

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

MINDFULNESS Y PSICOTERAPIA

Epoca II, Volumen XVII - 2º/3er. trimestre 2006

Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ € 66/67 Ψ

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Director: MANUEL VILLEGAS BESORA

Consejo de Dirección: LLUIS BOTELLA GARCÍA DEL CID, LLUIS CASADO ESQUIUS, ANA GIMENO-BAYON COBOS, MAR GÓMEZ, URSULA OBERTS, LEONOR PANTINAT GINÉ, RAMON ROSAL CORTES.

Comité de Redacción: MAR GOMEZ MASANA, NEUS LÓPEZ CALATAYUD, SILVIA CASTILLO CUESTA, MARK-DANA MUSE, IGNACIO PRECIADO IGLESIAS, M^a JOSE PUBILL GONZALEZ, ÁLVARO QUIÑONES.

Secretaria de Redacción: EMPAR TORRES AIXALÀ

Consejo Editorial: ALEJANDRO AVILA ESPADA, CRISTINA BOTELLA ARBONA, ISABEL CARO GABALDA, GUILLEM FEIXAS I VIAPLANA, JUAN LUIS LINARES, GIOVANNI LIOTTI, FRANCESCO MANCINI, JOSE LUIS MARTORELL YPIENS, MAYTE MIRO BARRACHINA, JOSE NAVARRO GONGORA, LUIGI ONNIS, IGNACIO PRECIADO, SANDRA SASSAROLI, ANTONIO SEMERARI, VALERIA UGAZIO.

Coordinación Editorial: LLUIS BOTELLA GARCIA DEL CID.

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

APARTADO DE CORREOS, 90.097 - 08080 BARCELONA

Epoca II, Volumen XVI - Nº 66/67 - 2º/3er. trimestre 2006

Esta revista tuvo una época I^a, desde 1981 hasta 1989, con el título de «Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista», con veintinueve números publicados, veinticinco de ellos monográficos. Ha sido desde sus comienzos un importante medio de difusión de aportaciones psicológicas y terapéuticas relacionadas con los principales modelos de orientación humanista, con un enfoque predominantemente integrador en lo terapéutico, y de fomento de rigor científico en lo teórico.

Los directores anteriores han sido; Andrés Senlle Szodo (1.981-1.984), fundador de la revista; Lluís Casado Esquiús (1.984-1.987), Ramón Rosal Cortés (1.987-1989)

Portada: Ana Gimeno-Bayón Cobos

Autoedición: Gabinete Velasco Tel.: 934 340 550 BARCELONA

Impresión: OFFSET INFANTA, S.L.

Josep Taradellas, 101 - 08029 Barcelona - Tel.: 934 302 309

ISSN 1130 - 5142

Depósito Legal: B. 26.892/1981

Precio de este ejemplar 20 euros (incluido I.V.A.)

SUMARIO

EDITORIAL	3
MINDFULNESS Y NEUROBIOLOGÍA	5
Vicente M. Simón	
LA ATENCIÓN PLENA (MINDFULNESS) COMO INTERVENCIÓN CLÍNICA PARA ALIVIAR EL SUFRIMIENTO Y MEJORAR LA CONVIVENCIA	31
María Teresa Miró	
CONCIENCIA PLENA (MINDFULNESS) Y PSICOTERAPIA: CONCEPTO, EVALUACIÓN Y APLICACIONES CLÍNICAS	77
M ^a Antonia Pérez y Luis Botella	
MINDFULNESS EN LA TERAPIA DIALÉCTICO-COMPORTAMENTAL	121
Azucena García Palacios	
EFICACIA DE LA TERAPIA COGNITIVA BASADA EN LA ATENCIÓN PLENA EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN	133
Ausiàs Cebolla y María Teresa Miró	
LA PRÁCTICA DE LA MEDITACIÓN Y LA ATENCIÓN PLENA: TÉCNICAS MILENARIAS PARA PADRES DEL SIGLO XXI	157
María Teresa Santamaría, Ausiàs Cebolla, Pedro J. Rodríguez y María Teresa Miró	

EDITORIAL

A las puertas del nuevo milenio, estamos siendo observadores participantes de cambios tecnológicos y sociales que nos sitúan en el comienzo de una nueva era. La transformación de la convivencia y de la conciencia humana que se