.14) en la capacidad de Describir (KDES, $F(2,46)=3,778$; $p=,030$), en la habilidad de Darse Cuenta (KAWA, $F(2,46)=8,122$, $p=,001$) y en la capacidad de Aceptar (KJUD, $F(2,46)=12,43$; $p<,001$). Los tamaños del efecto que aparecen son bastante bajos excepto en la Capacidad de Aceptar ($\eta^2=,34$). Por tanto hay un aumento significativo de la habilidad de la Atención Plena medida con la escala KIM en la población que ha recibido el tratamiento. Los cambios suceden al terminar el tratamiento en TCAP y se mantienen a los tres meses. En el grupo control no aparecen diferencias significativas en ninguno de los factores del instrumento KIM. Lo cual es esperable ya que este grupo no recibe ningún tipo de tratamiento ni instrucción en Atención Plena.

En la escala MAAS se detecta también un efecto significativo ($F(2,56)=4,799$; $p=,012$), ya que aparecen diferencias significativas entre las medias de las puntuaciones tomadas al inicio del tratamiento y las tomadas al terminar la intervención, pero sí a los tres meses. En el grupo de control no se detectan diferencias. La prueba FMI muestra también un aumento significativo en sus puntuaciones ($F(2,22)=3,482$; $p=,049$). Los cambios suceden al terminar el tratamiento y se mantienen en el tiempo a los tres meses. En el grupo control hay una n muy baja ($n=2$) que haya contestado el cuestionario FMI, esto es debido a que en un principio esta prueba solo se podía pasar a personas con experiencia en meditación.

Tabla 8.1.16. Pruebas t entre el grupo de tratamiento y el de control en las puntuaciones de las escalas del cuestionario KIM.

	N	TCAP	n	Control	t	p
KOBS	31	29,7 (5,9)	14	30,3 (7,3)	-,294	,751
KDES	31	18,7 (4,4)	14	19,7 (4,8)	-,665	,512
KAWA	31	21,5 (3,8)	14	21,5 (4,5)	,000	1
KJUD	31	19,5 (5,8)	14	21,7 (7,4)	-1,116	,271
FMI	28	31,2 (4,9)	-	-	-	-
MAAS	37	49,8 (14,8)	43	56,5 (12,6)	-1,705	,094

KOBS: Observar; KDES: Describir; KAWA: Darse Cuenta KJUD: Aceptar. FMI: Inventario de Atención Plena de Freiburg. MAAS: Escala de Atención Plena y Darse Cuenta.

En las comparaciones entre el grupo de tratamiento y el control en las escalas de Atención Plena (comparación intersujeto), en las puntuaciones pre, no se observan

diferencias significativas (tabla 8.1.16) en ninguno de los factores de la Atención Plena medida con el cuestionario KIM (Baer et al, 2004). Es decir, que antes de empezar el tratamiento el grupo control y el grupo de tratamiento son equivalentes en la atención medida con KIM.

Como se ha destacado en las comparaciones intrasujetos, en la toma de medida pre del cuestionario FMI, tenemos una muestra muy pequeña ($n = 2$), con lo cual la comparación entre el grupo de tratamiento y el de control en el tiempo de medida pre no ha sido realizada. En la medida de los tres meses en la escala MAAS, la n también es demasiado pequeña ($n=2$).

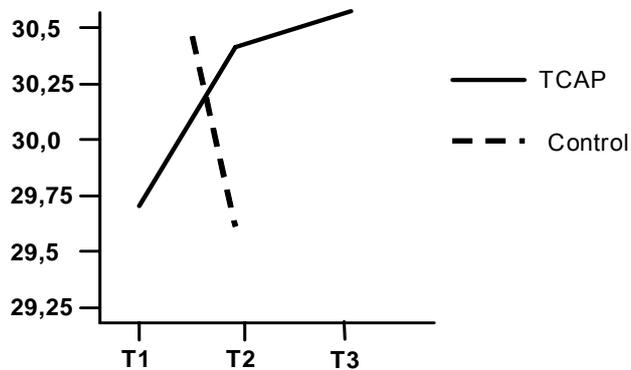
Para completar los análisis se realiza un ANOVA 2x2 (Tabla 8.1.17), la razón por la que se ponen tan solo dos tiempos de medida reside en que el número de personas del grupo de control que contesta estos cuestionarios es muy pequeña. En el factor KAWA, que mide la habilidad de Darse Cuenta aparece un efecto significativo en el factor tiempo ($F(1,43)=14,3;p=,028$). En la escala KJUD también se detecta un efecto significativo en el factor tiempo ($F(1,43)=14,3;p<,001$).

Tabla 8.1.17. ANOVA 2x2 para las escalas que miden Atención Plena.

	Intrasujeto								Intersujeto			
	Tiempo				Tiempo x grupo				Grupo			
	F	p	η^2	1- β	F	p	η^2	1- β	F	p	η^2	1- β
KOBS	,043	,837	,00	5%	1,332	,255	,03	20%	,007	,931	,00	5%
KDES	3,426	,071	,07	44%	1,618	,210	,03	23%	,005	,941	,00	5%
KAWA	5,200	,028	,11	60%	,374	,544	,00	9%	,064	,801	,00	5%
KJUD	14,32	<,001	,25	95%	2,755	,104	,06	36%	,341	,563	,00	8%
MAAS	,011	,918	,00	5%	,868	,356	,01	14%	,965	,331	,02	16%

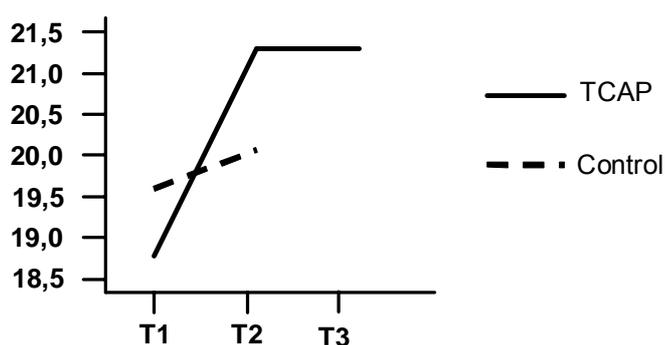
KOBS: Observar; KDES: Describir; KAWA: Darse Cuenta KJUD: Aceptar. FMI: Inventario de Atención Plena de Freiburg. MAAS: Escala de Atención Plena y Darse Cuenta.

Tras la intervención en TCAP hay un aumento de la habilidad de Observar (gráfica 15), uno de los componentes de la Atención Plena, según la escala KIM, pero no resulta estadísticamente significativo. La intervención recibida por el grupo de control tampoco es efectiva para el desarrollo de esta habilidad. La habilidad de Observar se refiere a la capacidad de atender tanto a sensaciones externas como por ejemplo “Noto el aroma de las cosas” como internas “Noto cuando mi estado de ánimo empieza a cambiar”.



Gráfica 15. Evolución de las puntuaciones en la habilidad de Observar del cuestionario KIM.

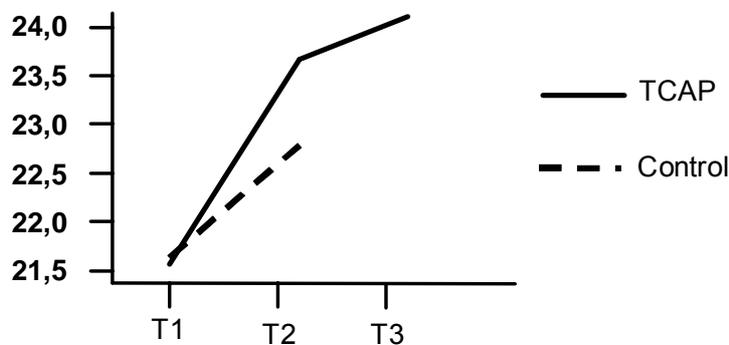
Tras la intervención ha habido un aumento significativo de la habilidad de Describir en el grupo de tratamiento, que se mantiene a los tres meses (Gráfica 16). Mientras que en el grupo control no se aprecian cambios significativos al terminar el tratamiento. Este factor de la Atención Plena se refiere a la habilidad de poner en palabras la experiencia interna (“Es difícil para mí encontrar las palabras para describir lo que estoy pensando”, “Tengo problemas para expresar las palabras correctas que expresen como me siento”). La TCAP no es más eficaz que la intervención usual que recibe el grupo de control en la estimulación de esta habilidad.



Gráfica 16. Evolución de las puntuaciones en la habilidad de Describir del cuestionario KIM.

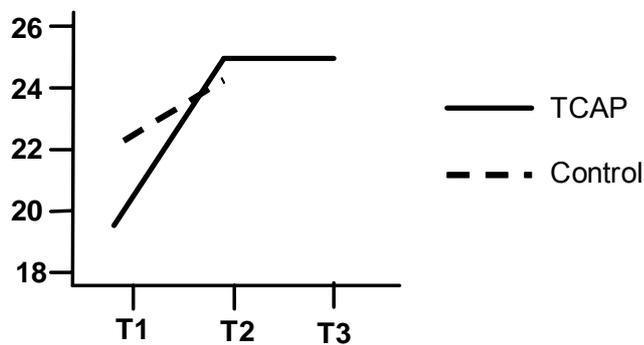
Tras la intervención ha habido un aumento significativo de la habilidad de Darse Cuenta en el grupo de tratamiento que se mantiene a los tres meses (Gráfica 17).

Mientras que en el grupo control no se aprecian cambios significativos al terminar ni a los tres meses. Esta capacidad se refiere a la habilidad de atender a lo que sucede en el momento presente sin distraerse (“Tiendo a hacer varias cosas a la vez, en lugar de centrarme solo en una”, “No presto atención a lo que estoy haciendo porque estoy preocupándome, soñando o distraído”). A pesar de que la TCAP está centrada en la estimulación de este tipo de habilidades y la intervención usual en los centros de salud no. La TCAP no parece ser más eficaz que la intervención usual en la estimulación de esta habilidad.



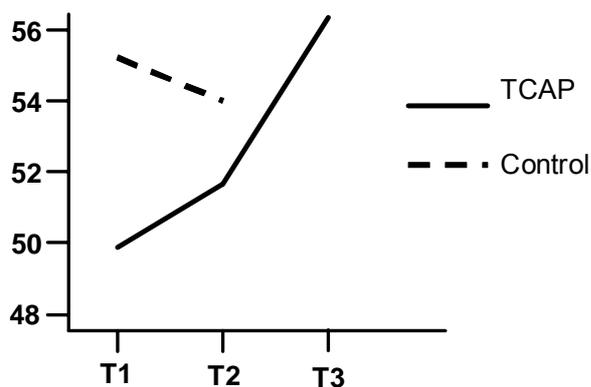
Gráfica 17. Evolución de las puntuaciones en la habilidad de Darse Cuenta del cuestionario KIM.

Tras la intervención ha habido un aumento significativo de la habilidad de Aceptar sin Juzgar la experiencia en el grupo de tratamiento y su mantenimiento a los tres meses (Gráfica 18). Mientras que en el grupo control no se aprecian cambios significativos al terminar el tratamiento. Esta habilidad se refiere a la capacidad de aceptar la experiencia sea cual sea ésta, sin juzgarla (“Me digo a mi mismo que no debería estar sintiéndome de esta forma”, “Creo que algunos de mis pensamientos no son normales o son malos, y que no debería pensar de esa forma”). La TCAP no es más eficaz que la intervención usual que recibe el grupo de control en el tratamiento de esta habilidad.



Gráfica 18. Evolución de las puntuaciones en la habilidad de Aceptar del cuestionario KIM.

Tras la intervención solo ha habido un aumento significativo de la habilidad de la Atención Plena medida con el instrumento MAAS a los tres meses (Gráfica 19). Mientras que en el grupo control no se aprecian cambios significativos al terminar. Esta habilidad se refiere a la capacidad de aceptar la experiencia sea cual sea esta, sin juzgarla (“Me digo a mi mismo que no debería estar sintiéndome de esta forma”, “Parece que funciono con “piloto automático” sin ser muy consciente de lo que hago”). La TCAP no es más eficaz que la intervención usual que recibe el grupo de control en el tratamiento de esta habilidad.



Gráfica 19. Evolución de las puntuaciones en Atención Plena en el cuestionario MAAS.

Las personas que han recibido el tratamiento en TCAP han aumentado de forma significativa en todas las habilidades de la Atención Plena. En cambio, en el grupo de control no hay cambios significativos en la Atención Plena medida con esta escala. A pesar de esto la TCAP no es más eficaz que el tratamiento usual para la estimulación de las habilidades de Atención Plena.

La Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena aumenta las habilidades de Atención Plena tal y como se entienden en el instrumento KIM, que sigue el modelo de la Terapia Dialéctico-Comportamental (Linehan, 1993). La única excepción es la habilidad de Observar, que no parece que aumente por el tratamiento, tal vez sea debido a que esta habilidad no recibe mucha atención en la TCAP, y es más propia de la DBT.

Como hemos observado en la tabla 8.1.14, la Atención Plena medida con el MAAS aumenta muy poco durante el tratamiento, pero aumenta bastante más en los tres meses siguientes. Esto puede explicar porqué el cuestionario MAAS mide una Atención Plena diferente de la medida por el KIM y el FMI. La escala MAAS no mide ningún tipo de creencia sobre el funcionamiento, sino que mide frecuencia en la que suceden determinadas conductas, por ejemplo contiene ítems como “Rompo o derramo cosas por descuido, por no estar atento/a o por estar pensando en otras cosas”, que tal vez los pacientes empiezan a utilizar al pasar un poco de tiempo tras la intervención. Tal vez esta escala mide un componente de la Atención Plena que no se percibe de forma inmediata, parece que lo que mide está más relacionado con llevar la Atención Plena a la cotidianidad y tal vez por eso necesita más tiempo.

El principal problema con el que nos encontramos en este análisis es el bajo número de personas que han contestado los cuestionarios en el tercer tiempo de medida del grupo de control. Además, esas 15 personas que han contestado los cuestionarios han mejorado en muchas escalas. Llama la atención que la muestra que recibe el tratamiento usual, y que por tanto no recibe una intervención centrada en la Atención Plena, también aumenta en algunas escalas. Esto puede ser debido a que los pacientes que contestan en el grupo de control a los tres meses, han mejorado y la Atención Plena es una habilidad común, presente en la mayoría de las personas, que también puede mejorar con una mejoría general.

8.2 Análisis de las variables que pueden haber afectado al tratamiento

Con estos análisis se pretende estudiar el efecto que tienen sobre el tratamiento determinadas variables que debido a circunstancias externas a la investigación, no se han podido controlar. Se analiza el posible efecto que ha tenido cada una de estas variables sobre la eficacia del tratamiento.

Las variables analizadas son: la experiencia (en meditación y relajación), la presencia de una situación estresante durante las 8 semanas del tratamiento, el consumo de fármacos, la presencia de enfermedades médicas y el inicio de los síntomas. Además se incluye el estudio del papel que tiene la adherencia al tratamiento a la hora de explicar las diferencias individuales que surgen a la hora de mostrar la eficacia del tratamiento. Aunque esta última no se puede entender como variable externa se la incluye en este capítulo porque se entiende que no depende de la terapia en sí misma.

Con el objetivo de facilitar la lectura, en este capítulo, se exponen exclusivamente los resultados de los análisis que sean estadísticamente significativos de entre todos los análisis llevados a cabo.

8.2.1 Experiencia previa

Hay dos tipos de experiencias previas que pueden estar afectando a la eficacia del tratamiento. Por una parte, la experiencia en meditación o yoga, puede facilitar la comprensión del objetivo o metodología del curso; por otra parte, la experiencia en relajación, puede afectar a una mayor comodidad en los grupos y al método de trabajo. Se pensó en incluir la experiencia en apoyo psicológico como una de las variables, pero era muy difícil controlar el tipo de apoyo psicológico, y sobretodo la presencia de terapeutas externos al sistema público de salud.

Para hacer los análisis del efecto de esta experiencia se hacen dos bloques con cada una de estas poblaciones, los que tienen experiencia y los que no, y se plantea una prueba t en las puntuaciones pre y un ANOVA 3x2 de medidas repetidas.

El 60% de la muestra había tenido experiencia en grupos de relajación (tabla 8.2.1). Estos grupos se utilizan en las Unidades de Salud Mental como un remedio para todo, y prácticamente todos los usuarios tarde o temprano pasan por uno de estos grupos donde se entrenan diferentes técnicas de relajación, según centros. En los grupos de relajación de la Unidad de Salud mental de Ofra se utiliza la técnica del Entrenamiento Autógeno, mientras que en la Unidad de La Laguna, el tratamiento está mezclado entre técnicas de relajación (sobretudo Jacobson) y visualizaciones guiadas.

Tabla 8.2.1. Sujetos con experiencia en grupos de relajación

Exp. En relajación	n	Porcentaje
NO	18	40%
SÍ	27	60%
Total	45	

En la muestra de personas con experiencia en relajación no existen diferencias significativas en ninguna de las puntuaciones de las escalas extraídas al principio del tratamiento. En la comparación hecha en el ANOVA 2x2 no aparece ningún efecto significativo a nivel de grupos para ninguna de las variables.

En los niveles de adherencia (Tabla 8.2.2), los sujetos sin experiencia en relajación meditan más a menudo que los que tienen experiencia en ésta ($t=-2,306; p=,035$). Este resultado puede estar conectado con un mayor recorrido en diferentes tratamientos que no han funcionado, o tal vez es un artefacto estadístico.

Tabla 8.2.2. Diferencias en adherencia al tratamiento según experiencia en relajación.

	Experiencia en Técnicas de Relajación				t	p
	n	Sí	n	No		
Práctica	20	4,8 (1,4)	12	5,3 (1,5)	-2,306	,035

Para cumplir el criterio de tener experiencia en meditación, los sujetos tenían que haber asistido a más de seis meses de clases de meditación o yoga, la razón de poner seis meses era que en muchos centros donde se imparten clases de meditación o yoga no se hace una buena introducción a los mecanismos psicológicos de éstas, y se insiste más en componentes místicos o relacionados con energías. Como podemos

ver (Tabla 8.2.3) solo 6 personas tienen experiencia, la mayoría en yoga. Se espera que si hay alguna diferencia, sea sobre alguna de las variables de la Atención Plena.

Tabla 8.2.3 Experiencia en meditación o yoga.

Exp. Meditación	n	Porcentaje
NO	39	86,7%
Sí	6	13,3%
Total	45	

En las comparaciones realizadas entre bloques en las puntuaciones pre (Tabla 8.2.4.) aparecen diferencias en la habilidad de la Atención Plena de Darse cuenta (KAWA, $t=2,426$, $p=,032$). Los sujetos con experiencia en meditación o yoga tienen más desarrollada esta habilidad de la Atención Plena en la toma de medida pre. No obstante, el tamaño de la muestra es muy pequeño para el grupo de sujetos con experiencia en meditación, y por tanto es difícil extraer conclusiones válidas.

Tabla 8.2.4. Diferencias en las puntuaciones pre según experiencia en meditación o yoga.

	Experiencia en Meditación				t	p
	n	Sí	n	No		
KAWA	6	23,9 ± 2,4	31	20,8 ± 3,8	2,426	,032

KAWA: Darse Cuenta.

En el ANOVA 3x2 no aparecen efectos significativos para ninguna de las variables. Por tanto podemos decir que la experiencia en meditación o yoga de más de seis meses, no afecta a la eficacia del tratamiento. Tampoco hay diferencias significativas en la adherencia al tratamiento, es decir que los que tienen experiencia no practican de forma diferente ninguna de las técnicas que se enseñan en el tratamiento, ni tampoco hay diferencia a nivel de asistencia o entrega de tareas.

En resumen, los datos indican que:

- a) La muestra con experiencia en técnicas de relajación practica menos en casa que las personas que no tienen tal experiencia. Esto puede ser debido a que los que no tienen experiencia tienen menos interés en alcanzar el estado de relajación y por tanto captan mejor la esencia de la meditación, o tal vez esté conectado con el inicio de síntomas, a mayor tiempo que hace que acuden a la Unidad de salud mental, mayor probabilidad de tener experiencia en relajación.

- b) La muestra con experiencia en Meditación o Yoga tiene más desarrollada, al empezar el tratamiento, la habilidad de Darse Cuenta. Esto puede ser debido a que el entrenamiento en Yoga o meditación estimula esta habilidad, o teniendo en cuenta que tan solo 6 personas tienen experiencia, puede ser debido al pequeño tamaño de la muestra.

8.2.2 Presencia de una situación estresante

El objetivo de este análisis es averiguar de qué forma determinadas experiencias vitales estresantes han podido afectar de alguna forma a la eficacia del tratamiento (pérdida de trabajo, rupturas sentimentales, huracanes...). La condición para entender que una situación es estresante, es que sea un suceso poco común, que provoca altos niveles de estrés, y que haya sucedido durante las ocho semanas de duración de tratamiento, así pues se excluyen los sucesos anteriores al tratamiento. El 61,6% no ha sufrido ninguna situación estresante, mientras el 28,6% sí (Tabla 8.2.5). La forma de evaluarlo ha sido a través de un cuestionario escrito de preguntas abiertas que se les pasó al terminar el programa.

Tabla 8.2.5. Situación estresante.

Sit. estresante	n	Porcentaje
No	27	61,4 %
Sí	17	38,6%
Total	44	

En el caso de los problemas laborales, se excluyen los casos de acoso laboral que hubieran empezado antes del tratamiento, por eso a pesar de incluir una muestra bastante alta de personas con problemas de acoso laboral, solo un sujeto cumple criterios para entrar dentro de la situación estresante, ya que este acoso empezó una vez iniciado el tratamiento. Se excluyen las altas laborales como motivo de estrés, ya que es signo de recuperación. De esta muestra, llama la atención que hubo tres personas que iniciaron los trámites del divorcio durante el tratamiento (Tabla 8.2.6.). Una participante estaba bajo vigilancia policial por ser víctima de violencia de género, y durante el tratamiento tuvo un episodio violento con el agresor. Además hay un grupo completo de intervención (Estudio 1) que vivió una situación estresante conjunta, ya que cuatro días antes de la toma de medida post, pasó un huracán por la

isla de Tenerife dejando sin luz eléctrica durante varios días a la mayoría de habitantes de la isla.

Tabla 8.2.6. Tipos de situaciones estresantes y frecuencia.

Sit. estresante	n	Porcentaje
Problemas laborales	1	5,8 %
Rupturas sentimentales	3	17,6 %
Violencia de genero	1	5,8 %
Catástrofes naturales	11	64,7 %
Enfermedades	1	5,8 %
Total	17	

Al separar la muestra según los datos normativos del BDI (Tabla 8.2.7), vemos que un 63,6% de los sujetos que al terminar tiene depresión moderada vivieron situaciones estresantes durante el tratamiento, mientras que tan solo un 6,7% de la muestra de los que no tienen síntomas de depresión han tenido este tipo de situaciones.

Tabla 8.2.7. Tabla de frecuencias de sujetos que han sufrido una situación estresante según datos normativos del BDI al terminar el tratamiento.

Criterios BDI	Sit. estresante	n	Porcentaje
No depresión (0-9)	Sí	1	6,7%
	No	14	93,3%
Depresión leve (10-18)	Sí	4	44,4%
	No	5	55,6%
Depresión moderada (19-29)	Sí	7	63,6%
	No	4	36,4%
Depresión severa (> 30)	Sí	5	55,6%
	No	4	44,4%

Se realiza un ANOVA 2x2, porque interesa saber cual ha sido el efecto de la situación estresante sobre el tratamiento, nada mas terminar éste, por tanto, la medida a los tres meses no la incluiremos en el análisis. El resultado (Tabla 8.2.8) es que aparece un efecto significativo en la interacción en tres de las escalas, en la que mide la tendencia a la preocupación (PSWQ, $F(1,40)=10,73,p=,002$), en la que mide Afrontamiento Efectivo (AE, $F(1,27)=1,422;p=,036$) y en la que mide la habilidad de Darse Cuenta (KAWA, $F(1,28)=23,2;p=,002$).

Tabla 8.2.8. ANOVA 2x2 según presencia de una situación estresante.

	Intrasujeto								Intersujeto			
	Tiempo				Tiempo x grupo				Grupo			
	F	p	η^2	1- β	F	p	η^2	1- β	F	p	η^2	1- β
PSWQ	23,27	<,001	,36	99%	10,73	,002	,21	89%	1,87	,178	,04	26%
AE	1,422	,243	,05	21%	4,85	,036	,15	56%	4,45	,044	,14	53%
KAWA	23,27	<,001	,36	99%	10,75	,002	,21	89%	1,87	,178	,04	26%

PSWQ: Inventario de Preocupación de Pennsylvania; AE: Afrontamiento Efectivo. KAWA: Darse Cuenta.

En el análisis de los efectos simples, en la escala que mide la tendencia a la preocupación, se detectan diferencias significativas (Tabla 8.2.9) en el tiempo de medida post (PSWQ, $p=,016$). Es decir, que las personas que viven situaciones estresantes durante el tratamiento, al terminar éste, puntúan más en esta escala que mide la tendencia a la preocupación que los que no las viven.

Tabla 8.2.9. Efectos simples en la escala PSWQ, según vivencia de situación estresante.

Sit.estresante x No sit. estresante	Sit. Estresante (n=16)	No Sit. Estresante (n=26)	Diferencias de medias	p
T1	64,8 (7,8)	65,7 (9,5)	,957	,738
T2	57,2 (11,3)	54 (11,5)	-8,563	,016

PSWQ: Cuestionario de Preocupación de Pennsylvania. Ajuste por comparaciones múltiples de Sidak.

En el análisis de los efectos simples, se detectan diferencias significativas en la escala que mide la habilidad de Afrontamiento Efectivo (Tabla 8.2.10). En el tiempo de medida post (AE, $p=,002$), es decir que las personas que viven situaciones estresantes durante el tratamiento, al terminar éste, puntúan menos en la escala que mide los niveles de Afrontamiento Efectivo.

Tabla 8.2.10. Efectos simples en la escala AE, según vivencia de situación estresante.

Sit.estresante x No sit. estresante	Sit. Estresante (n=5)	No Sit. Estresante (n=24)	Diferencias de medias	p
T1	33,2 (7,7)	35,1 (8,7)	1,962	,642
T2	31 (8,4)	42,5 (6,7)	11,554	,002

AE. Afrontamiento Efectivo. Ajuste por comparaciones múltiples de Sidak.

No se detectan diferencias significativas en la escala que mide la habilidad de Darse Cuenta (Tabla 8.2.11), en ninguno de los tiempos de medida. Aunque sí que se

observa niveles superiores, en el tiempo de medida post, en los sujetos que no han vivido una situación estresante.

Tabla 8.2.11. Efectos simples en la escala de Darse Cuenta, según vivencia de situación estresante.

Sit.estresante x No sit. estresante	Sit. Estresante (n=5)	No Sit. Estresante (n=25)	Diferencias de medias	p
T1	23 (3,3)	21,1 (3,9)	-1,851	,340
T2	21,6 (2,6)	24,1 (3,7)	2,549	,157

AE. Afrontamiento Efectivo. Ajuste por comparaciones múltiples de Sidak.

Al realizar una prueba t para muestras independientes entre los que han vivido una situación estresante y los que no, no se aprecian diferencias en los niveles de asistencia, práctica y entrega de tareas. Es decir, que esta vivencia no influye en la adherencia al tratamiento.

Al hacer una comparación intrasujetos (prueba t)(Tabla 8.2.12) en el bloque del grupo que ha sufrido una situación estresante, vemos que hay pocas variables que tengan diferencias significativas, solo se observan mejoras significativas en sintomatología depresiva (BDI,t=3,835;p=,001), en estrés (DASS,t=2,416;p=,028).

Tabla 8.2.12. Diferencias intrasujetos en el grupo de personas con situación estresante.

	n	PRE	POST	t	p	η^2
BDI	17	33,1 (12,2)	24,3 (11,1)	3,835	,001	,47
DASS	5	24,7 (8,7)	20,7(9,3)	2,416	,028	,62

BDI: Inventario de depresión de Beck; DASS: Escala de estrés; KJUD: Escala del cuestionario KIM que mide la habilidad de Aceptar.

Al terminar, la muestra de personas que han sufrido una situación estresante durante el tratamiento en Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena tiene niveles mayores de tendencia a la preocupación, y menores niveles de afrontamiento efectivo a los estados de disforia. Además, estas diferencias no se deben a una menor adherencia al tratamiento. El dato más interesante es la gran diferencia entre los niveles de Afrontamiento Efectivo, más de 11 puntos separan a estos dos grupos.

Las personas que viven una situación estresante tienen dificultades en el aprendizaje de algunas de las habilidades sobre las que actúa el tratamiento en TCAP, y aunque

se benefician del tratamiento (reducen la puntuación en la escala BDI y DASS), el beneficio es mucho menor.

El análisis de los datos indica que:

- a) Hay un alto porcentaje de personas de la muestra que recibe el tratamiento en TCAP que ha tenido una experiencia estresante (38,6%). Los sujetos de este grupo al terminar la intervención aprenden menos técnicas de Afrontamiento Efectivo, tienden más a preocuparse, y desarrollan menos la habilidad de la Atención Plena de Darse Cuenta. Los únicos cambios que aparecen son una reducción de la sintomatología depresiva y una reducción del estrés.
- b) La vivencia de una situación estresante, a pesar de ser evaluada de forma subjetiva, parece influir en la eficacia del tratamiento. El 40% de personas que se benefician poco de él han sufrido una. No influye en la adherencia al tratamiento, por tanto es posible que su influencia sea debida a la dificultad en centrar la atención en los ejercicios, o a una falta de interés por aprender esta técnica.
- c) Se tiene que tener en cuenta que hay un grupo de intervención que fue afectado por una situación estresante conjunta, el paso del huracán Delta por la isla de Tenerife, unos días antes del pase de pruebas. El estrés que ha provocado esta situación ha podido provocar un efecto negativo sobre el pase de pruebas.

8.2.3 Adherencia al tratamiento

Los niveles de asistencia, práctica y entrega de tareas para casa son una parte crucial del tratamiento. El objetivo de este apartado es analizar el papel que tiene la adherencia al tratamiento para la eficacia de éste. Por adherencia se entienden las siguientes variables: práctica en casa de la meditación, asistencia a las sesiones y entrega de tareas para casa.

La TCAP más que un tratamiento es un entrenamiento en una habilidad, la de la Atención Plena, y es esencial practicarla a través de la meditación para que ésta se asiente, y vaya abarcando o se generalice cada vez a más ámbitos de la vida cotidiana.

La práctica de la meditación en casa se mide a través de auto-registro de los días que se ha meditado en la contemplación de las sensaciones o en la respiración. La media de días que se ha meditado es de 27,4 días (Tabla 8.2.13), aproximadamente el 50% de los días totales que se debe meditar (8 semanas x 6 días de práctica obligatoria). Tan solo se recogieron resultados de 33 de los 45 participantes.

Tabla 8.2.13. Tabla de los niveles de práctica.

	n	Media (Dt.)	Mínimo	Máximo	Mediana
Días de práctica	33	27,64 (10,5)	9	46	29

Para analizar los efectos que ha tenido la práctica sobre los efectos del tratamiento se divide la muestra en dos grupos, separados según la mediana. En el ANOVA 2x2 no aparece ningún efecto significativo en la interacción para ninguna variable. Es decir no hay diferencias significativas entre los que practican más meditación en casa y los que no lo hacen. Este resultado es contrario a la hipótesis planteada al inicio de esta investigación, ya que partimos de la base de que es la práctica de la meditación la que está provocando el desarrollo de la Atención Plena y que esto es lo que va a terminar provocando una reducción de síntomas. Pero no aparecen diferencias significativas, esto se puede explicar por algún efecto estadístico, o por la forma de recoger los datos, más adelante se volverán a comentar estos datos.

La asistencia a las sesiones es otro de los factores importantes del tratamiento, ya que en ellas se habla de las dificultades de la práctica, se ofrecen explicaciones sobre mecanismos psicológicos que conducen al sufrimiento y también se practica la meditación en grupo. La media de asistencia (Tabla 8.2.14) a las sesiones es de 6,27 veces.

Tabla 8.2.14 Tabla de asistencia al tratamiento.

	n	Media (Dt.)	Mínimo	Máximo
Asistencia	45	6,27 (1,2)	4	8

Para analizar los efectos que ha tenido la asistencia sobre los efectos del tratamiento se divide la muestra en dos grupos, los que han acudido a más de seis sesiones y los que han acudido a menos de seis sesiones (Tabla 8.2.15). Los sujetos que han acudido a menos de 4 sesiones se han excluido del tratamiento, por tanto la

variabilidad es muy poca (de 4 a 8). Se ha separado por bloques, a partir de la mediana (mediana = 6) entre los que más asisten a las sesiones y los que menos asisten.

Tabla 8.2.15. Tabla de frecuencias en los niveles de asistencia.

	n	Porcentaje
Menos de 6 sesiones	23	51,1%
Más de 6 sesiones	22	48,9%
Total	45	

En el análisis intersujetos ANOVA 2x2, no se detecta ningún efecto significativo para la interacción, en ninguna de las variables medidas.

Otro de los factores de la adherencia que pueden afectar a la eficacia es el de entrega de tareas. La entrega de tareas se hace semanalmente, y en ella se relatan auto-registros cognitivos, y también se apunta la realización de la práctica en casa con comentarios. Se tienen que entregar un total de 8 veces. La media de veces que se entregan las tareas es de 5,18 (Tabla 8.2.16).

Tabla 8.2.16. Frecuencias en entrega de tareas.

	n	Media (Dt.)	Mínimo	Máximo	Mediana
Entrega de tareas	45	5,18 (2,3)	0	8	6

Para los análisis, se divide la variable entrega de tareas en dos bloques según mediana. En el ANOVA 2x2 realizado no se detectan efectos significativos en la interacción para ninguna de las variables.

Adherencia a los tres meses.

En la medida realizada a los tres meses, se preguntó a los sujetos del grupo de tratamiento sobre el grado de seguimiento de las técnicas y habilidades aprendidas. Se preguntó, “¿Desde que acabo el tratamiento con que frecuencia has practicado las siguientes actividades?”, con seis tipos de frecuencia, de Nunca (6) a Diariamente (1). En este apartado se irá analizando cada una de las técnicas por separado, por una parte las de práctica formal, que se refieren a la meditación como tal, y por otra a la práctica informal, que se refiere a las habilidades que se entrenan durante la

meditación pero que después se llevan a la vida cotidiana y se pueden aplicar en cualquier contexto.. Las respuestas a cada una de estas preguntas se dividen en dos bloques según la mediana de cada una (Tabla 8.2.17.), y se comparan los bloques que surgen con la evolución de las puntuaciones (3 meses – post) y con las puntuaciones a los tres meses.

Para averiguar si hay diferencias entre los que siguen practicando y los que no, se hacen comparaciones entre bloques, según la mediana (Tabla 8.2.17).

Tabla 8.2.17. Frecuencia en el seguimiento de las técnicas aprendidas durante el tratamiento.

Preguntas de seguimiento	Medianas
Contemplación sensaciones	3
Meditación Sentados/as	4
Ejercicio de los 3 minutos	3
Uso del CD	4
Conectar con la respiración	2
Conectar con el presente	3
Conectar con las sensaciones corporales	3

En el análisis de la frecuencia de seguimiento en el uso de la técnica de la contemplación de las sensaciones no hay efectos significativos en la interacción para ninguna de las variables. Lo mismo sucede con el análisis de la técnica de la meditación sentados/as, y con el uso de la técnica del Ejercicio de los tres minutos (no se presentan las tablas por no haber datos interesantes). En el uso del CD no se puede realizar el análisis, ya que son pocas las personas que habiendo utilizado el CD al menos una vez al mes, y que además han contestado los cuestionarios a los tres meses.

Respecto a la técnica de conectar con la respiración y conectar con las sensaciones corporales, no hay diferencias en ninguna comparación. Sí las hay en la técnica de conectar con el presente. Al separar por bloques los que lo hacen con mayor frecuencia y los que no, partiendo de la mediana, aparece efectos significativos en el ANOVA 2x2 (Tabla 8.2.18) en el factor interacción ($ASI, F(1,24)=5,563; p=,027$) en la

escala que mide la Sensibilidad a la Ansiedad. Hay diferencias en la escala ASI entre los que mantienen un uso cotidiano de la técnica de conectar con el presente al terminar el tratamiento en TCAP y los que no.

Tabla 8.2.18. ANOVA 2x2 según utilización de la técnica informal de conectar con el presente.

	Intrasujetos								Intersujeto			
	Tiempo				Tiempo x grupo				Grupo			
	F	p	η^2	1- β	F	p	η^2	1- β	F	p	η^2	1- β
ASI	,246	,624	,01	7%	5,563	,027	,18	61%	1,44	,241	,05	21%

ASI: Índice de Sensibilidad a la Ansiedad.

Al aparecer un efecto significativo en la interacción, se plantea un análisis de los Efectos simples (Tabla 8.2.19), pero no se detectan diferencias en ninguno de los tres tiempos de medida. Aunque sí que se detecta que los sujetos que más conectan tienen mayor sensibilidad a la ansiedad.

Tabla 8.2.19. Efectos simples en la escala de ASI, según uso de la técnica informal de Atención Plena de conectar con el presente.

Tiempo x conectar con el presente	> mediana (n=11)	< mediana (n=15)	Diferencias de medias	p
T2	22,1 (13,4)	23,3 (9,8)	1,192	,806
T3	28,8 (14,9)	18,5 (13)	10,312	,073

ASI: Índice de sensibilidad a la Ansiedad. Ajuste por comparaciones múltiples de Sidak.

Los análisis indican que:

- No se detectan diferencias según el nivel de adherencia al tratamiento. Ni los niveles de práctica, ni de asistencia, ni de entrega de tareas parecen afectar a la eficacia de la terapia. Esto puede tener que ver con la forma en la que se han hecho los análisis, a partir de la mediana o también con el hecho de que estos datos son tomados a partir de auto-registros, y por tanto poco fiables por varias razones: había personas que no entregaban los auto-registros y sí que practicaban, personas que practicaban menos tiempo del indicado, o practicaban con un nivel bajo de atención. No se corrobora la hipótesis de que a mayor nivel de adherencia mayor mejoría y reducción de síntomas.
- La muestra que en el seguimiento utiliza más a menudo la habilidad de llevar la atención al presente, a los tres meses tiene una mayor sensibilidad a la

ansiedad, es decir aceptan menos las sensaciones que acompañan a los estados de ansiedad.

8.2.4 Consumo de fármacos

El 77,8% (Tabla 8.2.20) de la muestra que participa en el tratamiento consume psicofármacos (antidepresivos, ansiolíticos o ambos). Es muy complicado actualmente encontrar población que no consuma fármacos en las Unidades de Salud Mental. En este apartado, se pretende estudiar de qué forma ha afectado su consumo a la eficacia del tratamiento. Los datos sobre el consumo de fármacos se han tomado de forma informal en la toma de datos inicial, ya que: se han tenido en cuenta tan solo cuatro tipos (entre un mismo tipo de fármaco puede haber muchas diferencias en la composición química), no se han tenido en cuenta las dosis, y tampoco se han tenido en cuenta las variaciones en el consumo. Por tanto estos datos tienen un carácter tentativo y exploratorio, cuyo valor sería contribuir a formar hipótesis que tendrían que ser estudiadas en investigaciones futuras.

Tabla 8.2.20. Tabla de frecuencias en el consumo de fármacos.

	Total		Tratamiento		Control	
	n	%	n	%	n	%
Antidepresivos	10	11,8%	5	11,1%	4	14,7%
Ansiolíticos	17	20%	10	22,2%	7	20,6%
Ambos	36	42,4%	20	44,4%	16	47,1%
Ninguno	12	14,1%	10	22,2%	6	17,6%

El 32,4 % (Tabla 8.2.21) de los sujetos que recibió el tratamiento en TCAP ha reducido la dosis de fármacos a los tres meses. Esta información se recabó a partir de la toma de datos a los tres meses. Por tanto, es una información subjetiva (no se especifica el nivel de reducción), pero que es muy interesante de cara a futuras investigaciones

Tabla 8.2.21. Tabla de frecuencias de reducción de la dosis de fármacos en la medida de los tres meses.

Reducción del consumo de fármacos	n	Porcentaje
No	23	67,6%
SÍ	11	32,4%
total	34	

Al empezar el tratamiento hay diferencias significativas (Tabla 8.2.22) según consumo de diferentes clases de fármacos en los factores de metacognición que miden la Autoconciencia Cognitiva (MCSC, $F=6,275$; $p=,004$), recordamos que este factor en realidad mide un tipo de autocentrado desaptativo o rumiador, y la percepción de la preocupación como Incontrolable y Peligrosos (MUD, $F=3,079$; $p=,047$). También en los factores de Atención Plena, Aceptar (KJUD, $F=4,866$; $p=,007$) y Darse Cuenta (KAWA, $F=5,528$; $p=,004$) aparecen diferencias significativas.

Al inicio del tratamiento, hay siete sujetos que no consumen ningún fármaco, y estos sujetos tienen menores niveles de Autoconciencia Cognitiva (Tabla 8.2.22) al compararlos con el grupo que consume ambos (MCSC, $p(1-4)=,002$). Este grupo que no consume ningún fármaco también tienen una menor percepción de la preocupación como Incontrolable y Peligrosa comparado con el resto de tipos de consumo de fármacos (MUD, $p(2-4)=,037$, $p(1-4)=,017$, $p(3-4)=,014$), estos datos deben tomarse con cuidado debido a la n tan pequeña de alguno de los grupos.

Tabla 8.2.22. Comparaciones entre cada uno de los grupos de consumo de fármacos al principio en pre, para las escalas de metacognición.

	Fármacos	n	Media (Dt.)	F	p	Comparaciones	p
MUD	Antidepresivo (1)	3	23,7 (1)	3,079	,047	1-2	,837
	Ansiofítico (2)	8	22 (5,8)			1-3	,839
	Ansiofítico + Antidepresivo (3)	13	22,3 (5,3)			1-4	,017
	Ninguno (4)	7	15,9 (4,1)			2-3	,971
						2-4	,037
						3-4	,014
MCSC	Antidepresivo (1)	3	15,67 (9)	6,275	,004	1-2	1
	Ansiofítico (2)	8	19,7 (5)			1-3	,120
	Ansiofítico + Antidepresivo (3)	13	22,7 (3,8)			1-4	1
	Ninguno (4)	7	14,2 (1,8)			2-3	,907
						2-4	,141
						3-4	,002

MCSC: Autoconciencia Cognitiva; MUD: Percepción de la preocupación como Incontrolable y Peligrosa.

También aparecen diferencias según grupos de consumidores de fármacos en algunas habilidades de la Atención Plena (Tabla 8.2.23). Los que no consumen fármacos tienen mayor capacidad de Aceptar, comparado con la población que consume ambos (KJUD, $p(3-4)=,004$). Los que consumen ambos fármacos tienen mayor capacidad de darse cuenta que los que consumen solo antidepresivos (KAWA, $p(1-3)=,006$).

Tabla 8.2.23. Comparaciones entre cada uno de los grupos de consumo de fármacos en pre, para las escalas de Atención Plena.

	Fármacos	n	Media (Dt.)	F	p	Comparaciones	p
KJUD	Antidepresivo (1)	3	22,6 (6,6)	4,866	,007	1-2	1
	Ansiolítico (2)	8	20,1 (4,1)			1-3	,199
	Ansiolítico + Antidepresivo (3)	13	15,7 (4,9)			1-4	1
	Ninguno (4)	7	24,4 (4,6)			2-3	,312
						2-4	,598
						3-4	,004
KAWA	Antidepresivo (1)	3	15,6 (4)	5,528	,004	1-2	,178
	Ansiolítico (2)	8	20,7 (2,1)			1-3	,006
	Ansiolítico + Antidepresivo (3)	13	23,3 (2,7)			1-4	,108
	Ninguno (4)	7	21,1 (4,7)			2-3	,059
						2-4	,727
						3-4	,227

KAWA: Darse Cuenta; KJUD: Aceptar.

Para comprobar si hay diferencias en la eficacia del tratamiento según consumo de fármacos, se plantea un ANOVA 3x2 (Tabla 8.2.24), en el que el factor intrasujetos es el tiempo de medida (pre-post-tres meses) y el intersujetos, el consumo de fármacos. La única escala en las que se detectan efectos significativos en la interacción es en la escala que mide la habilidad de la Atención Plena “Darse Cuenta” (KAWA, $F(1,27)=2,81;p=,014$), y también aquí aparece un efecto significativo en el factor tiempo ($F(1,27)=26,25;p<,001$).

Tabla 8.2.24. ANOVA 3x2 para la escala KAWA, según consumo de fármacos.

	Intrasujeto								Intersujeto			
	Tiempo				Tiempo x grupo				Grupo			
	F	p	η^2	1- β	F	p	η^2	1- β	F	p	η^2	1- β
KAWA	26,25	<,001	,42	99%	2,81	,014	,31	86%	1,44	,259	,17	32%

KAWA: Darse Cuenta.

Tabla 8.2.25. Medias en la escala KAWA según consumo de fármacos.

		PRE	POST	3M
	n	Media (Dt.)	Media (Dt.)	Media (Dt.)
Antidepresivo	2	16 (5,6)	24 (2,8)	25,5 (3,5)
Ansiolítico	5	19,6 (1,8)	19,2 (3,3)	24,4 (6,3)
Ansiolítico + Antidepresivo	11	23,6 (2,8)	24,3 (3,8)	25 (3,6)
Ninguno	6	21,4 (4)	25,6 (2,6)	25,1 (4,2)

En la prueba post-hoc (Tabla 8.2.26), no se detectan diferencias significativas entre las diferencias de medias.

Tabla 8.2.26. Prueba post-hoc en la escala KAWA según consumo de fármacos.

Fármacos	n	Comparaciones	Diferencias de medias	p
Antidepresivo (1)	3	1-2	,75	,991
Ansiolítico (2)	9	1-3	-2,49	,729
		1-4	-2,00	,860
Antidepresivo + Ansiolítico (3)	13	2-3	-3,25	,247
Ninguno (4)	7	2-4	-2,75	,479
		3-4	,49	,989

KAWA: Darse Cuenta. DHS de Tukey.

En el gráfico se puede observar la diferente evolución de la habilidad de Darse Cuenta en la muestra que recibe la TCAP, según consumo de fármacos. El grupo de personas que consume ansiolíticos apenas aprende esta habilidad durante el tratamiento, y en cambio a los tres meses aumenta esta puntuación. Esto puede ser debido a una progresiva reducción de fármacos, junto con el mantenimiento de la práctica o el asentamiento de los conocimientos y habilidades aprendidas durante el tratamiento.

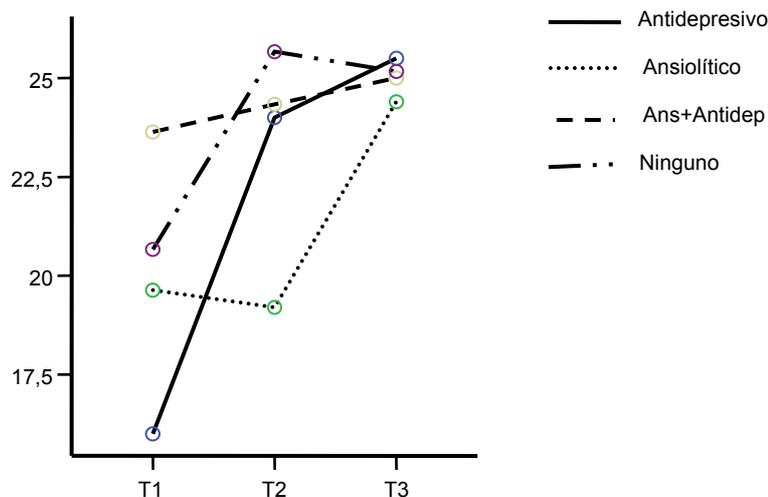


Gráfico 8.2. Evolución de la habilidad de la Atención Plena, Darse Cuenta, según el consumo de fármacos.

El grupo que consume solo antidepresivos es muy pequeño como para que las comparaciones sean generalizables, y por tanto es difícil sacar una conclusión respecto a una mayor dificultad de los consumidores de ansiolíticos para el aprendizaje de la Atención Plena:

Por tanto, partir de los análisis, podemos decir tentativamente que:

- a) Al inicio del tratamiento se detectan diferencias entre grupos de consumidores de fármacos en dos escalas de la metacognición. Los que no consumen ningún fármaco tienen menor percepción de la preocupación como Peligrosa e Incontrolable que el resto de consumidores, y menor nivel de Autoconciencia Cognitiva que los que consumen ambos fármacos. Esto puede ser consecuencia de una menor gravedad de síntomas.
- b) También hay diferencias a en dos habilidades de la Atención Plena. El grupo de sujetos que no consumen fármacos, tiene más desarrollada la habilidad de Aceptar sin juzgar que el grupo que consume ambos, esto puede tener que ver también con una menor gravedad de los síntomas. Éste último a su vez es el que tiene más desarrollada la habilidad de Darse Cuenta, por encima de los que consumen tan solo un tipo de fármaco.
- c) El consumo de ansiolíticos dificulta el aprendizaje de la habilidad de la Atención Plena “Darse Cuenta”. Puede ser debido a que los efectos secundarios de este tipo de fármacos provocan un estado de alerta bajo, que dificulta la atención. Lo curioso es que esto solo sucede en los sujetos con consumo de ansiolíticos, y no en el grupo que consume ambos.

8.2.5 Presencia de dolor y enfermedades médicas

El primer tratamiento basado en la Atención Plena que se desarrolló (MBSR, Kabat-Zinn et al, 1982, 1985, 1985) fue pensado para ser aplicado a población con dolor crónico. A pesar de que el objetivo de este estudio no era el papel de la TCAP sobre el dolor, se tuvo en cuenta la información sobre el número de personas con dolor físico crónico para estudiar su posible efecto en el tratamiento. La presencia de dolor físico crónico puede haber dificultado la práctica de determinadas técnicas, y por tanto puede haber afectado a la eficacia del tratamiento.

Otro de los puntos que se va a analizar en este apartado, es la presencia de enfermedades somáticas. A lo largo del tratamiento nos dimos cuenta de que había una pequeña muestra de personas con enfermedades físicas con un gran componente somático (Fibromialgia, Obesidad mórbida, Síndrome de colon irritable y Enfermedad

de Crohn), aunque ninguna de ellas es estrictamente psicológica, todas tienen en común el gran papel del estrés o sufrimiento en su agravamiento.

Para realizar el análisis sobre la muestra con dolor se divide la muestra en dos bloques (los que tienen dolor crónico y los que no) y se comparan. El 51,1 % de la muestra (Tabla 8.2.27) que recibe el tratamiento, sufre algún tipo de dolor crónico (sobre todo son del tipo muscular y articular).

Tabla 8.2.27. Número de personas con dolor crónico.

Dolor	n	Porcentaje
NO	22	48,9%
SÍ	23	51,1%
Total	45	

En la comparación realizada entre los dos bloques en las puntuaciones iniciales del tratamiento (Tabla 8.2.28.), se observa que los sujetos con dolor utilizan menos la rumiación que los que no tienen enfermedades con dolor (RUM, $t=-2,235$; $p=,034$). Las personas con dolor crónico puntúan menos en la escala que mide la habilidad de la Atención Plena de Aceptar (KJUD, $t=4,057$; $p=, <001$), pero en cambio puntúan más en la escala que mide la habilidad de Observar (KOBS, $t=-2,251$; $p=,032$).

Tabla 8.2.28. Prueba t entre grupos de dolor (solo comparaciones significativas).

	Dolor Crónico				t	p
	n	Sí	n	No		
RUM	15	64,4 (11,3)	16	72,7 (9,4)	-2,235	,034
KOBS	15	27,4 (5,4)	16	31,8 (5,6)	-2,251	,032
KJUD	15	23 (4,9)	16	16,1 (4,4)	4,057	<,001

RUM Rumiación; KOBS: Observar; KJUD: Aceptar.

En el ANOVA 3x2 no se detecta ningún efecto de la interacción en ninguna de las variables, por tanto se puede decir que la presencia de dolor no dificulta el aprendizaje de las habilidades básicas de la TCAP.

Tampoco aparecen diferencias en los niveles de adherencia al tratamiento. En cambio, en los niveles de seguimiento de la práctica sí se observan diferencias significativas, las personas que tienen enfermedades con dolor practican con menos frecuencia, en

el seguimiento a tres meses, las técnicas de la meditación sentados/as ($t=-2,945$; $p=,012$), y la técnica de la contemplación de las sensaciones ($t=-2,069$; $p=,041$).

Tabla 8.2.29. Prueba t ente grupos de dolor para el seguimiento de la adherencia.

	Dolor Crónico				t	p
	n	Sí	n	No		
Meditación sentados/as	12	3 (1,6)	17	4,8 (1,6)	-2,945	,007
Meditación en la contemplación de las sensaciones	13	2,7 (1,2)	17	3,7 (1,3)	-2,069	,048

Como se ha introducido en este apartado también se ha analizado a un grupo de sujetos del grupo de tratamiento que tenía enfermedades físicas con componentes psicológicos importantes, todas están ya incluidas en el grupo anterior, ya que todas tienen componentes de dolor físico. El tratamiento en TCAP tiene una parte crucial de trabajo corporal, así que tal vez la muestra con enfermedades con un componente de somatización o de mala regulación corporal afecten a la adherencia o a la eficacia del tratamiento. Como podemos ver en la siguiente tabla había diagnosticados seis casos de Fibromialgia, que en realidad eran siete porque una además tiene Síndrome de Colon Irritable, había dos sujetos con obesidad mórbida y uno con Enfermedad de Crohn.

Tabla 8.2.30. Frecuencia de sujetos con enfermedades psicosomáticas.

	n	Porcentaje
Fibromialgia	6	54,6%
Obesidad Mórbida	2	18,1%
Síndrome de Colon Irritable	2	18,1%
Enfermedad de Crohn	1	9,1%
Total	11	

En las puntuaciones previas al tratamiento se observa que los sujetos con enfermedades somáticas puntúan (Tabla 8.2.31) más alto en la escala que mide síntomas de depresión (BDI, $t= 2,861$; $p=,010$) y en la escala que mide síntomas de ansiedad (BAI, $t=2,067$; $p=,027$). Además puntúan menos en la escala que mide habilidades de Afrontamiento Efectivo (AE, $t=-3,112$; $p=,005$). Tienen mayores puntuaciones en la escala que mide la percepción de la preocupación como

Incontrolable y Peligrosa (MUD, $t=2,235; p=,035$). No hay diferencias significativas en la adherencia al tratamiento entre los dos grupos.

Tabla 8.2.31. Prueba t entre grupos de enfermedades somáticas en las puntuaciones pre.

	Enfermedad somática				t	p
	n	Sí	n	No		
BDI	11	38,7 (10,4)	34	28 (10,8)	2,861	,006
AE	7	29,9 (3,7)	24	36,2 (8,5)	-3,112	,005
BAI	7	38,2 (13)	24	27 (10,5)	2,067	,027
MUD	7	23,6 (2,6)	24	20,1 (5,9)	2,235	,035

BDI: Inventario de depresión de Beck; BAI: Inventario de ansiedad de Beck; AE: Afrontamiento Efectivo. MUD: Percepción de la Preocupación como Peligrosa e Incontrolable.

En el ANOVA 2x2 no se detecta ningún efecto de la interacción en ninguna de las escalas, ni en la adherencia al tratamiento. Por tanto, se puede decir que la muestra con enfermedades somáticas no termina el programa en TCAP de forma diferente a la muestra que no las tiene.

El análisis de los datos indican que:

- El dolor no afecta a la eficacia del tratamiento, aunque tenemos que tener en cuenta que al empezar las personas con dolor tenían una mayor capacidad de Observar, debido tal vez a que al sufrir dolor crónico están más pendientes de las sensaciones corporales. Tienen una mayor tendencia a Juzgar la experiencia, tal vez debido a una no aceptación de las sensaciones desagradables que provoca el dolor crónico. En cambio parece que la muestra sin dolor utiliza más la rumiación que la que tiene dolor crónico, este dato no es coherente con las investigaciones que se han hecho respecto al papel de la rumiación en el mantenimiento y cronificación del dolor crónico.
- La muestra de personas con dolor practica menos en el seguimiento la técnica de contemplación de las sensaciones y la de meditación sentados/as. Tal vez debido a que las sensaciones de dolor dificultan el seguimiento, una vez ya no se tiene la energía que proporciona el grupo o las tareas para casa.
- La presencia de Enfermedades Somáticas no afecta a la eficacia del tratamiento, aunque tenemos que tener en cuenta que la muestra con diagnóstico de enfermedad somática empieza el tratamiento con mayores síntomas de Depresión y Ansiedad, menos estrategias de Afrontamiento Efectivo y mayor percepción de la

preocupación como Incontrolable y Peligrosa. Este grupo de sujetos parece que está más grave que el resto.

8.2.6 Inicio de síntomas

Aunque el objetivo de esta investigación no era la prevención de recaídas, sí que nos interesó averiguar si la cronicidad afectaba a la eficacia del tratamiento. La forma que se ha utilizado para medir la cronicidad es consultar a los pacientes sobre el inicio de los síntomas, en caso de confusión se ha consultado también los historiales clínicos.

En la muestra que ha recibido el tratamiento en Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena hay una gran variabilidad en los niveles de cronicidad, podemos encontrar desde personas con historiales largos de tratamiento hasta personas con menos de un año de historial. En este apartado se pretende estudiar el efecto tiempo en la historia clínica sobre el tratamiento, es decir el tiempo que hace que empiezan a tener sintomatología. Para hacer esto se han hecho tres bloques con la variable de los años del primer episodio (Tabla 8.2.32), por una parte los que tienen un historial de menos de 4 años, el segundo bloque lo integran los que tienen entre 4 y 8 años de historial clínico, y el tercero los que tienen más de 8 años.

8.2.32. Descriptivos años de cronicidad.

	n	Media (Dt.)	Mínimo	Máximo
Años del primer episodio	41	9,19 (8,8)	0	30

Al empezar el tratamiento (Tabla 8.2.33) hay diferencias significativas en el nivel Afrontamiento Efectivo (AE). Las personas con más años de cronicidad (> de 8 años) tienen menos habilidades de afrontamiento efectivo cuando empiezan el tratamiento (AE;p(1-3)=,058;p(2-3)=,050).

8.2.33. Diferencias entre bloques de cronicidad en las puntuaciones pre.

	Bloques según primer episodio	n	Media (Dt.)	F	p	Comparaciones	p
AE	< de 4 años	6	39,3 (6,7)	4,166	,017	1-2	,928
	Entre 4 y 8 años	12	38 (7,6)			1-3	,058
	> de 8 años	10	30,7 (5,8)			2-3	,050

AE: Afrontamiento Efectivo.

En el ANOVA 2x2 no se detecta ningún efecto significativo en la interacción para ninguna de las escalas, ni para la adherencia al tratamiento. La muestra que inicia la sintomatología más de 8 años antes, no termina el tratamiento de forma diferente a la muestra que lo inició hace menos de 4 años o entre 4 y 8.

Por tanto, podemos decir que:

- a) El inicio de síntomas no afecta a la eficacia del tratamiento en TCAP ni a los niveles de adherencia al tratamiento. Aunque sí que aparecen diferencias en el uso de Estrategias de Afrontamiento Efectivo al empezar. La muestra con más de 8 años desde el inicio de síntomas utiliza menos el estilo cognitivo de Afrontamiento Efectivo.

8.3 Eficacia del tratamiento sobre la muestra con síntomas de Depresión

El objetivo de este capítulo es investigar los efectos del tratamiento sobre los participantes con síntomas de depresión, así como estudiar las variables que están actuando en el cambio de estos síntomas.

En un primer momento los sujetos que han participado en el estudio vienen diagnosticados por los profesionales de los centros de salud, pero estos diagnósticos no aportan mucha información a la hora de interpretar los datos, así que se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (BDI) para el análisis de la muestra con síntomas depresivos. La muestra se divide utilizando el punto de corte BDI=18 para distinguir la presencia de sintomatología depresiva. Este punto de corte ha sido utilizado tradicionalmente como línea divisoria o como el punto más sensible para diferenciar entre poblaciones (Sanz, 1998) con depresión.

En el segundo punto se analizan las diferencias entre la muestra que ha reducido la puntuación por debajo del punto de corte y la que no, es decir, se analiza en que se diferencia la muestra para la que el tratamiento en TCAP ha sido eficaz, de la muestra para la que no lo ha sido. Para terminar, se analizan los diferentes niveles de adherencia al tratamiento según los datos normativos del BDI y la reducción de puntuaciones por debajo del punto de corte.

Al empezar el tratamiento (Tabla 8.3.1.) encontramos que el 15,6% de los sujetos del grupo de tratamiento están por debajo del punto de corte (BDI < 18), y el 84,4% por encima. Al terminar el tratamiento, esta diferencia se invierte, ya que el 53,3% de los sujetos pasan a puntuar menos de 18 en el BDI, y el 46,7% siguen puntuando más de 18. A los tres meses, el porcentaje de personas que puntúan menos de 18 en el BDI pasa a ser el 57,1%, y los que superan este punto de corte llega a ser del 42,9%, estos resultados son prácticamente equivalentes a los obtenidos en las puntuaciones post, ya que en la medida de los tres meses hay una mortandad de 10 sujetos.

Tabla 8.3.1. Porcentaje de sujetos según punto de corte del BDI en el grupo de tratamiento.

	PRE (T1)		POST (T2)		3 M (T3)	
	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje
BDI < 18	7	15,6%	24	53,3%	20	57,1%
BDI >18	38	84,4%	21	46,7%	15	42,9%
Total	45		45		35	

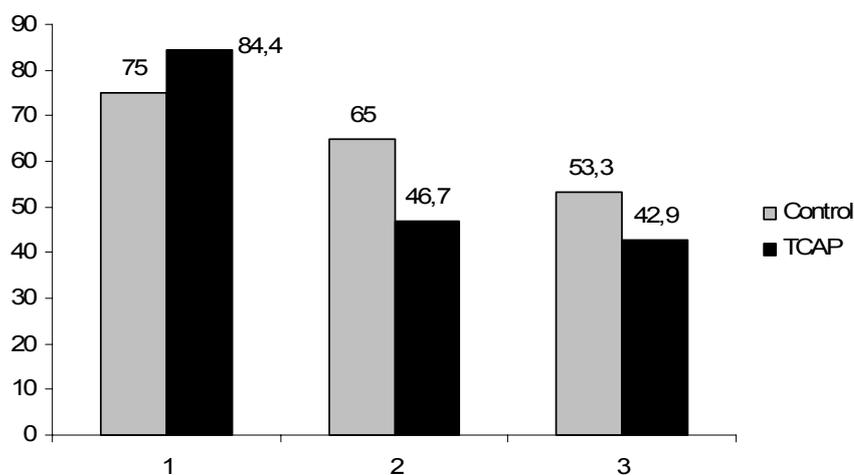
BDI: Inventario de depresión de Beck

En el grupo de control (Tabla 8.3.2) empiezan con un porcentaje algo menor de personas con una puntuación en el BDI superior a 18, un 25% de los sujetos. En el tiempo de medida post, este porcentaje cambia, y pasa a ser el 35% de los sujetos los que no superan el punto de corte del BDI, mientras el 65% sigue superándolo. A los tres meses apenas se pueden sacar conclusiones ya que hay una altísima mortandad de participantes en este grupo.

Tabla 8.3.2. Porcentaje de sujetos según punto de corte del BDI en el grupo de control.

	PRE (T1)		POST (T2)		3M (T3)	
	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje
BDI < 18	10	25%	14	35%	7	47,7%
BDI >18	31	75%	27	65%	8	53,3%
Total	41		41		15	

BDI: Inventario de depresión de Beck



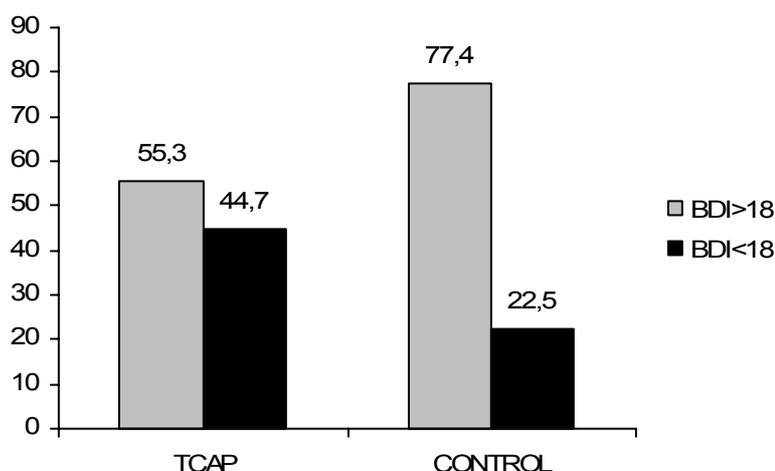
Gráfica 8.3.1 Porcentaje de personas con BDI>18 en los tres tiempos de medida.

En el grupo de tratamiento, un 53% acaba el tratamiento con una puntuación en el BDI menor de 18, y un 47% acaba con una puntuación superior. Pero si tenemos en cuenta que no todos empezaron con esta puntuación, el porcentaje cambia. Solo 7 personas puntuaban por debajo de 18 al empezar, por tanto, 38 empezaron con BDI>18 (tabla 8.3.3), al terminar 17 habían reducido las puntuaciones y 21 la mantuvieron. Es decir, que un 44% de los sujetos con puntuación superior a 18 en el BDI la han reducido por debajo de este punto de corte al terminar el tratamiento. No hay ningún sujeto que haya empezado con una puntuación inferior a 18 y haya terminado con una puntuación superior a este punto de corte.

En el grupo de control, 31 sujetos puntúan más de 18 en el BDI, de estos el 77,4% se mantiene por encima de 18 en el tiempo de medida post, y el 22,5% por debajo.

Tabla 8.3.3. Número de sujetos que ha reducido la puntuación en el BDI por debajo de punto de corte 18.

	TCAP		Control	
	n	Porcentaje	n	Porcentaje
No mejoran las puntuaciones en la escala BDI por debajo del punto de corte	21	55,3%	24	77,4%
Mejoran las puntuaciones en la escala BDI por debajo del punto de corte	17	44,7%	7	22,5%
Total	38		31	



Gráfica 8.3.2 Porcentaje de personas que mejoran la puntuación por debajo del punto de corte.

La tabla con la evolución de los resultados en el BDI según datos normativos (Tabla 8.3.4.), indica que el porcentaje de personas sin sintomatología depresiva (BDI < 18) pasa del 2,2% a 40% en la medida realizada a los tres meses. Depresión leve pasa de 13,3% al 14,3%. Los casos de personas con depresión moderada pasan del 26,7 % al 24,4%. Y los casos de Depresión grave pasan del ser el 57,8% del total de los casos a ser el 22,9%.

Tabla 8.3.4. Número de sujetos para cada punto de corte del BDI en el grupo de tratamiento, en los tres tiempos de medida.

	PRE (T1)		POST (T2)		3 M (T3)	
	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje
No depresión (0-9)	1	2,2%	15	33,3%	14	40 %
Depresión leve (10-18)	6	13,3%	9	20%	5	14,3 %
Depresión moderada (19-29)	12	26,7%	11	24,4%	8	22,9 %
Depresión grave (> 30)	26	57,8%	10	22,2%	8	22,9 %
Total	45		45		35	

En el grupo control (Tabla 8.3.5) el porcentaje de personas con depresión grave es un poco inferior en el tiempo de medida post (46,3%), y en cambio el porcentaje de personas con depresión leve es superior al del grupo de tratamiento (29,3%). En el tiempo de medida post todos los porcentajes bajan y aumenta un 17,1% el porcentaje de personas sin sintomatología depresiva. A los tres meses la mayoría de sujetos

puntúan por debajo de 9 en el BDI, un 58,5%, pero apenas se pueden sacar conclusiones debido a la alta mortandad en este grupo.

Tabla 8.3.5. Número de sujetos para cada punto de corte del BDI en el grupo de control.

	PRE (T1)		POST (T2)		3 M (T3)	
	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje
No depresión (0-9)	0		7	17,1%	6	58,5%
Depresión leve (10-18)	10	24,4%	9	22%	1	17,1%
Depresión moderada (19-29)	12	29,3%	11	26,8%	4	17,1%
Depresión grave (> 30)	19	46,3%	14	34,1%	4	7,3%
Total	40		40		15	

8.3.1 Eficacia del entrenamiento sobre la muestra con una puntuación superior a 18 en el cuestionario BDI

Los que tienen un BDI superior a 18 ($n = 36$) al empezar el tratamiento en TCAP mejoran en la mayoría de las variables. Los ANOVA de medidas repetidas (pre-post-3 meses) realizados sobre el grupo que recibe el programa TCAP (Tabla 8.3.6) muestran una clara reducción de las puntuaciones en las escalas que miden síntomas. Se observa una reducción de las puntuaciones en el Inventario de Depresión de Beck (BDI, $F(2,58)=24,50$; $p<,001$), en el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, $F(2,40)=10,50$; $p<,001$), en la escala de Estrés (DASS, $F(2,58)=8,99$; $p<,001$), en el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI, $F(2,58)=6,635$; $p=0,003$) y en el Inventario de Preocupación de Pennsylvania (PSWQ, $F(2,56)=21,4$; $p<,001$). De todos estos cambios, los dos que tienen un tamaño del efecto superior son los que suceden en las escalas de síntomas de Depresión (BDI=,45) y en la que mide el nivel de preocupación (PSWQ=,43). Las diferencias de medias se sitúan entre los tiempos de medida pre y post, y a los tres meses se mantienen.

Los ANOVA de medidas repetidas realizados sobre el grupo que recibe el tratamiento usual o grupo de control (Tabla 8.3.6.) muestran una reducción de las puntuaciones en las escalas que miden síntomas. Se observa una reducción de las medias en el Inventario de Depresión de Beck (BDI, $F(2,18)=3,933$; $p=,038$), en la escala de Estrés (DASS, $F(2,18)=5,540$; $p=,013$) y en el Inventario de Preocupación de Pennsylvania (PSWQ, $F(2,8)=6,246$; $p=,023$). Las diferencias de medias aparecen en el tiempo de seguimiento, al terminar el tratamiento no hay diferencias excepto en el Inventario de

Depresión de Beck. Las razones de esta reducción a los tres meses, puede tener que ver el pasar del tiempo, con la eficacia del tratamiento farmacológico, o con la eficacia retardada de los tratamientos en relajación, aunque también puede tener que ver con solo los sujetos que se beneficiaron del tratamiento usual contestaron los cuestionarios a los tres meses.

Tabla 8.3.6 Anova de medidas repetidas en las escalas de síntomas para la población con BDI>18.

		PRE		POST	3M			
		n	Media (Dt.)	Media (Dt.)	Media (Dt.)	F	p	η^2
BDI	TCAP	30	33,8 (9,6) ^a	19,9 (12,8)**	19,3 (14,1)**	24,50	<,001	,45
	Control	10	33 (9,1) ^a	28,3 (14)*	24,5 (18,1)*	3,933	,038	,30
BAI	TCAP	21	31,6 (11,5) ^a	21,3 (14,3)*	22 (14,1)*	10,50	<,001	,34
	Control	10	32,1 (15,1)	28,1 (15,1)	30,2 (18,7)	1,751	,215	,22
DASS	TCAP	30	25,8 (7,6) ^a	19,6 (9)**	19,4 (9)**	8,99	<,001	,25
	Control	10	25,6 (8,3) ^a	24,8 (9,9)	19 (11,1) ⁺	5,540	,013	,38
ASI	TCAP	30	33,6 (14,3) ^a	25,4 (13,6)**	25,2 (14,9)**	6,635	,003	,20
	Control	10	37,2 (15,4) ^a	36,8 (15,8)	31 (17)	1,342	,286	,13
PSWQ	TCAP	29	66,2 (9) ^a	59,2 (10,8)**	53,7 (10,4)**	21,42	<,001	,43
	Control	5	67 (8,3) ^a	62,8 (11)	50 (12,3) ⁺	6,246	,023	,61

BDI: Inventario de depresión de Beck; BAI: Inventario de ansiedad de Beck; DASS: Escala de estrés. ASI: Índice de sensibilidad a la ansiedad; PSWQ: Inventario de Preocupación de Pennsylvania.

En las escalas que miden variables cognitivas en el grupo que recibe TCAP (Tabla 8.3.7) se observa una reducción de los niveles de uso de estilos cognitivos desadaptativos como el de la Rumiación (RUM, $F(2,40)=6,831;p=,003$), además de un aumento del estilo de Afrontamiento Efectivo (AE, $F(2,40)=6,203;p=,005$). En las escalas de metacognición (Tabla 8.3.7) se observa que tras la intervención en TCAP, hay una reducción de las puntuaciones en escalas que miden las creencias positivas sobre la preocupación (MPB, $F(2,40)=6,370;p=,003$), la Necesidad de Controlar los Pensamientos (MNCT, $F(2,40)=7,156;p=,002$), la Percepción de la Preocupación como Incontrolable y Peligrosa (MUD, $F(2,40)=16,99;p<,001$), la Autoconciencia Cognitiva (MCSC, $F(2,40)=3,882;p=,029$) y la Confianza Cognitiva (MCC, $F(2,40)=6,930;p=,003$).

Tabla 8.3.7. ANOVA de medidas repetidas en las escalas que miden variables cognitivas para la población con BDI>18.

		PRE		POST	3M			
		n	Media (Dt.)	Media (Dt.)	Media (Dt.)	F	p	η^2
AE	TCAP	21	34,8 (6,6) ^a	40,9 (8,9) **	41,0 (8,1) **	6,203	,005	,23
	Control	8	34,6 (11,9)	35,1 (8,7)	35,7 (8,7)	1,541	,254	,20
RUM	TCAP	21	68,7 (10,7) ^a	61,9 (12,8) **	60 (11,2) **	6,831	,003	,25
	Control	8	77,6 (25,2)	77 (29)	63,5 (26,9)	2,091	,160	,23
MNCT	TCAP	21	17,1 (5,4) ^a	13,5 (4,3) *	14,1 (5) *	7,156	,002	,26
	Control	8	19,5 (6)	17,3 (5,9)	15,8 (3,9)	1,564	,244	,20
MCC	TCAP	21	15,7 (5,4) ^a	13,5 (5,4) *	12,4 (5,1) *	6,930	,003	,25
	Control	8	12,7 (5,2)	12,8 (7,8)	11,5 (6,1)	,441	,652	,05
MUD	TCAP	21	22 (4,9) ^a	17,3 (5) **	16,1 (4,9) **	16,99	<,001	,45
	Control	8	20,7 (6,7)	19,3 (7,8)	18,6 (5,8)	,682	,521	,08
MPB	TCAP	21	13,4 (5) ^a	10,8 (4,4) **	10,3 (4,6) **	6,370	,003	,25
	Control	8	15,5 (7,3)	13,3 (7,3)	12,1 (5,6)	1,504	,256	,17
MCSC	TCAP	21	19,5 (5) ^a	17,2 (3) *	17,3 (3,8) *	3,882	,029	,16
	Control	8	18,2 (6,6)	21,1 (6,7)	19,3 (5,7)	,486	,625	,06

RUM: Rumiación; AE: Afrontamiento Efectivo; MNCT: Necesidad de control de los pensamientos; MCC: Confianza Cognitiva; MUD: Percepción de la preocupación como Incontrolable y Peligrosa; MPB: Creencias positivas sobre la preocupación; MCSC: Autoconciencia Cognitiva.

De todos estos cambios, el que tiene un mayor tamaño del efecto es la reducción de la percepción de la Preocupación como algo Peligroso e Incontrolable ($,45$), y en cambio que tiene menor tamaño del efecto es el referido al aumento de la Autoconciencia Cognitiva ($,16$). Los cambios suceden al terminar el entrenamiento, y se mantienen las puntuaciones a los tres meses. En el grupo de control (Tabla 8.3.7.) no se detectan diferencias significativas en ninguna de estas escalas.

En los instrumentos que miden las habilidades de Atención Plena, (Tabla 8.3.8) se observa que, en el grupo que recibe el tratamiento TCAP, hay un aumento de las puntuaciones en la escala que mide la habilidad de Aceptar (KJUD, $F(2,40)=8,402$; $p=,001$), en la habilidad de Darse Cuenta (KAWA, $F(2,40)=4,948$; $p=,021$) y en la escala FMI de la Atención Plena (FMI, $F(2,16)=4,948$; $p=,021$). Los cambios suceden al terminar la intervención y se mantienen en el tiempo. En el grupo de control no se observan diferencias significativas en ninguna de las comparaciones. Éstas solo se realizan con las puntuaciones pre y post, ya que a los tres meses la n es demasiado pequeña ($n=2$).

Tabla 8.3.8. ANOVA de medidas repetidas en las escalas que miden Atención Plena para la población con BDI>18.

			PRE	POST	3M			
		n	Media (Dt.)	Media (Dt.)	Media (Dt.)	F	p	η^2
KOBS	TCAP	21	29,7 (5,7)	30,1 (4,8)	31,2 (5,3)	,753	,478	,03
	Control	9	30,6 (7,6)	29,4 (6,3)	-	,599	,461	,07
KDES	TCAP	21	18,8 (4,4)	20,5 (4,4)	21,8 (5)	2,648	,083	,11
	Control	9	18,4 (5,3)	20 (5,2)	-	1,774	,220	,18
KAWA	TCAP	21	21,5 (4) ^a	23,1 (3,8)*	25 (4,2) *	6,881	,003	,25
	Control	9	22,5 (4,6)	23,4 (5,5)	-	,600	,461	,07
KJUD	TCAP	21	18,8 (5,5) ^a	23,4 (5,5)*	23,9 (6,2) *	8,402	,001	,29
	Control	9	22,6 (6,3)	24,2 (8,1)	-	,492	,503	,05
FMI	TCAP	9	30,2 (2,5) ^a	34,3 (5)*	31 (6,2)	4,948	,021	,38
	Control	-	-	-	-	-	-	-
MAAS	TCAP	24	46,3 (13,9) ^a	48,8 (11,4)	51,2 (14,5) *	2,074	,078	,10
	Control	13	51,7 (12)	51,9 (11,1)	-	,009	,927	,00

KOBS: Observar; KDES: Describir; KAWA: Darse Cuenta; KJUD: Aceptar. FMI: Inventario de Atención Plena de Freiburg.

En resumen, los datos indican que:

- Casi todos los análisis realizados en el grupo que recibe la TCAP resultaron significativos. Se observa una reducción sobre todas las escalas de síntomas, y sobre todos los factores cognitivos. Se demuestra un efecto positivo del tratamiento sobre la población con una puntuación en el BDI por encima de 18, que se mantienen en el tiempo, a los tres meses.
- Se observa un aumento de la Atención Plena en el grupo que recibe la TCAP en dos habilidades concretas, la de Aceptar sin juzgar y la de Darse Cuenta, y en una escala monofactorial FMI.
- En el grupo de control se detecta una reducción significativa en las escalas que miden síntomas de Depresión, Estrés y Preocupación, que se mantiene a los tres meses. Por tanto se demuestra un efecto positivo del tratamiento usual para las personas que puntúan más de 18 en el BDI. No se detecta ningún efecto sobre las metacreencias, ni sobre las habilidades de Atención Plena.

Una vez ya se ha presentado la evolución en las puntuaciones en los tres tipos de variables para los dos grupos por separado, se pasa a presentar el análisis de la comparación intersujetos. Primero se hace una prueba t con las puntuaciones previas, para averiguar si hay diferencias significativas al inicio del tratamiento, y después un ANOVA 2x2 cuyo objetivo es averiguar cual de los dos tratamiento ha sido más eficaz.

Se incluyen dos tiempos de medidas porque la n del grupo de control en el tiempo 3 es pequeña (solo se incluyen los sujetos con BDI>18), y en este caso interesa más saber lo que sucede al terminar la intervención, y mantener un n más grande.

En las escalas de síntomas, no se observan diferencias significativas al comparar el grupo de tratamiento con el grupo de control en las puntuaciones pre (Tabla 8.3.9). Por tanto se entiende que son poblaciones que tienen puntuaciones equivalentes en las escalas que miden sintomatología.

Tabla 8.3.9. Pruebas t entre el grupo de tratamiento y grupo de control en las escalas de síntomas para la población BDI>18 al empezar el entrenamiento.

	n	TCAP	n	Control	t	p
BDI	45	30,64 (11,6)	41	28,4 (11,4)	-,869	,388
BAI	31	29,7 (12)	31	28,4 (15,1)	-,360	,721
DASS	45	25,1 (7,8)	39	23,9 (8,7)	-,686	,495
ASI	45	32,1 (14,1)	36	34,2 (15,5)	,183	,541
PSWQ	44	65,3 (8,9)	25	65,8 (9,7)	,855	,855

BDI: Inventario de depresión de Beck; BAI: Inventario de ansiedad de Beck; DASS: Escala de estrés. ASI: Índice de sensibilidad a la ansiedad; PSWQ: Inventario de Preocupación de Pennsylvania,

La eficacia de la intervención viene indicada por la existencia de un efecto de interacción entre el factor tratamiento (TCAP - Tratamiento usual: Intersujeto) y el factor momento de evaluación (tiempo de medida: Intrasujeto). Cuando los resultados de la interacción salen significativos se incluye un análisis de efectos simples para detectar en que tiempo de medida aparecen diferencias significativas.

Tabla 8.3.10. ANOVA 2x2 para las escalas que miden síntomas en la población que empieza el tratamiento con un BDI>18.

	Intrasujetos								Intersujeto			
	Tiempo				Tiempo x grupo				Grupo			
	F	p	η^2	1- β	F	p	η^2	1- β	F	p	η^2	1- β
BDI	40,10	<,001	,37	99%	9,88	,002	,12	87%	2,550	,115	,03	35%
BAI	19,14	<,001	,29	99%	4,491	,040	,08	54%	1,37	,246	,02	21%
DASS	11,30	,001	,14	91%	6,44	,013	,08	70%	1,838	,180	,02	26%
PSWQ	16,30	<,001	,20	97%	2,951	,091	,04	39%	2,973	,090	,04	39%
ASI	4,209	,045	,07	52%	8,378	,006	,14	,810	3,956	,052	,07	49%

BDI: Inventario de depresión de Beck; BAI: Inventario de ansiedad de Beck; DASS: Escala de estrés; ASI: Índice de Sensibilidad a la Ansiedad; PSWQ: Inventario de Preocupación de Pennsylvania.

El ANOVA 2x2 (Tabla 8.3.10) realizado sobre las escalas de síntomas revelan un efecto significativo en el factor tiempo de medida en todas las escalas, y también para la interacción, (excepto en la escala ASI). En cambio no aparece un efecto significativo en el factor grupo para ninguna de las escalas.

En la escala BDI (Tabla 8.3.10) se observa un efecto significativo para la variable momento de evaluación ($F(1,67)=40,10;p<,001$), lo que quiere decir que en los grupos hay reducción de puntuaciones, y también un efecto significativo en la interacción ($F(1,67)=9,88;p<,001$). En la comparación de efectos simples (Tabla 8.3.11) se detecta una diferencia significativa en el tiempo de medida post ($p=,012$).

Tabla 8.3.11 Efectos simples en la escala BDI.

TCAP x Control	TCAP (n=38)	Control (n=31)	Diferencias de medias	p
T1	33,8 (9,6)	33 (9,1)	,760	,740
T2	19,9 (12,8)	28,3 (14)	8,404	,012

BDI: Inventario de depresión de Beck. Ajuste por comparaciones múltiples de Sidak.

En la escala BAI (Tabla 8.3.10), que mide los síntomas de ansiedad, se observa un efecto significativo para la variable momento de evaluación ($F(1,46)=19,14;p<,001$), y también un efecto significativo en la interacción ($F(1,46)=4,49;p=,040$). A pesar de que aparece un efecto significativo de la interacción, en la comparación de efectos simples (Tabla 8.3.12) no se detecta ninguna diferencia significativa en el tiempo de medida post.

Tabla 8.3.12. Efectos simples en la escala BAI.

TCAP x Control	TCAP (n=26)	Control (n=22)	Diferencias de medias	p
T1	31,6 (11,5)	32,1 (15,1)	,424	,913
T2	21,3 (14,3)	28,1 (15,1)	-8,002	,060

BAI: Inventario de ansiedad de Beck. Ajuste por comparaciones múltiples de Sidak.

En la escala DASS (Tabla 8.3.10), que mide el nivel de estrés, se observa un efecto significativo para la variable momento de evaluación ($F(1,67)=11,30;p=,001$), y también un efecto significativo en la interacción ($F(1,67)=6,44;p=,013$). En la comparación de efectos simples (Tabla 8.3.13) se detecta una diferencia significativa en el tiempo de medida post ($p=,028$).

Tabla 8.3.13. Efectos simples en la escala DASS.

TCAP x Control	TCAP (n=38)	Control (n=30)	Diferencias de medias	p
T1	25,8 (7,6)	25,6 (8,3)	,159	,935
T2	19,6 (9)	24,8 (9,9)	-5,186	,028

DASS: Escala de estrés. Ajuste por comparaciones múltiples de Sidak.

En la escala ASI (Tabla 8.3.10), que mide la sensibilidad a la ansiedad, se observa un efecto significativo en la variable momento de evaluación ($F(1,62)=4,209;p=,045$), y también un efecto significativo en la interacción ($F(1,62)=8,378;p=,006$). En la comparación de efectos simples (Tabla 8.3.14) se detecta una diferencia significativa en el tiempo de medida post ($p=,026$). En la escala PSWQ (Tabla 8.3.10) solo se observa un efecto significativo en la variable tiempo de medida ($F(1,50)=16,30;p<,001$), pero no hay ningún efecto significativo para la interacción.

Tabla 8.3.14. Efectos simples en la escala ASI.

TCAP x Control	TCAP (n=36)	Control (n=28)	Diferencias de medias	p
T1	33,7 (14,7)	37,2 (15,4)	-3,506	,358
T2	25,4 (13,6)	33,8 (15,8)	8,423	,026

ASI: Índice de Sensibilidad a la Ansiedad. Ajuste por comparaciones múltiples de Sidak.

En la prueba t entre el grupo de tratamiento y el grupo de control en las puntuaciones pre (tabla 8.3.15.) se observa que en las escalas cognitivas hay diferencias entre el grupo de control y el de tratamiento en dos escalas del MCQ, en la escala que mide la percepción de la preocupación como Peligrosa e Incontrolable (MUD, $t=-2,317;p=,023$), y la que mide la Confianza Cognitiva (MCC, $t=-2,020;p=,048$).

Tabla 8.3.15. Pruebas t entre el grupo de tratamiento y grupo de control en las escalas que miden variables cognitivas, para la población con BDI>18 antes de empezar.

	n	TCAP	n	Control	t	p
AE	26	34,3 (7,2)	19	34,6 (11,9)	,100	,921
RUM	26	70,1 (11,5)	19	73,8 (18,4)	,768	,449
MNCT	26	16,6 (4,9)	22	15,3 (6,1)	-,812	,421
MCC	26	15,6 (5,3)	22	12,7 (4,7)	-2,020	,049
MUD	26	22 (4,8)	22	18,4 (5,9)	-2,317	,023
MPB	26	13,4 (4,5)	22	13,2 (6,3)	-,118	,907
MCSC	26	19,5 (5,4)	22	17 (5,8)	-1,464	,150

RUM: Rumiación; AE: Afrontamiento Efectivo; MNCT: Necesidad de control de los pensamientos; MCC: Confianza Cognitiva; MUD: Incontrolabilidad y Peligro; MPB: Creencias positivas; MCSC: Autoconciencia Cognitiva.

El ANOVA 2x2 (Tabla 8.3.16) realizado sobre las escalas que miden variables cognitivas revelan un efecto significativo en el tiempo de medida en todas las escalas, es decir que en ambos grupos hay una reducción, excepto en la que mide Autoconciencia Cognitiva (MCSC). Sólo aparece un efecto significativo de la interacción en la escala de la metacognición que mide la percepción de la preocupación como incontrolable y peligrosa MUD, y en la escala Autoconciencia Cognitiva MCSC. En cambio no aparece un efecto significativo en el factor grupo para ninguna de las escalas.

Tabla 8.3.16. ANOVA 2x2 para las escalas que miden variables cognitivas en la población que empieza el tratamiento con un BDI>18.

	Intrasujetos								Intersujeto			
	Tiempo				Tiempo x grupo				Grupo			
	F	p	η^2	1- β	F	p	η^2	1- β	F	p	η^2	1- β
RUM	6,561	,014	,13	70%	,101	,752	,00	6%	,853	,361	,02	14%
AE	5,302	,026	,11	61%	3,791	,058	,08	47%	,875	,355	,020	15%
MNCT	12,15	,001	,20	92%	2,97	,091	,06	39%	,035	,853	,001	5%
MCC	6,274	,016	,12	68%	,956	,333	,12	68%	,956	,333	,020	16%
MUD	27,99	<,001	,37	99%	5,93	,019	,11	66%	2,13	,151	,044	29%
MPB	11,33	,002	,19	90%	,992	,324	,02	16%	,098	,756	,00	6%
MCSC	,743	,393	,01	13%	4,07	,049	,08	50%	,561	,458	,01	11%

RUM: Rumiación; AE: Afrontamiento Efectivo; MNCT: Necesidad de control de los pensamientos; MCC: Confianza Cognitiva; MUD: Incontrolabilidad y Peligro; MPB: Creencias positivas; MCSC: Autoconciencia Cognitiva.

En la escala MUD (Tabla 8.3.16) se observa un efecto significativo para la variable momento de evaluación ($F(1,46)=27,99;p<,001$), y también un efecto significativo en la interacción ($F(1,46)=5,93;p=,019$). En la comparación de efectos simples (Tabla 8.3.17) se detecta una diferencia significativa en el tiempo de medida pre ($p=,023$). Esto es debido a que como ha aparecido en la tabla 8.3.15 existen diferencias previas entre los dos grupos en la puntuación en esta escala, aunque estas diferencias se diluyen en el tiempo de medida post.

Tabla 8.3.17. Efectos simples en la escala MUD.

TCAP x Control	TCAP (n=26)	Control (n=22)	Diferencias de medias	p
T1	22 (4,9)	19,8 (7,8)	3,680	,023
T2	17,3 (5)	18,2 (5,8)	,493	,757

MUD: Incontrolabilidad y Peligro. Ajuste por comparaciones múltiples de Sidak.

En la escala MCSC (Tabla 8.3.18) no se observa un efecto significativo para la variable momento de evaluación, y en cambio sí se detecta un efecto significativo en la interacción ($F(1,46)=4,07;p=,049$). En la comparación de efectos simples posterior, no se detectan diferencias significativas en ningún tiempo de medida. Pero por lo que se observa en la siguiente tabla, la diferencia aparece en el tiempo de medida pre, el grupo que recibe la TCAC tiene una puntuación superior a la del grupo que recibe el tratamiento usual.

Tabla 8.3.18. Efectos simples en la escala MCSC.

TCAP x Control	TCAP (n=26)	Control (n=22)	Diferencias de medias	p
T1	19,5 ± 7,4	13,4 ± 4,3	2,409	,148
T2	17 ± 5,8	17,9 ± 5,6	-,448	,737

MCSC: Autoconciencia Cognitiva. Ajuste por comparaciones múltiples de Sidak.

En los análisis entre grupos, (Tabla 8.3.19.) en las escalas de Atención Plena, observamos que el grupo con puntuación superior a 18 en el BDI del grupo de tratamiento es equivalente al inicio del tratamiento a nivel de habilidades de Atención Plena al grupo con BDI superior a 18 en el grupo de control.

Tabla 8.3.19. Pruebas t entre el grupo de tratamiento y grupo de control en puntuaciones pre en las escalas que miden habilidades de Atención Plena, para la población con BDI>18 antes de empezar.

	n	TCAP	n	Control	t	p
KOBS	26	29,6 (5,7)	10	30,5 (7,2)	-,317	,756
KDES	26	18,8 (4,4)	10	18,7 (5,1)	,059	,954
KAWA	26	21,7 (4,1)	10	22,3 (4,4)	-,356	,727
KJUD	26	18,8 (5,6)	10	21,9 (6,4)	-1,335	,202
FMI	23	-	2	-	-	-
MAAS	26	47,6 (15)	14	52,2 (11,3)	-1,116	,272

KOBS: Observar; KDES: Describir; KAWA: Darse Cuenta; KJUD: Aceptar; MAAS: Escala de Atención Plena y Darse Cuenta; FMI: Inventario de Atención Plena de Freiburg.

El ANOVA 2x2 (Tabla 8.3.20) realizado sobre las escalas que miden Atención Plena y las habilidades que la integran revelan solamente un efecto significativo para el factor tiempo de medida, en la habilidad de Aceptar (sin juzgar). En cambio no aparece un efecto significativo en la interacción, ni sobre el factor grupo, para ninguna de las escalas.

Tabla 8.3.20. ANOVA 2x2 para las escalas que miden Atención Plena en la población que empieza el tratamiento con un BDI>18.

	Intrasujetos								Intersujeto			
	Tiempo				Tiempo x grupo				Grupo			
	F	p	η^2	1- β	F	p	η^2	1- β	F	p	η^2	1- β
KOBS	,141	,710	,00	6%	,802	,277	,02	14%	,003	,955	,00	5%
KDES	3,38	,075	,093	43%	,014	,907	,00	52%	,091	,765	,00	6%
KAWA	2,00	,167	,057	27%	,119	,733	,00	6%	,147	,704	,00	6%
KJUD	6,929	,013	,174	72%	1,852	,183	,05	26%	1,23	,275	,036	19%
MAAS	,307	,583	,00	8%	,193	,663	,00	7%	,630	,432	,01	21%

KOBS: Observar; KDES: Describir; KAWA: Darse Cuenta; KJUD: Aceptar. MAAS: Escala de Atención Plena y Darse Cuenta; FMI: Inventario de Atención Plena de Freiburg.

En resumen, los datos indican que:

- Al empezar se perciben diferencias significativas entre los dos grupos a nivel de metacreencias. El grupo que recibe el programa TCAP tiene menos Confianza Cognitiva y una mayor percepción de la Preocupación como Peligrosa e Incontrolable.
- El tratamiento en terapia Cognitiva basado en la Atención Plena es más eficaz (en la población con BDI>18) que el tratamiento usual para la reducción de síntomas de Depresión, Ansiedad, Estrés y Sensibilidad a la ansiedad, y también en la reducción de la percepción de la Preocupación como Incontrolable y Peligrosa.

8.3.2. Diferencias intersujetos entre los que mejoran la puntuación en el BDI por debajo de 18 y los que no, en los dos grupos

El objetivo de este apartado es averiguar en que variables se diferencian los sujetos en los que el tratamiento es efectivo, y por tanto hay una reducción de síntomas en depresión por debajo del punto de corte, y los que no. Al principio del tratamiento hay 38 personas que puntúan en el BDI lo suficientemente alto como para entender que tienen sintomatología depresiva ($BDI \geq 18$), de estos, hay 17 (Tabla 8.3.21) que al terminar el tratamiento mejoraron la puntuación en el BDI lo suficiente como para estar por debajo del punto de corte, y 21 que no lo hacen.

Tabla 8.3.21 Número de personas que han reducido la puntuación en el BDI por debajo del punto de corte 18 en el BDI, en el grupo de tratamiento.

	n	Porcentaje
No reducción	21	55,3%
Reducción	17	44,7%
Total	38	

En el grupo de control (Tabla 8.3.22), el porcentaje de personas que reducen la puntuación en el BDI por debajo de 18, es mucho menor, tan solo el 22,5%.

Tabla 8.3.22. Número de personas que han reducido la puntuación en el BDI por debajo del punto de corte 18 en el BDI, en el grupo de control.

	n	Porcentaje
No reducción	24	77,4%
Reducción	7	22,5%
Total	31	

A los tres meses (Tabla 8.3.23) se reduce el número de personas que participan en el seguimiento, y los porcentajes aumentan ligeramente, a los tres meses el 57 % de los sujetos puntúa por debajo de 18 en el BDI, y el 42,9% puntúa por encima. En el tiempo de medida de los tres meses, podemos observar que de las personas que en el tiempo de medida post puntuaban más de 18 en el BDI (n = 20), 16 (80%) mantienen estos niveles y 4 (20%) mejoran lo suficiente como para pasar a puntuar menos de 18 en el BDI.

Tabla 8.3.23. Porcentaje de sujetos que han mejorado según punto de corte 18 en el BDI, en el grupo de tratamiento en el seguimiento a los tres meses.

	n	Porcentaje
Siguen por debajo del punto de corte (BDI <18)	16	35,6%
Reducción de la puntuación (de BDI > 18 a BDI<18)	4	8,9%
Siguen por encima del punto de corte (BDI > 18)	13	28,9%
Aumento de la puntuación (de BDI< 18 a BDI>18)	2	4,4%
Total	35	

En cambio, 13 sujetos (28,9%) no mejoran y se mantiene en sus puntuaciones superiores a 18 en el BDI, y además se le añaden dos que han empeorado en sus síntomas (4,4%).

El primer análisis Intersujetos que se realiza es una prueba t sobre las medias extraídas al inicio del tratamiento, para los dos grupos. Lo que se observa es (Tabla 8.3.24) que la única diferencia que hay entre los que mejoran y los que no en el grupo que recibe la intervención TCAP, es en el factor Autoconciencia Cognitiva (MCSC, $t=2,281$; $p=,023$). Por tanto, la única diferencia que se observa al empezar, entre los que reducen la puntuación del BDI por debajo del punto de corte y los que no, es que los que no cambian puntúan más alto en esta escala del cuestionario MCQ en pre. En el grupo de control (tabla 8.3.24) las únicas diferencias que se observan entre los que cambian y los que no, en el tiempo de medida pre, son en las escalas de metacognición que miden la Necesidad de Controlar los Pensamientos (MNCT, $t=3,534$; $p=,025$) y la habilidad de la Atención Plena que mide la capacidad de Darse Cuenta (KAWA, $t=-2,987$; $p=,041$). Teniendo en cuenta que la intervención que reciben (Tratamiento usual) no está centrada en estas habilidades, y que la n del grupo control es muy pequeña, esta diferencia puede ser un artefacto estadístico. Debido al gran tamaño de la tabla, se ha puesto en el Anexo para su consulta.

En la comparación intersujetos (Tabla 8.3.25), se hace un ANOVA 3x2 poniendo en la variable intersujetos la reducción o no de la puntuación en el BDI por debajo de 18 (mejora-no mejora) y como variable intrasujetos tiempo de medida (pre, post y 3 meses).

8.3.25. ANOVA 3x2 entre los que mejoran y los que no, en las escalas de síntomas en el grupo que recibe el tratamiento TCAP.

	Intrasujetos								Intersujeto			
	Tiempo				Tiempo x grupo				Grupo			
	F	p	η^2	1- β	F	p	η^2	1- β	F	p	η^2	1- β
BDI	35,02	<,001	,55	99%	9,107	<,001	,24	96%	24,00	<,001	,46	99%
BAI	11,87	<,001	,38	99%	4,824	,014	,20	76%	8,685	,008	,31	79%
DASS	11,54	<,001	,30	99%	4,092	,022	,13	70%	4,357	,047	,14	52%
PSWQ	23,07	<,001	,46	99%	,103	,103	,08	45%	2,281	,143	,07	30%
ASI	9,271	<,001	,27	97%	4,093	,023	,14	70%	1,433	,242	,05	21%

BDI: Inventario de depresión de Beck; BAI: Inventario de ansiedad de Beck; DASS: Escala de estrés. ASI: Índice de sensibilidad a la ansiedad; PSWQ: Inventario de Preocupación de Pennsylvania.

Los resultados del ANOVA 3x2 realizados sobre las medias de las escalas de síntomas revelaron un efecto significativo en el factor tiempo de medida en la escala de síntomas depresivos BDI ($F(2,56)=35,02$; $p<,001$), y también hay un efecto

significativo en el factor intersujetos (mejora vs. no mejora) ($F(2,56) = 9,107; p < ,001$). Estos efectos quedan matizados por el efecto de la interacción ($F(1,56) = 24,00; p < ,001$). Al aparecer un efecto significativo en la interacción se plantea un análisis de los efectos simples, y observamos que sólo es significativo el efecto en el tiempo de medida post (tabla 8.3.26). Por tanto podemos decir que los sujetos que mejoran la puntuación en el BDI tras la intervención, terminan la intervención con una puntuación significativamente menor en el Inventario de Depresión de Beck que los que no mejoran. A los tres meses mantienen esas diferencias. Las diferencias entre los dos grupos son muy grandes.

Tabla 8.3.26. Efectos simples en la escala BDI.

TCAP x Control	Reducción (n=13)	No reducción (n=17)	Diferencias de medias	p
T1	31,3 (9,7)	35,1 (9,8)	3,738	,304
T2	6,9 (5,4)	28,4 (6,5)	21,569	<,001
T3	11,4 (10,8)	25,4 (13,5)	13,950	,005

BDI: Inventario de Depresión de Beck. Ajuste por comparaciones múltiples de Sidak.

Los mismo sucede con el ANOVA 3x2 realizado sobre el Inventario de Ansiedad de Beck. Se detecta un efecto significativo para el factor tiempo de medida (intrasujetos) ($F(2,38) = 11,8; p < ,001$) y para la variable intersujetos (mejora vs. no mejora) ($F(2,38) = 8,685; p = ,008$). También se detecta un efecto significativo en la interacción entre el factor tiempo de medida y el factor grupo de tratamiento ($F(2,38) = 4,82; p = ,014$). En el análisis de los efectos simples muestra un efecto significativo en el tiempo de medida post. Es decir, las personas que mejoran (reducen BDI por debajo del punto de corte), al terminar la intervención en TCAP, tienen una puntuación menor en el Inventario de Ansiedad de Beck (Tabla 8,3,27). A los tres meses se mantiene esa diferencia.

Tabla 8.3.27. Efectos simples en la escala BAI.

TCAP x Control	Reducción (n=11)	No reducción (n=10)	Diferencias de medias	p
T1	29,4 (11,8)	30,2 (11,4)	3,804	,256
T2	10,6 (6,8)	30,4 (11,3)	19,564	<,001
T3	15,4 (10,9)	26,1 (12,4)	10,645	,050

BAI: Inventario de Ansiedad de Beck. Ajuste por comparaciones múltiples de Sidak.

En la escala que miden síntomas de estrés, se detecta un efecto significativo en el factor tiempo de medida ($F(2,52) = 11,5; p < ,001$), y en el factor intersujetos (mejora vs.

no mejora) de tratamiento ($F(2,52)=4,357;p=,047$). Se detecta a su vez un efecto significativo en la interacción entre los dos factores ($F(2,52)=4,092;p=,022$). En el análisis de los Efectos simples (Tabla 8.3.28), se detectan diferencias significativas en el tiempo de medida post. Por tanto, las personas que mejoran (reducen BDI por debajo del punto de corte) al terminar la intervención en TCAP, tienen una puntuación menor en la escala de Estrés (DASS).

Tabla 8.3.28. Efectos simples en la escala DASS.

TCAP x Control	Reducción (n=13)	No reducción (n=17)	Diferencias de medias	p
T1	25,6 (7,9)	25,3 (6,4)	-,226	,404
T2	13,3 (7,9)	22,7 (5,7)	9,399	<,001
T3	16,8 (9,8)	21,3 (8,1)	4,485	,198

DASS: Escala de estrés. Ajuste por comparaciones múltiples de Sidak.

En el ANOVA 2x2 (Tabla 8.2.25) realizado sobre las medidas de la escala que mide la Sensibilidad a la Ansiedad, se detecta un efecto significativo en el factor tiempo ($F(2,50)=9,271;p<,001$), y en el factor intersujetos (mejora vs. no mejora) ($F(2,50)=1,433;p=,242$), así como en la interacción de los dos factores ($F(2,50)=4,09;p=,023$). Como aparece un efecto significativo en la interacción se procede a analizar los Efectos Simples (Tabla 8.3.29), y se observan diferencias significativas en el tiempo de medida post. Las personas que mejoran (reducen BDI por debajo del punto de corte) al terminar la intervención en TCAP, tienen una puntuación menor en la escala que mide la sensibilidad a la Ansiedad (ASI).

Tabla 8.3.29. Efectos simples en la escala ASI.

TCAP x Control	Reducción (n=11)	No reducción (n=16)	Diferencias de medias	p
T1	33,7 (15,8)	31,3 (13,8)	-2,421	,677
T2	18,7 (12,9)	27,5 (9,7)	8,806	,050
T3	19,3 (14,3)	29,2 (14,4)	9,843	,093

ASI: Índice de Sensibilidad a la Ansiedad. Ajuste por comparaciones múltiples de Sidak.

En el grupo de control también se lleva a cabo un ANOVA (Tabla 8.3.30), pero 2x2 ya que en el tercer tiempo de medida se reduce, solo se detecta un efecto significativo en la interacción en la escala que mide sintomatología depresiva. En los tres factores aparecen efectos significativos, en el factor intrasujetos ($F(1,16)=23,1;p<,001$), en el intersujetos ($F(1,16)=14,00;p<,001$), y en la interacción de ambos ($F(1,16)=18,50;p<,001$).

8.3.30. ANOVA 2x2 entre los que mejoran y los que no, en las escalas de síntomas en el grupo de control.

	Intrasujetos								Intersujeto			
	Tiempo				Tiempo x grupo				Grupo			
	F	p	η^2	1- β	F	p	η^2	1- β	F	p	η^2	1- β
BDI	23,1	<,001	,44	99%	18,5	<,001	,39	98%	14,00	,001	,32	95%
BAI	5,21	,033	,20	58%	1,79	,196	,08	24%	5,452	,030	,21	60%
DASS	1,36	,252	,04	20%	1,41	,244	,04	21%	2,575	,108	,09	36%
PSWQ	,195	,666	,01	6%	,005	,947	,00	5%	,014	,909	,00	5%
ASI	6,04	,021	,18	65%	2,72	,111	,09	35%	2,25	,146	,08	30%

BDI: Inventario de depresión de Beck; BAI: Inventario de ansiedad de Beck; DASS: Escala de estrés. ASI: Índice de sensibilidad a la ansiedad; PSWQ: Inventario de Preocupación de Pennsylvania.

Como aparece un efecto significativo en la interacción, se procede al análisis de los Efectos Simples, y se detectan diferencias en el tiempo de medida post (Tabla 8.3.31).

Tabla 8.3.31. Efectos simples en la escala BDI.

TCAP x Control	Reducción (n=2)	No reducción (n=8)	Diferencias de medias	p
T1	28,4 (8)	34,3 (9,2)	5,946	,134
T2	11,1 (5,8)	33,4 (1,5)	22,274	<,001

BDI: Inventario de Depresión de Beck. Ajuste por comparaciones múltiples de Sidak.

En el ANOVA 3x2 (Tabla 8.3.33) realizado sobre las escalas que miden variables cognitivas, no se detecta un efecto significativo en ninguna escala en el grupo que recibe la TCAP.

Tabla 8.3.33. ANOVA entre los que reducen y los que no, en las escalas de variables cognitivas para el grupo de tratamiento.

	Intrasujetos								Intersujeto			
	Tiempo				Tiempo x grupo				Grupo			
	F	p	η^2	1- β	F	p	η^2	1- β	F	p	η^2	1- β
RUM	7,075	,002	,27	90%	2,446	,100	,11	46%	7,626	,012	,28	74%
AE	6,236	,005	,24	86%	2,282	,116	,10	43%	1,902	,184	,09	25%
MPB	6,422	,004	,25	87%	,728	,489	,03	16%	,535	,474	,02	10%
MUD	16,80	<,001	,46	99%	1,331	,276	,06	27%	2,413	,137	,11	31%
MNCT	6,765	,003	,26	89%	,150	,861	,00	7%	4,181	,055	,18	49%
MCSC	4,104	,026	,17	68%	,852	,435	,04	18%	1,605	,221	,07	22%
MCC	6,700	,003	,26	89%	1,136	,332	,05	23%	2,434	,135	,11	31%

RUM: Rumiación; MPB: Creencias positivas sobre la preocupación; MUD: Percepción de la preocupación como Incontrolable y Peligrosa; MNCT: Necesidad de control de los pensamientos; MCSC: Autoconciencia Cognitiva.

En el ANOVA 2x2 (Tabla 8.3.34) realizado en el grupo de control sobre las escalas que miden variables cognitivas, solo se detecta un efecto significativo en la interacción en la escala de Rumiación ($F(1,17)=11,39;p=,004$), además va acompañado de un efecto significativo en el factor tiempo ($F(1,17)=10,35;p=,005$).

Tabla 8.3.34. ANOVA entre los que reducen y los que no, en las escalas de variables cognitivas para el grupo de control.

	Intrasujetos								Intersujeto			
	Tiempo				Tiempo x grupo				Grupo			
	F	p	η^2	1- β	F	p	η^2	1- β	F	p	η^2	1- β
RUM	10,35	,005	,37	85%	11,39	,004	,40	88%	,619	,442	,03	11%
AE	,001	,978	,00	5%	,148	,705	,00	6%	,428	,522	,02	9%
MPB	3,35	,082	,14	41%	,496	,489	,02	10%	2,757	,112	,12	35%
MUD	5,40	,031	,21	60%	,008	,929	,00	5%	3,888	,064	,16	46%
MNCT	,752	,396	,03	13%	,132	,720	,00	6%	6,590	,018	,24	68%
MCSC	,027	,872	,00	5%	2,02	,170	,09	27%	7,648	,012	,27	74%
MCC	,537	,472	,02	10%	,020	,888	,00	5%	,598	,448	,02	11%

RUM: Rumiación; MPB: Creencias positivas sobre la preocupación; MUD: Percepción de la preocupación como Incontrolable y Peligrosa; MNCT: Necesidad de control de los pensamientos; MCSC: Autoconciencia Cognitiva.

En el análisis de los Efectos Simples (Tabla 8.3.35), no se detectan efectos significativos en ninguno de los tiempos de medida, aunque es casi significativo en el tiempo de medida post.

Tabla 8.3.35. Efectos simples en la escala RUM.

TCAP x Control	Reducción (n=4)	No reducción (n=15)	Diferencias de medias	p
T1	80,7 (12,5)	71,9 (19,6)	-8,707	,412
T2	72,7 (22,7)	48 (13,3)	24,733	,056

RUM: Afrontamiento Efectivo; a. Ajuste por comparaciones múltiples de Sidak.

Los resultados del ANOVA 3x2 realizados sobre las medias de las escalas de Atención Plena (Tabla 8.3.36), en el grupo que recibe TCAP, revelan que no hay efectos significativos en la interacción en ninguna de las escalas.

Tabla 8.3.36. ANOVA 3x2 entre los que mejoran y los que no, en las escalas de Atención Plena para el grupo de tratamiento.

	Intrasujeto								Intersujeto			
	Tiempo				Tiempo x grupo				Grupo			
	F	p	η^2	1- β	F	p	η^2	1- β	F	p	η^2	1- β
KOBS	,748	,480	,03	16%	1,040	,363	,05	21%	,026	,874	,00	5%
KDES	2,473	,098	,11	46%	,221	,803	,01	8%	,905	,353	,04	14%
KAWA	6,615	,003	,25	88%	,103	,903	,00	6%	1,180	,291	,05	17%
KJUD	8,020	,001	,29	94%	,446	,644	,02	11%	2,780	,112	,12	35%
MAAS	3,329	,049	,12	58%	,762	,473	,03	17%	10,76	,003	,32	88%
FMI	3,487	,059	,33	55%	,210	,813	,02	7%	,110	,750	,01	6y

KOBS: Observar; KDES: Describir; KAWA: Darse Cuenta; KJUD: Aceptar; MAAS: Escala de Atención Plena y Darse Cuenta; FMI: Inventario de Atención Plena de Freiburg.

En el ANOVA 2x2 (Tabla 8.3.37) realizado sobre las puntuaciones en las escalas de Atención Plena, en el grupo de control, se detecta un efecto significativo en la escala que mide la habilidad de Aceptar sin juzgar la experiencia, pero no se detecta ni en el factor intra ni en el intersujeto. En el análisis de los Efectos Simples, se observan diferencias significativas en el tiempo de medida post. Es decir que las personas del grupo de control que mejoran en la escala BDI, puntúan más alto al terminar la intervención en la escala Aceptar del cuestionario KIM que los que no mejoran.

Tabla 8.3.37. ANOVA entre los que mejoran y los que no, en las escalas de Atención Plena para el grupo de control.

	Intrasujeto								Intersujeto			
	Tiempo				Tiempo x grupo				Grupo			
	F	p	η^2	1- β	F	p	η^2	1- β	F	p	η^2	1- β
KOBS	,778	,407	,19	12%	1,016	,347	,12	14%	1,681	,236	,194	20%
KDES	1,734	,229	,19	20%	,257	,628	,03	7%	,353	,571	,048	8%
KAWA	,479	,511	,06	9%	,081	,784	,01	5%	4,820	,064	,408	,474
KJUD	1,467	,265	,17	18%	6,914	,034	,49	61%	3,806	,092	,352	39%
MAAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
FMI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

KOBS: Observar; KDES: Describir; KAWA: Darse Cuenta; KJUD: Aceptar; MAAS: Escala de Atención Plena y Darse Cuenta; FMI: Inventario de Atención Plena de Freiburg.

Tabla 8.3.38. Efectos simples en la escala KJUD en el grupo de control.

TCAP x Control	Reducción (n=4)	No reducción (n=5)	Diferencias de medias	p
T1	24,2 (6,3)	21,4 (6,7)	-2,850	,541
T2	30,7 (3,3)	19 (6,8)	-11,750	,017

KJUD: Aceptar sin juzgar; a. Ajuste por comparaciones múltiples de Sidak.

A pesar de que el grupo de control no recibe un entrenamiento específico en Atención Plena, y el grupo de tratamiento sí, los resultados del grupo de control muestran diferencias significativas en la habilidad de Aceptar sin juzgar, mientras que los del grupo que recibe el tratamiento en TCAP no.

Tenemos que tener en cuenta que la muestra de personas del grupo de control que reducen las puntuaciones del BDI por debajo del punto de corte y que haya contestado los cuestionarios de Atención Plena es muy pequeña.

Los análisis realizados indican que:

- a) Las personas que reducen sintomatología depresiva se diferencian de las que no, en que las primeras parten de un nivel menor de Autoconciencia Cognitiva. Éste, es el único factor que diferencia a los que mejoran en sintomatología depresiva (BDI<18) de los que no lo hacen. Este factor de la metacognición mide una tendencia a la autofocalización desadaptativa, concepto muy parecido al de rumiación, con ítems como “Me doy cuenta constantemente de mis pensamientos”. En el grupo de control esto no sucede, por tanto solo sería representativo para el tratamiento en TCAP. Debido a las características del tratamiento, en las que hay que atender a la propia experiencia, es posible que niveles muy altos de este tipo de auto-observación desadaptativa dificulten el entrenamiento en la habilidad de Aceptar sin juzgar o que dificulten la práctica cotidiana en casa. En cambio en el grupo de control parece que es la Necesidad de controlar los pensamientos y la capacidad de Darse Cuenta lo que diferencia a las personas que mejoran de las que no.
- b) El grupo de sujetos que reduce la puntuación en el BDI por debajo del punto de corte, para los que la intervención en TCAP es eficaz, se diferencia del grupo para los que no es eficaz, en que los primeros terminan con menor sintomatología de Depresión, Ansiedad, Estrés y Sensibilidad a la Ansiedad. Es decir que la muestra que recibe la TCAP y que mejora, lo hace a muchos niveles simultáneamente.
- c) La muestra de sujetos que reduce la puntuación en el BDI por debajo del punto de corte en el grupo de control, terminan con menor sintomatología depresiva, menor uso del estilo cognitivo Rumiador y mayor capacidad de Aceptar, que la muestra de sujetos que no mejora.

- d) Las personas del grupo que recibe TCAP y que reducen en sintomatología depresiva además reducen los síntomas de ansiedad, estrés, tendencia a la preocupación y sensibilidad a la ansiedad. Mientras en el grupo de control solo reducen sintomatología depresiva y el uso del estilo cognitivo rumiador.
- e) No hay apenas diferencias en el grupo que recibe TCAP entre los que mejoran y los que no a nivel de metacreencias, ni a nivel de Habilidades de Atención Plena. Esto puede deberse al formato de las escalas, o al hecho de que estos constructos no estén directamente relacionados con psicopatología, o que no sean habilidades claves en el cambio terapéutico.
- f) En el grupo de control los que mejoran puntúan más alto en la habilidad de la Atención Plena “aceptar”. Teniendo en cuenta que no han recibido ningún entrenamiento en Atención Plena, esto puede querer decir que la reducción de síntomas influye en el aumento de la Atención Plena.

8.3.3 Asistencia, práctica y tareas para muestra con BDI>18

En este análisis queremos explorar si existen diferencias entre las diferentes submuestras (respecto al BDI) para los niveles de adherencia al tratamiento. La adherencia al tratamiento comprende los niveles de práctica de la contemplación de las sensaciones o meditación sentado en casa, los niveles de asistencia y los niveles de entrega de tareas. Además de estos tres factores se ha incluido también la media de los niveles de práctica para la entrega de tareas. Los niveles de practica se miden a través de auto-registros (tareas), pero hay sesiones a las que no se asiste, con lo cual no pueden entregar las tareas, así que se divide la media de los días practicados por el número de tareas entregadas.

En la toma de medida pre no existen diferencias entre los diferentes criterios del BDI y los niveles de la futura adherencia al tratamiento. Lo que es más interesante es averiguar si ha habido diferencias según criterios de BDI al terminar el tratamiento en los niveles de adherencia. De tal forma que la variable independiente es la puntuación en el BDI y la variable dependiente son los niveles de adherencia. Al hacer un ANOVA, no aparecen diferencias significativas. Podemos ver en la siguiente tabla (Tabla 8.3.39), en los diferentes niveles de adherencia según cada uno de los criterios, que no hay apenas diferencias.

Tabla 8.3.39. Nivel de Adherencia al tratamiento según datos puntuación del BDI.

	BDI<18		BDI>18	
	n	Media (Dt.)	n	Media (Dt.)
Asistencia	38	6,29 (1,3)	7	6,1 (1)
Días que ha practicado	28	28 (10,6)	5	25,2 (11,1)
Media de la práctica / tareas entregadas	27	4,57 (1,6)	5	4,42 (1,59)
Entrega de tareas	38	5,24 (2,3)	7	4,86 (2,6)

Si tenemos en cuenta la reducción o no de las puntuaciones en el BDI (Tabla 8.3.40.), tampoco encontramos diferencias significativas entre los que han cambiado y los que no en los niveles de adherencia al tratamiento. A pesar de que no hay diferencias significativas se ha incluido una tabla con los niveles de adherencia al tratamiento según mejora.

Tabla 8.3.40. Nivel de adherencia al tratamiento según reducción de la puntuación en la escala del BDI por debajo del punto de corte.

	Mejora		No Mejora	
	n	Media (Dt.)	n	Media (Dt.)
Asistencia	17	6,5 (1,2)	21	6 (1,3)
Días que ha practicado	15	27,6 (11,6)	13	28,5 (9,6)
Media de la práctica / tareas entregadas	15	4,6 (1,5)	12	4,5 (1,7)
Entrega de tareas	17	5,7 (1,8)	21	4,8 (2,6)

8.4 Efectos del tratamiento sobre la muestra con síntomas de Ansiedad

El objetivo de este capítulo es investigar los efectos del tratamiento sobre los participantes con síntomas de ansiedad, así como estudiar las variables que están actuando en el cambio de estos síntomas.

La herramienta que se ha utilizado para analizar la Ansiedad en la muestra es el Inventario de Preocupación de Pennsylvania (Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1995). Este cuestionario mide la tendencia a preocuparse o preocupación rasgo. Muestra un alta sensibilidad y especificidad cuando se utiliza para discriminar a los sujetos con Ansiedad Generalizada (Fresco, Mennin, Heimberg y Turk, 2003). El criterio que se utiliza para discriminar la presencia de Ansiedad Generalizada es que la

puntuación sea superior o igual a 68 en este cuestionario. Se ha decidido utilizar este cuestionario porque pone énfasis en el aspecto cognitivo básico de la ansiedad, la preocupación. Lo que ocurre es que esta elección plantea un nuevo problema con la muestra del grupo, ya que este instrumento no fue pasado a todos los sujetos del grupo de control, y por tanto determinados análisis no se han podido completar.

Si nos atenemos a este criterio ($PSWQ \geq 68$) para separar la muestra, (tabla 8.4.1) el porcentaje de personas del grupo de tratamiento con Ansiedad Generalizada en el tiempo de medida pre (T1) es del 42,2%, en el tiempo de medida post pasa a ser del 22%, y en el tiempo de medida de los tres meses se reduce hasta el 14,7%.

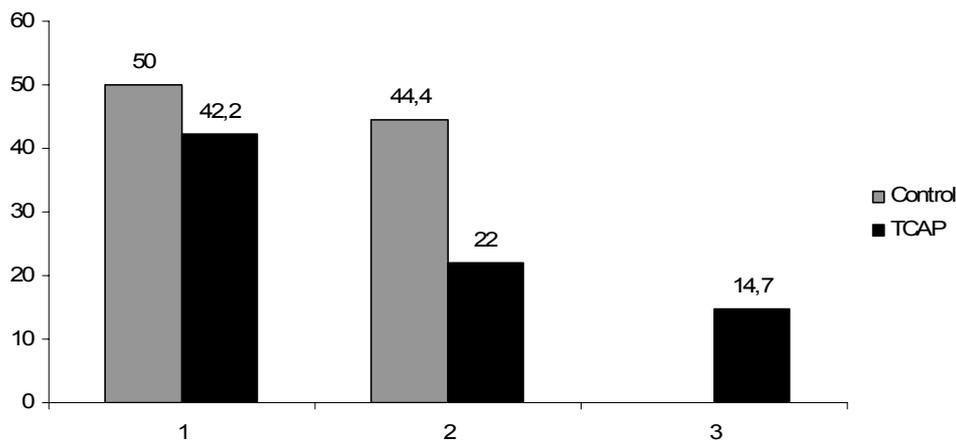
Tabla 8.4.1. Porcentaje de personas según punto de corte $PSWQ \geq 68$ para el grupo de tratamiento.

	PRE (T1)		POST (T2)		3M (T3)	
	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje
PSWQ < 68	25	55,6 %	35	78 %	29	85,3%
PSWQ \geq 68	19	42,2%	9	22%	5	14,7%
Total	44		44		34	

Si comparamos estos resultados con los obtenidos en el grupo de control (tabla 8.4.2), podemos observar que el porcentaje de personas en las que su puntuación es superior o igual a 68, es del 50% al principio del tratamiento, y al terminar se mantiene un porcentaje parecido 55,6% (tenemos que tener en cuenta que la n es mas baja en el grupo control).

Tabla 8.4.2. Porcentaje de personas según el punto de corte $PSWQ \geq 68$ para el grupo de control.

	PRE (T1)		POST (T2)		3M (T3)	
	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje
PSWQ < 68	12	50%	10	55,6%	-	-
PSWQ \geq 68	12	50%	8	44,4%	-	-
Total	24		22		-	



Gráfica 8.4. Porcentaje de personas con $PSWQ \geq 68$ en los tres tiempos de medida.

8.4.1 Eficacia sobre la muestra con una puntuación superior o igual a 68 en el cuestionario PSWQ

En el grupo de tratamiento hay 19 sujetos que empiezan con una puntuación superior o igual a 68 en el cuestionario PSWQ. En el grupo de control el número asciende a 12. El interés de este análisis intrasujetos es averiguar en qué variables hay cambios en estos sujetos a lo largo de la intervención.

Los resultados del ANOVA de medidas repetidas sobre la población con síntomas de Ansiedad (Tabla 8.4.3) muestran una reducción de las puntuaciones en el Inventario de Depresión de Beck ($F(2,28)=16,92; p<,001$), en el Inventario de Ansiedad de Beck ($F(2,20)=10,54; p=,001$), en la escala de Estrés ($F(2,28)=11,55; p<,001$), en el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad ($F(2,28)=13,37; p<,001$) y en el Cuestionario de Preocupación-rasgo ($F(2,28)=15,75; p<,001$). Las diferencias aparecen al terminar la intervención y después se mantienen a los tres meses, ni aumentan las puntuaciones ni disminuyen. Todos los tamaños del efecto son muy altos sobretodo los de la escala BDI ($\eta^2=,54$) y ASI ($\eta^2=,54$)

En el grupo de control no hay diferencias en ninguna escala, en este grupo se ha tenido que realizar un ANOVA sólo con las puntuaciones pre y post, porque el número de personas que ha contestado cuestionarios a los tres meses es muy pequeño.

Tabla 8.4.3. ANOVA de medidas repetidas para las escalas de síntomas para la población con PSWQ \geq 68 en cada grupo por separado.

		PRE		POST	3M	F	p	η^2
		n	Media (Dt.)	Media (Dt.)	Media (Dt.)			
BDI	TCAP	15	36,2 (11,8) ^a	18 (12) **	17,6 (14,9) **	16,96	<,001	,54
	Control	12	36,2 (10)	30,6 (14,9)	-	2,32	,155	,17
BAI	TCAP	11	32,9 (14,1) ^a	19,2 (13,3) **	16,5 (13,5) **	10,54	,001	,51
	Control	6	41 (11)	37,5 (14,5)	-	1,899	,227	,27
DASS	TCAP	13	29 (7,1) ^a	19,6 (9,4) **	16,5 (13,5) **	11,55	<,001	,49
	Control	12	29,2 (4,3)	28,5 (6,9)	-	,250	,627	,02
ASI	TCAP	12	38,9 (13,6) ^a	21,5 (14,7) **	26 (13,8) **	13,37	<,001	,54
	Control	12	45,3 (13,9)	28,2 (6,9)	-	2,283	,159	,17
PSWQ	TCAP	15	72,8 (3,1) ^a	60,4 (10,2) **	56,8 (10,9) **	15,75	<,001	,52
	Control	9	73 (3,9)	69,5 (7,7)	-	3,414	,102	,29

BDI: Inventario de depresión de Beck; BAI: Inventario de ansiedad de Beck; DASS: Escala de estrés; ASI: Índice de sensibilidad a la ansiedad; PSWQ: Inventario de Preocupación de Pennsylvania.

Los ANOVAS de medidas repetidas señalan en el grupo de tratamiento (Tabla 8.4.4), para las escalas cognitivas, una disminución significativa de las puntuaciones en la escala que mide el estilo cognitivo Rumiador ($F(2,20)=9,049$; $p=,002$) y un aumento del estilo cognitivo Afrontamiento Efectivo ($F(2,20)=5,611$; $p=,012$). Respecto a las escalas de metacognición, observamos una reducción significativa de las puntuaciones en las escalas que miden la Necesidad de controlar los pensamientos (MNCT; $F(2,20)=5,011$; $p=,017$), las creencias positivas sobre la preocupación (MPB; $F(2,20)=14,30$; $p<,001$), la percepción de la preocupación como Peligrosa e Incontrolable (MUD; $F(2,20)=41,44$; $p<,001$) y de la Confianza Cognitiva (inversa) (MCC; $F(2,20)=7,839$; $p=,003$). El análisis de la varianza de la escala MUD es la que tiene el tamaño del efecto más alto ($\eta^2=,80$). Los cambios significativos aparecen al finalizar el tratamiento en TCAP, y después se mantienen en el tiempo.

En el grupo de control las personas que empiezan la intervención (TAU) con puntuaciones en el PSWQ superiores o iguales a 68 (tabla 8.4.6), sólo aumentan la puntuación en el uso de estrategias de afrontamiento efectivo (AE; $F(1,5)=9,507$; $p=,027$).

Tabla 8.4.4. ANOVA de medidas repetidas para las escalas que miden variables cognitivas para la población con PSWQ ≥ 68 en cada uno de los grupos por separado.

		n	PRE	POST	3 M	F	p	η^2
		n	Media (Dt.)	Media (Dt.)	Media (Dt.)	F	p	η^2
AE	TCAP	11	34,9 (6,5) ^a	43,1 (8,9) **	43,8 (5,9) **	5,611	,012	,35
	Control	7	30,1 (7,7) ^a	37,6 (8,8) *	-	9,507	,027	,65
RUM	TCAP	11	71,3 (10,2) ^a	58,4 (13,5) **	57,6 (11,3) **	9,049	,002	,47
	Control	7	77,8 (16,3)	80,4 (15,4)	-	,335	,584	,05
MNCT	TCAP	11	17,5 (5,8) ^a	12,7 (4,5) *	13,2 (4,8) *	5,011	,017	,33
	Control	6	18,1 (6,4)	19 (6)	-	,203	,671	,03
MCC	TCAP	11	18,7 (5) ^a	15 (6,8) *	13,1 (5,8) *	7,839	,003	,43
	Control	6	12,1 (4,5)	11,6 (9,22)	-	,043	,844	,00
MPB	TCAP	11	14,8 (4,3) ^a	10,5 (4,4) **	9,8 (3) **	14,30	<,001	,58
	Control	6	14,6 (8,2)	13,1 (8,5)	-	,398	,556	,07
MUD	TCAP	11	24,2 (3,8) ^a	16,3 (5) **	15,2 (4,3) **	41,44	<,001	,80
	Control	6	24 (3,4)	22,8 (5,4)	-	,694	,443	,12
MCSC	TCAP	11	21,7 (5)	17,8 (3,6)	18,1 (2,9)	2,725	,090	,21
	Control	6	21 (5,2)	24 (3)	-	5	,076	,50

RUM: Rumiación; AE: Afrontamiento Efectivo; MNCT: Necesidad de control de los pensamientos; MUD: Percepción de la preocupación como Incontrolable y Peligrosa; MPB: Creencias positivas sobre la preocupación; MCSC: Autoconciencia Cognitiva.

Tabla 8.4.7. ANOVA de medidas repetidas para las escalas de Atención Plena para la población con PSWQ ≥ 68 en los dos grupos por separado.

			PRE	POST	3M			
		n	Media (Dt.)	Media (Dt.)	Media (Dt.)	F	p	η^2
KOBS	TCAP	11	29,6 (7)	29,3 (6,4)	33 (6,4)	1,782	,194	,15
	Control	-	-	-	-	-	-	-
KDES	TCAP	11	17,8 (5,3) ^a	21,6 (4,2) *	23,6 (5,2) *	5,180	,015	,34
	Control	-	-	-	-	-	-	-
KAWA	TCAP	11	21,3 (3,8) ^a	23,9 (4,2) *	26,4 (4,1) *	7,281	,004	,42
	Control	-	-	-	-	-	-	-
KJUD	TCAP	11	18,7 (7,2) ^a	24,2 (4,9) *	23,9 (7,3) *	5,292	,014	,34
	Control	-	-	-	-	-	-	-
MAAS	TCAP	12	41,3 (12,2) ^a	48,8 (11,7) *	50,8 (14) *	5,565	,011	,33
	Control	7	52,5 (14,9)	52,5 (12,8)	-	,00	1	,00
FMI	TCAP	5	30,4 (3,3) ^a	36,8 (3,9) *	34,2 (6) *	8,805	,010	,68
	Control	-	-	-	-	-	-	-

KOBS: Observar; KDES: Describir; KAWA: Darse Cuenta; KJUD: Aceptar. FMI: Inventario de Atención Plena de Freiburg; MAAS: Escala de Atención Plena y Darse Cuenta.

En las escalas de Atención Plena (tabla 8.4.7.) se observa un aumento significativo de las puntuaciones de las escalas que miden la habilidad de Aceptar

(KJUD, $F(2,20)=5,392;p=,014$), en la de Darse Cuenta (KAWA; $F(2,20)=7,281;p=,004$) y en la de Describir (KDES, $F(2,20)=5,180;p=,015$). En el grupo de control no se pueden hacer estos análisis porque no hay apenas sujetos que los hayan contestado en la medida tomada a los tres meses.

A partir de los análisis observamos que:

- a) Se observa una reducción significativa sobre todas las escalas de síntomas, y sobre todos los factores cognitivos (menos el que mide la Autoconciencia Cognitiva), y se mantiene en el tiempo. En tres escalas de la Atención Plena se detecta un aumento de las puntuaciones, en las de Describir, Darse Cuenta y Aceptar, y se mantiene en el tiempo. Se demuestra un efecto positivo del tratamiento en TCAP sobre la población con una puntuación en el PSWQ igual o por encima de 68.
- b) En el grupo de control sólo se detecta un aumento del estilo cognitivo “Afrontamiento Efectivo”.

Es curioso que la habilidad de Describir haya sido unas de las significativas, por tanto una de las habilidades aprendidas por esta población. Como hemos visto en el capítulo anterior, en la muestra con sintomatología depresiva no se detectan diferencias en esta habilidad. Por tanto parece que las personas con Ansiedad ($PSWQ>68$) son más susceptibles de aprender esta habilidad al terminar el tratamiento. La habilidad de “Describir” de la Atención Plena se refiere a la habilidad que describir hechos y respuestas personales con palabras.

Para completar los análisis, se realiza algunos cálculos intersujetos para ver si existen diferencias entre grupos de tratamiento (TCAP y control). Primero se analiza si existen diferencias entre grupos en las puntuaciones pre. Como podemos observar en la tabla 8.4.9., en la prueba t no aparece ninguna diferencia significativa, en las escalas que miden síntomas. Es decir, que no hay diferencias entre grupos a nivel de síntomas entre las personas que empiezan con Ansiedad ($PSWQ\geq 68$).

Tabla 8.4.9. Pruebas t entre el grupo de tratamiento y grupo de control en las escalas de síntomas para la población $PSWQ \geq 68$ al empezar el entrenamiento.

	n	TCAP	n	Control	t	p
BDI	19	34,3 (12,7)	12	36,2 (10)	,470	,642
BAI	14	33,6 (13,6)	6	41 (11)	1,276	,227
DASS	19	29 (7,1)	12	29,2 (4,2)	,088	,931
ASI	19	40,3 (12,3)	12	45,3 (13,9)	,649	,524
PSWQ	19	73,3 (3,1)	12	74,2 (4,3)	1,023	,318

BDI: Inventario de depresión de Beck; BAI: Inventario de ansiedad de Beck; DASS: Escala de estrés. ASI: Índice de sensibilidad a la ansiedad; PSWQ: Inventario de Preocupación de Pennsylvania.

Para analizar la eficacia del tratamiento TCAP frente al tratamiento usual, se plantea un ANOVA 2x2, donde el factor intrasujetos es el tiempo de medida (pre y post) y el factor intersujetos es el grupo de tratamiento (TCAP-Control). Tan solo se utilizan dos tiempos de medida porque a los tres meses el grupo de control tiene una n muy pequeña. La eficacia viene indicada por la existencia de un efecto de la interacción.

Tabla 8.4.10 ANOVA 2x2 para las escalas que miden síntomas en la población que empieza el tratamiento con un $PSWQ \geq 68$.

	Intrasujeto								Intersujeto			
	Tiempo				Tiempo x grupo				Grupo			
	F	p	η^2	1- β	F	p	η^2	1- β	F	p	η^2	1- β
BDI	16,51	<,001	,36	97%	3,57	,069	,11	44%	3,11	,088	,09	40%
BAI	8,54	,009	,32	78%	3,00	,100	,14	37%	4,61	,045	,20	53%
DASS	10,94	,003	,27	89%	7,14	,012	,19	73%	3,68	,065	,11	45%
PSWQ	14,84	,001	,36	96%	3,98	,050	,13	48%	2,30	,141	,08	31%
ASI	17,46	<,001	,39	98%	6,52	,017	,19	69%	4,00	,056	,12	48%

BDI: Inventario de depresión de Beck; BAI: Inventario de ansiedad de Beck; DASS: Escala de estrés; ASI: Índice de Sensibilidad a la Ansiedad; PSWQ: Inventario de Preocupación de Pennsylvania.

Los resultados del ANOVA 2x2 realizado sobre las medias de las escalas de síntomas de Depresión (Tabla 8.4.10), revelan un efecto significativo para la variable tiempo de medida (intrasujetos) (BDI, $F(1,29)=16,5; p<,001$), y es casi significativo en el efecto de la interacción (BDI, $F(1,29)=3,57; p=,069$). A pesar de que este efecto no es significativo en el análisis de los efectos simples (Tabla 8.4.11), sí es significativa la diferencia de medias en el tiempo de medida post ($T2=,024$).

Tabla 8.4.11. Efectos simples en la escala BDI.

TCAP x Control	TCAP (n=19)	Control (n=12)	Diferencias de medias	p
T1	34,3 (12,7)	36,2 (10)	-1,934	,659
T2	19 (12)	30,6 (14,9)	-11,64	,024

BDI: Inventario de depresión de Beck. Ajuste por comparaciones múltiples de Sidak.

Los resultados del ANOVA 2x2 realizado sobre las medias de las escalas de Estrés (Tabla 8.4.10), revelan un efecto significativo para la variable tiempo de medida (intrasujetos) ($DASS, F(1,29)=10,94; p=,003$), y también se observa un efecto significativo en el efecto de la interacción entre el tiempo de medida y el grupo de intervención ($DASS, F(1,29)=7,14; p=,012$). Al aparecer esta interacción se procede al análisis de los efectos simples (Tabla 8.4.12), y se detecta una diferencia significativa en el tiempo de medida post ($T2=,011$). Es decir que la muestra de personas con síntomas de ansiedad ($PSWQ>68$) del grupo de tratamiento reducen las puntuaciones en la escala DASS en mayor medida que las personas que reciben la intervención usual (grupo de control).

Tabla 8.4.12. Efectos simples en la escala DASS.

TCAP x Control	TCAP (n=19)	Control (n=12)	Diferencias de medias	p
T1	29 (1,4)	29,2 (1,7)	-,181	,938
T2	19,6 (1,9)	28,2 (2,4)	-8,575	,011

DASS: Escala de estrés. Ajuste por comparaciones múltiples de Sidak.

Los resultados del ANOVA 2x2 realizado sobre las medias de la escala de Preocupación (tabla 8.4.10), revelan un efecto significativo para la variable tiempo de medida (intrasujetos) ($PSWQ, F(1,26)=14,84; p=,001$), y también se observa un efecto significativo en el efecto de la interacción entre el tiempo de medida y el grupo de intervención ($PSWQ, F(1,26)=3,98; p=,050$). A pesar de la presencia del efecto significativo en el análisis de los efectos simples (Tabla 8.4.13) no se detectan diferencias en ninguno de los tiempos de medida. Aunque sí se detectan diferencias entre grupos; el de control termina con una mayor tendencia a la preocupación.

Tabla 8.4.13. Efectos simples en la escala PSWQ.

TCAP x Control	TCAP (n=19)	Control (n=12)	Diferencias de medias	p
T1	73,3 (,77)	73 (1,1)	,316	,820
T2	62,4 (2,1)	69,5 (3,1)	-7,082	,078

PSWQ: Cuestionario de preocupación de Pennsylvania. Ajuste por comparaciones múltiples de Sidak.

Los resultados del ANOVA 2x2 (Tabla 8.4.10) realizado sobre las medias de las escala que mide la Sensibilidad a la Ansiedad, revelan un efecto significativo para la variable tiempo de medida (intrasujetos) ($ASI, F(1,27)=17,4; p<,001$), y también se observa un efecto significativo en el efecto de la interacción entre el tiempo de medida y el grupo de intervención ($ASI, F(1,27)=6,5; p=,017$). En el análisis de los efectos simples (Tabla 8.4.14) se observa una diferencias significativa en el tiempo de medida post ($T2=,010$). Es decir que la muestra de personas con síntomas de ansiedad ($PSWQ>68$) del grupo de tratamiento reducen las puntuaciones en la escala ASI en mayor medida que las personas que reciben la intervención usual (grupo de control).

Tabla 8.4.14. Efectos simples en la escala ASI.

TCAP x Control	TCAP (n=19)	Control (n=12)	Diferencias de medias	p
T1	41,2 (3,1)	45,3 (3,8)	-4,05	,422
T2	27,1 (3,4)	41,9 (4)	-14,80	,010

ASI: Índice de sensibilidad a la Ansiedad. Ajuste por comparaciones múltiples de Sidak.

La intervención en Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena es más efectiva que la intervención usual en la reducción de los síntomas de Depresión y Estrés, y en la reducción de la Sensibilidad a la Ansiedad y la tendencia a Preocupación, para las personas con sintomatología ansiosa.

A continuación se va a proceder a analizar los resultados sobre las escalas cognitivas. En la prueba t no se detectan diferencias entre los grupos (Tabla 8.4.15), aunque es prácticamente significativo que las hay en la Confianza Cognitiva.

Tabla 8.4.15. Pruebas t entre el grupo de tratamiento y grupo de control en las escalas que miden variables cognitivas, para la población con $BDI>18$ antes de empezar.

	n	TCAP	n	Control	t	p
AE	14	35,5 (6,5)	6	30,1 (7,7)	1,471	,179
RUM	14	72,6 (10,2)	7	77,8 (16,3)	-,774	,460
MNCT	14	17,5 (5,8)	6	18,1 (6,4)	-,217	,833
MCC	14	17,3 (5,3)	6	12,1 (4,5)	2,180	,052
MUD	14	24,2 (3,8)	6	24 (3,4)	,141	,891
MPB	14	14,8 (4,3)	6	14,6 (8,2)	,044	,967
MCSC	14	21,7 (5)	6	21 (5,2)	,287	,778

RUM: Rumiación; AE: Afrontamiento Efectivo; MNCT: Necesidad de control de los pensamientos; MCC: Confianza Cognitiva; MUD: Incontrolabilidad y Peligro; MPB: Creencias positivas; MCSC: Autoconciencia Cognitiva.

Los resultados del ANOVA 2x2 (Tabla 8.4.16) realizado sobre las medias de las escala que mide la Rumiación, no revelan un efecto significativo para la variable tiempo de medida (intrasujetos) (RUM,F(1,19)=2,532;p=,128). Pero si se observa un efecto significativo en el efecto de la interacción entre el tiempo de medida y el grupo de intervención (RUM,F(1,19)=6,305;p=,021), y en el factor grupo (RUM,F(1,19)=4,65; p=,044).

Tabla 8.4.16. ANOVA 2x2 para las escalas que miden variables cognitivas en la población que empieza el tratamiento con un PSWQ \geq 68.

	Intrasujetos								Intersujeto			
	Tiempo				Tiempo x grupo				Grupo			
	F	p	η^2	1- β	F	p	η^2	1- β	F	p	η^2	1- β
RUM	2,532	,128	,11	32%	6,305	,021	,24	66%	4,65	,044	,19	53%
AE	9,301	,007	,34	82%	,009	,927	,00	5%	3,27	,087	,15	40%
MNCT	1,532	,232	,07	21%	3,33	,084	,15	40%	2,00	,174	,10	26%
MCC	1,622	,219	,08	22%	,790	,386	,04	13%	2,02	,172	,10	27%
MPB	6,184	,023	,25	65%	1,44	,246	,07	20%	,234	,634	,01	7%
MUD	27,95	<,001	,60	99%	15,40	,001	,46	96%	2,73	,141	,11	30%
MCSC	,099	,757	,00	6%	6,328	,022	,26	66%	2,77	,113	,13	35%

RUM: Rumiación; AE: Afrontamiento Efectivo; MNCT: Necesidad de control de los pensamientos; MCC: Confianza Cognitiva; MUD: Incontrolabilidad y Peligro; MPB: Creencias positivas; MCSC: Autoconciencia Cognitiva.

En el análisis de los efectos simples (Tabla 8.4.17), se observa que en las diferencias de medias en el tiempo de medida post (T2=,011) hay un efecto significativo. Es decir que la muestra de personas con síntomas de ansiedad (PSWQ \geq 68) del grupo de tratamiento reducen las puntuaciones en la escala RUM en mayor medida que las personas que reciben la intervención usual (grupo de control).

Tabla 8.4.17. Efectos simples en la escala RUM.

TCAP x Control	TCAP (n=14)	Control (n=7)	Diferencias de medias	p
T1	72,6 (3,3)	77,8 (4,7)	-5,23	,376
T2	61,1 (3,9)	80,4 (5,5)	-19,27	,011

RUM: Escala de Rumiación. Ajuste por comparaciones múltiples de Sidak.

Los resultados del ANOVA 2x2 (Tabla 8.4.16) realizado sobre las medias de las escala que mide la percepción de la preocupación como Peligrosa e Incontrolable revelan un efecto significativo para la variable tiempo de medida (intrasujetos) (MUD,F(1,18)=27,95;p<,001). Se observa también un efecto significativo en el efecto

de la interacción entre el tiempo de medida y el grupo de intervención (MUD, $F(1,18)=15,40$; $p=.001$). En el análisis de los efectos simples (Tabla 8.4.18) se observa una diferencias significativa en el tiempo de medida post ($T2=.019$). Es decir que la muestra de personas con síntomas de ansiedad ($PSWQ>68$) del grupo de tratamiento reducen las puntuaciones en la escala MUD en mayor medida que las personas que reciben la intervención usual (grupo de control).

Tabla 8.4.18. Efectos simples en la escala MUD.

TCAP x Control	TCAP (n=14)	Control (n=6)	Diferencias de medias	p
T1	24,2 (1)	24 (1,5)	,244	,896
T2	16,3 (1,3)	22,8 (2)	-4,476	,019

RUM: Escala de Rumiación. Ajuste por comparaciones múltiples de Sidak.

Los resultados del ANOVA 2x2 (Tabla 8.4.16) realizado sobre las medias de las escala que mide Autoconciencia Cognitiva, no revelan un efecto significativo para la variable tiempo de medida, pero sí se observa un efecto significativo en el efecto de la interacción entre el tiempo de medida y el grupo de intervención (MCSC, $F(1,18)=6,328$; $p=.22$). En el análisis de los efectos simples (Tabla 8.4.19) se observa una diferencias significativa en el tiempo de medida post ($T2=.002$). Es decir que la muestra de personas con síntomas de ansiedad ($PSWQ\geq 68$) del grupo de tratamiento reducen las puntuaciones en la escala MCSC en mayor medida que las personas que reciben la intervención usual (grupo de control).

Tabla 8.4.19 Efectos simples en la escala MCSC.

TCAP x Control	TCAP (n=14)	Control (n=6)	Diferencias de medias	p
T1	21,7 (1,3)	21 (2)	,714	,778
T2	17,8 (.92)	24 (1,4)	-6,143	,002

MCSC: Autoconciencia Cognitiva. Ajuste por comparaciones múltiples de Sidak.

En las escalas que miden la Atención Plena, sólo se puede plantear un análisis intersujetos en la escala MAAS, ya que el resto tienen una n muy pequeña. Y ninguna de las pruebas da significativo, ni la prueba t para muestras independientes (Tabla 8.4.20) ni el ANOVA 2x2 (Tabla 8.4.21).

Tabla 8.4.20. Pruebas t entre el grupo de tratamiento y grupo de control en puntuaciones pre en las escalas que miden habilidades de Atención Plena, para la población con PSWQ>68 antes de empezar.

	n	TCAP	n	Control	t	p
KOBS	-	-	-	-	-	-
KDES	-	-	-	-	-	-
KAWA	-	-	-	-	-	-
KJUD	-	-	-	-	-	-
FMI	-	-	-	-	-	-
MAAS	15	45,6 (14,5)	8	52,5 (13,8)	-1,107	,286

KOBS: Observar; KDES: Describir; KAWA: Darse Cuenta; KJUD: Aceptar; MAAS: Escala de Atención Plena y Darse Cuenta; FMI: Inventario de Atención Plena de Freiburg.

Tabla 8.4.21. ANOVA 2x2 para las escalas MAAS en la población que empieza el tratamiento con un PSWQ 68.

	Intrasujetos								Intersujeto			
	Tiempo				Tiempo x grupo				Grupo			
	F	p	η^2	1- β	F	p	η^2	1- β	F	p	η^2	1- β
MAAS	1,02	,323	,04	16%	1,027	,323	,04	16%	,677	,420	,03	12%

MAAS: Escala de Atención Plena y Darse Cuenta. Ajuste por comparaciones múltiples de Sidak.

Por tanto, podemos interpretar que:

- Al empezar no se perciben diferencias significativas entre los dos grupos a ninguna escala.
- El tratamiento en terapia Cognitiva basado en la Atención Plena es más eficaz (en la población con PSWQ \geq 68) que el tratamiento usual para la reducción de síntomas de Estrés, Preocupación y Sensibilidad a la ansiedad. También en la reducción del estilo cognitivo Rumiador, la percepción de la Preocupación como Incontrolable y Peligrosa y en la reducción de la Autoconciencia Cognitiva.

8.4.2 Diferencias intersujetos entre los que han reducido la puntuación en el cuestionario PSWQ por debajo del punto de corte y los que no, en los dos grupos

De las 19 personas que reciben el TCAP y que al empezar el tratamiento superan el punto de corte en el PSWQ, 13 (68,5%) reducen las puntuaciones, por debajo y 6 se mantienen (Tabla 8.4.22). Como se puede comprobar al inicio de este apartado, en el

tiempo de medida post aparecen 9 sujetos con una puntuación en el PSWQ ≥ 68 . Esto es debido a que además de estos seis sujetos que no han modificado su puntuación apenas, se añaden dos sujetos más que al empezar el tratamiento no cumplen el criterio para ansiedad generalizada, y al terminar sí. El sujeto que falta para completar el grupo de las personas con Ansiedad Generalizada al terminar, es por ausencia de las puntuaciones en el PSWQ al inicio del tratamiento. Del grupo que recibe la intervención usual, es decir el grupo de control (Tabla 8.4.22), tan solo hay 9 sujetos con una puntuación en el PSWQ mayor o igual a 68 (tenemos que tener en cuenta que este cuestionario se pasa a 24 personas del grupo de control), de estos, 5 (55%) reducen esta puntuación por debajo del punto de corte, y 4 (45%) se mantienen con una puntuación superior.

Tabla 8.4.22. Número de sujetos que han reducido la puntuación en el instrumento PSWQ, por debajo del punto de corte del ≥ 68 en el grupo que recibe la TCAP.

	TCAP		Control	
	n	Porcentaje	n	Porcentaje
Reducción PSWQ	13	68,5%	5	55%
No Reducción PSWQ	6	31,5%	4	45%
Total	19		9	

En el cambio generado desde el final del tratamiento hasta el tiempo de medida tres meses (Tabla 8.4.23), el 75% de la muestra se mantiene fuera, por debajo de la puntuación 68 en el PSWQ, y el 9% en este tiempo baja los niveles de preocupación hasta llegar a estar por debajo de esta puntuación. El 15% se puntúa a los tres meses por encima de la puntuación 68, de los cuales 3 (9%) no han cambiado y 2 han aumentado los niveles de preocupación.

Tabla 8.4.23. Número de sujetos que han reducido la puntuación en el instrumento PSWQ, por debajo del punto de corte del ≥ 68 en el grupo que recibe la TCAP, a los tres meses.

	n	Porcentaje
No cambio (PSWQ < 68)	25	75%
Cambio (de PSWQ ≥ 68 a PSWQ < 68)	3	9%
No cambio (PSWQ ≥ 68)	3	9%
Cambio (de PSWQ < 68 a PSWQ > 68)	2	6%
Total	33	

Lo que se pretende con este análisis, es averiguar en qué variables se diferencian los sujetos en los que el tratamiento es efectivo, y por tanto, hay una reducción de la preocupación medida con la escala PSWQ lo suficientemente potente como para estar por debajo del punto de corte, es decir los que tienen una reducción de ansiedad clínicamente significativa.

La única diferencia que se percibe entre los que reducen y los que no lo hacen en las puntuaciones pre, es que los que reducen los niveles de preocupación por debajo de 68, empiezan el tratamiento (Tabla 8.4.24) puntuando más bajo en la escala que mide el uso de estrategias de Afrontamiento Efectivo (AE, $t=-3,661$; $p=,011$), y más bajo en la escala que mide Rumiación (RUM, $t=-2,272$; $p=,044$). Se entiende que las personas que reducen la ansiedad, empiezan el tratamiento con menores niveles de rumiación. Pero sí se tienen en cuenta que estas dos escalas se miden con el mismo instrumento, RSQ, y que además la n es sólo de cuatro personas los resultados no pueden tomarse en consideración. Además, es casi significativo que se diferencian en la escala que mide la percepción de la preocupación como Incontrolable y Peligrosa, es decir que los sujetos que reducen la puntuación en el PSWQ al terminar el tratamiento, empiezan puntuando menos en esta escala de la metacognición (MUD, $p=,057$). Aunque estos resultados no son muy interesantes debido a la n del grupo de sujetos que no reduce la puntuación en el PSWQ, que tan solo es de 4. En el grupo de control está comparación sólo es posible hacerla en pocas escalas, ya que hay muy pocos sujetos que hayan reducido la puntuación del PSWQ por debajo del punto de corte y que además hayan contestado los cuestionarios. Aun así, parece casi significativo que el grupo de control que reduce la puntuación en el PSWQ por debajo del punto de corte empieza el entrenamiento con menores niveles de Preocupación ($p=,054$). Debido al gran tamaño de la tabla, esta se ha puesto en el Anexo, para su consulta.

En la comparación intersujetos para las puntuaciones en el tiempo de medida post, se hace un ANOVA 2x2 poniendo la variable intersujetos la mejora (mejora-no mejora) y como variable intrasujetos tiempo de medida (pre y post). El objetivo de este análisis es averiguar en qué variables se diferencian los que reducen la ansiedad y los que no. Los análisis se hacen por separado, por una parte el grupo de tratamiento y por otra, el grupo de control.

En el grupo que recibe el tratamiento en TCAP, sólo se detecta un efecto significativo en la escala PSWQ (Tabla 8.4.25). Se detecta un efecto significativo en el factor intrasujetos (PSWQ, $F(1,17)=19,4; p<,001$), en el factor intersujetos (PSWQ, $F(1,17)=19,9; p<,001$), y en la interacción (PSWQ, $F(1,17)=19,4; p<,001$). Este resultado es lógico debido a que el criterio de separación entre los grupos es el propio instrumento PSWQ.

Tabla 8.4.25. ANOVA 2x2 según grupos que mejoran y los que no lo hacen para las escalas de síntomas en el grupo de Tratamiento.

	Intrasujetos								Intersujeto			
	Tiempo				Tiempo x grupo				Grupo			
	F	p	η^2	1- β	F	p	η^2	1- β	F	p	η^2	1- β
BDI	14,80	,001	,46	95%	1,266	,276	,06	18%	1,80	,197	,09	24%
BAI	7,63	,017	,38	71%	1,255	,285	,09	17%	,457	,512	,03	9%
DASS	13,34	,002	,44	93%	3,704	,071	,17	44%	3,44	,081	,16	41%
PSWQ	19,43	<,001	,53	98%	19,43	<,001	,53	98%	19,9	<,001	,53	98%
ASI	16,21	,001	,51	96%	1,223	,286	,07	17%	3,27	,091	,17	39%

BDI: Inventario de depresión de Beck; BAI: Inventario de ansiedad de Beck; DASS: Escala de estrés; ASI: Índice de sensibilidad a la ansiedad; PSWQ: Inventario de Preocupación de Pennsylvania.

Como aparecen efectos significativos en la interacción, se realiza el análisis de los efectos simples.

Tabla 8.4.26. Efectos simples para la escala PSWQ en el grupo de tratamiento.

TCAP x Control	Mejora (n=13)	No mejora (n=6)	Diferencias de medias	p
T1	73,1 (2,8)	73,6 (3,8)	,513	,749
T2	57,3 (7,7)	73,6 (3,5)	16,35	<,001

PSWQ: Inventario de Preocupación de Pennsylvania. Ajuste por comparaciones múltiples de Sidak.

En el grupo de control también se detectan sólo efectos significativos en esta escala (PSWQ, $F(1,7)=24,9; p=,002$). Aunque teniendo en cuenta la n tan pequeña y que esta escala se utiliza de criterio, se pueden extraer muy pocas conclusiones.

Tabla 8.4.27. ANOVA 2x2 según grupos que mejoran y los que no lo hacen para las escalas de síntomas en el grupo de control.

	Intrasujetos								Intersujeto			
	Tiempo				Tiempo x grupo				Grupo			
	F	p	η^2	1- β	F	p	η^2	1- β	F	p	η^2	1- β
BDI	1,753	,227	,20	21%	,715	,42	,09	11%	,146	,714	,02	6%
BAI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DASS	,297	,603	,04	7%	,297	,60	,04	7%	,042	,843	,00	5%
PSWQ	6,015	,044	,462	56%	12,12	,010	,63	84%	24,9	,002	,78	98%
ASI	3,672	,097	,34	38%	1,277	,296	,15	16%	1,51	,259	,17	18%

BDI: Inventario de depresión de Beck; BAI: Inventario de ansiedad de Beck; DASS: Escala de estrés; ASI: Índice de sensibilidad a la ansiedad; PSWQ: Inventario de Preocupación de Pennsylvania.

Tabla 8.4.28. Efectos simples para la escala PSWQ en el grupo de control.

TCAP x Control	Mejora (n=5)	No mejora (n=4)	Diferencias de medias	p
T1	70,8 (1,7)	75,7 (4,4)	4,950	,054
T2	63,6 (1,8)	77 (4,6)	13,40	,001

PSWQ: Inventario de Preocupación de Pennsylvania. Ajuste por comparaciones múltiples de Sidak.

Tabla 8.4.29. ANOVA 2x2 según grupos que mejoran y los que no lo hacen para las escalas que miden variables cognitivas en el grupo de tratamiento.

	Intrasujetos								Intersujeto			
	Tiempo				Tiempo x grupo				Grupo			
	F	p	η^2	1- β	F	p	η^2	1- β	F	p	η^2	1- β
RUM	7,514	,018	,38	71%	1,022	,332	,07	15%	5,78	,033	,32	60%
AE	2,216	,162	,15	27%	11,34	,006	,48	87%	,487	,498	,03	9%
MPB	8,295	,014	,40	75%	2,876	,116	,19	34%	2,39	,148	,16	29%
MUD	50,74	<,001	,80	100%	1,218	,291	,09	17%	4,65	,050	,27	50%
MNCT	6,079	,030	,33	62%	,184	,676	,01	6%	3,88	,072	,24	44%
MCSC	6,035	,030	,33	61%	,809	,386	,06	13%	4,01	,068	,25	45%
MCC	2,449	,144	,16	30%	,352	,564	,02	8%	,853	,374	,06	13%

RUM: Rumiación; AE: Afrontamiento Efectivo; MNCT: Necesidad de control de los pensamientos; MCC: Confianza Cognitiva; MUD: Incontrolabilidad y Peligro; MPB: Creencias positivas; MCSC: Autoconciencia Cognitiva.

En el ANOVA 2x2 en el grupo de tratamiento (Tabla 8.4.29) solo se detecta un efecto en la interacción en la escala que mide el Afrontamiento Efectivo, en el análisis posterior de efectos simples (Tabla 8.4.30), observamos que la diferencia aparece en las puntuaciones pre, es decir que los sujetos que mejoran y los que no, se diferencian en que los que mejoran (reducen puntuación en el PSWQ) empiezan con un nivel

superior de Afrontamiento Efectivo. En el grupo de control no se puede realizar porque la n es demasiado pequeña.

Tabla 8.4.30. Efectos simples para la escala AE en el grupo de TCAP.

TCAP x Control	Mejora (n=10)	No mejora (n=4)	Diferencias de medias	p
T1	32,6 (4,7)	42,7 (4,6)	10,140	,004
T2	44,3 (8)	38,2 (6,4)	-6,068	,207

AE: Afrontamiento Efectivo. Ajuste por comparaciones múltiples de Sidak.

En las escalas de Atención Plena (Tabla 8.4.27) no se detecta ningún efecto significativo en la interacción. Tan solo se observan efectos significativos en el factor tiempo en las escalas que miden las habilidades de Describir (KDES, $F(1,12)=4,88$; $p=,047$) y de Aceptar sin juzgar (KJUD, $F(1,12)=9,465$; $p=,010$), es decir que hay un aumento significativo en estas escalas en los dos grupos. No se observan diferencias en las escalas de Atención Plena entre los que reducen y los que no las puntuaciones en la escala PSWQ por debajo del punto de corte. En el grupo de control estos análisis no se pueden realizar porque no hay una n suficientemente grande.

Tabla 8.4.31. ANOVA 2x2 según grupos que mejoran y los que no lo hacen para las escalas que miden variables cognitivas en el grupo de control.

	Intrasujetos								Intersujeto			
	Tiempo				Tiempo x grupo				Grupo			
	F	p	η^2	1- β	F	p	η^2	1- β	F	p	η^2	1- β
KOBS	,388	,54	,03	8%	1,285	,279	,09	18%	2,177	,166	,15	,27
KDES	4,88	,057	,28	52%	5,829	,404	,03	9%	2,28	,157	,16	28%
KAWA	1,154	,304	,08	16%	2,234	,161	,15	28%	,793	,391	,06	13%
KJUD	9,465	,010*	,44	80%	,041	,843	,00	5%	,501	,493	,04	10%
MAAS	1,655	,219	,10	22%	,001	,974	,00	5%	3,626	,078	,20	42%
FMI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

KOBS: Observar; KDES: Describir; KAWA: Darse Cuenta; KJUD: Aceptar; MAAS: Escala de Atención Plena y Darse Cuenta; FMI: Inventario de Atención Plena de Freiburg.

Los análisis realizados indican que:

- a) Las personas que reducen la puntuación en el PSWQ por debajo del punto de corte se diferencian de las que no lo hacen en que las primeras parten de un menor uso del estilo cognitivo rumiador, y también utilizan menos el estilo de Afrontamiento Efectivo. Si tenemos en cuenta que el grupo de los que no reducen tiene un n de 4, los resultados no pueden ser tomados en demasiada

consideración. Además detrás de este hecho también puede haber un sesgo de respuesta, ya que estas dos escalas forman parte del mismo cuestionario. En el grupo de control apenas se pueden hacer comparaciones porque la muestra es demasiado pequeña.

- b) Tanto en el grupo de tratamiento como en el de control, el grupo de sujetos que reduce la puntuación en el PSWQ por debajo del punto de corte, para los que la intervención en TCAP es eficaz, se diferencian del grupo para los que no es eficaz, en que los primeros terminan con menores niveles de tendencia a la preocupación. Aunque teniendo en cuenta la muestra de personas que ha contestado cada cuestionario no se puede sacar demasiadas conclusiones.

8.4.3 Asistencia, Práctica y Tareas para la muestra con PSWQ ≥ 68

En este análisis queremos explorar si existen diferencias entre las diferentes submuestras (respecto al PSWQ) para los niveles de adherencia al tratamiento. Para hacerlo se realiza ANOVA, para ver si hay diferencias, y el resultado es que no hay diferencias significativas en ninguna de las variables de adherencia, entre los que tienen niveles altos de preocupación y los que no. En la siguiente tabla se puede ver los resultados.

Tabla 8.4.32. Nivel de Adherencia al tratamiento según criterios del PSWQ.

	PSWQ ≥ 68		PSWQ < 68	
	n	Media (Dt.)	n	Media (Dt.)
Asistencia	19	6 (1,3)	25	6,4 (1,2)
Días que ha practicado	12	29 (12)	21	26,8 (9,8)
Media de la práctica / tareas entregadas	11	4,4 (1,8)	21	4,6 (1,5)
Entrega de tareas	19	5,2 (2,3)	25	5,3 (2,3)

Este mismo análisis se repite pero distinguiendo entre los que mejoran y los que no lo hacen, y tampoco se observan diferencias en ninguna de las variables de adherencia. A pesar de que no hay diferencias significativas, se ha incluido una tabla con los niveles de adherencia al tratamiento según mejora. Se observa que los que no mejoran practican mucho menos. La n es tan pequeña no se pueden tomar en consideración estos datos.

Tabla 8.4.33. Nivel de adherencia al tratamiento según reducción de la puntuación en la escala del PSWQ por debajo del punto de corte.

	Mejora		No Mejora	
	n	Media (Dt.)	n	Media (Dt.)
Asistencia	13	6,1 (1,1)	6	5,8 (1,7)
Días que ha practicado	10	28,8 (12,1)	2	16,9 (12)
Media de la práctica / tareas entregadas	9	4,3 (1,6)	2	4,8 (3,1)
Entrega de tareas	13	5,3 (2,2)	6	5 (2,8)

8.6. Relaciones entre variables

El objetivo de estos análisis es averiguar qué relaciones existen entre las variables de Atención Plena y el resto de escalas utilizadas durante esta investigación. La metodología escogida es la correlacional (Pearson). Lo que se pretende, es hacer una aproximación a las variables que intermedian o que intervienen en la modificación de la sintomatología a lo largo del tratamiento. Para hacer esto, se plantean correlaciones entre la diferencias de medias (post-pre), es decir las evolución de las puntuaciones a lo largo del tratamiento, entre los diferentes grupos de instrumentos.

Otro de los objetivos es observar el comportamiento de los cuestionarios de Atención Plena. Como ya hemos indicado múltiples veces para medir la Atención Plena se han pasado tres cuestionarios diferentes, que a raíz de los resultados obtenidos miden tres formas diferentes de entenderla. El Inventario de Atención Plena de Kentucky la subdivide en cuatro habilidades, Observar, Describir, Darse Cuenta y Aceptar sin juzgar. Los otros dos cuestionarios el Inventario de Atención Plena de Freiburg FMI, y la Escala de Atención Plena y Darse Cuenta MAAS, en cambio la entiende como un solo factor.

Como podemos ver en la tabla 8.6.1, en el grupo que ha recibido el tratamiento en TCAP las diferencias de medias en las escalas de Atención Plena y el Inventario de Depresión de Beck correlacionan negativamente de forma significativa con la habilidad de Observar ($r=-,426;p=,017$), Darse Cuenta ($r=-,428;p=,016$) y con las escalas monofactoriales “Escala de Atención Plena y Darse Cuenta, MAAS” ($r=-,437;p=,007$) e Inventario de Atención Plena de Freiburg ($r=-,471; p=,015$). El Inventario de Ansiedad de Beck solo correlaciona con la habilidad de Describir ($r=-,364;p=,044$).

Tabla 8.6.1. Índices de correlación de Pearson entre las diferencias de las puntuaciones (pre-post) en las escalas de Atención Plena y las de síntomas en el grupo de tratamiento.

	KJud	KAwa	KDes	KObs	MAAS	FMI
BDI	-,205	-,428*	-,006	-,426*	-,437*	-,471**
n	31	31	31	31	37	26
BAI	-,046	,157	-,364*	-,248	-,131	-,078
n	31	31	31	31	23	25
DASS	-,481**	-,265	-,335	-,292	-,445**	-,262
n	31	31	31	31	37	26
PSWQ	-,420*	-,604**	-,283	-,438**	-,670**	-,359
n	31	31	31	31	36	25
ASI	-,370*	-,420*	-,235	-,204	-,445**	,280
n	30	30	30	30	23	24

BDI: Inventario de depresión de Beck; BAI: Inventario de ansiedad de Beck; DASS: Escala de estrés; ASI: Índice de sensibilidad a la ansiedad; PSWQ: Inventario de Preocupación de Pennsylvania; KOB: Observar; KDES: Describir; KAWA: Darse Cuenta; KJUD: Aceptar. FMI: Inventario de Atención Plena de Freiburg; MAAS: Escala de Atención Plena y Darse Cuenta. *, p<math>< .05</math>, **, p<math>< .01</math>.

Las diferencias de medias en la escala que mide los niveles de Estrés, correlaciona negativamente con la escala del cuestionario KIM que mide la habilidad de Aceptar sin juzgar la experiencia ($r = -.481; p = .006$), y con la “Escala de Atención Plena y Darse Cuenta” ($r = -.445; p = .008$), también negativamente. El cuestionario de preocupación de Pennsylvania es el que correlaciona negativamente con mayor número de habilidades de Atención Plena, con las habilidades de Aceptar/no juzgar ($r = -.420; p = .019$), Darse Cuenta ($r = -.604; p < .001$) y Observar ($r = -.438; p = .014$), y con la “Escala de Atención Plena y Darse Cuenta” ($r = -.670; p = .020$). La escala de Sensibilidad a la Ansiedad, correlaciona con Aceptar sin juzgar ($r = -.370; p = .019$), con Darse Cuenta ($r = -.420; p = .023$) y con la “Escala de Atención Plena y Darse Cuenta” ($r = -.445; p < .001$).

Llama la atención que no aparezcan correlaciones entre la escala que mide la habilidad de Aceptar sin Juzgar y el BDI, esta habilidad siempre sale relacionada con el cambio en sintomatología depresiva (Baer et al., 2003). En cambio, el aumento de esta habilidad sí que correlaciona con la reducción en la escala de Estrés ($r = -.481; p = .006$) y una reducción de la Preocupación ($r = -.420; p = .019$). El aumento de la escala de Darse Cuenta, que mide la capacidad de centrar la mente y la atención en la actividad que se está llevando a cabo, correlaciona con la reducción de las

puntuaciones en el Cuestionario de Preocupación de Pennsylvania ($r=-,604;p<,001$) y del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad ($r=-,370;p=,019$).

Curiosamente, aparece una correlación significativa entre la escala de BDI ($r=-,455;p=,017$) y la escala que mide la habilidad de Observar. Esta habilidad es la única que no parece modificarse durante el tratamiento. Además, esta habilidad también correlaciona negativamente con el Cuestionario de Preocupación de Pennsylvania. La escala de Observar, mide la habilidad de atender los hechos, emociones y otras respuestas conductuales. Se refiere a la habilidad de observar con ecuanimidad, de forma objetiva los fenómenos que surgen en la experiencia; lo integran ítems como, "Noto cuando mi estado de ánimo empieza cambiar". Es decir que el aumento de capacidad de Observar está relacionado con la reducción de los síntomas de depresión y de la tendencia a la preocupación.

Si observamos los cuestionarios monofactoriales de Atención Plena, vemos que estos correlacionan de forma diferente con las escalas de síntomas. Por una parte el aumento registrado en la Escala de Atención Plena y Darse Cuenta MAAS, correlaciona negativamente con la reducción de sintomatología Depresiva, con la reducción de la tendencia a la preocupación y con la reducción del estrés. Mientras que el aumento de las puntuaciones en el Inventario de Freiburg FMI correlaciona solamente con la reducción de la sintomatología depresiva. La principal diferencia entre estos dos cuestionarios monofactoriales es que el MAAS atiende sobretodo al aspecto mas conductual de la Atención Plena, es decir pregunta por tendencias de acción, mientras que el FMI está más centrado en creencias (consultar Anexo).

Tabla 8.6.2. Índices de correlación de Pearson entre las diferencias de las puntuaciones (pre-post) en las escalas de Atención Plena y las de síntomas en el grupo de Control.

	KOBS	KDES	KAWA	KJUD	MAAS
BDI	,248	-,114	-,358	-,766**	,030
n	12	12	12	12	15
BAI	-,046	-,217	-,681*	-,645*	-,520
n	12	12	12	12	6
DASS	,307	-,425	-,459	-,255	-,087
n	10	10	10	10	15
PSWQ	-,462	,456	-,103	-,087	,277
n	6	6	6	6	11
ASI	,355	-,352	-,217	-,231	,259
n	12	12	12	12	11

BDI: Inventario de depresión de Beck; BAI: Inventario de ansiedad de Beck; DASS: Escala de estrés; ASI: Índice de sensibilidad a la ansiedad; PSWQ: Inventario de Preocupación de Pennsylvania; KOBS: Observar; KDES: Describir; KAWA: Darse Cuenta; KJUD: Aceptar. FMI: Inventario de Atención Plena de Freiburg; MAAS: Escala de Atención Plena y Darse Cuenta.*<,05,**<,01.

A pesar de que en el grupo de control no reciben un entrenamiento en Atención Plena también surgen correlaciones entre las escalas de Atención Plena y las de sintomatología, este hecho nos hace plantearnos que la reducción de la sintomatología también puede provocar un aumento de las puntuaciones en estas escalas, o al menos en algunas de sus habilidades. En el grupo de control, el Inventario de Depresión de Beck correlaciona negativamente con la habilidad de Aceptar sin juzgar ($r=-,766$, $p=,002$). El inventario de Ansiedad de Beck correlaciona con las habilidades de Aceptar sin juzgar ($r=-,645$; $p=,021$) y Darse Cuenta ($r=-,681$; $p=,042$). Llama la atención el hecho de que la escala de ansiedad correlacione tan alto con escalas de Atención Plena en este grupo, mientras que en el grupo de tratamiento no aparezcan correlaciones significativas. Aunque hay que tener en cuenta que la n es muy pequeña y poco representativa de todo el grupo de control, ya que la mayoría no respondió cuestionarios de Atención Plena.

En la tabla 8.6.3 se muestran las correlaciones entre las diferencias medias de las puntuaciones entre las escalas que miden variables cognitivas y las escalas de Atención Plena. La escala de Afrontamiento Efectivo correlaciona positivamente con la

escala que mide la habilidad de Darse Cuenta ($r = ,496; p = ,005$). Este resultado concuerda con la forma en la que se entiende la metacognición desde el instrumento MACAM, donde se divide en dos factores interrelacionados, la capacidad de Afrontamiento y la de Darse Cuenta. La escala de Rumiación correlaciona negativamente con las habilidades Aceptar sin juzgar ($r = -,396; p = ,030$) y Darse Cuenta ($r = -,385; p = ,035$), y con la “Escala de Atención Plena y Darse Cuenta” ($r = -,477; p = ,021$).

Tabla 8.6.3 Índices de correlación de Pearson entre las diferencias de las puntuaciones (pre-post) en las escalas de Atención Plena y las escalas cognitivas.

	KJud	KAwa	KDes	KObs	MAAS	FMI
RUM	-,396*	-,385*	-,246	-,293	-,477*	-,056
n	30	30	30	30	, 23	24
AE	-,206	,496**	-,001	,328	,015	,169
n	30	30	30	30	23	24
MCC	-,505**	-,356*	,064	-,059	-,316	-,047
n	31	31	31	31	24	25
MPB	-,376*	-,378*	-,036	-,022	-,495*	-,246
n	31	31	31	31	23	25
MCSC	-,389*	,291	-,209	,217	,045	-,073
n	31	31	31	31	23	25
MUD	-,474**	-,230	-,062	-,276	-,421*	-,363
n	, 31	31	31	31	23	25
MNCT	-,379*	-,202	-,22	-,015	-,235	-,175
n	31	31	31	31	23	25

RUM: Rumiación; AE: Afrontamiento Efectivo; MNCT: Necesidad de control de los pensamientos; MUD: Percepción de la preocupación como Incontrolable y Peligrosa; MPB: Creencias positivas sobre la preocupación; MCSC: Autoconciencia Cognitiva. KOBS: Observar; KDES: Describir; KAWA: Darse Cuenta; KJUD: Aceptar. FMI: Inventario de Atención Plena de Freiburg; MAAS: Escala de Atención Plena y Darse Cuenta. *, $0,05$, **, $0,01$.

La escala de metacognición que mide la Desconfianza Cognitiva correlaciona negativamente con la habilidad de Aceptar sin juzgar ($r = -,505; p = ,004$) y con Darse Cuenta ($r = -,356; p = ,049$). La escala que mide las Creencias Positivas sobre la preocupación correlaciona negativamente estas dos mismas habilidades, con Aceptar ($r = -,376; p = ,037$) y con Darse Cuenta ($r = -,378; p = ,036$), también “Escala de Atención Plena y Darse Cuenta” ($r = -,495; p = ,019$).

La que mide la Autoconciencia Cognitiva correlaciona negativamente sólo con la habilidad de Aceptar sin juzgar ($r=-,389;p=,030$). La escala de Incontrolabilidad y Peligro correlaciona negativamente con la habilidad de Aceptar sin juzgar ($r=-,474;p=,007$) y con “Escala de Atención Plena y Darse Cuenta” ($r=-,421;p=,045$). Por último, la necesidad de Controlar los pensamientos correlaciona con la Habilidad de Aceptar ($r=-,379;p=,035$). El aumento de las puntuaciones de la habilidad de Aceptar no está relacionado con la reducción de sintomatología depresiva, pero en cambio, sí lo está con la reducción de estilos cognitivos o metacreencias, que a su vez están relacionadas con la reducción de puntuaciones en el BDI.

La reducción de las puntuaciones en las escalas de metacognición y la escala de Rumiación están relacionadas negativamente, con el aumento en las puntuaciones en la escala que mide la habilidad de Aceptar sin juzgar. Esta habilidad parece la clave para entender la modificación de metacreencias y estilos cognitivos desadaptativos. En el grupo de control no se repiten estos resultados (Tabla 8.6.4), de hecho, en el grupo de control no aparecen relaciones significativas entre ninguna de las escalas de variables cognitivas.

El aumento de las puntuaciones en la escala que mide la habilidad de Aceptar correlaciona con el cambio de metacreencias y con la reducción del estilo cognitivo rumiador. Estos datos apuntan hacia una relación entre la metacognición y la habilidad de Aceptar sin juzgar la experiencia, en la línea de hipótesis propuesta por Teasdale (1995) y también por la línea seguida en este trabajo doctoral.

La habilidad de Darse Cuenta está relacionada negativamente con la reducción de la rumiación y de las creencias positivas sobre la preocupación, y con un aumento del estilo cognitivo de Afrontamiento Efectivo, así como un aumento de la confianza sobre las propias funciones cognitivas. Ni la habilidad de Observar ni la de Describir están relacionadas con ninguna otra escala, así como la escala de Atención Plena medida con el Inventario de Freiburg.

En el grupo de control, no aparecen correlaciones significativas en ninguna de estas comparaciones (Tabla 8.6.4).

Tabla 8.6.4. Índices de correlación de Pearson entre las diferencias de las puntuaciones (pre-post) en las escalas de Atención Plena y las escalas cognitivas en el grupo de control.

	KOBS	KDES	KAWA	KJUD	MAAS
RUM	,328	,014	,173	-,110	-
n	10	10	10	10	-
AE	,075	-,165	-,412	-,001	-
n	11	11	11	11	-
MCC	,354	-,348	-,049	-,275	,285
n	11	11	11	11	6
MPB	-,196	-,098	-,057	-,193	,174
n	11	11	11	11	6
MCSC	,061	,026	-,131	-,215	,125
n	11	11	11	11	6
MUD	-,125	,516	-,347	-,242	-,078
n	11	11	11	11	6
MNCT	,024	,735(*)	-,053	-,057	-,109
n	11	11	11	11	6

RUM: Rumiación; AE: Afrontamiento Efectivo; MNCT: Necesidad de control de los pensamientos; MUD: Percepción de la preocupación como Incontrolable y Peligrosa; MPB: Creencias positivas sobre la preocupación; MCSC: Autoconciencia Cognitiva; KOBS: Observar; KDES: Describir; KAWA: Darse Cuenta; KJUD: Aceptar. FMI: Inventario de Atención Plena de Freiburg; MAAS: Escala de Atención Plena y Darse Cuenta. * $<,05$, ** $<,01$.

En la siguiente tabla se encuentran las correlaciones que aparecen entre las escalas de síntomas y las escalas que miden variables cognitivas. La reducción de las medias en el Inventario de Depresión de Beck correlaciona positivamente con la reducción en la escala de Rumiación ($r=,558$; $p=,001$), con la reducción de la escala Confianza Cognitiva (escala inversa, mide la desconfianza en las propias habilidades cognitivas) ($r=,455$; $p=,010$), con la reducción de la escala que mide las Creencias Positivas ($r=,405$; $p=,024$) y con la que mide la Percepción de la Preocupación como Peligrosa e Incontrolable ($r=,477$; $p=,007$).

Tabla 8.6.5. Índices de correlación de Pearson entre las diferencias de las puntuaciones (pre-post) en las escalas de síntomas y las escalas cognitivas en el grupo de TCAP.

	RUM	AE	MCC	MPB	MCSC	MUD	MNCT
BDI	,558**	-,331	,455*	,405*	-,145	,477**	,272
n	30	30	31	31	31	31	31
BAI	,491**	-,316	,191	,133	,079	,493**	,474**
n	30	30	31	31	31	31	31
DASS	,643**	-,019	,459**	,361*	,273	,273	,449*
n	30	30	31	31	31	31	31
PSWQ	,622**	-,377*	,465**	,508**	,070	,548**	,375*
n	30	30	31	,31	31	31	31
ASI	,712**	-,459*	,529**	,395*	,172	,571**	,581**
n	28	28	29	29	29	29	29

BDI: Inventario de depresión de Beck; BAI: Inventario de ansiedad de Beck; DASS: Escala de estrés; ASI: Índice de sensibilidad a la ansiedad; PSWQ: Inventario de Preocupación de Pennsylvania; KOBS: Observar. * $<,05$, ** $<,01$.

Las diferencias post-pre en el inventario de Ansiedad de Beck, correlacionan positivamente con las diferencias de medias de escala de Rumiación ($r=,491$; $p=,006$), con la escala Incontrolabilidad y Peligro ($r=-,493$; $r=,017$) y con la Necesidad de Controlar los Pensamientos ($r=,474$; $p=,020$). La escala de Estrés correlaciona positivamente con las escalas de Rumiación ($r=,622$; $p<,001$), y con las escalas Confianza Cognitiva ($r=,459$; $p=,009$), Creencias Positivas ($r=,361$; $p=,046$) y Necesidad de Controlar los Pensamientos ($r=,449$; $p=,011$).

Las diferencias de medias de la escala PSWQ, correlaciona positivamente con las diferencias de medias de casi todas las escalas de metacognición, con Confianza Cognitiva ($r=,465$; $p=,008$), con Creencias Positivas ($r=,508$; $p=,004$), con Incontrolabilidad y Peligro ($r=,548$; $p=,001$) y con la Necesidad de controlar los pensamientos ($r=,375$; $p=,038$). También correlaciona esta escala negativamente con el uso del estilo cognitivo "Afrontamiento Efectivo" ($r=-,377$; $p=,040$), y positivamente con el estilo Rumiador ($r=,622$; $p<,001$).

Las diferencias de medias del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad correlacionan positivamente con Rumiación ($r=,712$; $p<,001$), con Confianza Cognitiva ($r=,529$; $p=,014$), con Creencias Positivas ($r=,395$; $p=,034$), con Incontrolabilidad y Peligro ($r=,571$; $p=,001$) y con la Necesidad de controlar los pensamientos

($r=,581$; $p=,001$), y correlacionan negativamente con la escala Afrontamiento Efectivo ($r=-,459$; $p=,014$).

Tabla 8.6.6. Índices de correlación de Pearson entre las diferencias de medias en las escalas de síntomas y las escalas cognitivas en el grupo de control.

	RUM	AE	MCC	MPB	MCSC	MUD	MNCT
BDI	,311	,028	-,076	,120	-,050	-,020	,080
n	24	24	30	30	30	30	30
BAI	,320	,226	,428*	,210	,139	,380*	,041
n	21	24	29	29	29	29	29
DASS	,444*	,375	,137	,256	,279	,274	,173
n	22	22	29	29	29	29	29
PSWQ	,107	-,733	,458	,272	-,605	-,281	,034
n	9	7	8	8	8	8	8
ASI	,319	,137	,234	,324	,269	,316	,005
n	24	24	25	25	25	25	25

BDI: Inventario de depresión de Beck; BAI: Inventario de ansiedad de Beck; DASS: Escala de estrés; ASI: Índice de sensibilidad a la ansiedad; PSWQ: Inventario de Preocupación de Pennsylvania; KOBS: Observar. * $<,05$, ** $<,01$.

En el grupo de control aparecen muchas menos correlaciones significativas. La escala de Ansiedad (BAI) correlaciona positivamente con la escala Confianza Cognitiva ($r=,428$; $p=,020$), y con la escala Incontrolabilidad y Peligro ($r=,380$; $p=,042$), y la escala DASS correlaciona positivamente con la escala Rumiación ($r=,444$; $p=,039$).

En la siguiente tabla se analizan las correlaciones entre las diferencias de medidas de las diferentes escalas y habilidades de la Atención Plena, sólo se observan correlaciones significativas en la escala MAAS con tres de las habilidades propuestas por el cuestionario KIM, aunque con la que más correlaciona es con la escala que mide habilidad de Observar ($r=,491$; $p=,017$), también se observa en la escala Aceptar ($r=,461$; $p=,027$), y Darse Cuenta ($r=,466$; $p=,025$).

Tabla 8.6.5. Índices de correlación de Pearson entre las diferencias de medias entre las escalas de Atención Plena en el grupo de tratamiento.

	KJud	KAwa	KDes	KObs	MAAS
KAwa	,073				
n	31				
KDes	-,023	,254			
n	31	31			
KObs	,220	,255	,086		
n	31	31	31		
MAAS	,461*	,466*	,077	,491*	
n	23	23	23	23	
FMI	,275	,301	-,114	,185	,394
n	25	25	25	25	20

KOBS: Observar; KDES: Describir; KAWA: Darse Cuenta; KJUD: Aceptar. FMI: Inventario de Atención Plena de Freiburg; MAAS: Escala de Atención Plena y Darse Cuenta. * $<,05$, ** $<,01$.

Este mismo análisis, pero realizado con el grupo de control, aparece una correlación positiva entre la escala de Aceptar del KIM y la escala de Darse Cuenta ($r=,610$; $p=,035$). No hay apenas correlaciones, esto puede tener que ver con que miden diferentes constructos o diferentes visiones de la Atención Plena, como ya hemos indicado en la introducción teórica.

Tabla 8.6.6. Índices de correlación de Pearson entre las diferencias de medias entre las escalas de Atención Plena en el grupo de control.

	KOBS	KDES	KAWA
KDES	-,201		
n	12		
KAWA	,342	,022	
n	12	12	
KJUD	-,018	,236	,610*
n	12	12	12

KOBS: Observar; KDES: Describir; KAWA: Darse Cuenta; KJUD: Aceptar. FMI: Inventario de Atención Plena de Freiburg; MAAS: Escala de Atención Plena y Darse Cuenta. * $<,05$, ** $<,01$.

También se han realizado correlaciones entre las diferencias de puntuaciones y los niveles de adherencia al tratamiento (tabla 8.6.7), pero como apenas aparecen correlaciones significativas y para facilitar la lectura del trabajo, me voy a limitar a

comentarlas y dejar las tablas en el anexo para su consulta. La única correlación significativa que aparece entre las diferencias de medias de las puntuaciones, y las variables de adherencia al tratamiento, aparece entre la Atención Plena medida con la escala MAAS, y el número de días que se asiste a las sesiones ($r=,326;p=,049$), esta correlación tiene sentido ya que a mayor asistencia facilita mayor práctica en casa.

Esta correlación llevada al seguimiento, es decir entre las diferencias de medias post-tres meses y los niveles de seguimiento de la práctica, dan algunas correlaciones interesantes (Tabla 8.6.8; consultar Anexo), como por ejemplo la que se establece entre la reducción de la sensibilidad a la ansiedad y técnica informal de conectar son lo que sucede en el presente ($r=,429;p=,029$). Otra correlación interesante aparece entre la utilización de la técnica informal de llevar la atención a la respiración y la habilidad de Darse Cuenta ($r=,468;p=,050$).

A partir de los datos, podemos decir que:

- a) La reducción de la tendencia de la preocupación, correlaciona con el aumento de la Atención Plena, entendida como un solo factor y también con tres de las habilidades que contiene, la de Observar, la de Darse Cuenta y la de Aceptar.
- b) La reducción de sintomatología depresiva correlaciona con el aumento de la Atención Plena entendida como un solo factor y con la habilidad de Observar. A pesar de que en la habilidad de Observar no hay diferencias significativas al terminar la aplicación del programa TCAP, a la hora de establecer relaciones si muestra correlaciones significativas con la reducción de la tendencia a la preocupación y de la sintomatología depresiva.
- c) La reducción de sintomatología depresiva correlaciona con la reducción de estilos cognitivos desadaptativos como la rumiación y con el cambio Metacognitivo, a nivel de metacreencias. Como hemos visto antes (Tabla 8.6.3) la habilidad de Aceptar, correlaciona negativamente con las escalas de metacognición, y no correlaciona con el BDI, pero en cambio la mayoría de escalas de metacognición sí que correlacionan con esta habilidad de la Atención Plena. Es posible que esto sea debido a que la forma que tiene de afectar la habilidad de Aceptar a la reducción de la sintomatología depresiva, sea a través del cambio de metacreencias y la reducción de estilos cognitivos desadaptativos.

- d) La reducción los síntomas de Ansiedad correlaciona positivamente con la reducción del uso del estilo cognitivo rumiador y con la reducción de dos metacreencias, la que entiende la preocupación como algo Incontrolable y Peligroso, y con la Necesidad de Controlar los Pensamientos. En cambio, los síntomas de ansiedad no correlacionan con ninguna de las habilidades de la Atención Plena. Por tanto, tal vez el efecto de la Atención Plena sobre la ansiedad sea dado a través de la reducción de la preocupación y del cambio de metacreencias.
- e) De todas las habilidades de la Atención Plena, el aumento en la habilidad de Aceptar es la que mayor relación tiene con el cambio de Metacreencias, y con la reducción del uso de estilos cognitivos desadaptativos como la rumiación. La habilidad de Darse Cuenta también está relacionada.

Hay que tener en cuenta el sesgo de respuesta que supone el esperar una mejoría al terminar y el agradecimiento de los participantes hacia los evaluadores, seguramente provocando un sesgo positivo de respuesta, y homogeneizante.

8.7 Análisis de los cambios en la metacognición según el instrumento MACAM

El objetivo de este apartado es completar la información obtenida a través de cuestionarios en los capítulos anteriores, y utilizar un instrumento que capte el desarrollo de las habilidades metacognitivas que se entrenan en el programa TCAP.

A lo largo de este trabajo y sobretodo en la introducción teórica se ha hablado de la hipótesis de que el principal efecto de la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena se da sobre el desarrollo de la metacognición. Pero en la parte estadística, el único instrumento que se ha utilizado para medirla es el Cuestionario de Metacogniciones (Wells y Cartwright-Hatton, 2003), que tal y como hemos dicho anteriormente responde al modelo teórico de Adrian Wells, y está centrado sobretodo en la medida de metacreencias sobre la preocupación.

A pesar de que se obtienen resultados muy interesantes con este instrumento, se decidió añadir otro que se acercara más a la metacognición tal y como se entiende desde la TCAP y desde el modelo de Teasdale (capítulo 1). Por esta razón se pasó el

instrumento Medida del Darse Cuenta y el Afrontamiento en Memoria Autobiográfica (MACAM). El objetivo de este apartado es completar la información obtenida a través de cuestionarios en los capítulos anteriores, utilizando un instrumento que capte el desarrollo de las habilidades metacognitivas que se entrenan en el programa TCAP.

Se evalúa la habilidad de los sujetos para acceder a ejemplos en la memoria sobre su capacidad de ganar perspectiva y enfrentarse a pensamientos y sentimientos depresivos. Las memorias se estimulan haciéndoles escuchar unos episodios cortos de situaciones o sentimientos típicamente asociados con la tristeza o la depresión. Se les pasan a los entrevistados un total de 8 historietas grabadas, después de cada historieta tienen que comentar si les viene algún tipo de recuerdo personal en que le sucediera algo parecido o en que sintieran los sentimientos descritos en la historia. Una vez ha reconocido un episodio parecido se pasa a la siguiente historieta, una vez se han pasado las 8 historias, se seleccionan 4 y se pasa a describirlas y narrarlas (las historietas se pueden revisar en los ANEXOS).

Este instrumento utiliza dos factores para medir la metacognición, la capacidad de Darse Cuenta y la capacidad de Afrontamiento. La escala de “Darse Cuenta” mide la capacidad de darse cuenta de los sujetos, de sus pensamientos y sentimientos como procesos mentales y sus habilidades para separar y distanciarse a sí mismos de esos sentimientos y pensamientos. La escala de “Afrontamiento” mide el carácter deliberado o no de los intentos de los sujetos por enfrentarse a la situación o a sus sentimientos así como los planes implicados en esos intentos. La escala refleja las respuestas observables de los sujetos y los procesos mentales dirigidos a ellos.

Todas las sesiones fueron transcritas y las corrigieron 3 jueces, según los siguientes criterios de codificación (metacognición y Afrontamiento):

Darse Cuenta

1. Discriminación mínima entre pensamientos negativos y sentimientos. Está inmerso en sentimientos negativos indeferenciados.
2. Discriminación de pensamientos y sentimientos negativos. El participante es capaz de elaborar diferentes tendencias de sentimientos negativos y los diferentes pensamientos asociados con ellos

3. Alguna discriminación del sí mismo y las propias reacciones a la situación. Los participantes tienen un sentido de sus pensamientos y sentimientos como algo distinto de las situaciones externas.
4. Discriminación del sí mismo de los pensamientos o sentimientos. De alguna forma, los participantes pueden retroceder y ver sus pensamientos o sentimientos en una perspectiva más amplia.
5. Persistente y amplio conocimiento de pensamientos o sentimientos. El nivel de darse cuenta obtenido en el criterio 4 puede ser buscado más rápidamente, más claramente o puede persistir de forma continua más tiempo uno vez ha sido alcanzado.

Afrontamiento

1. El sujeto sucumbe a sus sentimientos. El sujeto no hace esfuerzos en dirigir sus sentimientos o la situación, excepto los que hace para salir o evitar la situación. Dependen de otros para salir de la situación.
2. Actividades que no están dirigidas deliberadamente al afrontamiento. El sujeto puede dedicarse a actividades como continuar con lo que estaba haciendo ignorando sus sentimientos
3. Acciones deliberadas para tratar con los sentimientos o la situación. El sujeto deliberadamente intenta algún tipo de acción, por ejemplo dedicarse a actividades o distracciones.
4. Intentos de afrontamiento reflexivos, o planeados. El sujeto sopesa posibilidades alternativas para tratar con la situación o los sentimientos, o planea una serie de acciones dirigidas a la situación.
5. Planificación comprensiva de esfuerzos de afrontamiento. La respuesta de los sujetos se dirige a un número de aspectos de la situación de forma comprensiva.

Este instrumento se le pasó a 14 sujetos del estudio dos, de estos 14, tres entrevistas fueron desestimadas. La razón por la que no se ha pasado a todo el grupo, es que este instrumento requiere mucho tiempo para ser pasado, y para la posterior transcripción del discurso. Tampoco se ha pasado a un grupo de control por estas mismas razones.

Esta prueba se pasó antes del inicio del “estudio 2”. El día en el que se presentaba el tratamiento se quedó con todos los participantes para hacer esta entrevista. Las

entrevistas fueron grabadas para su posterior transcripción, bajo el consentimiento de las participantes. El evaluador en todo momento devuelve que este instrumento es una prueba y no una sesión de psicoterapia, de hecho el instrumento incluye una guía para que el terapeuta facilite el discurso del entrevistado sin entrometerse.

La medida post se tomó a los tres meses una vez finalizado el tratamiento, en total cinco meses más tarde de toma pre. La razón por la que no fue pasada al finalizar el entrenamiento es, que los cambios que se pretenden medir (un aumento de la capacidad de darse cuenta y de la capacidad de afrontamiento) creemos que necesitan más tiempo para asentarse, y teniendo en cuenta la cantidad de tiempo y recursos que consume esta prueba se prefirió pasar solo a los tres meses.

Para la evaluación de los textos transcritos se pasó a tres jueces para mostrar así su fiabilidad. La fiabilidad interjueces fue bastante baja.

Tabla 3.9.1. Fiabilidad interjueces para la prueba MACAM

	Juez 2	Juez 1
Juez 1	,244** p=,008	
Juez 3	,322** p<,001	,403** p<,001

*<,05, **<,01.

Hay varias posibles razones para explicar esta fiabilidad tan baja, una de ellas puede ser la falta de una buena preparación o entrenamiento conjunta de los jueces para consensuar los criterios de codificación, y la otra posible razón puede ser que el instrumento realmente no sea lo suficientemente sensible para captar todas las sutilezas del discurso.

Se escogen las puntuaciones de uno de los jueces (las del autor), para ver si hay diferencias intrasujetos, y entonces se detecta un aumento de la metacognición, tanto en la capacidad de Darse Cuenta, como en la habilidad de Afrontar.

Después de puntuar cada episodio según los criterios preestablecidos las puntuaciones que surgen son las que se pueden observar en la tabla 3.9.2. Los resultados de la prueba no paramétrica de Wilcoxon para muestras relacionadas

muestra un efecto significativo en los dos factores, es decir que hay un aumento de los dos factores de la metacognición a los tres meses de terminado el tratamiento.

Tabla 3.9.2. Prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas.

	<i>n</i>	<i>PRE</i>	<i>POST</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
<i>Darse Cuenta</i>	10	2,11 (0,77)	3,07 (1,1)	-2,411	,016*
<i>Afrontamiento</i>	10	1,8 (,86)	2,97 (1,22)	-2,092	,028*

* $<,05$, ** $<,01$.

A partir de los datos podemos decir que:

- El instrumento MACAM muestra baja fiabilidad interjueces en la investigación que se ha llevado a cabo.
- Hay un aumento en los dos factores del instrumento MACAM, en la capacidad de Darse Cuenta y en Afrontamiento, tres meses después de terminado la intervención en TCAP. Por tanto, la TCAP aumenta los niveles de metacognición, medidos con el instrumento MACAM.

8.8 Análisis de contenido de las valoraciones de los pacientes al finalizar el tratamiento.

El objetivo de este apartado es ampliar la información dada en la parte de estudio empírico. A través de la información narrativa de los participantes del estudio, nos podemos aproximar más a la experiencia real de los participantes, y toda la multiplicidad de niveles de actuación de la TCAP.

A partir de estudios cualitativos anteriores en estudios publicados sobre TCAP (Mason, Hargraves, 2001; Finucane y Mercer, 2006) se desarrolló un cuestionario de 11 preguntas abiertas para ampliar la investigación desde un punto de vista cualitativo, y completar la información sobre los efectos del tratamiento.

El último día de tratamiento además de pasar los cuestionarios para validar si había diferencias antes-después del tratamiento, también se entregó un cuestionario de preguntas abiertas. Con el objetivo de: a) ver como los sujetos del estudio habían visto o evaluado el entrenamiento, b) validar si habían sentido algún cambio a lo largo del

proceso que los cuestionarios más estandarizados no podían percibir, c) aprender de las partes que nos les había gustado o no les había llegado, para así recabar información que nos sirva para diseñar después el programa que se ofertará en las Unidades de Salud Mental de la Isla de Tenerife.

El método que se utilizó en esta parte de la investigación cualitativa fue un cuestionario de 15 preguntas abiertas, sacadas de los resultados en estudios anteriores (Mason O., Hargraves I. 2001) y en la primera parte del proyecto de investigación. En este cuestionario se les preguntó por lo que habían aprendido en la formación, y por los cambios en su estado de ánimo, a nivel cognitivo, en la convivencia con los demás y en su percepción del dolor. Este cuestionario fue pasado a un total de 32 personas, ya que al primer grupo de tratamiento se le pasó solo a una persona debido a las dificultades que surgieron en el día del pase de medida post por el huracán que acababa de pasar por Tenerife.

Se llevó a cabo un análisis de contenido, se agruparon las respuestas en categorías para convertirlas en porcentajes. A continuación se analizarán cada pregunta una por una.

De las 32 personas que contestaron este cuestionario de preguntas abiertas, ante la pregunta “¿Qué te ha parecido el entrenamiento?”, 31 respuestas fueron con algún tipo de adjetivo positivo, tan solo uno respondió que le parecía un entrenamiento “regular”. Lo adjetivos más utilizados para responder esta pregunta son, un 53,1% lo catalogan como una experiencia positiva (bien, interesante, genial, etc.), y el 32% utilizan adjetivos referidos a su utilidad (provechoso, útil, de gran ayuda).

La segunda pregunta se refiere a las dificultades en la realización de la práctica, al inicio del entrenamiento. En el programa de TCAP hay una sesión dedicada íntegramente a este asunto y a la solución de las dificultades, sobretudo a la hora de realizar las meditaciones en casa. Las dificultades más comunes que tienen los participantes son los síntomas relacionados con la ansiedad (sensación de pánico, angustia, pérdida de control y problemas con la respiración) que aparecen durante la práctica, un 37,5% tiene dificultades a este nivel. Ante estas sensaciones la instrucción dada es no dejarse arrastrar e introducirlas en la meditación como un objeto más de

observación, sin intentar controlarlas, de esta forma se intenta que se acepten y por tanto que se deje pasar, sin rechazarlas.

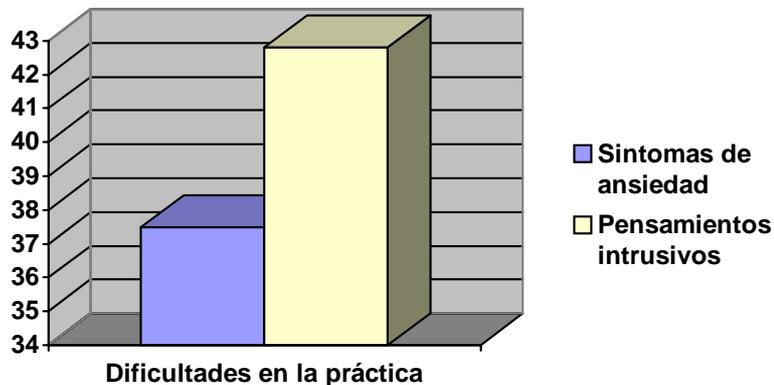


Gráfico 8.8.1. Dificultades en la práctica.

El 43,7% reconoce tener dificultades en la concentración, sobretodo respecto a pensamientos intrusivos. Las instrucciones que dan los terapeutas durante la práctica son que no deben pretender controlar los pensamientos y que es normal que aparezcan pensamientos intrusivos, de hecho la parte principal de la meditación en Atención Plena es la observación de este ir y venir de pensamientos. A pesar de esto, muchos participantes seguían creyendo que la presencia de pensamientos en la meditación implicaba mala praxis y les provocaba mucho malestar. Un 15,6% reconocía no tener ningún tipo de sensación corporal, cuando hacían el ejercicio de la contemplación de las sensaciones, esta falta de sensaciones fue desapareciendo conforme se practicaba más veces. Estas dificultades se fueron solucionando conforme iba aumentando el número de sesiones y sobretodo el número de meditaciones hechas en casa.

Este tratamiento tiene un gran componente experiencial, es decir que su objetivo es que sean los propios participantes a través de su experiencia los que descubran el porqué de la meditación o el auténtico sentido del entrenamiento. Por tanto las intervenciones son siempre muy poco directivas, el peligro de esto, es que haya personas que no entiendan el sentido de la práctica o de las tareas para casa, o incluso para qué sirve meditar. Al hacer la pregunta “¿Cuándo empezaste a tener claro el sentido del tratamiento?” aparece que el 43,7% de los participantes en el estudio

empezó a tener claro el sentido del tratamiento en las primeras dos semanas. El 21,8% a partir de la segunda semana, y el 15,6% sintieron que comprendían el auténtico sentido de la meditación sobre la cuarta semana. Por otro lado, un 9,3% los descubrió en las últimas semanas, e incluso un 6,2% terminó el entrenamiento sin tener muy claro su objetivo.

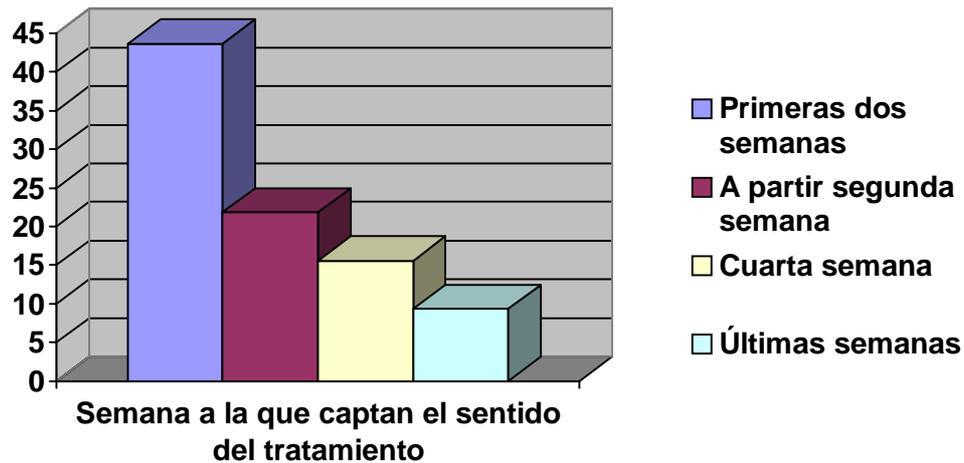


Gráfico 8.8.2. Comprensión del objetivo.

Se plantean cuatro preguntas sobre los cambios que han sentido en cuatro niveles, a nivel de pensamiento, convivencia, estado de ánimo y dolor.

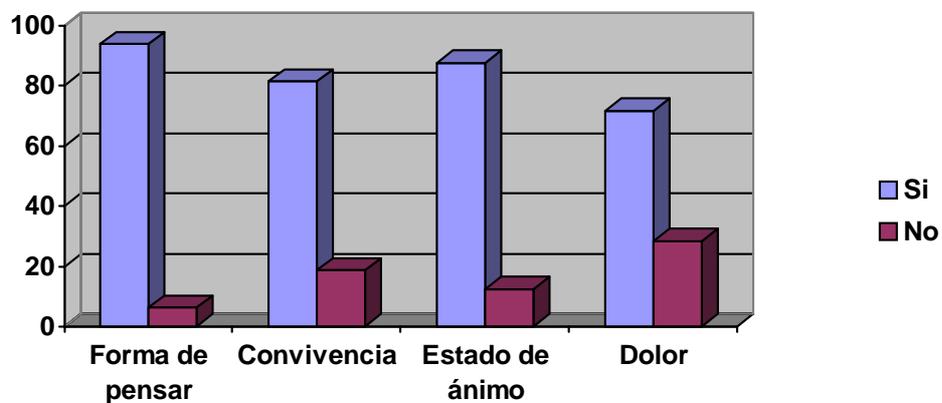


Gráfico 8.8.3. Cambios notados tras el entrenamiento.

Respecto a la pregunta que se hace por los cambios en el estado de ánimo, el 87,5% de los sujetos de este estudio reconocen haber notado algún tipo de mejora en su estado de ánimo (más contentas/os, más seguridad, más animada/o, etc.). Des estos, el 62,5 tienen un aumento del estado de ánimo. El 12,5% contesta a esta pregunta con alguna referencia a una clara reducción de síntomas. El 7,1% reconoce tener mayor paz interior. Otro 7,1% reconoce que se siente más segura/o de sí misma/o.

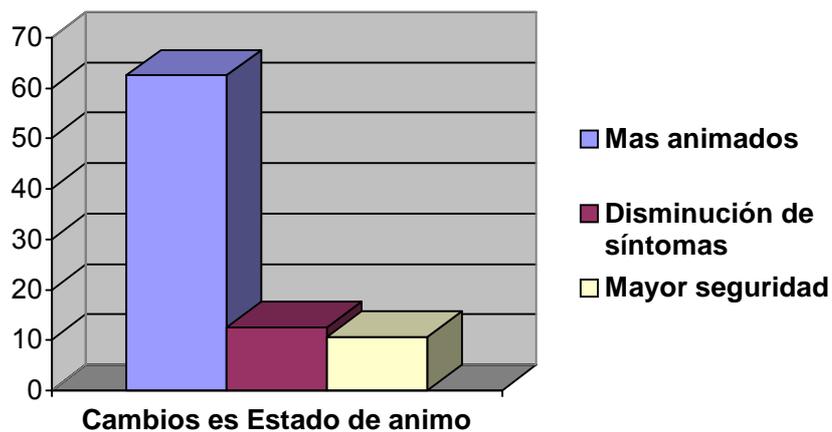


Gráfico 8.8.4. Cambios en el estado de ánimo.

Los cambios en variables cognitivas se preguntaron de la siguiente forma “¿Has notado cambios en tu forma de pensar?”, y ante esta pregunta un 93,8% reconoce haberlos notado. De estos, el 32% reconoce pensar más positivamente, un 15,6% ha aumentado la paciencia/tranquilidad, le da menos importancia a las cosas y no se agobia. El 34,3% ha aumentado habilidades relacionadas con la Atención Plena, como una mayor importancia del cuerpo, pensamiento centrado en el presente y afrontamiento efectivo de estados de disforia.

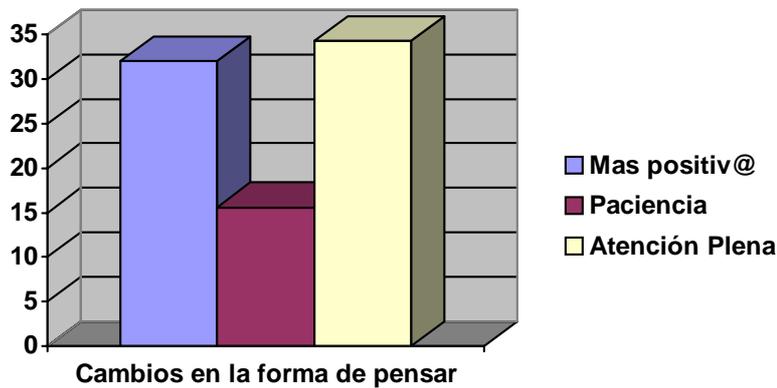


Gráfico 8.8.5. Cambios en la forma de pensar.

Este entrenamiento dedicaba un tiempo superior a la versión original de la TCAP a la convivencia. Este tema se introducía en las tareas para casa, mediante ejercicios y también en algunas dinámicas grupales. Muchas de las demandas de los pacientes en el grupo tenían que ver con este nivel. La forma en la que se trabaja es a través de la aceptación del otro, y de su legitimación como un ser distinto. Cuando se hace la pregunta “¿Has notado algún cambio en tu relación con los demás?”, el 81,3% reconoce haber notado algún cambio a mejor a este nivel. De los que han notado cambios, el 37,5% reconoce haber aumentado la capacidad de aceptar a los demás y una mayor tolerancia/paciencia. El 15,6% reconoce haber aumentado sus habilidades sociales, y el 9,3% siente que puede ser más asertiva/o.

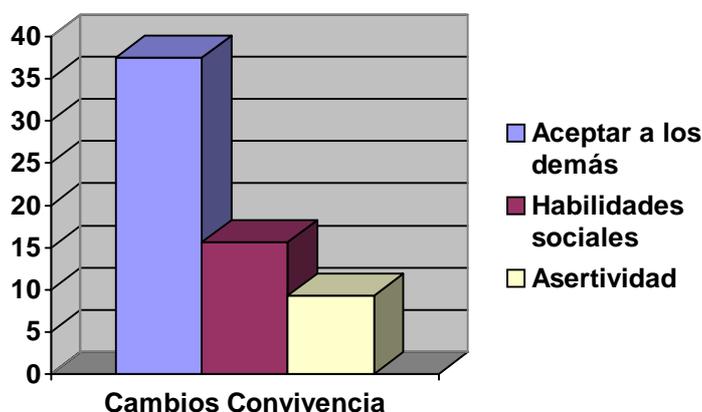


Gráfico 8.8.6. Cambios en la convivencia.

Durante las ocho sesiones, se hacen muchas referencias al dolor, debido a que la propia práctica de la meditación puede ser dolorosa, y que en el yoga, continuamente se está trabajando con esa sensación. La forma en la que la TCAP trabaja con el dolor, es incluyendo esta sensación dolorosa en la práctica, como una sensación más sin juzgarla, sin intentar modificarla, y llevar la respiración a ese punto con la imaginación. De alguna forma se promueve una aproximación en estado de calma a las sensaciones dolorosas. De las 32 personas que participan de este estudio narrativo, 21 reconocen haber tenido alguna experiencia de dolor físico durante el tiempo del entrenamiento. De estos, el 71,5% reconoce haber notado algún cambio positivo en la vivencia del dolor. De esta muestra, el 57,6% reconoce que la meditación en Atención Plena ha reducido la intensidad del dolor, y ha aumentado su capacidad de afrontarlo. El caso de las personas con Fibromialgia, había una muestra de 6 mujeres con Fibromialgia, y la mayoría no han notado un descenso de la intensidad del dolor, sino que lo viven de diferente manera, como una paciente reconoce “me duele lo mismo, pero ahora siento que puedo hacer más cosas, ahora no me preocupa tanto”.

Ante la pregunta “¿Qué habilidades crees que has aprendido?”, la mayoría (46,8%) en sus respuestas se refiere a habilidades relacionadas con la Atención Plena, como por ejemplo la de estar en el presente, la de aceptar las experiencias, etc. Curiosamente un 25% reconoce haber aprendido a relajarse. Un 21,8% ha aprendido la habilidad de parar los pensamientos intrusivos y reducir la rumiación. Un 37,5% ha aprendido a respirar, es decir ha aprendido el poder terapéutico que tiene la concentración en la respiración. Además de estos, un 9,3% reconocía haber aumentado la sensación de control sobre sí mismo/a, y otro 9,3% sentía que había aumentado la capacidad de concentración.

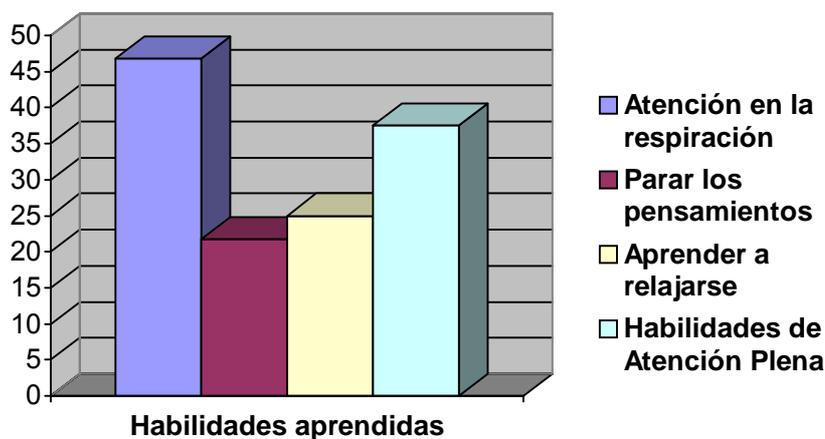


Gráfico 8.8.7. Habilidades Aprendidas.

Tabla 8.8.1. Porcentajes de cada una de las respuestas.

	Respuestas a las cuestiones planteadas	%
Habilidades aprendidas	- Utilizar la atención en la respiración.	46,8%
	- Aprender a parar los pensamientos.	21,8%
	- Aprender a relajarse.	25%
	- Mayor Atención Plena (vivir el presente, aceptar, paciencia, identificar sentimientos).	37,5%
	- Mayor sensación de control.	9,3%
	- Concentración.	9,3%
	- Ser más positivo/a	9,3%
Cambios Convivencia	- Mayor capacidad de aceptar a los demás.	37,5%
	- Aumento de las habilidades sociales.	15,6%
	- Mayor asertividad.	9,3%
Cambios Estado de ánimo	- Aumento del estado de ánimo (más positivos/as, más animadas/os, mejor ánimo,	62,5%
	- Disminución de síntomas (Ansiedad o depresión)	12,5%
	- Mayor seguridad en una misma/o.	10,7%
	- Disfrutar de las cosas pequeñas.	7,1%
	- Paz interior.	7,1%
Cambios en la forma de pensar	- Pensamiento más positivo y optimista.	32%
	- Aumento de la paciencia/tranquilidad, no darle importancia a las cosas, no agobiarse.	15,6%
	- Habilidades relacionadas con la Atención Plena.	34,3%

En la segunda parte de la entrevista, se pregunta la opinión sobre lo diferentes componentes del tratamiento.

A la pregunta “¿Para que crees que te sirve meditar?”, el 40,6% de las personas contestó que sirve para conocerse mejor a uno/a mismo/a (espiritualidad, autoestima, explorar la conciencia). También un 40,6 % respondió que meditar sirve para relajarse

o tener sentimientos de calma. El 21,8% dice que sirve para vivir en el presente, y evitar que la mente se vaya al pasado o al futuro. El 25% dice que aumenta el afrontamiento efectivo, estimula los buenos hábitos, aumenta el tiempo para uno/a mismo/a, y que también que sirve para la recarga de pilas. El 21,8% hace referencias al autocontrol, a través de la canalización de las emociones o la reducción de la rumiación.

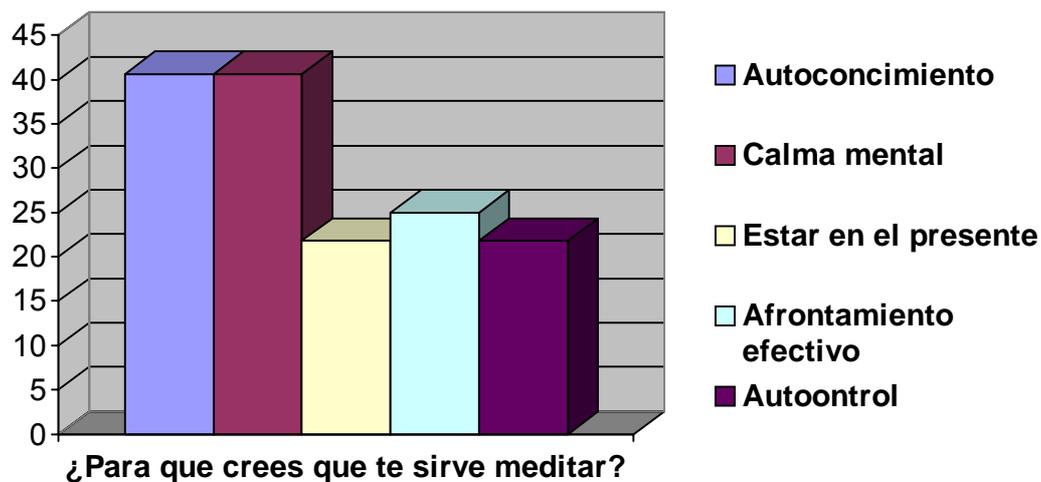


Gráfico 8.8.8. Habilidades Aprendidas.

Ante las preguntas “¿Vas a seguir meditando?, ¿Con que frecuencia?”, el 84,3% de las personas entrevistadas tiene previsto continuar meditando, de estos, el 50% tiene previsto como mínimo una vez a la semana, y el 12,5% entre 3 y 4 veces por semana. El resto no saben. No hay ninguna respuesta que haga referencia al abandono total de la práctica.

Otra de las preguntas planteadas fue “¿Qué papel le vas a dar a la meditación en tu vida?”, y el 32,5 de la muestra entrevistada contestó que la meditación es una herramienta para momentos de sufrimiento, y que por tanto sirve como una especie de medicina o ayuda. El 37,5% considera que la práctica de la meditación es importante o primordial para sentirse bien, y de la que creen que no van a renunciar nunca.

Después de estas preguntas se dejó un espacio para que los participantes al entrenamiento hicieran una crítica abierta al tratamiento o a los terapeutas. Los datos más interesantes que se pueden extraer de este apartado son que el 27,5% ampliarían

el entrenamiento aumentando el número de sesiones o incluso aumentando el número de horas de meditación grupal. El 24% se queja de que el tratamiento debería orientarse más a las dinámicas grupales, y que hay poco espacio para la terapia de grupo y el trabajo narrativo. Este aspecto se avisa al principio del entrenamiento, se insiste mucho que no es una terapia de grupo sino una especie de entrenamiento, por tanto si sienten la necesidad de trabajar aspectos personales externos a la práctica deben consultar con los profesionales de las unidades de salud mental. Esta forma tan estricta de plantearlo se debe a varias razones: a) es un tratamiento de pocas sesiones, en el que se prima la eficiencia, b) para entender el tratamiento hace falta practicar, no convencer de nada, c) este entrenamiento se diseñó para que pudieran llevarlo personas sin formación en terapia de grupo.

Respecto a las tareas para casa, el 53,1% tiene una visión positiva de estas tareas, las consideran (útiles, interesantes, o importantes para el tratamiento), el 34,3% contestó con adjetivos negativos como que son pesadas, repetitivas u obligatorias.

En la medida tomada a los tres meses, también hubo espacio para 4 preguntas abiertas, la primera de ellas fue sobre si habían tenido recaídas, y en caso que sí, si habían percibido cambios o si la habían vivido de forma diferente. Esta pregunta la respondieron 35 sujetos, de los cuales el 62% había tenido algún tipo de recaída, de estos, el 36,7% sintió que tenía mayor control o dominio de la situación, el 22% que había sido de menor duración que antes del tratamiento y menor intensidad, y el 13,6% reconoce que aceptó más la situación que había provocado el episodio de malestar.

También se preguntó por las habilidades que se habían mantenido a los tres meses. El 68,7% observa que se ha mantenido la atención a la respiración como herramienta básica de autoregulación emocional, con altos niveles de seguimiento de la técnica de respiración de los tres minutos. El 37,5 % dice que se han mantenido habilidades de Atención Plena, como no juzgarse, vivir en el presente, conectar con uno mismo/a o concentrarse.

Respecto a los cambios en la forma de pensar o de sentir que se han mantenido en el tiempo, el 87,5% reconoce que los cambios que aparecen al terminar el tratamiento se

mantienen en el tiempo, de estos, el 42,8% se observa con una mayor seguridad y aceptación de uno mismo/a, el 21,4% reconoce que ha mantenido la habilidad de pensar antes de actuar, y de analizar las situaciones. El 17,8% siente que tiene más autocontrol y el 14,2% se siente más optimista.

En la medida que se hace a los tres meses, se vuelve a preguntar por el mantenimiento o aparición de cambios en la relación con los demás, “¿Has notado algún cambio en tu forma de pensar o sentir una vez terminado el entrenamiento?”. El 78% sí ha notado algún cambio entre el tiempo de terminado el entrenamiento y los tres meses. De los que sí han notado algún cambio, el 44% han aumentado la capacidad de legitimar al otro y por tanto ha mejorado la convivencia, lo que se percibe como una mayor seguridad en la relación, una mayor aceptación del otro y una menor preocupación de lo que los otros piensen de uno/a mismo/a. A su vez también un 32% se percibe más asertivo/a, y un 20% ve que ha aumentado su sociabilidad.

9. Discusión y Conclusiones

La idea de esta parte del trabajo doctoral, es volver a presentar los resultados más importantes obtenidos en esta investigación e integrarlos dentro de los objetivos e hipótesis iniciales, a la vez que se comparan con otros estudios anteriores. Para la discusión se seguirá una estructura parecida a la utilizada durante todo este trabajo doctoral, en principio se discutirá sobre los efectos del tratamiento en Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena, primero sobre sintomatología, después sobre variables cognitivas y para terminar sobre la atención Plena. Más tarde se discutirá sobre el papel que ha tenido algunas variables externas y sobre las relaciones entre variables. El último aspecto sobre el que se va a discutir antes de pasar a las conclusiones es sobre las limitaciones de la investigación.

Antes de empezar a comentar los resultados encontrados, conviene insistir en una de las dificultades que surgieron en la investigación y que ha condicionado los resultados y el estudio de la eficacia, el grupo de control. La principal dificultad a nivel metodológico con la que nos hemos topado en este trabajo doctoral es que en el grupo que ha recibido el tratamiento usual o grupo de control, como ya se ha comentado en la parte de resultados, ha habido una gran mortandad en la medida de los tres meses, reduciéndose la muestra ostensiblemente, además, en el grupo de control hubo

dificultades para poder pasar toda la batería de cuestionarios, ya que en algunos de los grupos de relajación fue imposible poder dedicar una única sesión a contestarlos. Añadido a todo esto, nos encontramos con que la muestra que ha contestado los cuestionarios parece ser que ha obtenido una mejoría notable a los tres meses de terminada la intervención. Teniendo en cuenta el poco control que teníamos sobre este grupo (estos grupos los llevaban los propios profesionales de cada Unidad de Salud Mental), hay varias razones que podrían explicar este fenómeno: solo los sujetos que mejoraron se decidieron a acudir a contestar cuestionarios o los contestaron por correo a los tres meses, la intervención usual (relajación + apoyo psicológico) empezó a provocar cambios una vez terminada la intervención, o que el grupo de control era una muestra con sintomatología menos grave, a pesar de que estadísticamente no hay diferencias significativas sí se puede ver que el grupo que recibió la TCAP casi siempre tiene niveles más altos de sintomatología. Por tanto, las características del grupo de control han condicionado en buena medida los análisis estadísticos, y por tanto las conclusiones extraídas respecto a la eficacia de la TCAP.

A la hora de comparar este estudio con otros similares, el problema con el que nos encontramos es que la mayoría de estudios de la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena han sido realizados hace poco tiempo, después del año 2000, y no hay más de 12, además sobretodo han sido aplicaciones para la prevención de recaídas en depresión. Hay un solo estudio (Finucane y Mercer, 2006) donde se aplica la TCAP en un contexto de salud público y aplicado tanto a sujetos con sintomatología ansiosa y depresiva. Por tanto, existen pocos estudios previos a éste con los que comparar los resultados encontrados. La alternativa es utilizar los estudios realizados desde el programa MBSR, que a pesar de no ser exactamente igual, la estructura de la terapia es muy parecida. En el MBSR se pueden encontrar algunos estudios interesantes, que pueden ayudar a la hora de comparar resultados y extraer conclusiones.

Además no hay apenas publicaciones en las que la población que recibe la intervención en meditación en Atención Plena tenga niveles medio-altos en sintomatología depresiva, ya sea en TCAP o en MBSR. En estudios realizados anteriormente por el grupo de Teasdale, Segal y Williams (2000, 2002, 2004), los participantes en el momento que recibían el tratamiento no tenían una sintomatología depresiva muy alta, a pesar de tener un historial largo de recaídas en depresión.

Añadido al hecho que el objetivo real era la reducción de recaídas, no la reducción de sintomatología. Así pues, el estudio que aquí se ha presentado innova en varios aspectos, ya que se ha llevado a cabo en el contexto de salud mental pública, se ha aplicado a todo el grupo junto (ansiedad y depresión), y los niveles de sintomatología o al menos las puntuaciones en los cuestionarios eran media-altas.

Los grupos se pasaron al mismo tiempo tanto a una población con sintomatología ansiosa como depresiva, aunque la mayoría tenían un cuadro mixto en el que compartían ambas sintomatologías. Para poder hacer esto se adaptó el tratamiento cambiando el componente psicoeducativo, y abriéndolo a los aspectos comunes de ambos grupos. En Terapia Cognitiva tradicional hay grandes diferencias entre el tratamiento de la ansiedad y la depresión porque parten de la base de la hipótesis de especificidad de contenido (capítulo 1). La TCAP es un tratamiento cuya base es el entrenamiento de la aceptación de la experiencia, y la auto-observación adaptativa, por tanto, debería poder aplicarse a cualquier sujeto, ya que son aspectos comunes a todas las personas.

En nuestro estudio, los resultados obtenidos muestran que tanto los grupos con sintomatología depresiva como ansiosa se beneficiaron del tratamiento, bien es verdad que muchos participantes estaban en ambos grupos, y que al haber habido una gran mayoría de participantes que se beneficiaron del tratamiento, al separar las muestras no se detectan grandes diferencias. En el estudio de Finucane y Mercer (2006) se aplicó un programa de TCAP a población con síntomas de ansiedad y depresión, con niveles de síntomas similares a los de este estudio y con niveles de mejoría equivalentes, las conclusiones extraídas es que la TCAP es una buena aproximación para abordar estos síntomas.

En los resultados obtenidos respecto a los síntomas de depresión se ha encontrado que ha habido una reducción del porcentaje de sujetos con sintomatología depresiva tras el tratamiento en TCAP. En esta muestra, la TCAP es más eficaz que el tratamiento usual para la reducción de los síntomas depresivos, ansiosos, nivel de estrés y sensibilidad a la ansiedad. También se muestra más eficaz para la reducción de la percepción de la preocupación como peligrosa e incontrolable y la

autoconciencia cognitiva, esta última, recordamos que mide un factor de autocentramiento negativo similar a la rumiación.

Dentro del grupo de los que inician el tratamiento con sintomatología depresiva, observamos que los que han mejorado se diferencian de los que no lo han hecho, en que los primeros terminan con menos sintomatología en general. Lo más curioso, es que no aparecen diferencias ni en los estilos cognitivos, ni en la tendencia a la preocupación, ni en la metacognición, ni en la Atención Plena. Esto se puede explicar de varias formas, puede ser debido a que todos se hayan beneficiado a estos niveles a pesar de que unos mejoran y otros no en sintomatología depresiva, puede ser que las medidas no sean suficientemente sensibles como para captar diferencias, o también que algunos cuestionarios fueron contestados desde lo socialmente correcto.

Se valida la hipótesis que planteamos al inicio de la investigación de que la TCAP provocaría una reducción de los síntomas de depresión. En todos los análisis planteados en la investigación la TCAP ha sido más eficaz que el tratamiento usual en la reducción de sintomatología depresiva, además ha tenido el tamaño del efecto más alto.

Ha habido una reducción del porcentaje de sujetos con sintomatología ansiosa tras el tratamiento en TCAP. El tipo de ansiedad utilizada para discriminar entre grupos es cognitiva, la tendencia a preocuparse, que es la que está detrás de muchos trastornos de ansiedad. En el grupo de sujetos con sintomatología ansiosa, el tratamiento TCAP se muestra más eficaz que la intervención usual en la reducción de los niveles de estrés, en la reducción de la tendencia a la preocupación, y en la reducción de la sensibilidad a la ansiedad y la rumiación, además también hay una disminución de la percepción de la preocupación como peligrosa e incontrolable y de la autoconciencia cognitiva.

En estudios anteriores realizados sobre la ansiedad, mostraban que la aproximación a la vivencia de la experiencia del momento presente que se entrena en los tratamientos basados en la meditación en Atención Plena corta las reacciones ansiógenas (Kabat-Zinn, Massion, Kristeller et al., 1992; Miller, Fletcher y Kabat-Zinn, 1993), ya que enseña a reconocer los síntomas ansiosos, a clarificar pensamientos repetitivos, a

minimizar las conductas de evitación y a aumentar el uso de estrategias de afrontamiento efectivo (Roemer y Orsillo, 2002). También en las aproximaciones realizadas desde la comprensión de la meditación como técnica de relajación, se ha validado como una buena técnica en la reducción de la ansiedad (Delmonte, 1985). Los resultados en esta investigación sobre la sintomatología ansiosa, medida con el cuestionario BAI, confirman que la TCAP es efectiva para su reducción, aunque no se muestra más eficaz que el tratamiento usual. Sólo en la muestra de depresión sí que es más efectiva.

El componente principal de la ansiedad es la preocupación, que siempre es anticipadora, y tiene que ver con la posibilidad de que sucedan cosas terribles. La tendencia a la preocupación está integrada en el modelo S-REF, como una estrategia de procesamiento de la información desadaptativa, junto con la rumiación. En este estudio la tendencia a la preocupación está incluida en el grupo de síntomas, mientras que la rumiación está dentro del grupo de las variables cognitivas mediadoras, esto se explica porque la preocupación es un síntoma básico de la Ansiedad Generalizada, y además ha sido utilizado como criterio diagnóstico. Dado que la preocupación es una proyección del pensamiento al futuro, y que entendemos que la TCAP es un tratamiento basado en aprender a centrar la atención en lo que sucede en el presente, en las hipótesis iniciales esperábamos reducir de forma significativa las puntuaciones en esta tendencia. Los resultados corroboran esta hipótesis, y se detecta una reducción de la tendencia a la preocupación en el grupo que recibe el tratamiento TCAP y su mantiene a los tres meses. Además este tratamiento es más eficaz que tratamiento usual para la reducción de esta tendencia en todas las muestras.

Uno de los mensajes que se entrena en la TCAP es el de la aceptación incondicional de la experiencia y vinculado estrechamente con ésta, el de la inpermanencia de cualquier sensación física, incluidas las desagradables como las de ansiedad. La hipótesis de la que partimos es la de que el tratamiento TCAP iba a aumentar la capacidad de aceptar las sensaciones ansiógenas y a no evitarlas, la forma escogida para medir esta aceptación fue a través de un cuestionario que medía la sensibilidad a la ansiedad. Los resultados corroboran las hipótesis iniciales, y la TCAP se muestra eficaz en la reducción de la Sensibilidad a la Ansiedad o en el aumento de la aceptación, y su mantenimiento a los tres meses, y además es más eficaz que el

tratamiento usual en las muestras con sintomatología depresiva y ansiosa. No se han encontrado estudios anteriores en los que se haya tomado este tipo de medidas, pero después de observar los resultados en nuestra investigación, emerge otra posible hipótesis, la de que es posible que la forma en la que la Atención Plena actúa sobre los síntomas de Ansiedad sea a través de la reducción de la sensibilidad a ésta, o el aumento de la aceptación de las sensaciones que la acompañan.

El estrés ha sido el objeto primordial de investigación en los tratamientos basados en la meditación en la Atención Plena, desde el modelo desarrollado por Kabat-Zinn, MBSR. Los resultados corroboran los estudios anteriores en los que se ha aplicado el programa MBSR, y validan la hipótesis de la partimos al inicio, que la TCAP es efectiva en la reducción del estrés y se mantiene a los tres meses, y además es más eficaz que el tratamiento usual tanto en la muestra global, como en muestra con sintomatología ansiosa y depresiva.

Variables cognitivas

En la introducción teórica, se han barajado varias propuestas a la hora de explicar los mecanismos de acción de la Atención Plena, pero la hipótesis general que se ha propuesto ya desde las primeras líneas de este trabajo doctoral ha sido que el principal efecto de la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena es el desarrollo o estimulación de la metacognición.

En el modelo de Wells y Mathews (2004) sobre la metacognición, ésta se entiende como un sistema que regula el procesamiento de la información, y que alberga formas maladaptativas de procesamiento, que son las responsables de la vulnerabilidad emocional, como la rumiación, la preocupación y el control de la amenaza. Para Teasdale, la metacognición, y sobretodo el componente de descentramiento permiten acceder a pensamientos más funcionales, mediante el bloqueo de la rumiación, que pueden evitar la generación de estado disfóricos. Así pues, a nivel teórico hay mucha relación entre la metacognición y estilos cognitivos adaptativos; en la parte estadística se han incluido ambas en el mismo apartado a la hora de presentar los datos.

Tanto para Wells como para Teasdale la Atención Plena reduce el uso de estrategias de procesamiento de la información desadaptativas como la rumiación o la preocupación. A partir de estudios anteriores en los que tras una intervención en MBSR se detectó una reducción del estilo cognitivo rumiador, así como un aumento de un estilo cognitivo efectivo (Romel, Goldin, Carmona y Mcquaid, 2004). Se planteó la hipótesis de una reducción de la rumiación tras terminar la intervención y su mantenimiento a los tres meses, mientras que no se esperaba ningún cambio en el grupo de control. Tras los análisis, se ha corroborado esta hipótesis, y se ha observado que la TCAP es efectiva para la reducción del estilo cognitivo rumiador, y a su vez para el aumento del Afrontamiento Efectivo, y su mantenimiento a los tres meses. Para la muestra de sujetos con sintomatología depresiva y ansiosa, la TCAP es más eficaz que el tratamiento usual en la reducción de la rumiación y el aumento del afrontamiento efectivo. Aunque si tenemos en cuenta a toda la población global en los tres tiempos de medida, no se demuestra la eficacia, porque como ya hemos indicado, el grupo de control que recibe el tratamiento usual, obtiene una notable mejoría a los tres meses.

Para validar la hipótesis metacognitiva se han utilizado dos instrumentos de medida, el Cuestionario de Metacogniciones (MCQ) y una entrevista semiestructurada llamada Medida de Darse Cuenta y Afrontamiento a partir de la memoria autobiográfica (MACAM). A pesar de que los dos cuestionarios miden la metacognición, en realidad miden constructos diferentes, el MCQ mide creencias y el MACAM mide la función metacognitiva en el discurso.

La TCAP reduce las metacreencias desadaptativas que se miden en el cuestionario, lo que se puede entender como un aumento de la metacognición y esto se mantiene a los tres meses. De las creencias incluidas dentro del cuestionario MCQ, la TCAP es más eficaz que el tratamiento usual en la reducción de una de las más importantes, la creencia de que la preocupación es Peligrosa e Incontrolable. Esta creencia que según el modelo S-REF está a un nivel superior o metacognitivo, es principal en el modelo de Adrian Wells sobre la Ansiedad Generalizada, aunque se puede extrapolar a muchos otros trastornos. Según este modelo, una vez se ha activado esta creencia o metapreocupación, se intensifica la ansiedad, que a su vez es reinterpretada como un signo de peligro o pérdida de control, que a su vez retroalimenta al sistema. Por tanto,

el hecho de que el tratamiento en TCAP haya afectado sobretodo a esta metacreencia valida la hipótesis de que este tratamiento afecta sobre el nivel metacognitivo, reduciendo el uso de estrategias desadaptativas (preocupación o rumiación) y modificando las creencias sobre la utilidad de este tipo de estrategias para autorganizarse.

Una de las escalas de este cuestionario (MCQ), la que mide la Autoconciencia Cognitiva, ha aparecido en algunos cálculos a los largo de este análisis, a pesar de que de las cinco escalas del cuestionario MCQ es la que menos se modifica por la TCAP. Cuando comparamos la muestra con sintomatología depresiva los que mejoran y los que no, nos encontramos con que los que no mejoran tienen más desarrollada la Autoconciencia Cognitiva, que a pesar de su nombre no es un factor positivo. Esta escala predice en cierta medida la mejoría o no tras el tratamiento, al menos en la muestra con sintomatología depresiva. Este dato se puede entender como que niveles altos de rumiación o auto-observación desadaptativa dificultan una reducción de sintomatología depresiva tras la TCAP.

En el grupo con sintomatología ansiosa, la TCAP es más eficaz que el grupo de control en la reducción de este factor de la metacognición. A pesar de su nombre, la Autoconciencia Cognitiva no es positiva, ya que mide el grado en el que una persona se centra en sus propios procesos de pensamiento. Un ejemplo de ítems de este factor es “Observo mis pensamientos”, y capta los aspectos rumiativos de la auto-observación o el autocentramiento desadaptativo.

El otro instrumento utilizado, el MACAM, mide la metacognición a través de dos factores, con cinco niveles por cada factor. Los únicos estudios empíricos validados del efecto de las terapias basadas en la meditación en Atención Plena en la estimulación de la metacognición, son los desarrollados desde la TCAP, y utilizando el instrumento MACAM. Como ya he indicado en la introducción teórica (capítulo 3), todas las aproximaciones que se enclavan dentro de las Terapias Basadas en la Aceptación y la Atención Plena plantean un cambio a nivel metacognitivo como objetivo principal de éstas. A pesar de esto, hasta la fecha no ha aparecido o por lo menos no se ha encontrado en la bibliografía ninguna propuesta de medida salvo la realizada por la TCAP. Los resultados que se han encontrado en esta investigación

respecto al aumento de la función metacognitiva medida con el MACAM son que hay un aumento de los dos componentes que mide, el de Afrontamiento Efectivo y el de Darse Cuenta metacognitivo. En estudios anteriores los efectos que tuvo la TCAP sobre el MACAM mostraron resultados similares (Teasdale, Segal, Pope, Moore, Hayhurst y Williams; 2002).

Uno de los puntos del objetivo inicial respecto al estudio de la metacognición, era sobre la viabilidad del instrumento MACAM. El principal impedimento para su utilización indiscriminada es lo largo y farragoso de pasar, y posteriormente de transcribir. La única forma de captar la esencia de la metacognición es a través del discurso y además es el único instrumento pensado y dirigido a captar la metacognición tal y como se entiende en la TCAP, por tanto es de momento el más viable e interesante de los instrumentos desarrollados. Si lo comparamos con el instrumento SVam (Presentado en capítulo 1; Carccione et al. 2003), los datos que provee en MACAM son poco sensibles y captan poco la multiplicidad de sutilezas de un discurso, aunque se acerca más a la metacognición que se trabaja en la TCAP. Además el SVam está pensado para ser utilizado durante una terapia, mientras que el MACAM está pensado para ser utilizado como herramienta de investigación experimental.

Tanto los datos obtenidos con el MACAM como con el Cuestionario de Metacogniciones corroboran la hipótesis de la que partimos en este trabajo doctoral tanto a nivel teórico como empírico respecto al aumento de la función metacognitiva, y además está en la línea tanto de los estudios realizados hasta el momento, como de las bases teóricas de la TCAP, y del resto de terapias similares.

Como conclusión podemos decir que el papel de la Atención Plena es aumentar la capacidad de autoobservarse, y estimular una perspectiva descentrada de los propios pensamientos, lo que permite bloquear el mantenimiento y aparición de estilos cognitivos desadaptativos como la rumiación, permitiendo así aflorar formas más efectivas de afrontar el sufrimiento.

Respecto a las variables de Atención Plena

La Atención Plena es la habilidad que se entrena y se estimula en la intervención TCAP como objetivo principal. La hipótesis básica de la que partimos es que el tratamiento en TCAP aumenta las habilidades de Atención Plena medida a través de cuestionarios. Se espera por tanto una mayor eficacia de la TCAP sobre el tratamiento usual en la estimulación de la Atención Plena.

Los resultados indican que se corrobora la hipótesis de que la TCAP estimula y desarrolla la Atención Plena medida a través de cuestionarios. No se muestra más eficaz que el tratamiento usual, en el desarrollo de esta habilidad, esto puede ser debido al bajo número de personas que contesta los cuestionarios de Atención Plena en el grupo de control o también al aumento en Atención Plena del grupo que recibe el tratamiento usual. Este último hecho es el más llamativo, lo que lleva a la conclusión de que tal vez la reducción de síntomas por sí misma aumente la Atención Plena, sin necesidad de ningún tipo de intervención específica. Se puede explicar por el hecho de que es una habilidad que todo el mundo tiene, que tal vez los cuestionarios miden un constructo diferente a la habilidad entrenada en las sesiones, o simplemente que no son suficientemente sensibles para captar el cambio. La *n* del grupo de control nos impide tomar alguna conclusión a este respecto y por tanto es un objetivo a plantear en próximas investigaciones.

Respecto a las muestras con sintomatología depresiva y ansiosa, tal vez lo más curioso respecto a la Atención Plena, sea el papel que cobra la habilidad de Describir en el grupo con Ansiedad. En el grupo de depresión no hay una mejoría significativa en esta habilidad, mientras que el grupo de ansiedad sí la hay. La habilidad de “Describir” mide la capacidad de describir hechos y respuestas personales con palabras, y lo integran ítems como “Tengo problemas para expresar las palabras correctas que expresen como me siento”. Tal vez las personas con ansiedad se han beneficiado más de esta habilidad, por una mayor dificultad por ejemplo de expresar determinados sentimientos, o poner en palabras determinadas sensaciones corporales.

Las habilidades de Aceptar y Darse Cuenta son las que más mejoría obtienen. Mientras que la habilidad de Observar, que mide la capacidad de atender a los hechos, emociones y otras respuestas conductuales sin intentar rechazarlas, no se ve afectado.

Respecto a los instrumentos utilizados para medirla, hemos encontrado muchos instrumentos de Atención Plena desarrollados en los últimos cinco años (en el capítulo dos se hace una pequeña revisión). En la investigación se han pasado tan solo 3 de éstos, la escala de Atención Plena y Darse Cuenta (MAAS, Brown y Ryan, 2003), el Inventario de Atención Plena de Kentucky (KIMS; Baer et al. 2004) y la escala de Atención Plena de Freiburg (FMI; Walach et al. 2006). Cada uno de estos instrumentos mide formas diferentes de entender la Atención Plena, y no todos tienen la misma sensibilidad para captar el cambio.

Por ejemplo el instrumento KIMS separa la Atención Plena en cuatro habilidades diferentes, la de Observar, la de Describir, la de Aceptar y la de Darse Cuenta. De stas cuatro la que parece que ha tenido un papel más importante en el cambio terapéutico es la de Aceptar sin juzgar la experiencia, esta habilidad es la que tiene un tamaño del efecto mayor en la mayoría de análisis, seguida por la habilidad de darse cuenta.

Uno de los resultados más interesante que se ha encontrado es el hecho de que la escala MAAS no aumenta al terminar la intervención, sino a los tres meses (en el grupo de ansiedad sí que aumenta). Esto puede ser debido al tipo de Atención Plena que mide este cuestionario, ya que los ítems que la conforman preguntan por la frecuencia de determinadas conductas (“Rompo o derramo cosas por descuido, por no estar atento/a o por estar pensando en otras cosas”, “Me sorprende a mí mismo escuchando a alguien con una oreja mientras hago otra cosa al mismo tiempo”). También es el cuestionario más alejado de la perspectiva clínica de la Atención Plena, y está pensado para medirla como un rasgo positivo que mejora el bienestar, más en la línea de la Psicología Positiva. Por tanto, es posible que muchos de los cambios que se han aprendido, sólo se hayan asentado un tiempo después de haberse terminado el tratamiento.

El otro instrumento que se ha pasado es el Inventario de Atención Plena de Freiburg (Buchheld, Grossman, y Walach, 2001; Walach, Buchheld, Buttenmüller, Kleinknecht y Schmidt, 2006). Este cuestionario pregunta por la frecuencia de sentimientos o creencias (consultar Anexo). Se trata de un cuestionario sensible al aprendizaje de la habilidad de la Atención Plena, aunque tiene algunos ítems como “Estoy abierto/a a la experiencia del momento presente”, que tienen difícil respuesta, ¿Alguien puede responder a esta pregunta “casi siempre”? Tras los análisis de las respuestas de algunos sujetos se llega a la conclusión que algunos de los ítems que se preguntan en este cuestionario son demasiado directas y que algunas personas las responden sin ser conscientes de la complejidad e implicaciones que tiene responder “Casi siempre” a una pregunta como esta.

No podemos comparar los resultados obtenidos en los instrumentos de Atención Plena tras la intervención, ya que el único estudio de intervención publicado en el que se incluyen medidas de Atención Plena es un estudio de caso único sobre un caso de depresión con intentos de suicidio (Williams et al, 2006), el instrumento que pasan es la Escala de Atención Plena y Darse Cuenta (MAAS, Brown y Ryan, 2003), y los resultados no son comparables.

Uno de los objetivos del estudio era investigar qué instrumento de Atención Plena, de los tres que se han pasado, era el más idóneo para futuras investigaciones. La conclusión a la que he llegado tras esta investigación es que el cuestionario que nace de la aproximación a la Atención Plena desarrollada por Lineham (1993), el Inventario de Atención Plena de Kentucky (KIMS, Baer et al. 2004), es el cuestionario que más juego ha dado y que más sutilezas ha captado de cara a aproximarnos a la comprensión del papel de la Atención Plena en la reducción de síntomas y en la estimulación de los estilos cognitivos adaptativos y en la metacognición. Por tanto, de cara a futuras investigaciones se recomienda el uso de este cuestionario y su validación en una muestra española.

Adherencia al tratamiento

El nivel de abandonos ha sido del 27,4%, niveles parecidos a los encontrados en otros estudios (Baer, 2003). Además, en el estudio aquí presentado se ha utilizado una

muestra del sistema público de salud, que suelen estar caracterizados por bajos niveles de adherencia a los tratamientos.

La mayoría de abandonos suceden en un solo estudio, el número 3, que se realiza en la Unidad de Salud mental de Ofra, esta unidad responde a la demanda de una población de unos 120.000 habitantes (con tres psicólogos y tres psiquiatras). Los niveles de saturación de trabajo de esta unidad fueron muy superiores a la del resto de unidades, además estaba enclavada en un barrio periférico de Santa Cruz de Tenerife con unos niveles muy altos de analfabetismo y marginalidad. Otra de las circunstancias que pueden haber afectado era el amplio rango geográfico de actuación, ya que se trabaja con la población que vive desde la ciudad de Santa Cruz de Tenerife, hasta algunas ciudades algo alejadas (un hora en coche) como Güímar, y algunas de los problemas para acudir a las sesiones, tenían que ver con la incomodidad del desplazamiento. Otro factor a tener en cuenta para el abandono era la mala derivación, antes de iniciar el tratamiento se formó en esta terapia a varios profesionales de estas unidades, y antes de iniciar los estudios se hacían reuniones con los profesionales de cada unidad, en la que se estipulaban el tipo de pacientes que se podían beneficiar. A pesar de esto, muchos profesionales de esta unidad enviaron pacientes que no sabían a que acudirían, o que no estaban dispuestos a acudir a todas las sesiones.

Hubiera sido muy interesante estudiar a la población que abandonó el tratamiento, para ver si existían diferencias con la población que sí que continuó, pero las dificultades para localizar a esta población han hecho imposibles conseguir los datos necesarios para hacer estos análisis. En otros estudios se encontró que la población que abandonaba entrenamientos basados en meditación tenía niveles superiores de ansiedad que los que se quedaban (DeMonte, 1985).

Los niveles de práctica, o número de veces que practican, tienen una media superior a el 50% de las veces que se tiene que hacer, es decir que los niveles de práctica diaria son bastante altos, teniendo en cuenta que hay sujetos que practican a diario y otros que solo lo hacen cuando acuden al grupo. Los niveles de asistencia también son bastante altos, una media de seis veces sobre ocho, claro está, una vez se han excluido los que acuden menos de cuatro sesiones, que no entran en el estudio, y los

que abandonan. La mayoría (31,1%) acude a siete sesiones. Los niveles de entrega de tareas también superan el 50% de las veces que se tienen que traer, alrededor de cinco veces, en este caso no hay límites, por ejemplo hay sujetos que han entrado en el estudio y que nunca han entregado las tareas, aunque claro está, estos sujetos aparecen como que han practicado solo las veces que han asistido a las sesiones.

A tenor de los resultados obtenidos, no se corrobora la hipótesis inicial de que las personas que más practican en casa, reducen en mayor medida los niveles de síntomas, y los niveles de rumiación de los que practican menos. Tampoco sucede esto en el aumento de los niveles de Metacognición, Afrontamiento Efectivo y Atención Plena. La ausencia de peso del factor "Práctica" da que pensar respecto a lo necesario de la práctica diaria, es decir no se puede demostrar que por meditar más a menudo sea más efectivo el tratamiento. Estos resultados tan poco intuitivos han aparecido también en otros estudios (Bishop, 2002) y son un objetivo muy interesante de cara a futuras investigaciones. Solo se ha encontrado un estudio en el que aparece una relación significativa entre la práctica y la mejora al final del tratamiento (Romel et al, 2004), los resultados que obtienen, son que el número de minutos de práctica de meditación predice la reducción del uso de la rumiación. En el estudio que hemos llevado a cabo tan solo se preguntó por el número de minutos meditados en uno de los estudios, y los resultados no dieron ninguna dato interesante, de todas maneras, el nivel de entrega de tareas era muy variable en muchos de los sujetos que participaron, y como la entrega de tareas era la única herramienta que teníamos para averiguar si se practicaba o no, mucha de esta información se quedó sin cubrir. Otro de los problemas que han podido influir en que no se obtengan datos interesantes respecto a la relación entre adherencia y resultados, tiene que ver con el hecho de que muchos sujetos apuntaban que habían practicado pero la práctica no era el tiempo estipulado, o con la actitud entrenada en el TCAP (con ecuanimidad y aceptación). Muchas de las personas practicaban la atención plena de forma informal, es decir muchas personas no practicaron apenas meditación formal, pero en cambio en el día a día utilizaban muchas de las habilidades de Atención Plena entrenadas en el grupo. El problema es que éstas solo se midieron a los tres meses, por tanto no se pudieron incluir en el análisis de los resultados de la Intervención en TCAP al terminar.

Al inicio de la investigación, cuando se plantean las hipótesis respecto al nivel de práctica en el seguimiento a los tres meses, a tenor de estudios anteriores (Kabat-Zinn et al, 1992; Williams, 2001) se esperaba que alrededor de un 50% de los participantes hubiera mantenido la práctica (tres veces por semana meditan en la contemplación en las sensaciones o en la respiración). Los resultados obtenidos no corroboran la hipótesis que se plantean al principio, ya que tan solo el 31% de la población practica la meditación en la contemplación de las sensaciones varias veces a la semana, y en el caso de la práctica de la meditación en la respiración este porcentaje es del 27,5%. Otra de las hipótesis establecidas al inicio era que los niveles de mantenimiento del yoga no serían muy altos debido a las características de la población, y así ha sido, tan solo un 10% lo hace varias veces a la semana.

Lo más interesante de los resultados respecto al mantenimiento de la práctica a los tres meses, son los porcentajes del nivel de práctica informal de la Atención Plena (ejercicio de meditación de tres minutos o conectar con sensaciones corporales), que incluye habilidades como la de conectar con la respiración, con el cuerpo o con el presente. Esta práctica es, al fin y al cabo, el auténtico objetivo final del tratamiento, la generalización de la práctica formal de la Atención Plena (meditación) a la práctica informal, es decir llevarlo a la cotidianeidad. Los resultados que se obtienen dan unos porcentajes alrededor del 50%, aproximadamente la mitad de los participantes practica a los tres meses alguna de las habilidades de Atención Plena aprendidas durante el tratamiento.

Variables externas al tratamiento

Durante la práctica clínica, se observó que no todos los sujetos se beneficiaban en igual medida del tratamiento, desde un punto de vista clínico, y sobretodo en la forma de trabajar con las dificultades de la práctica observamos que había ciertos patrones o dificultades comunes. Por ejemplo, se notó que las personas que tenían algún tipo de situación personal difícil atendían menos a las sesiones o participaban menos de los grupos, o por ejemplo, se observó que muchos de los consumidores de ansiolíticos se quejaban de somnolencia durante la práctica en casa. Se recopilaron todos estos datos clínicos, y se pusieron en forma de variable dicotómica, de forma que después, a la hora de analizar los datos se pudieran introducir. Las variables externas estudiadas

fueron: la experiencia (tanto en meditación como en relajación), la presencia de una situación estresante, la adherencia al tratamiento, el tipo de fármaco consumido, la presencia de enfermedades médicas y el inicio de los síntomas. Hay otras muchas variables que no se han incluido porque que no han mostrado significación estadística, pero que a nivel clínico si se han detectado, como el nivel cultural, el nivel socio-económico, o por ejemplo, el tipo de trabajo. No es lo mismo una persona que estaba de baja (con muchas horas para practicar), a otra que tenía hijos o que estaba en el paro.

Los resultados obtenidos son que se corroboran las hipótesis planteadas al inicio, y que la experiencia tanto en meditación como en relajación no afecta a la eficacia del tratamiento. Cuando se controlaba la vivencia de una situación estresante durante el tratamiento, los resultados obtenidos corroboran algunas de las hipótesis planteadas al inicio del tratamiento. Los participantes que vivieron una situación estresante (38,6%) aprendieron en menor medida a utilizar el estilo cognitivo de Afrontamiento Efectivo, tendieron a preocuparse más, y aprendieron en menor medida la habilidad de Darse Cuenta, aunque no se puede decir que tuvieran menor adherencia al tratamiento. Es posible que esta menor eficacia sea debido a una menor atención a lo dicho en las sesiones, o mayor falta de interés en la práctica. Seguramente este tipo de datos los podemos encontrar en muchos estudios de eficacia de terapias psicológicas, en cualquier caso, nos ayudan a entender lo sucedido en el programa que se ha llevado a cabo y a entender en qué casos esta terapia es menos eficaz.

Respecto a los niveles de adherencia al tratamiento, no se detectan diferencias entre los que practican más, los que asisten más o los que entregan más a menudo las tareas, respecto a los que hacen todo esto menos. Esto puede tener que ver con la forma en la que se han hecho los análisis, o también con el hecho de que estos datos son tomados a través de auto-registros. No se corrobora, por tanto, la hipótesis de que a mayor nivel de adherencia mayor mejoría y reducción de síntomas.

Respecto al consumo de fármacos se corrobora la hipótesis inicial de que afectan al aprendizaje de alguna de las habilidades de Atención Plena, ya que al terminar la intervención, el grupo de consumidores de Ansiolíticos aprende en menor medida la habilidad de Darse Cuenta que el resto. Estos datos están en la línea de la

observación clínica, es decir que hay determinados fármacos que bloquean la capacidad de movilizar recursos de los sujetos y los adormecen, impidiendo el aprendizaje de habilidades. Aunque hay que tener en cuenta que a los tres meses estas diferencias se diluyen, sigue siendo importante de cara al futuro tener en cuenta que determinados fármacos pueden ralentizar o dificultar la eficacia de este tratamiento.

Durante el tratamiento nos dimos cuenta de que muchas de las personas que lo vivían de forma más intensa, o que percibían mayor intensidad los cambios tenían algún tipo de enfermedad somática (fibromialgia, colon irritable, etc..). En otros estudios ya se ha demostrado la eficacia de programas de meditación sobre el síndrome de colon irritable (Keefer y Blanchard, 2002) y Fibromialgia (Weissbecker et al, 2002).

La principal técnica de la TCAP es la de la meditación en la contemplación de las sensaciones, esta técnica va repasando con la atención todo el cuerpo observando con ecuanimidad todas las sensaciones que aparecen. Como se ha indicado en el segundo capítulo cuando se ha planteado la hipótesis de Damasio, es posible que esta técnica este cambiando de raíz la forma en la que conocemos la experiencia, y que este cambio lo vivan de forma más intensa los participantes con una corporalidad poco sana o como mínimo conflictiva. A la hora de hacer los análisis se decidió incluir alguno que controlara la presencia de enfermedades médicas del tipo somático. Los resultados obtenidos son que la presencia de enfermedades somáticas no afecta a la eficacia del tratamiento, aunque es llamativo que empiezan con niveles superiores de algunos síntomas. Respecto a la presencia de dolor crónico, solo encontramos que las personas que lo sufren practican menos en casa.

Otro de los datos observados es que algunos de los participantes tenían un historial muy largo de asistencia a Unidades de Salud Mental, y que ninguno de los tratamientos recibido había sido efectivo. La forma que se intentó de controlar esta variable fue tener en cuenta el inicio de la sintomatología, y los resultados muestran que este factor no afectó a la eficacia del tratamiento en TCAP.

Relaciones entre variables

Una vez ya hemos demostrado que esta terapia es eficaz para la reducción de síntomas, el objetivo de este apartado es aproximarnos a las razones por las que lo es. Para hacer esto se ha utilizado un análisis correlacional entre las diferencias de medias, a pesar de que este tipo de análisis no da demasiada información se han obtenido resultados muy interesantes respecto al papel que ha tenido el aprendizaje de la Atención Plena sobre la reducción de síntomas y los cambios cognitivos.

La habilidad de Aceptar mide la habilidad de adoptar un enfoque no evaluador, es decir no aplicar etiquetas a la experiencia, y permitir la experiencia tal y como es. Se mide a través de ítems como: “Me digo a mi mismo/a que no debería sentirme de la forma que me siento”. Esta habilidad ha tenido un papel predominante a lo largo de los análisis de los datos, y parece que es la que tiene un papel mayor en la reducción de sintomatología depresiva en el grupo que ha recibido la TCAP. Sin embargo, no aparece ninguna correlación significativa entre las diferencias de medias. Mientras que en el grupo de control si se da esta relación significativa y bastante alta. En estudios anteriores, la habilidad de Aceptar sin juzgar siempre ha correlacionado con sintomatología depresiva (Baer, 2004). Con lo que sí está muy relacionada la habilidad de Aceptar es con el cambio de Metacreencias, es decir con el aumento de la metacognición, y con la reducción del estilo cognitivo Rumiador.

El aprendizaje de habilidades de Atención Plena está relacionado con la reducción de la tendencia a la preocupación, lo que corrobora las hipótesis que se establecen al inicio de este trabajo y que vienen precedidas de los trabajos Wells (2002) respecto al papel que tiene la vivencia del presente en la reducción de la tendencia a utilizar estilos cognitivos desadaptativos que alimentan los ciclos de ansiedad.

La reducción de la ansiedad está relacionada con la reducción de la rumiación, junto con la reducción de la creencia de que la preocupación es Incontrolable y Peligrosa, y con la Necesidad de Controlar los Pensamientos. Según el modelo S-REF estas metacreencias están en el nivel más alto del modelo de funcionamiento cognitivo, y son las que vigilan y controlan el resto de funciones psicológicas, por tanto son las que

mantienen el uso de estilos cognitivos desadaptativos como la rumiación, y que alimentan el sistema para su mantenimiento.

La forma en la Atención Plena afecta a los síntomas es a través del cambio de metacreencias y el cambio de estilos cognitivos. El aumento de la habilidad de Aceptar está relacionado con el cambio de metacreencias y la reducción de la rumiación, y éstas a su vez está relacionadas con la reducción de los síntomas de Depresión y Ansiedad. Mientras tanto, no se observa apenas relación entre casi ninguna de las habilidades de Atención Plena y los síntomas de Depresión y Ansiedad. Por tanto, podemos concluir de forma tentativa que las variables cognitivas funcionan como mediadoras entre el aprendizaje de la Atención Plena y la reducción de sintomatología.

Las relaciones entre variables en este estudio van en la línea de algunos de los resultados obtenidos en los estudios de validación de los instrumentos de Atención Plena, donde se detectan correlaciones negativas con el estilo cognitivo Rumiador (Brown y Ryan, 2003). Lo más interesante es que validan la mayoría de hipótesis teóricas que se han introducido al inicio de este trabajo doctoral.

Estudio cualitativo

Uno de los problemas de la investigación en psicología, es el hecho de que reduce la complejidad de la experiencia a un número o una probabilidad, de tal forma que deja por el camino una gran parte del núcleo del cambio. Durante el tratamiento y toma de medidas, nos dimos cuenta que los cuestionarios no recogían en absoluto la riqueza de experiencias o cambios que vivían los participantes en los tratamientos. Una de las formas que se planteó para aproximarse en parte a esa experiencia única, fue utilizar un cuestionario de preguntas abiertas.

Los datos más interesantes encontrados son que la TCAP tiene muy buena aceptación entre los participantes, de hecho muchos de ellos pidieron una continuación o sesiones de mantenimiento, ya que sentían que acudir al grupo les ayudaba a practicar en casa y a sentirse mejor. La gran mayoría sintieron cambios en los cuatro ámbitos de los que se preguntó, a saber: en el ámbito cognitivo o forma de pensar, en el estado de ánimo, en la convivencia y en el afrontamiento frente al dolor físico. La mayoría de los participantes reconoció un aumento en el estado de ánimo, una forma

de pensar más positiva, más centrada en el presente y en la que se juzga menos la experiencia. Los resultados obtenidos son similares a los que muestran los estudios cualitativos realizados por otros autores (Carson y Haregraves, 2001; Finucane y Mercer, 2006). Los niveles altos de aceptación obtenidos por el tratamiento pueden haber sido consecuencia de la discapacidad social, pero aún así, son lo suficientemente altos como para tenerlos en cuenta de cara a la posible integración de la TCAP en los servicios de salud públicos.

Uno de los datos más interesantes de estos análisis es el aumento en la convivencia. Parece que a partir de generalización de lo aprendido en la relación con uno mismo, es decir la aceptación de la propia experiencia, y la inclusión de aspectos teóricos derivados de la Terapia Cognitiva basada en la Convivencia (Palm- Beskow, Beskow y Miró, 2002) ha motivado un aumentado de los aspectos relacionados con la convivencia y han aumentado la capacidad de aceptar y legitimar a los demás. Hasta ahora ha habido dos aproximaciones del programa MBSR a la convivencialidad, el desarrollado por el matrimonio Kabat-Zinn (1997), en el que se utilizan la atención Plena para entrenar habilidades parentales, y el desarrollado por Carson (Carson, Gil y Baucum, 2004) en el que plantea un tratamiento en atención plena centrado en el aumento de la intimidad en la pareja. Hay un elemento que apenas se ha nombrado pero que está presente en todas estas terapias, así como en el tratamiento aquí presentado, que es el de la compasión. En la filosofía cristiana, la compasión incluye un componente de lástima (Des. RAE: Sentimiento de conmiseración y lástima que se tiene hacia quienes sufren penalidades o desgracias), mientras en el Budismo no es más que la convicción de que todo el mundo se merece ser feliz, y el deseo de que eso sea así. Esta emoción se estimula en terapia, a veces se introduce dentro de las sesiones de meditación, y está cobrando cada vez más importancia para entender determinados procesos interpersonales (Gilbert, 2005).

La Atención Plena en su aplicación al afrontamiento del dolor crónico es tal vez una de las aproximaciones más estudiadas y una de las intervenciones que a nivel experiencial resulta más interesante, en la primera validación del programa MBSR fue precisamente en el tratamiento del dolor crónico. En el grupo había bastantes casos de personas con dolor crónico que al terminar reconocieron que se relacionaban de forma diferente con el dolor, y que la aceptación de la sensación de dolor atenuaba

esta, y que aunque era la misma sensación desagradable, sentían que podían hacer una vida más plena. Los datos respecto al dolor confirman los estudios anteriores realizados sobretodo desde el MBSR (Kabat-Zinn, 1982; Kabat-Zinn, Lipworth y Burney, 1993, 1986), aunque se tiene que tener en cuenta que los datos que barajamos son exclusivamente cualitativos, y que no se tomó ninguna medida estandarizada para su medida, ya que no era el objetivo prioritario de la investigación. Respecto a las habilidades aprendidas llama la atención un porcentaje alto de personas que reconocieron que aprendieron a relajarse a través de la aceptación y observación de las sensaciones corporales y de la respiración. Respecto al sentido de la técnica, la gran mayoría tiene intención de continuar meditando y encuentra la técnica útil para afrontar el sufrimiento, y para conocerse más a uno/a mismo/a. De cara a mejorar el tratamiento se preguntó por aspectos que no fueron de su agrado, y las principales críticas estuvieron dedicadas al número de sesiones (demasiado pocas), a la falta de dinámicas grupales o a la pesadez de las tareas (aunque las tareas también tuvieron alta aceptación en un porcentaje alto de participantes).

La forma de vivir las recaídas también cambia, los participantes comentan que tienen una menor duración, y sienten que tienen mayor capacidad de afrontamiento y dominio de la situación. La mayoría de los cambios a los tres meses se refieren a un mantenimiento de lo aprendido durante los dos meses de duración del tratamiento.

Algunos comentarios respecto a lo efectos del tratamiento, como el aumento de la capacidad de atender al cuerpo, un aumento del conocimiento intuitivo o una mayor capacidad de leer las emociones están en línea de la hipótesis de Teasdale en el modelo ICS (Teasdale y Barnard, 1993), en el que plantea que el cambio terapéutico tiene que ver con la estimulación del código Implicacional (en el capítulo 1). Mientras que hay pocos comentarios en la línea de un cambio de creencias, que en el modelo ICS se entiende como el código Proposicional. Como se puede observar en la lectura del punto 8.8 los cambios se han notado a muchos niveles a la vez, y con los instrumentos que hemos utilizado apenas nos hemos acercado al núcleo del cambio. En el caso de la convivencia no se ha pasado ningún instrumento, y tan solo se han tomado a nivel narrativo.

Limitaciones de la Investigación

La razón por la que no se ha diferenciado a la hora de aplicar los tratamientos entre población con sintomatología depresiva y ansiosa es, que si nos adecuamos a la realidad tangible, es decir la de los centros de salud saturados de trabajo, no la de los manuales de psicopatología, las diferencias entre estados y síntomas son muy sutiles, y es difícil encontrar pacientes que no compartan ambos síntomas. En el caso del contexto en el que se realiza este trabajo doctoral, en la isla de Tenerife, los centros de salud derivan a los pacientes a los grupos de relajación sin tener en cuenta su diagnóstico.

A pesar de que ha habido control sobre los pacientes que participaban en los grupos, y que estos respondían a las necesidades de cada profesional de las Unidades de Salud mental, no se ha aleatorizado. Los pacientes venían diagnosticados por los profesionales de cada unidad. Tal vez hubiera sido bueno hacer una entrevista previa donde pautar un diagnóstico y asignar al azar a los grupos.

La medida de seguimiento se ha realizado a los tres meses de finalizado el tratamiento, pero para saber realmente los efectos a largo plazo no es suficiente, y se hace necesario un seguimiento al año y a los tres años.

Una de las grandes dificultades, ha sido la selección de instrumentos, como hemos tratado en el primer capítulo, en dos de los aspectos clave de esta investigación, la Metacognición y la Atención Plena, su medición ha supuesto un reto, debido a la dificultad de los constructos, y al peligro de caer en la medida de la creencia "correcta". Tanto en los cuestionarios estandarizados como en los abiertos o entrevistas realizadas, no encontramos con el problema de la gratitud que tienen hacia los terapeutas o deseabilidad social que hace que se inflen determinadas puntuaciones o consecuencias del tratamiento. Tenemos que tener en cuenta que muchos de los participantes apenas habían recibido ninguna intervención psicológica, y menos aun de unos terapeutas con altos niveles de motivación, como los que han aplicado el programa TCAP.

Conclusiones

La conclusión final extraída de estos dos años de investigación es que la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena es eficaz para la reducción de sintomatología. Se detectan mejorías en casi todas las variables medidas, en el grupo que recibe el TCAP se observa una reducción de la sintomatología, un aumento de la metacognición y de los estilos cognitivos adaptativos, así como un aumento de la Atención Plena y de la mayoría de las habilidades que la componen. Los resultados se confirman tanto en población con síntomas de depresión, como con población con síntomas de ansiedad. Estos resultados confirman los estudios anteriores realizados tanto desde la TCAP/MBSR como desde el resto de terapias basadas en la Aceptación y la Atención Plena.

Hasta ahora los estudios realizados sobre la aplicación de tratamiento en meditación basada en la Atención Plena, se habían implementado básicamente a dos tipos de poblaciones: con varias recaídas en depresión, o con altos niveles de estrés. En este estudio se ha demostrado que también se puede aplicar en una población con sintomatología depresiva no aguda, lo que puede abrir la puerta a que este tipo de entrenamientos se abra y se adapte a otros tipos de trastornos psicológicos.

En este trabajo se ha demostrado que la TCAP es una aproximación adecuada para el trabajo con población con sintomatología ansiosa y depresiva. Esto entra en la línea de lo que se ha introducido en los aspectos teóricos referido a la función de la auto-observación adaptativa (Watkins y Teasdale, 2004), en la que señalan que existe un tipo de auto-observación no analítica que es terapéutica y que da herramientas para enfrentarse al sufrimiento. En el ejercicio de la meditación estamos continuamente observando el fluir de los pensamientos desde una perspectiva descentrada, continuamente la mente se distrae y se centra, y en este movimiento observamos lo que sucede en nuestra experiencia, todo esto, se hace con una actitud de aceptación y ecuanimidad. Esta auto-observación y acercamiento a la experiencia ayuda a la persona a que busque en sí misma las herramientas para afrontar el sufrimiento y da un visión de los pensamientos como algo pasajero a lo que no hace falta cogerse.

Durante el tratamiento muchos de los/las participantes se dieron cuenta sobretodo de lo poco efectivo que es la rumiación para solucionar problemas, muchas/os de ellos/as creían que era un fenómeno normal y cotidiano e incluso útil, a la vez que les provocaba un gran sufrimiento y agotamiento psicológico (esto entronca con la visión de las metacreencias según Wells), así pues, el primer paso es darse cuenta mediante la meditación de la tendencia de la mente a la rumiación y/o preocupación, una vez se daban cuenta se les enseñaba a escapar de estos procesamientos sustituyéndolos por el estado de Atención Plena, a través de la atención a la respiración y al cuerpo.

Las mejorías encontradas son notables teniendo en cuenta que ha sido una intervención de 16 horas, a los largo de dos meses, en la que no se han trabajado narrativas personales ni se ha intervenido directamente sobre las creencias de las personas. Esta investigación ha sido una primera aproximación para validar este tipo de grupos como una opción válida en el contexto de la Seguridad Social, ya sea en las Unidades de Salud Mental o incluso en Atención Primaria, por varias razones: tienen buenos niveles de adherencia al tratamiento, se trabajan aspectos difíciles de trabajar en terapia individual como los estilos cognitivos o la reducción de la preocupación, trabajan a varios niveles psicológicos a la vez, preparan a los pacientes para llegar a terapia individual con la demanda más definida y por tanto aumentan la eficacia de la terapia individual, etc... De cara a los profesionales, este tipo de grupos son una opción para reducir el nivel de estrés diario, con la opción de convertirse en espacios abiertos donde acudir cuando se nota el cansancio del día y recargar las pilas.

¿Cuál es el papel que puede tener este tipo de tratamiento en la red de salud pública?

Las terapias basadas en la Aceptación y la Atención Plena están cada vez más, abriéndose hueco entre el abanico de posibilidades terapéuticas del mercado. El ritmo de publicaciones y adaptaciones es cada vez mayor, además, la presencia en hospitales, tanto en unidades de medicina general como en unidades de salud mental de todo el mundo es cada vez mayor. El objetivo primordial de esta investigación era estudiar la viabilidad en el contexto de salud pública, y las conclusiones que se pueden extraer respecto a esto son que:

El hecho de que se haya podido hacer por primera vez en el contexto de un red de salud pública, y que haya mostrado niveles altos de eficiencia y eficacia, abre la puerta a uno de los objetivos del proyecto de investigación primigenio que era el de que este tipo de grupos de terapia se incorporaran a la cartera de servicios del sistema canario de salud, como complemento al apoyo psicológico o como sustituto de los grupos de relajación. Otro de los factores que convierten a esta terapia en una buena alternativa a estudiar para ser incorporada en las Unidades de Salud, es el hecho de que sea un tratamiento altamente estructurado, grupal, que de juego para ser adaptado a multitud de trastornos y que provee herramientas para el propio afrontamiento efectivo reduciendo así la dependencia de los servicios psicológicos.

Los problemas más grandes con los que nos hemos encontrado son que estos grupos son muy exigentes, el tiempo dedicado en casa en las tareas para casa es muy alto (a pesar de esto los niveles de abandonos son parecidos a los del resto de intervenciones psicológicas, alrededor de un 25%), lo cual quiere decir que la derivación y la sesión de motivación son casi tan importantes como el propio tratamiento.

Un hecho que puede dificultar el asentamiento total en la red de salud pública es la necesidad de un CD grabado, o el uso de muchos textos, ya que todo esto puede encarecer la aplicación. Aunque lo que se gasta por una parte seguramente se recupera por lo corto del tratamiento, reducción del consumo de fármacos y sobretodo por el hecho de que es grupal (hasta 20 personas a la vez pueden acudir a las sesiones).

Tal vez la dificultad más grande a la hora de incorporarlo a la red pública de salud se deba al hecho de que no podemos entender la terapia cognitiva basada en la atención plena como una técnica más de psicoterapia ya que para que funcione requiere que la persona que la aplica haya meditado de forma sistemática y este plenamente convencido de su utilidad. Se trata de una técnica pero también de un modo de entender la vida, y exige ciertos niveles de disciplina y una reconfiguración en la manera de funcionar psicológicamente.

Una de las formas en las que se puede incorporar el tratamiento en TCAP a los servicios de salud es sustituirlos por los grupos de relajación, ya que por un número equivalente de sesiones, y el mismo esfuerzo, se trabajan más aspectos psicológicos que en un entrenamiento en relajación y el grado de eficacia y eficiencia es superior. Además, aporta aspectos que rompen con uno de los aspectos negativos de los grupos de relajación, y es que alimentan la dinámica de desear un estado psicológico diferente, y por tanto alimentan la evitación de la experiencia.

Líneas futuras de investigación

De cara al futuro, y en algunos grupos de investigación ya se está haciendo (el grupo de los creadores del Inventario de Atención Plena de Freiburg, Buchheld, Grossman, y Walach, la tendencia es a incluir medidas fisiológicas que completen las tomadas a partir de cuestionarios, donde tal vez se termina abusando del lenguaje o las creencias a la hora de demostrar la eficacia de un tratamiento.

Una de las preguntas que queda abierta siempre que se aplica una intervención multinivel es qué componente es el más importante, o cual ha sido el que más explica el efecto terapéutico, en el caso de la TCAP hay varios componentes que están interactuando a la vez que el mero aprendizaje de la Atención Plena: el factor grupal, la motivación del terapeuta, el hecho de que el terapeuta sea practicante y sirva como modelo, el componente psicoeducativo respecto a los mecanismos del sufrimiento, la perspectiva cognitiva que asume, las tareas, el hecho de que los participantes tomen 45 minutos de su tiempo par dedicarlos a algo que les gusta, etc... De cara a futuras investigaciones sería interesante controlar cada uno de estos aspectos.

Un factor que sería interesante investigar, es el estudio de diferencias individuales, como rasgos de personalidad, tipos de apego o diferencias en habilidades en el mantenimiento de la atención. La riqueza de las experiencias, el nivel de implicación o de adherencia, la respuesta a la primera sesión, el grado de aceptación de la propuesta planteada o el abandono, eran todos temas que tenían que ver con las diferencias individuales, y que suponen un apasionante ámbito de investigación en futuras aproximaciones. Hay personas del grupo a las que la meditación en Atención Plena les provocó una auténtica revolución personal, y un espacio de crecimiento

fantástico, mientras tanto otras tan solo se quedaron con aspectos más centrados a la calma mental que genera la meditación.

Otro aspecto que se podía haber incluido es un análisis económico del coste de un programa en TCAP, comparando el número de sesiones que dura y el material utilizado con el tratamiento usual. No se ha podido demostrar si los pacientes que han acudido al programa TCAP después han dejado de hacer uso del servicio de la Unidad de Salud Mental, sí que sabemos que a muchos/as de ellos/as les dieron el alta, pero no ha habido un control riguroso de este tipo de datos. En este análisis económico, se debería incluir el coste de los fármacos y la reducción de las dosis (en la investigación aparece que a un 32% le habían reducido la dosis de fármacos), desde un principio en esta investigación el consumo de fármacos ha sido tomado de forma grosera, ya que no era el objetivo primordial. De cara a futuras investigaciones sería interesante observar, además del papel que tienen en el aprendizaje de habilidades, la evolución del consumo de fármacos de los participantes y el posible ahorro económico.

Falta mucho por investigar en TCAP y en el resto de las variantes de las terapias basadas en atención plena, aunque están bien encaminadas hacía la demostración de su eficacia en estudios controlados, y hacía la definitiva inserción en los servicios de salud, tanto en el contexto público como privado.

10. Bibliografía

Bach, P., Hayes, S.C.(2002) The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol 70(5).

Bados, A., Solanas, A., Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of depression, anxiety and stress scale (DASS). *Psicothema*, Vol. 17.No4, 679-683.

Baer R. (2003) Mindfulness Training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and practice*, 10, 125-143.

Baer R., Smith G.T., Allen K.B., (2004) Assessment of Mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assesment*.Vol.11, No3, Sep. 191-206.

Baer, R., (2005). Mindfulness-based Treatment Approaches: Clinician's guide to Evidence Base and Applications. Academic Press.

Baer, R., Fischer, S., Huss, D.B. (2005) Mindfulness-based cognitive therapy applied to binge eating: A case study. *Cognitive and Behavioural Practice* 12, 351-358.

Baer, R., Smith, G.T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., Toney, L. (2006) Using Self-Report Assessment to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment*. Volume 13, No.1.

Bateman, A., Fonagy, P. (2004) Psychotherapy for Bordrline Personality Disorder: Mentalization based treatment. Oxford University Press.

Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571

Beck, A., Rush, A., Shaw, B., Emery, G. (1983) Terapia Cognitiva de la Depresión. Ed.DDB.

Beck, A.T., Brown, G., Steer, R.A., Eidelson, J.I. y Riskind, J.H. (1987). Differentiating anxiety and depression: A test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 96: 179-183.

Beck, A.T. y Clark, D.A. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Research*, 1: 23-36.

Beck, A.T., Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorder*. New York: Guilford.

Benson, H. (1975) *The Relaxation Response*. New York, Avon Book.

Benson, H., Beary, J.F., Carol, M.P. (1974) *The Relaxation Response*, *Psychiatry*, 37:37-46.

Bishop S. R., (2002) What we really know about Mindfulness-Based Stress Reduction. *Psychosomatic Medicine*, 64, 71-84.

Bishop S.R., Lau M., Shapiro S., Carlson L., (2004) Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice* 11: 230-241.

Bogart, G. (1991). The use of Meditation in Psychotherapy: A review of the literature. *American Journal of Psychotherapy*, Vol. XLV, No.3.

Borkovec, T.D. (2002) Life in future versus life in present. *Clinical Psychology Science and Practice* 9: 76-80.

Broderick, P.C. (2005) Mindfulness and Coping with Dysphoric Mood: Contrasts with Rumination and Distraction. *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 29, No.5.pp. 501-510.

Brown K.W., Ryan R.R.(2003) The benefits of being present: Mindfulness and its role in Psychological Well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*,Vol.84: 822-848.

Brown K.W., Ryan R.R. (2004) Perils and Promise in defining and measuring Mindfulness: Observations from experience. *Clinical Psychology: Science and Practice*.

Buchheld, N, Grossman, P., Walach, H. (2002) Measuring Mindfulness in Insight Meditation and Meditation-Based Psychotherapy: The development of the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Journal for Meditation and Meditation Research*. No. 2001-02.

Campagne D.M. (2004) Teoría y fisiología de la meditación. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*. N° 69/70.

Cardaciotto, L.A. (2005). The Development of a Bi-Dimensional Measure of Awareness and Acceptance. Tesis doctoral no publicada.

Carlson L.E., Speca M., Patel K.D. (2003) Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*. 65: 571-581.

Carlson L.E., Ursuliak Z., Goodey E., Angen M., Speca M., (2001) The effects of mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients: 6-month follow-up. *Support Care Cancer* 9: 112-123.

Caro I. (1997). *Manual de Psicoterapias Cognitivas*. Ed.Paidós.

Carson J.W., Carson K.M., Gil K.M., Baucum D.H. (2004). Mindfulness-Based Relationship Enhancement. *Behaviour therapy*, 35, 471-494.

Cartwright-Hatton, S., y Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 3, 279-296.

Chadwick,P., Hember, M., Mead, S., Lilley, B.,Dagnan, D. (2005). Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: Reliability and validity of the Mindfulness Questionnaire. Texto no Publicado.

Chang V.Y., Palesh O., Caldwell R., Glasgow N., Abramson M., Luskin F., Gill M., Burke A., Koopman C.; (2004) The effects of mindfulness-based stress reduction program on stress, mindfulness self-efficacy, and positive states of mind. *Stress and Health* 20; 141-147.

Chaskalson, M.W. (2005) Mindfulness as a Cognitive Training: a Contribution from Early Buddhist Thought. Tesis no publicada.

Clark, D.A. y Beck, A.T. (1988). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression. En En P.C. Kendall y D. Watson (Eds.), *Anxiety and Depression: Distinctive and Overlapping Features* (pp. 379-411). San Diego, CA: Academia Press.

Csikszentmihalyi, M. (1990) *Fluir (Flow)*. Ed.Kairós.

Damasio, A; (2005). *Buscando a Espinoza*. Ed. Drakontos.

Davidson R.J., Goleman (1977) The role of attention in meditation and hypnosis: a psychobiological perspective on transformations of consciousness. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 25: 291-308.

Davidson R.J., Kabat-Zinn J., et al. (2003) Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine* 65:564-570.

DelMonte M.(1987) Constructivist view of meditation. *American Journal of Psychotherapy*, Vol XLI, nº.2, Abril.

Dimidjian, S., Linehan, M.M., (2003) Defining an agenda for future research on the clinical application of mindfulness practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 10: 166-170.

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* 2005, Vol. 34, No. 4, 779-791.

Edelman, G.M. , Tononi, G. (2000) The Universe of Consciousness: How matter becomes imagination. En castellano (2002) El Universo de la conciencia. Ed. Crítica.

Ellis A. (1980). Razón y Emoción en Psicoterapia. Ed. DDB.

Emavardhana T., Tori C.D., (1997) Changes in self-concept, ego defence mechanisms, and religiosity following seven-day Vipassana meditation retreats. *Journal for the Scientific Study of Religion* 36 (2):194-206.

Feixas G. y Miró, M.T. (1993) *Aproximaciones a la Psicoterapia*. Ed. Paidós.

Feldman, G. C., Hayes, A. M., Kumar, S. M., Greeson, J. M. (2004). Development, factor structure, and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale. Texto no publicado.

Fennell, M. J. V., Teasdale, J. D., Jones, S. and Damle, A. (1987). Distraction in neurotic and endogenous depression: an investigation of negative thinking in major depressive disorder. *Psychological Medicine*, 17, 441-452.

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. Publicación on-line.

Flavell, J.H. (1979) Metacognition and cognitive monitoring: a new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*, 34, 906–911.

Fonagy P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M., Gerber, A. (1996) The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22-31.

Fresco, D.M., Mennin, D.S., Heimberg, R.G, Turk, C.L. (2003). Using the Penn State Worry Questionnaire to identify individuals with generalised anxiety disorder: a receiver operating characteristics analysis. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry* 34, 283-291.

Fromm E., Suzuki T.H. (1957). *Zen Buddhism y Psychoanalysis*. Ed. Harper y Brothers. New York. Edición castellano; Budismo zen y psicoanálisis. 1964. ED F.C.E.

García-Montes, J.M., Pérez-Alvarez, M., Soto Balbuena, C., Perona Garcelan, S., Cangas, A.J. (2005) Influence of metacognitive variables on paranoid ideation. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, Vol.5: 463-469

Germen, C.K., Siegal, R.D., Fulton, P.R., (2005). *Mindfulness and Psychotherapy*. Guilford Press.

Gethin, R. (1998) *The Foundations of Buddhism*, Oxford: Oxford University Press.

Goleman D.(1977) *The Varieties of meditative experience*. Edición castellano; Los caminos de la meditación. Ed. Kairós.

Grossman P., Niemann L., Schmidt S., Walach H. (2004) Mindfulness-based stress reduction and health benefits: a meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research* 57, 35-43.

Hamilton, N.A., Klutzman, H., Guyotte, S. (2006) Enhancing health and emotion: Mindfulness as a missing link between cognitive therapy and positive psychology. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*. Vol.20, No.2.

Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E.V., Follette, V.M. (1996) Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol 64(6).

Hayes, S.C., Strosahl, K.D.; Wilson, K.G. (1999) Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. New York, NY, US: Guilford Press.

Hayes, S. C., Wilson, K. G.(2003) Mindfulness: Method and process. *Clinical Psychology: Science and Practice*. Vol 10(2).

Hayes, S., Follette, V., Linehan, M.;M (2004) Mindfulness and Acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition. New York, NY, US: Guilford Press.

Hartman, L.M. (1983) A metacognitive model of social anxiety: Implications for treatment . *Clinical Psychology Review*, 3 (4): 435-456

Holroyd, J. (2003). The Science of Meditation and Hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*. Octubre 2003.

Ingram, R.E., Kendall, P.C. (1986). Cognitive clinical psychology: Implications of an information processing perspective. *Information processing approaches to clinical psychology*. Ed.Academic Press.

Ingram, R.E., Kendall, P.C., Smith, T.W., Donnell, C., Ronan, K. (1987). Cognitive specificity in emotional distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 734-742.

Ingram, R.E., Smith, T.S., (1984) Depression and internal versus external focus of attention. *Cognitive Therapy and Research*. 8: 139-152.

Kabat-Zinn J. (1990) *Full Catastrophe Living*. New york: Delta. Edición en Castellano: Vivir con plenitud las crisis.2003. Ed. Kairós.

Kabat-Zinn J., Kabat-Zinn M. (1997): *Everyday Blessings: The inner work of Mindful Parenting*. Hyperion. 1997.

Kabat-Zinn J, Wheeler E, Light T, Skillings A, Scharf MF, Cropley TG, Horner D, Bernhard JD, (1998): Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis

undergoing phototherapy (UVB) and photo chemotherapy (PUVA), *Psychosomatic medicine* 60:625-632.

Kabat-Zinn J., (2003) Mindfulness-Based Interventions in context: Past, Present, and Future. 2003. *Clinical psychology: Science and practice*, 10, 144-156.

Kareaga A.A. (2000). Las técnicas de meditación: efectos y mecanismo implicados. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*. nº 54.

Kelly G. (2001). Psicología de los Constructos Personales: Textos escogidos (B.Maher, compilación en inglés: G.Feixas editor). Barcelona:Paidós.

Knowles, R., Tai, S., Christensen, I., Bentall, R. (2005) Coping with depression and vulnerability to mania: a factor analytic study of the Nolen-Hoeksema (1991) Response Style Questionnaire. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 99-112.

Koons, C. R., Robins, C.J., Tweed, J.L., Lynch, T.R., Gonzalez, A.M., Morse, J.Q., Bishop, G.K., Butterfield, M.I., Bastian, L.A. (2001) Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*. Vol 32(2).

Kristeller J.L. (2003) Mindfulness, Wisdom and eating: Applying a multi-domain model of meditation effects. *Journal of constructivism in the human sciences*. Vol.8(2).107-118.

Lau, M.A., Segal, Z.V., Williams, J.M.G. (2004). Teasdale's differential activation hypothesis: implications for mechanisms of depressive relapse and suicidal behaviour. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1001-1017.

Lau, M.A., McMain, S.F. (2005). Integrating Mindfulness meditation with cognitive and behavioural therapies: The challenge of combining Acceptance and Change-based strategies. *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 50, No.13.

Leigh, J., Bowen, S., Marlatt, G.A. (2005). Spirituality, mindfulness and substance abuse. *Addictive Behaviours* 30, 1335-1341.

Linehan, M. M., Armstrong, H.E., Saurez, A., Allmon, D., Heard, H.L. (1991) Cognitive Behavioural Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline Patients. *Archives of General Psychiatry*, 48; 1060-1064.

Linehan, M., Heard, H. L., Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 151: 1771-1776.

Linehan, M.M. (1993) Cognitive-Behavioural Treatment of Borderline Personality Disorder. New York: Guilford Press.

Linehan, M.M. (1993) Skills Training Manual For Treating Borderline Personality Disorder. New York: Guilford Press.

Linehan, M.M., Schmidt, H., Dimeff, L.A., Craft, J.C., Kanter, J., Comtois, K.A. (1999) Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *The American Journal on Addictions*. Vol 8(4).

Linehan, M. M., Dimeff, L.A., Reynolds, S.K., Comtois, K, A., Welch, S., Heagerty, P., Kivlahan, D. (2002) Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and alcohol dependence*, 67 (1): 13-26.

Lizasoain L., Joaristi L.,(2003). *Gestión y análisis de datos con SPSS*. Ed. Thompson.

Lynn, S.J., Lama Surya Das, Hallquist, M.N., Williams, J.C. (2006) Mindfulness, Acceptance and Hypnosis: Cognitive and Clinical Perspectives. *Journal of Experimental and Clinical Hypnosis*. 54 (2): 143-166.

Lysaker, P.H., Carcione, A. Dimaggio, G. Johannesen, J., Nicolo, G., Procacci, M., Semerari, A. (2005) Metacognition amidst narratives of self and illness in schizophrenia: associations with neurocognition, symptoms, insight and quality of life. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. vol 112: 64-71.

Lyubomirsky, S., Nolen-Hoeksema, S. (1993) Self-perpetuating properties of disphoric rumination. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 65, No. 2, 339-349.

Ma SH., Teasdale JD. (2004) Mindfulness-Based Cognitive therapy for Depression: Replication and Exploration of differential Relapse Prevention Effects. *Journal of consulting and clinical Psychology*. Vol. 72, No. 1, 31-41.

Majumdar M, Grossman P, Dietz-Washkowsky B, Kersig S, Walach H: Does Mindfulness meditation contribute to health? Outcome Evaluation of a German Sample. *Journal of Alternative and complementary Medicine* 8:719-212, 2001.

Marlatt, G.A., Baer, J.S., Kivlahan, D.R., Dimeff, L.A., Larimer, M.E., Quigley, L.A., Somers, J.M., Williams, E. (1998) Screening and brief intervention for high-risk college student drinkers: Results from a 2-year follow-up assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol 66(4).

Marlatt, G.A. (2002). Buddhist psychology and the treatment of addictive behaviour. *Cognitive and Behavioural Practice*, 9 (1), 44-49.

Marlatt, G.A. Parks, G.A., Bowen, S., Witkiewitz K., Dillworth, T.M., Chawla, N., Simpson T.L., Ostafin, B.D., Larimer, M.E., Blume, A.W. (2006). Mindfulness meditation and substance use in a incarcerated populations. *Psychology of Addictive Behaviours*, Vol.20, No.3, 343-347.

Mason O., Hargreaves I.(2001) A qualitative study of mindfulness-based cognitive therapy for depression. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 197-212.

McQuillan, A., Nicastro, R., Guenot, F., Girard, M., Lissner, C., Ferrero, F. (2005) Intensive Dialectical Behavior Therapy for Outpatients With Borderline Personality Disorder Who Are in Crisis. *Psychiatric Services*. Vol 56(2).

McMillan, T., Robertson, I.H., Brock, D., Chorlton, L., (2002) Brief mindfulness training for attentional problems after traumatic brain injury: A randomised control treatment trial. *Neuropsychological Rehabilitation*, 12 (2), 117-125.

Miller, J.J., Fletcher, K., Kabat-Zinn, J. (1995). Three-Year follow-up and clinical Implications of a Mindfulness Meditation-Based Stress Reduction Intervention in the treatment of Anxiety Disorders. *General Hospital Psychiatry* 17, 192-200.

Miró, M.T. (1994) Epistemología evolutiva y psicología. Ed. Promolibro-València.

Miró, M.T. (2005) On conviviality. (Conferencia invitada). *International Congress of Cognitive Psychotherapy*. Göteborg: Suecia.

Moore, R.G., Hyhurst, H., Teasdale, J.D. (1996) Measure of awareness and coping in autobiographical Memory Instructions for administering and coding. Texto no publicado.

Morrison, A.P. Wells, A. (2003). A comparison of metacognitions in patients with hallucinations, delusions, panic disorder and non-patients-control. *Behaviour Research and Therapy*, 41:251-256.

Newberg, A.B., Iversen, J. (2003) The neural basis of the complex mental task of meditation: neurotransmitter and neurochemical considerations. *Medical Hypotheses* 61(2): 282–291.

Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*. No. 4, 569-582.

Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed Anxiety/Depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*. No.3, 504-511.

Nyanaponika Thera (2005) El camino de la Atención. El corazón de la meditación budista. Ediciones Librería Argentina.

Ostafin, B.D., Chwla, N., Bowen, S., Dillworth, T.M, Witkiewitz, K., Marlatt, G. A. (2006). Intensive Mindfulness Training and the reduction of Psychological Distress: A preliminary Study. *Cognitive and Behavioural Practice* 13, 191-197.

Palm-Beskow, A. Beskow, J. y Miró, M.T. (2004), Cognitive Psychotherapy and the development of consciousness, Living in conviviality. Göteborg, (SE): Intellecta DS.

Papageorgiou, C., Wells, A. (2000) Treatment of recurrent major depression with attention training. *Cognitive and Behavioural Practice* 7, 407-413.

Papageorgiou, C., Wells, A. (2003) An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive therapy and research*, Vol. 27, No.3, 261-273.

Premack, D., Woodruff, G. (1978) Does the chimpanzee have a theory of mind? *Beh. Brain Sci.* 1.4.

Pribram K.H., Ramirez J.M. Cerebro y Conciencia. Ed. Diaz de Santos.

Pyszczynski T., Greenberg J. (1987) Self-regulatory perseveration and the depressive self-focusing style: a self-awareness theory of reactive depression. *Psychol Bull.* 102(1):122-38.

Reibel, D.K., Greeson, J.M, Brainard, G.C., Rosenzweig, S. (2001). Mindfulness-Based Stress Reduction and health-related quality of life in a heterogeneous patient population. *General Hospital Psychiatry* 23, 183-192.

Reibel, D.K., Greeson, J.M., Brainard, G.C., Rosenzweig, M.D. (2001) Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life in a heterogeneous patient population. *General Hospital Psychiatry* 23; 183–192.

Robinson P.F., Mathews H.L., Witek-janusek L. (2003) Psycho-endocrine-immune response to mindfulness-based stress reduction in individuals infected with humans immunodeficiency virus: a quasisperimental study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine.* Vol.9, No5, 683-694.

Roemer L., Orsillo S. M., (2003) Mindfulness: A Promising Intervention strategy in need of further study. *Clinical psychology: Science and practice*, 10, 172-178.

Romel W., Goldin P., Carmona P., Mcquaid J.R. (2004). The effects of Mindfulness Meditation on cognitive processes and affect in patients with past depression. *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 28,No4, pp.433-455.

Rosenzweig S., Reibel D.K., Greeson J.M., Brainard G.C. Hojat M., (2003). Mindfulness-Based stress reduction lowers psychological distress in medical students. *Teaching and learning in medicine*, 15 (2), 88-92.

Safer, D. L., Telch, C.F., Agras, W.S. (2001) Dialectical behavior therapy adapted for bulimia: A case report. *International Journal of Eating Disorders.* Vol 30(1).

Safer, D.L.; Telch, C.F., Agras, W.S. (2001) Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry.* Vol 158(4).

Sandin, B., Chorot, P., McNally, R.J. (1996). Validation of the Spanish version of the anxiety sensitivity index in a clinical sample. *Behaviour Research and Therapy.* Vol. 34, No.3, 283-290.

Sanz, J., Graña, J.L. (1991) Factores psicosociales y síntomas depresivos: El caso de la auto-observación. *Psicothema.* Vol. 3: 381-399.

Sanz, J. (1993). Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la Hipótesis de la especificidad de contenido de Beck. *Anales de Psicología.* 9 (2), 133-170.

Sanz J., Vázquez C. (1998) Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema* Vol.10, nº2, 303-318.

Scheer-Dickson N., (2004) Current developments of metacognitive concepts and their clinical implications: mindfulness-based cognitive therapy for depression. *Counselling Psychology Quarterly.* Vol. 17, No2, 223-234.

Segal Z.V., Teasdale J.D., Williams J.M., Gemar M.C.(2002).The Mindfulness-Based Cognitive Therapy Adherence Scale: Inter-rater Reliability, Adherence to Protocol and Treatment Distinctiveness. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 9, 131-138.

Segal,Z.V., Williams, J.M.G., Teasdale, J.D (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.

Semerari A. (1999) *Psicoterapia Cognitiva del Paziente Grave: Metacognizione e Relazione Terapeutica*. Ed. Raffello Cortina Editore. Edición castellano; Psicoterapia Cognitiva del Paciente Grave: Metacognición y Relación Terapéutica. 2002. Ed. DDB.

Semerari A. (2000) *Storia, teorie e tecniche della psicoterapia cognitiva*. Ed.Roma-Bari. Edición castellano: Historia, Teorías y Técnicas de la Psicoterapia Cognitiva. 2002. Ed. Paidós.

Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Nicoló, G., Pedone, R., Procacci, M., (2005) Metarepresentative Functions in Borderline Personality Disorder

Shafty, M. (1973) Silence in the Service of the Ego: Psychoanalytic Study of Meditation. *Int. J. Psychoanal*, 54: 431-43.

Shafran, R., Thordarson, D. S., Rachman, S. (1996) Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. Vol 10(5).

Shapiro S., Cohen Katz J., Wiley S., Capuano T., Baker D.M, Deitrick L., 2004. The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout-Part III. *Holistic Nursing Practice*,

Shapiro S.L, Astin J.A, Bishop S.R., Cordova M., (2005) Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: results from randomised trial. *International Journal of Stress Management*. Vol.12, No2, 164-176.

Shapiro SL, Schwartz GE, Bonner G: Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of behavioural medicine* 21: 581-599, 1998.

Shapiro SL, Schwartz GE, Bootzin R.R., Figueredo A.J., Lopez A.M. (2003) The efficacy of mindfulness-based stress reductions in the treatment of sleep disturbance in women with breast cancer: an exploratory study. *Journal of Psychosomatic Research* 54, 85-91.

Tacon, A.M., McComb, J., Caldera, Y., Randolph, P. (2003) Mindfulness meditation, anxiety reduction, and heart disease: a pilot study. *Family and Community Health*. Jan-Mar. 25-33.

Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M.G. (1995) How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help?. *Behaviour Research and therapy*, 33, 25-39.

Teasdale J.D. (1999) Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders. *Clinical psychology and psychotherapy*, 6, 146-155.

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.

Teasdale J.D., Scott, J., Moore, R.G., Hayhurst, H., Pope, M., Paykel, E.S. (2001). How does cognitive therapy prevent relapse in residual depression: Evidence from controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 347-357.

Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Pope, M., Moore, R.G., Hayhurst, H., Williams, S. (2002); Metacognitive Awareness and prevention of Relapse in Depression: Empirical evidence. *Journal of consulting and clinical Psychology*. Vol. 70, No. 2, 257-287.

Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M.G (2003). Mindfulness training and problem formulation. *Clinical psychology: Science and practice*, 10, 157-160.

Telch, C.F., Agras, W.S., Linehan, M.M. (2001) Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol 69(6).

Tich Nhat Hanh (1975). The Miracle of Mindfulness. Beacon Press USA. Edición española (2007), El milagro del minfulness. Ed. Oniro.

Toneatto, T. (1999) Metacognition and substance use. *Addictive Behaviours*. Vol.24, No.2, 167-174.

Trungpa, C. (1975). Abhidharma: Psicología Budista. Ed. Kairós.

Vázquez C., (2003). Técnicas Cognitivas de Intervención Clínica. Ed. Síntesis.

Walach, H., Buchheld, N., Büttenmüller, V., Kleinknecht, N., Schmidt, S. (2006). Measuring Mindfulness - The Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Personality and Individual Differences* 40; 1543-1555.

Watkins, E., Teasdale, J.D. (2004). Adaptive and maladaptive self-focus in depression. *Journal of Affective Disorders*, 82, 1-8.

Weissbecker, I., Salmon, P., Studts, J.L., Floyd, A.R., Dedert, E.S., Sephton, S.E. (2002). Mindfulness-Based Stress Reduction and Sense of Coherence among women with Fibromyalgia. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 9 (4); 297-307.

Wells, A., Matthews, G. (1996) Modelling Cognition in Emotional Disorder: The S-REF Model. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 34. pp. 881-888.

Wells, A. (1997). Cognitive therapy of anxiety disorders: a practice manual and conceptual guide. Chichester, UK: Wiley.

Wells, A., Papageorgiou, C. (1998) Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behaviour Research and Therapy* 36, 899-913.

Wells, A. (2000). Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. *Chichester, UK: Wiley*.

Wells, A. (2002) GAD, Metacognition, and mindfulness: An Information processing analysis. *Clinical Psychology Science and Practice* 9: 95-100.

Wells, A., Cartwright-Hatton, S. (2003). A short form of the meta-cognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy* 42, 385-396.

Wells A. (2005) The Metacognitive Model of GAD: Assessment of Meta-Worry and Relationship with DSM-IV Generalized Anxiety Disorders. *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 29, No.1, pp.-107-121.

Williams, J.M.G, Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Soulsby J. (2000) Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*. Vol. 109, No1, 150-155.

Williams, J.M.G., Duggan, D.S., Crane, C., Fennel, M.J.V. (2006). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for prevention of recurrence of suicidal behaviour. *Journal of Clinical Psychology: In Session*. Publicación on-line.

Wilson, K.C., Luciano M.C. (2002). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Un tratamiento conductual orientado a los valores. Ed. Pirámide.

Witkiewitz, K., Marlatt, G. A. (2004) Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems: That is Zen, this is Tao. *American Psychologist*, Vol. 59, No.4. 224-235.

Witkiewitz, K., Marlatt, G.A., Walker, D. (2006) Mindfulness-Based Relapse Prevention for Alcohol and Substance Use Disorders: The meditative tortoise wins the race. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19, 221-228.

ANEXOS

Auto-registros

Día/Ejercicio	Comentarios de la práctica
Ejemplo.	Me costaba mantener mi atención siempre en lo mismo, se me iba la cabeza hacia otras cosas. Me mucho costó ponerme a hacer el ejercicio, me daba pereza. Una vez hecho me sentí muy bien y muy tranquila/o.
Práctica de los 3 minutos.	x x x x x x x x x x x x
CALENDARIO DE SUCESOS AGRADABLES	
Situación	Experiencia (Pensamientos, Emociones, Sensaciones, etc...)
Me llama un/a amiga/o para tomar un refresco.	Me alegré de que me llamara alguien, me sentí animado/a de ver había alguien que quería pasar el tiempo conmigo.

Día/Ejercicio	Comentarios de la práctica
DIA _____/...../.....	
Práctica de los 3 minutos.	x x x x x x x x x x x x
CALENDARIO DE SUCESOS DESAGRADABLES	
Situación	Experiencia (Pensamientos, Emociones, Sensaciones, etc...)
Voy por la calle y veo una pelea ente dos jóvenes.	Siento miedo de que me ocurra algo a mi, y rabia de ver que nadie les separa

Día/Ejercicio	Comentarios de la práctica
Práctica de los 3 minutos.	x x x x x x x x x x x x
CALENDARIO DE SUCESOS DESAGRADABLES	
Situación	Experiencia (Pensamientos, Emociones, Sensaciones, etc...)
	<p>Lo que sentí en el cuerpo fue....</p> <p>La emoción que sentí fue.....</p> <p>Pensé que.....</p>

Inventario de Atención Plena de Freiburg, versión acortada (Walach, Buchheld, Buttenmüller, Kleinknecht y Schmidt, 2006).

El propósito de este cuestionario es caracterizar tu experiencia de atención plena. Por favor utiliza la última semana referencia temporal para considerar cada ítem. Da una respuesta para cada afirmación como creas que es más conveniente. Por favor se lo mas honesto y espontáneo que sea posible. No hay respuestas “correctas” o “incorrectas”, ni respuestas “buenas” o “malas”. Lo que es importante para nosotros es tu propia experiencia. Muchas gracias por tu esfuerzo.

		Raramente	De vez en cuando	Bastante a menudo	Casi siempre
1	Estoy abierto/a a la experiencia del momento presente				
2	Siento mi cuerpo al comer, al cocinar, al limpiar o al charlar.				
3	Cuando me doy cuenta de que mi mente se ha distraído, amablemente vuelvo a la experiencia del aquí y ahora.				
4	Soy capaz de sentirme a mi misma/o.				
5	Estoy atento/a a lo que hay detrás de mis acciones.				
6	Veo mis errores y dificultades sin juzgarlos.				
7	Me siento conectado a mi experiencia en el aquí y ahora.				
8	Acepto las experiencias desagradables.				
9	Soy amable conmigo misma/o cuando las cosas van mal.				
10	Observo mis sentimientos sin perderme en ellos.				
11	En situaciones difíciles, puedo parar sin reaccionar inmediatamente.				
12	Experimento momentos de paz interior y tranquilidad, incluso cuando las cosas se ponen frenéticas y estresantes.				
13	Soy impaciente conmigo mismo y con los otros.				
14	Soy capaz de sonreír cuando noto como a veces me complico la vida.				

Factores del Inventario de Atención Plena de Freiburg (Buchheld, Grosman y Walach, 2001), versión de 30 ítems.

PM: Desidentificación atencional en momento presente.

- 4- Cuando me doy cuenta de que mi mente se ha distraído, amablemente vuelvo a la experiencia del aquí y ahora.
- 9- Me pierdo fácilmente en mis pensamientos y sentimientos
- 13- Me permito dejar pasar mis pensamientos.
- 25- Observo mis pensamientos sin perderme en ellos.
- 18- Percibo mis sentimientos y emociones sin reaccionar a ellos.
- 11- Observo mis pensamientos sin identificarme con ellos.
- 21- Me siento conectado a mi experiencia en el aquí y ahora.
- 12- Observo como mis pensamientos van y vienen.
- 2- Se que no soy lo mismo que mis pensamientos.
- 3- Siento mi cuerpo al comer, al cocinar, al limpiar o al charlar.
- 6- Me doy cuenta de cómo mis emociones se expresan a través del cuerpo.
- 26- En situaciones difíciles, puedo parar sin reaccionar inmediatamente.

Njud: No juicio, actitud no evaluadora hacia uno mismo y los otros.

- 19- Me acepto tal y como soy.
- 24- Soy amable conmigo misma/o cuando las cosas van mal.
- 5- Soy capaz de sentirme a mi misma/o.
- 30- Soy capaz de sonreír cuando noto como a veces me complico la vida.
- 17- Veo mis errores y dificultades sin juzgarlos.
- 1- Estoy abierto/a a la experiencia del momento presente.
- 29- Soy impaciente conmigo mismo y con los otros.

OpN: Apertura a los estados negativos de la mente.

- 20- Analizo las sensaciones y percepciones, tanto las agradables como las desagradables.
- 7- Me quedo en el presente con las sensaciones y sentimientos incluso cuando son desagradables o dolorosos.
- 16- Me doy cuenta de cómo me creo mi propio sufrimiento.
- 8- Estoy atento/a a lo que hay detrás de mis acciones.
- 27- Evito los sentimientos desagradables.
- 22- Acepto las experiencias desagradables.
- 28- Experimento momentos de paz interior y tranquilidad, incluso cuando las cosas se ponen frenéticas y estresantes.

Ins: Comprensión orientada hacia el insight, Orientado al proceso.

15- Veo las cosas desde diferentes perspectivas.

10- Me doy cuenta de que no tengo porque reaccionar a todo lo que aparece en mi mente.

14- Soy consciente como de breve y fugaz es mi experiencia.

23- Observo como las experiencias surgen y desaparecen.

Inventario de habilidades de Atención Plena de Kentucky (KIMS; Baer, Smith y Allen, 2003).

Elija en cada ítem la alternativa que mejor refleje el grado en que está de acuerdo con cada uno de los enunciados que se indican a continuación.

Nada	Un poco	Bastante	Mucho
1	2	3	4

KOBS: Observar.

- 1- Noto cambios en mi cuerpo, como que mi respiración se acelera o se lentifica.
- 5- Cuando camino, noto deliberadamente las sensaciones de mi cuerpo en movimiento
- 9- Cuando camino, noto deliberadamente las sensaciones de mi cuerpo en movimiento.
- 13- Cuando me doy una ducha/baño estoy atenta/o a las sensaciones del agua sobre mi cuerpo.
- 17-Noto como la comida o la bebida afectan a mis pensamientos, sensaciones corporales y emociones.
- 21- Estoy atenta/o a las sensaciones, como el viento en mi pelo o el sol en mi cara.
- 25- Atiendo a sonidos, como el tic-tac del reloj, el canto de los pájaros o los coches pasar.
- 29- Noto el olor o el aroma de las cosas.
- 30- Estoy atento/a a mis sentimientos a propósito.
- 33- Me doy cuenta de elementos visuales en el arte o la naturaleza, como los colores, formas, texturas o patrones de luz y sombra
- 37- Presto atención a cómo mis emociones afectan a mis pensamientos y comportamientos
- 39- Noto cuando mi estado de ánimo empieza a cambiar.

KDES: Describir

- 2- Me es fácil buscar las palabras que describen mis sentimientos.
- 6- Puedo poner fácilmente mis creencias, opiniones o expectativas en palabras.
- 10- Me es fácil expresar en palabras mis percepciones sobre el gusto, los sonidos o los olores.
- 14- Es difícil para mi encontrar las palabras para describir lo que estoy pensando.
- 18-Tengo problemas para expresar las palabras correctas que expresen como me siento.
- 22- Cuando tengo sensaciones en el cuerpo es difícil para mi describirlas, porque no puedo encontrar las palabras adecuadas
- 26- Incluso cuando estoy muy enfadado/a puedo encontrar la manera de ponerlo en palabras
- 34- Mi tendencia natural es poner mis experiencias en palabras

KAWA: Actuar/Darse cuenta

- 3- Cuando hago algo, mi mente divaga y me distraigo fácilmente

- 7- Cuando hago algo, solo me centro en lo que hago y nada más
- 11- Conduzco con el “piloto automático” sin prestar atención a lo que hago
- 15- Cuando leo, pongo toda mi atención en lo que leo
- 19- Cuando hago algo, me quedo atrapado/a en ello y no pienso en ninguna otra cosa.
- 23- No presto atención a lo que estoy haciendo porque estoy preocupándome, soñando o distraído.
- 27- Cuando hago tareas como limpiar o la colada, tiendo a soñar despierto/a o pensar en otras cosas.
- 31- Tiendo a hacer varias cosas a la vez, en lugar de centrarme en una sola cada vez.
- 35- Cuando trabajo en algo, una parte de mi cabeza esta ocupada en otros temas, como lo que tengo que hacer después o las cosas que debería estar haciendo.
- 38- Me quedo absolutamente absorto con lo que hago, toda mi atención la pongo en eso.

KJUD: Aceptar

- 4- Me critico por tener emociones irracionales o inapropiadas.
- 8- Tiendo a evaluar si mis percepciones son ciertas o erróneas.
- 12- Me digo a mí misma/o que no debería estar sintiéndome de la forma que me estoy sintiendo.
- 16- Creo que algunos de mis pensamientos no son normales o son malos, y que no debería pensar de esa forma.
- 20- Hago juicios sobre si mis pensamientos son buenos o malos.
- 24- Tiendo a hacer juicios sobre si mis experiencias merecen la pena o no.
- 28- Me digo a mi mismo/a que no debería pensar de la forma que pienso.
- 32- Creo que algunas de mis emociones son malas o inapropiadas y que no debería sentir las.
- 36- Me desapruedo cuando tengo ideas irracionales.

Escala de Atención y Darse Cuenta (MAAS; Brown y Ryan, 2003).

Por favor ponga como de frecuente o infrecuente ha sido cada una de estas experiencias cotidianas dentro de una escala del 1 al 6.

-----1-----2-----3-----4-----5-----6
 Casi siempre Muy frecuente Algo frecuente Algo infrecuente Muy infrecuente Casi nunca

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. He podido estar sintiendo una emoción y no ser consciente de ello hasta un tiempo mas tarde..... | <input type="checkbox"/> |
| 2. Rompo o derramo cosas por descuido, por no estar atento/a o por estar pensando en otras cosas..... | <input type="checkbox"/> |
| 3. Me es difícil permanecer centrado/a en lo que esta sucediendo en el presente..... | <input type="checkbox"/> |
| 4. Tiendo a caminar rápido para ir donde quiero ir, sin prestar atención a lo que siento en el camino..... | <input type="checkbox"/> |
| 5. Tiendo a no darme cuenta de sensaciones de tensión o de incomodidad física hasta que captan mi atención..... | <input type="checkbox"/> |
| 6. Olvido el nombre de una persona casi tan pronto como me lo dicen por primera vez..... | <input type="checkbox"/> |
| 7. Parece que funciono con “piloto automático” sin ser muy consciente de lo que hago..... | <input type="checkbox"/> |
| 8. Hago precipitadamente actividades sin estar de verdad atento/a a ellas..... | <input type="checkbox"/> |
| 9. Me centro tanto en la meta que quiero conseguir que pierdo contacto con lo que hago en ese momento para estar ahí..... | <input type="checkbox"/> |
| 10. Hago tareas automáticamente, sin ser consciente de lo que hago. | <input type="checkbox"/> |
| 11. Me sorprendo a mí mismo escuchando a alguien con una oreja mientras hago otra cosa al mismo tiempo..... | <input type="checkbox"/> |
| 12. Voy a sitios con el “piloto automático” y luego me pregunto porque fui ahí..... | <input type="checkbox"/> |
| 13. Me sorprendo preocupado por el futuro o por el pasado..... | <input type="checkbox"/> |
| 14. Me sorprendo haciendo cosas sin prestar atención..... | <input type="checkbox"/> |
| 15. Picoteo sin darme cuenta que estoy comiendo..... | <input type="checkbox"/> |

Toronto Mindfulness Scale (TMS; Lau et al. 2004)

Estamos interesados en lo que acabas de experimentar. Aquí tenemos una lista de experiencias que algunas personas tienen de vez en cuando. Por favor lee cada frase detenidamente. Al lado de cada frase hay cuatro opciones: (Nada, un poco, moderadamente, bastante, mucho). Por favor indica el grado de acuerdo para cada una de estas frases. En otras palabras, ¿Cómo cada una de estas frases describe la experiencia que acabas de tener?.

		Nunca	Un poco	Moderadamente	Mucho
1	Me siento a mi mismo/a como separado/a de mis pensamientos cambiantes y mis sentimientos.				
2	Estaba mas centrado en estar abierto a mi experiencia que controlándola o cambiándola.				
3	He sentido curiosidad acerca de lo que puedo aprender de mi mismo/a estando consciente de cómo reacciono a determinados pensamientos, sentimientos o sensaciones.				
4	He sentido mis pensamientos más como eventos de mi mente que como reflexiones necesariamente correctas de cómo son las cosas realmente.				
5	He sentido curiosidad de cómo mi mente momento a momento.				
6	He sentido curiosidad acerca de cada uno de los sentimientos o pensamientos que he estado teniendo.				
7	He estado receptivo/a en la observación de los pensamientos y sentimientos desagradables sin interferir en ellos.				
8	He estado más ... en observar mis experiencias tal y como surgen que en				
9	Me acerqué a cada experiencia intentando aceptarla no importa si era placentera o no.				
10	Me mantuve curioso sobre la naturaleza de cada experiencia tal y como emerge				
11	He sido consciente de mis pensamientos y sentimientos sin identificarme con ellos.				
12	He sentido curiosidad por mis reacciones a las cosas.				
13	He sentido curiosidad sobre lo que debo aprender acerca de mi mismo/a simplemente dándome cuenta hacia donde se dirige mi atención				

The Philadelphia Mindfulness Scale (Cardaciotto y Hebert, 2005).

Escala de Awareness-Darse Cuenta

- 1- Soy consciente de los pensamientos que pasan a través de mi mente.
- 2- Cuando hablo con otras personas me doy cuenta de sus expresiones faciales y corporales.
- 3- Cuando me ducho, me doy cuenta de cómo el agua corre por mi cuerpo.
- 4- Cuando..... me doy cuenta de lo que pasa dentro de mi cuerpo.
- 5- Cuando paseo, me doy cuenta de los olores o de las sensaciones que provoca el aire en mi cara.
- 6- Cuando alguien me pregunta como me siento, puedo identificar mis emociones fácilmente.
- 7- Me doy cuenta de cómo mis pensamientos cambian según mi estado de animo.
- 8- Estoy atento/a a los cambios dentro de mi cuerpo, como mi corazón latiendo más rápido o mis músculos tensándose.
- 9- Cuando mis emociones cambian, soy consciente de ellas inmediatamente.
- 10- Cuando camino con otras personas, me doy cuenta de las emociones que.....

Escala de Aceptación

1. Intento distraerme a mi misma/o cuando tengo emociones desagradables.
2. Hay aspectos de mi misma/o sobre los que prefiero no pensar.
3. Intento mantenerme ocupada/o para mantener a los pensamientos o sentimientos fuera de mi mente.
4. Ojalá pudiera controlar mis emociones más fácilmente.
5. Me digo a mi misma/o que no debería tener ciertos pensamientos.
6. Hay cosas sobre las que prefiero no pensar.
7. Me digo a mi misma/o que no debería sentirme triste.
8. Si hay algo sobre lo que prefiero no pensar, hago muchas cosas para sacarlo fuera de mi mente.
9. Intento poner mis problemas fuera de mi mente.
10. Cuando tengo malos recuerdos, intento distraerme a mi mismo/a para que se alejen.

Cinco facetas de los cuestionarios de Atención Plena (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer y Toney, 2006)

Factor 1: No reacción a la experiencia interna.

FMI 18. Percibo mis sentimientos y emociones sin reaccionar a ellos.

FMI 25. Observo mis pensamientos sin perderme en ellos.

FMI 26. En situaciones difíciles, puedo parar sin reaccionar inmediatamente.

MQ 1. Normalmente cuando me vienen pensamientos o imágenes angustiosas, puedo darme cuenta de ellas sin reaccionar.

MQ 4. Normalmente cuando me vienen pensamientos o imágenes angustiosas, me calmo rápido.

MQ 9. Normalmente cuando me vienen pensamientos o imágenes angustiosas, doy un paso atrás y me doy cuenta de los pensamientos e imágenes sin que me sobrepasen.

MQ 10. Normalmente cuando me vienen pensamientos o imágenes angustiosas, me doy cuenta de ellas y las dejo marchar.

Factor 2: Obsevar/percibir/atender a las sensaciones/percepciones/pensamientos/sentimientos.

FMI 3. Siento mi cuerpo al comer, al cocinar, al limpiar o al charlar

FMI 6. Me doy cuenta de cómo mis emociones se expresan a través del cuerpo

FMI 7. Me quedo en el presente con las sensaciones y sentimientos incluso cuando son desagradables o dolorosos.

FMI 20. Analizo las sensaciones y percepciones, tanto las agradables como las desagradables.

KIMS 1. Noto cambios en mi cuerpo, como que mi respiración se acelera o se lentifica

KIMS 5. Cuando camino, noto deliberadamente las sensaciones de mi cuerpo en movimiento

KIMS 9. Cuando camino, noto deliberadamente las sensaciones de mi cuerpo en movimiento

KIMS 13. Cuando me doy una ducha/baño estoy atenta/o a las sensaciones del agua sobre mi cuerpo.

KIMS 17. Noto como la comida o la bebida afectan a mis pensamientos, sensaciones corporales y emociones.

KIMS 21. Estoy atenta/o a las sensaciones, como el viento en mi pelo o el sol en mi cara.

KIMS 25. Atiendo a sonidos, como el tic-tac del reloj, el canto de los pájaros o los coches pasar.

KIMS 29. Noto el olor o el aroma de las cosas.

KIMS 30. Estoy atento/a a mis sentimientos a propósito.

KIMS 33. Me doy cuenta de elementos visuales en el arte o la naturaleza, como los colores, formas, texturas o patrones de luz y sombra.

KIMS 37. Presto atención a cómo mis emociones afectan a mis pensamientos y comportamientos.

Factor 3. Actuar dándose cuenta/ser consciente/ piloto automático/ sin distracciones.

MAAS 2. Rompo o derramo cosas por descuido, por no estar atento/a o por estar pensando en otras cosas.

MAAS 3. Me es difícil permanecer centrado/a en lo que está sucediendo en el presente

MAAS 7. Parece que funciono con “piloto automático” sin ser muy consciente de lo que hago

MAAS 8. Hago precipitadamente actividades sin estar de verdad atento/a a ellas

MAAS 9. Me centro tanto en la meta que quiero conseguir que pierdo contacto con lo que hago en ese momento para estar ahí

MAAS 10. Hago tareas automáticamente, sin ser consciente de lo que hago

MAAS 11. Me sorprende a mí mismo escuchando a alguien con una oreja mientras hago otra cosa al mismo tiempo

MAAS 12. Voy a sitios con el “piloto automático” y luego me pregunto porque fui ahí

MAAS 13. Me sorprende preocupado por el futuro o por el pasado

MAAS 14. Me sorprende haciendo cosas sin prestar atención

MAAS 15. Picoteo sin darme cuenta que estoy comiendo

FMI 9. Me pierdo fácilmente en mis pensamientos y sentimientos

KIMS 3. Cuando hago algo, mi mente divaga y me distraigo fácilmente

KIMS 11. Conduzco con el “piloto automático” sin prestar atención a lo que hago

KIMS 23. No presto atención a lo que estoy haciendo porque estoy preocupándome, soñando o distraído.

KIMS 27. Cuando hago tareas como limpiar o la colada, tiendo a soñar despierto/a o pensar en otras cosas.

KIMS 31. Tiendo a hacer varias cosas a la vez, en lugar de centrarme en una sola cada vez.

KIMS 35. Cuando trabajo en algo, una parte de mi cabeza está ocupada en otros temas, como lo que tengo que hacer después o las cosas que debería estar haciendo.

CAMS 1. Me es fácil concentrarme en las cosas que hago.

CAMS 6. Me distraigo fácilmente.

CAMS 12. Soy capaz de poner toda mi atención en una sola cosa por un largo período de tiempo.

Factor 4. Describir/ Etiquetar con palabras.

KIMS 2. Me es fácil buscar las palabras que describen mis sentimientos

KIMS 6. Puedo poner fácilmente mis creencias, opiniones o expectativas en palabras.

KIMS 10. - Me es fácil expresar en palabras mis percepciones sobre el gusto los sonidos o los olores.

KIMS 14. Es difícil para mí encontrar las palabras para describir lo que estoy pensando.

KIMS 18. Tengo problemas para expresar las palabras correctas que expresen como me siento.

KIMS 22. Cuando tengo sensaciones en el cuerpo es difícil para mí describirlas, porque no puedo encontrar las palabras adecuadas

KIMS 26. Incluso cuando estoy muy enfadado/a puedo encontrar la manera de ponerlo en palabras

KIMS 34. Mi tendencia natural es poner mis experiencias en palabras

CAMS 5. Normalmente puedo describir como me siento en el momento con considerable detalle.

CAMS 8. Es fácil para mí describir mis pensamientos y sentimientos.

Factor 5. No juzgar la Experiencia.

KIMS 4. Me critico por tener emociones irracionales o inapropiadas

KIMS 8. Tiendo a evaluar si mis percepciones son ciertas o erróneas

KIMS 12. Me digo a mí misma/o que no debería estar sintiéndome de la forma que me estoy sintiendo

KIMS 16. Creo que algunos de mis pensamientos no son normales o son malos, y que no debería pensar de esa forma

KIMS 20. Hago juicios sobre si mis pensamientos son buenos o malos

KIMS 24. Tiendo a hacer juicios sobre si mis experiencias merecen la pena o no

KIMS 28. Me digo a mí mismo/a que no debería pensar de la forma que pienso

KIMS 32. Creo que algunas de mis emociones son malas o inapropiadas y que no debería sentirlas

KIMS 36. Me desapruuebo cuando tengo ideas irracionales

MQ 6. Normalmente cuando me vienen pensamientos o imágenes angustiosas, me enfado porque me sucede a mí.

MQ 8. Normalmente cuando me vienen pensamientos o imágenes angustiosas, me juzgo a mí mismo/a como bueno o malo, dependiendo del tipo de pensamiento/imagen que tengo.

Cuestionario de Metacogniciones (MCQ-30; Wells y Hartwright-Hatton, 1997)

Elija en cada ítem la alternativa que mejor defina mejor su grado de acuerdo con cada uno de los enunciados, poniendo una cruz en el número correspondiente a dicha alternativa en la hoja de respuestas, teniendo en cuenta la siguiente escala.

Nada en absoluto	Un Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
1	2	3	4	5

MCC: Confianza cognitiva.

- 27- No confío en mi memoria.
- 18- Tengo una memoria pobre.
- 29- Tengo poca confianza en mi memoria para las acciones.
- 25- Tengo poca confianza en mi memoria para los lugares/sitios.
- 8- Confío poco en mi memoria para las palabras y los nombres.
- 14- Mi memoria puede engañarme en ocasiones.

MPB: Creencias positivas.

- 10- Preocuparme me ayuda a ordenar las cosas en mi cabeza
- 20- Preocuparme me ayuda a enfrentarme a las cosas.
- 23- Necesito preocuparme para hacer las cosas.
- 24- Preocuparme me ayuda a resolver problemas.
- 7- Necesito preocuparme para sentirme organizado.
- 1- Preocuparme me ayuda a evitar problemas en el futuro.

MCSC: Autoconciencia cognitiva.

- 17- Me doy cuenta constantemente de mis pensamientos.
- 19- Presto atención a como funciona mi mente.
- 3- Pienso mucho sobre mis pensamientos.
- 30- Continuamente registro mis pensamientos.
- 12- Observo mis pensamientos.
- 5- Me doy cuenta de la forma en que funciona mi mente cuando pienso en un problema.

MUD: Incontrolabilidad y peligro.

- 9- Mis preocupaciones persisten, no importa lo que haga para pararlas
- 22- Cuando empiezo a preocuparme ya no puedo parar.
- 4- Podría llegar a enfermarme preocupándome.
- 11- No puedo ignorar mis preocupaciones.
- 16- Mis preocupaciones podrían volverme loco.
- 2- Preocuparme es peligroso para mí.

MNCT: Necesidad de controlar los pensamientos.

28- Si no pudiera controlar mis pensamientos no podría funcionar

21- No ser capaz de controlar los pensamientos es signo de debilidad.

13- Debería controlar mis pensamientos en todo momento.

26- Es malo tener determinados pensamientos.

6- Si no controlé mis preocupaciones, y entonces sucedió lo que me preocupaba, debe ser culpa mía.

15- Seré castigado por no controlar ciertos pensamientos.

Cuestionario del Estilo de Respuesta (Nolen-Hoeksema, 1991)

Por favor, lea cada frase y marque con círculo en el número correspondiente, según la frecuencia en la que haga el siguiente listado de respuestas a la pregunta abajo formulada.

Nunca	Poco frecuente	Bastante frecuente	Muy frecuente	Casi Siempre
1	2	2	4	5

“¿Qué es lo que haces cuando te sientes triste, desanimado/a o bajo/a de ánimo...?”

Rum : Rumiación

- 1- Escuchar música triste
- 2- Pensar en defectos, fallos, faltas, errores
- 3- Pensar “¿Por qué tengo problemas que otra gente no tiene?”.
- 4- Pensar en hechos recientes, deseando que hubieran ido mejor
- 5- Pensar sobre lo enfadado/a que estas contigo misma/o
- 6- Analizar tu personalidad intentando averiguar porque
- 7- estás deprimido/a
- 8- Pensar “no seré capaz de trabajar porque me siento muy mal”.
- 9- Pensar “¿por qué siempre reacciono de esta forma?”
- 10- Analizar sucesos recientes intentando entender
- 11- porque estás deprimido/a.
- 12- Pensar en lo pasivo/a e inmotivado/a que te sientes.
- 13- Intentar entenderte centrándote en tus sentimientos depresivos.
- 14- Quedarte solo/a y pensar en porqué te sientes de esta forma.
- 15- Pensar sobre porque ya nunca pareces sentir nada
- 16- Pensar en lo difícil que es concentrarse.
- 17- Pensar “¿Por qué no puedo moverme?”.
- 18- Aislarte y pensar en las razones por las que te sientes triste
- 19- Pensar sobre porque ya nunca te sientes animado para hacer nada
- 20- Pensar sobre lo solo/a que te sientes
- 21- Pensar sobre tus sentimientos de cansancio y malestar.

AE: Afrontamiento Efectivo

- 1- Hacer algo que te haya hecho sentir bien en el pasado.
- 2- Pensar “voy a salir y pasármelo bien”.
- 3- Pensar “me voy a concentrar en otra cosa en lugar de pensar como me siento”.
- 4- Buscar a alguien para que te ayude a superar el problema.
- 5- Ir a tu lugar favorito para alejar tu mente de tus sentimientos.
- 6- Hacer algo entretenido.
- 7- Recordarte a ti mismo que esos sentimientos no durarán.
- 8- Hacer algo divertido con un amigo/a.

- 9- Pensar “voy a hacer algo para sentirme mejor”.
- 10- Concentrarte en tu trabajo.
- 11- Hablar con alguien cuyas opiniones respetas.
- 12- Ayudar a alguien en algo para distraerte.
- 13- Mantenerte rodeado de gente.
- 14- Intentar encontrar algo positivo o algo que hayas aprendido de la situación.

Medida del Darse Cuenta y el Afrontamiento en Memoria Autobiográfica MACAM
(Moore, Hayhurst, y Teasdale, 1996)

Ejemplo 1

"Imagina que estás en el centro de tu ciudad y has quedado para tomar un café con una amiga/o. Tu llegas puntual y esperas fuera de la cafetería donde habéis quedado. Todo está muy lleno y la multitud espera fuera de la puerta, lo que hace que te pongas nervios/a. Esperas que tu amiga/o se dé prisa y llegue pronto. Ya hace tiempo que ha pasado la hora a la que habías quedado. Te sientes bastante enfadado de que tu amigo/a no haya hecho el esfuerzo de aparecer por ti, y empiezas a sentirte un poco baja/o de ánimo y triste".

Por favor piensa en alguna situación que recuerdes en la que te sintieras de forma parecida.

Ejemplo 2

Es Domingo, y sales un momento a una tienda a comprar un poco de leche. Cuando vuelves te das cuenta de que estás solo/a en la casa y de repente de sientes bastante cansada/o. No te apetece hacer nada y sientes que tienes apenas fuerzas para obligarte a hacer algo. No parece que haya ninguna razón para sentirte de esta manera.

Por favor piensa en alguna situación que recuerdes en la que te sintieras de forma parecida.

Ejemplo 3

Te ha llamado un amigo/a para ayudarle a cambiar de sitio algunos muebles de su casa. Así que empiezas a trabajar transportando muebles pero cuando mueves una mesa pequeña, golpeas la mesa contra la manilla de una puerta y le haces un arañazo pequeño pero visible. Cuando te das cuenta, pones la mesa en el suelo, piensas en lo descuidado que has sido y notas malestar en el estomago.

Por favor piensa en alguna situación que recuerdes en la que te sintieras de forma parecida.

Ejemplo 4

Hace unos días recibiste una carta con lo que tenias que pagar del impuesto de la renta. Se habían equivocado y te han cobrado mas dinero del que te corresponde pagar. En las últimas tardes no has sido capaz de sentarte a escribirles una carta

reclamándoles que corrijan el error. Esta tarde cuando te propones escribirles piensas que tardaran mucho tiempo en solucionar su error, tu cuerpo está muy pesado y sientes que no te puedes enfrentar a ello, lo que hace que te sientas enfadado/a y molesto/a contigo mismo/a.

Por favor piensa en alguna situación que recuerdes en la que te sintieras de forma parecida.

Ejemplo 5

Estas mirando unos folletos intentado decidir donde ir de vacaciones este año. Esta será la primera vez que no vas con la persona con la que sueles ir porque te peleaste. No lo has visto desde entonces, pero hay una pequeña posibilidad de que te acompañe. Cuando piensas en todo lo que sucedió entre los dos sientes rencor, y recuerdas lo muy enfadado/a que te hizo ponerte.

Por favor piensa en alguna situación que recuerdes en la que te sintieras de forma parecida.

Ejemplo 6

Acabas de tomarte un café con tu jefe en tu trabajo. Ha sido una conversación bastante amistosa, excepto por un comentario que te hizo sobre su preferencia por la gente que trabaja lenta pero minuciosamente como tu. Nunca antes te había mencionado que tu trabajaras despacio, aunque tu a menudo lo piensas. Has intentado acelerar un poco, pero parece que eres incapaz de ir mas deprisa. Te sientes decepcionado por que alguien se ha dado cuenta tu inadecuación.

Por favor piensa en alguna situación que recuerdes en la que te sintieras de forma parecida.

Ejemplo 7

Estás sentado/a solo/a, acabas de hablar con un grupo de personas con los que no tienes mucha confianza. Estas pensando en como la gente se ha reído de un comentario que has hecho, que habías creído que era bastante sensato. Todos los comentarios del resto de la gente han sido tomados de forma mas seria, así que después de esto te has ruborizado y quedado quieto. Pensando como de estúpido/a has debido parecer, empiezas a sentirte incomodo.

Por favor piensa en alguna situación que recuerdes en la que te sintieras de forma parecida.

Ejemplo 8

Estás en casa por la tarde sentado/a leyendo un libro, con una taza de café con leche en la mano. Para pasar la página dejas la taza en el brazo de la silla. Cuando pasa la página, rozas con la mano la taza y se te cae sobre la alfombra, derramando el café con leche por todas partes. Te da un vuelco el corazón cuando ves la alfombra empapada. Has estado intentado tener un tarde relajada, y ahora esto. Empieza a parecer que el mundo está contra ti.

Por favor piensa en alguna situación que recuerdes en la que te sintieras de forma parecida.

MACAM POST

Ejemplo 1

Una buena amiga te acaba de llamar por teléfono y te ha dicho que se va a mudar por razones de trabajo. Aunque te alegras de ello, la verdad es que es un golpe para ti. Después de colgar el teléfono, tu te desplomas en una silla, y piensas en el vacío que dejará en tu vida. Empiezas a sentirte triste ante la perspectiva de perder la como amiga.

Por favor piensa en alguna situación que recuerdes en la que te sintieras de forma parecida.

Ejemplo 2

Vas acelerada cocinando algo de comida antes de salir de casa. Pones algo de comida en el horno para gratinar y vas a prepararte para salir. De repente hueles a quemado, recuerdas que había dejado la comida en el horno y corres a apagarlo. La comida esta absolutamente estropeada, y a regañadientes la tiras a la basura. Justo cuando más prisa tienes y necesitas que las cosas vayan bien, pasa esto. Suspiras amargamente y te preguntas como puedes haber sido tan descuidada.

Por favor piensa en alguna situación que recuerdes en la que te sintieras de forma parecida.

Ejemplo 3

Se acerca el cumpleaños de un familiar querido y quieres mandarle una felicitación por correo. En cuanto te sientas a escribirle la carta, tu mente se queda en blanco. Te sientes frustrada y intentas escribir algo apropiado, pero cuanto más tiempo pasas sentada más espesa sientes que tienes la mente. Te preguntas como es posible que no seas capaz de hacer algo tan sencillo como eso y sientes que tu ánimo baja.

Por favor piensa en alguna situación que recuerdes en la que te sintieras de forma parecida.

Ejemplo 4

En un evento social, te encuentras con una conocida, y hablando con ella se te ocurre preguntarle que empleo tiene su marido. Esta, con cara apesadumbrada te dice que se acaba de separar. En ese momento notas que tu estómago se contrae y sientes vergüenza. Te sientes patosa por meter la pata en una cosa como esa. Después de esto te pones a pensar sobre la vergüenza que has pasado, y empiezas a sentirte baja de ánimo.

Por favor piensa en alguna situación que recuerdes en la que te sintieras de forma parecida.

Ejemplo 5

Has quedado con una amiga y resulta que no puedes ir. Esta persona tiene muy mal carácter. Te pones bastante nerviosa por tener que aplazar el encuentro porque sabes que esta amiga se enfadará contigo. Estás toda la tarde sin hacer nada y no eres capaz de llamarla hasta que es demasiado tarde. Sabes que tenías que haberla llamado mucho antes, así que estás muy decepcionada contigo misma.

Por favor piensa en alguna situación que recuerdes en la que te sintieras de forma parecida.

Ejemplo 6

Acabas de hablar con un miembro de tu familia sobre unos asuntos a arreglar para una comida familiar. Está disgustado y no le ha gustado lo que propones, te acusa de hacer siempre las cosas a tu modo. Tu también empiezas a enfadarte y te preguntas que pasaría si fueras más egoísta y no te preocuparas tanto por la gente. Empiezas a sentirte triste y te das cuenta de que te sientes culpable por la discusión.

Por favor piensa en alguna situación que recuerdes en la que te sintieras de forma parecida.

Ejemplo 7

Oyes por casualidad a unas compañeras de trabajo riéndose, de repente te das cuenta que están imitando algo que les habías dicho hacia un rato. Te vas corriendo avergonzada y ruborizada. Creías que eran buena gente pero ahora ya lo dudas. Cuando piensas en la forma en que te han tratado, empiezas a sentirte débil y miserable.

Por favor piensa en alguna situación que recuerdes en la que te sintieras de forma parecida.

Ejemplo 8

Abres una carta del banco y te das cuenta que te han devuelto un cheque que habías utilizado para pagar algo porque habías puesto mal la fecha. Ahora te van a cobrar mas por tener que volver a procesar el cheque otra vez. Apretas los dientes de rabia por que a pesar de que ha sido tu falta y que no hubiera pasado nada si lo hubieras hecho bien, te parece una tontería que te cobren de mas. Estas enfadad contigo misma, y te entran ganas de pasar de todo.

Por favor piensa en alguna situación que recuerdes en la que te sintieras de forma parecida.

Tabla 8.3.24. Prueba t entre las puntuaciones pre controlando el cambio de puntuación por encima del punto de corte BDI=18.

		n	Mejoran	n	No Mejoran	t	p
BDI	TCAP	17	31 (8,6)	21	36 (9,9)	1,642	,109
	Control	7	28,4 (8)	24	34,3 (9,2)	1,665	,124
BAI	TCAP	14	29,2 (11,5)	12	34,4 (11,4)	1,164	,256
	Control	5	23 (16,8)	17	34,8 (14)	1,440	,202
DASS	TCAP	17	24,6 (8,1)	21	26,7 (7,2)	,834	,404
	Control	6	22,6 (10,5)	24	26,4 (7,8)	,816	,444
ASI	TCAP	17	31,6 (14,4)	21	35,2 (14,4)	,775	,443
	Control	6	32,1 (17,9)	22	38,6 (14,8)	,806	,447
PSWQ	TCAP	17	64,5 (10,5)	20	67,7 (7,4)	1,040	,307
	Control	4	66,7 (11,7)	17	67,7 (8,4)	,163	,879
AE	TCAP	14	32,8 (6,9)	12	36,1 (7,5)	1,146	,260
	Control	4	38,2 (20,6)	15	33,7 (9,3)	-,662	,517
RUM	TCAP	14	67,3 (11,8)	12	73,4 (10,3)	1,403	,174
	Control	4	80,7 (12,5)	15	71,9 (19,6)	-1,089	,310
MNCT	TCAP	14	15,2 (5)	12	18,4 (4,5)	1,713	,102
	Control	4	9,7 (2,2)	18	16,7 (5,8)	3,534	,007*
MCC	TCAP	14	15,3 (5,3)	12	16 (5,6)	,334	,740
	Control	4	11 (4,2)	18	13,1 (4,9)	,874	,422
MUD	TCAP	14	21,2 (4,7)	12	23,1 (5)	,968	,343
	Control	4	13,5 (4,9)	18	19,5 (5,6)	2,139	,086
MPB	TCAP	14	13 (4,8)	12	14 (4,3)	,556	,584
	Control	4	9,7 (2,2)	18	14 (6,7)	1,236	,231
MCSC	TCAP	14	17,73 (5,5)	12	21,9 (4,5)	2,281	,023*
	Control	4	12,5 (5,5)	18	18,1 (15,5)	1,840	,132
KOBS	TCAP	14	28,5 (6,2)	12	31,1 (5)	1,208	,239
	Control	4	28,5 (4,7)	6	31,8 (8,6)	,782	,457
KDES	TCAP	14	19,4 (4,1)	12	18 (4,7)	-,760	,449
	Control	4	19,2 (5,7)	4	18,3 (5,2)	-,257	,806
KAWA	TCAP	14	22,1 (4,8)	12	20,9 (3)	-,755	,458
	Control	4	26 (2,9)	6	19,8 (3,5)	-2,987	,019*
KJUD	TCAP	14	20 (6,2)	12	17,3 (4,6)	-1,258	,231
	Control	4	24,2 (6,3)	6	20,3 (6,5)	-,937	,381
MAAS	TCAP	12	52,9 (14,1)	19	44,6 (13,1)	-1,639	,115
	Control	3	58,5 (18)	12	50,6 (9,5)	-,742	,526
FMI	TCAP	12	32,4 (4,9)	11	30,5 (2,9)	-1,119	,286
	Control	-	-	-	-	-	-

BDI: Inventario de depresión de Beck; BAI: Inventario de ansiedad de Beck; DASS: Escala de estrés. ASI: Índice de sensibilidad a la ansiedad; PSWQ: Inventario de Preocupación del estado de Pennsylvania; RUM: Rumiación; AE: Afrontamiento Efectivo; MNCT: Necesidad de control de los pensamientos; MCC: Confianza Cognitiva; MUD: Percepción de la preocupación como Incontrolable y Peligrosa; MPB: Creencias positivas sobre la preocupación. KOBS: Observar; KDES: Describir; KAWA: Actuar/Darse Cuenta; KJUD: Aceptar. MAAS: Minful Attention Awareness FMI: Inventario de atención plena de Freiburg.

Tabla 8.4.24. Prueba t entre las puntuaciones pre controlando el cambio de puntuación por encima del punto de corte PSWQ>68 para cada uno de los grupos por separado.

		n	Reducen	n	No Reducen	t	p
BDI	TCAP	13	33,5 (12,8)	6	36 (13,5)	-,374	,717
	Control	5	36 (11,9)	4	35,2 (8,8)	,108	,917
BAI	TCAP	10	33,4 (14)	4	33,5 (14,1)	-,008	,994
	Control	-	-	-	-	-	-
DASS	TCAP	13	28,4 (6,8)	6	30,3 (8,3)	-,475	,647
	Control	5	29,2 (4,8)	4	28,5 (4,6)	,221	,832
ASI	TCAP	13	37,8 (11,1)	6	45,6 (14,1)	-1,195	,266
	Control	5	38,6 (13,9)	4	53 (15,3)	-1,456	,194
PSWQ	TCAP	13	73,1 (2,8)	6	73,6 (3,8)	-,292	,778
	Control	5	70,8 (1,7)	4	75,7 (4,4)	-2,308	,058
AE	TCAP	10	32,6 (4,7)	4	42,7 (4,6)	-3,661	,011*
	Control	-	-	-	-	-	-
RUM	TCAP	10	69,8 (10,5)	4	79,5 (5,1)	-2,272	,044*
	Control	-	-	-	-	-	-
MNCT	TCAP	10	16 (5,9)	4	21,2 (3,6)	-1,991	,077
	Control	-	-	-	-	-	-
MCC	TCAP	10	16,7 (5,3)	4	18,7 (5,8)	-,596	,576
	Control	-	-	-	-	-	-
MUD	TCAP	10	23,2 (4)	4	26,7 (2)	-2,126	,057
	Control	-	-	-	-	-	-
MPB	TCAP	10	14,4 (4,7)	4	15,7 (3,5)	-,556	,595
	Control	-	-	-	-	-	-
MCSC	TCAP	10	20,3 (4,9)	4	25,2 (3,6)	-2,048	,077
	Control	-	-	-	-	-	-
KOBS	TCAP	10	31,5 (6,7)	4	28,5 (6,4)	,777	,468
	Control	-	-	-	-	-	-
KDES	TCAP	10	18,6 (5,4)	4	16 (5,4)	,812	,450
	Control	-	-	-	-	-	-
KAWA	TCAP	10	21,3 (4,4)	4	21,2 (2,2)	,038	,971
	Control	-	-	-	-	-	-
KJUD	TCAP	10	18,2 (7,6)	4	16,5 (4,4)	,540	,601
	Control	-	-	-	-	-	-
MAAS	TCAP	11	49,2 (11,6)	5	38,4 (17,2)	1,282	,249
	Control	4	50,7 (13,7)	3	55 (19,3)	-,324	,764
FMI	TCAP	8	30,3 (4,9)	3	30,6 (,577)	-,163	,875
	Control	-	-	-	-	-	-

BDI: Inventario de depresión de Beck; BAI: Inventario de ansiedad de Beck; DASS: Escala de estrés. ASI: Índice de sensibilidad a la ansiedad; PSWQ: Inventario de Preocupación del estado de Pennsylvania; RUM: Rumiación; AE: Afrontamiento Efectivo; MNCT: Necesidad de control de los pensamientos; MCC: Confianza Cognitiva; MUD: Percepción de la preocupación como Incontrolable y Peligrosa; MPB: Creencias positivas sobre la preocupación. KOBS: Observar; KDES: Describir; KAWA: Actuar/Darse Cuenta; KJUD: Aceptar; FMI: Inventario de atención plena de Freiburg. MAAS: Escala de Atención Plena y Darse Cuenta.

Tabla 8.6.7. Índices de correlación de Pearson entre las diferencias de medias entre la práctica informal y las diferencias de medias pre-post.

	Asistencia	Días de practica	Entrega de tareas	Meditaciones de tres minutos
BDI	-,020 45	,060 33	,053 45	-,216 22
PSWQ	-,139 44	,235 33	-,015 44	,133 22
BAI	-,153 31	-,068 27	-,131 31	-,340 21
DASS	-,201 45	-,101 33	-,087 45	-,123 22
ASI	-,137 43	,116 32	-,098 43	,073 21
RUM	,036 30	,044 26	,055 30	-,148 20
AE	,179 30	-,029 26	-,099 30	-,147 20
MCC	,208 31	-,035 27	,238 31	-,128 21
MPB	,074 31	,250 27	-,103 31	-,016 21
MCSC	-,063 31	-,029 27	-,231 31	,256 21
MUD	-,058 31	-,001 27	,098 31	-,153 21
MNCT	-,231 31	-,348 27	-,105 31	-,226 21
KJud	-,005 31	-,115 27	-,112 31	-,127 21
KAwa	,051 31	-,061 27	-,043 31	,110 21
KDes	,110 31	,041 27	,228 31	,294 21
KObs	,142 31	-,392 27	-,359 31	-,152 21
MAAS	,326* 37	-,362 26	,020 37	-,117 15
FMI	,367 26	,058 24	-,010 26	,066 19

BDI: Inventario de depresión de Beck; BAI: Inventario de ansiedad de Beck; DASS: Escala de estrés. ASI: Índice de sensibilidad a la ansiedad; PSWQ: Inventario de Preocupación del estado de Pennsylvania; RUM: Rumiación; AE: Afrontamiento Efectivo; MNCT: Necesidad de control de los pensamientos; MCC: Confianza Cognitiva; MUD: Percepción de la preocupación como Incontrolable y Peligrosa; MPB: Creencias positivas sobre la preocupación. KObs: Observar; KDes: Describir; KAWA: Actuar/Darse Cuenta; KJUD: Aceptar; FMI: Inventario de atención plena de Freiburg. MAAS: Escala de Atención Plena y Darse Cuenta.

Tabla 8.6.8. Índices de correlación de Pearson entre las diferencias de medias entre la práctica informal a los tres meses y las diferencias de medias post-3 meses.

	Meditación en la cont. de las sensaciones	Meditación sentado/a	Ejercicio tres minutos	Yoga	Poner el cd	Conectar con la respiración	Conectar con presente	Conectar con el cuerpo
PSWQP n	,144 28	-,013 27	,012 26	-,076 27	-,016 27	-,100 26	,248 25	,118 26
DASS n	,084 28	,155 27	,027 26	-,116 27	-,175 27	,030 26	,064 25	,224 26
ASI n	-,033 29	-,138 28	,212 27	,201 28	-,077 28	,220 27	-,429* 26	,301 27
BDI n	-,021 30	-,026 29	,154 28	,199 29	-,225 29	,119 28	,259 27	,285 28
MAAS n	-,044 30	-,108 29	-,273 28	-,157 29	-,086 29	,050 28	-,217 27	-,155 28
KOBS n	-,294 20	-,197 19	-,054 18	-,205 19	-,043 19	,137 18	-,188 17	-,285 18
KDES n	-,113 20	-,262 19	,251 18	,090 19	,140 19	,140 18	-,119 17	-,068 18
KAWA n	-,237 20	-,192 19	-,348 18	,125 19	-,338 19	,468* 18	,177 17	,236 18
KJUD n	,007 20	-,022 19	-,318 18	,049 19	,020 19	,023 18	-,034 17	-,001 18
MCC n	,427 20	,428 19	,062 18	-,224 19	,115 19	-,118 18	,152 17	,143 18
MPB n	,261 20	,012 19	,263 18	,185 19	,414 19	,034 18	,433 17	,155 18
MCSC n	-,131 20	-,206 19	,418 18	,022 19	,125 19	-,153 18	-,258 17	-,237 18
MUD n	,136 20	-,045 19	,259 18	-,256 19	,116 19	-,252 18	,074 17	-,191 18
MNCT n	,435 20	,216 19	,366 18	,134 19	,032 19	,043 18	,237 17	,357 18
RUM n	,060 20	,131 19	,112 18	,079 19	,031 19	,032 18	-,022 17	,006 18
AF n	-,314 20	-,226 19	-,459 18	-,440 19	-,253 19	,018 18	-,214 17	-,241 18

BDI: Inventario de depresión de Beck; BAI: Inventario de ansiedad de Beck; DASS: Escala de estrés. ASI: Índice de sensibilidad a la ansiedad; PSWQ: Inventario de Preocupación del estado de Pennsylvania; RUM: Rumiación; AE: Afrontamiento Efectivo; MNCT: Necesidad de control de los pensamientos; MCC: Confianza Cognitiva; MUD: Percepción de la preocupación como Incontrolable y Peligrosa; MPB: Creencias positivas sobre la preocupación. KOBS: Observar; KDES: Describir; KAWA: Actuar/Darse Cuenta; KJUD: Aceptar; FMI: Inventario de atención plena de Freiburg. MAAS: Escala de Atención Plena y Darse Cuenta.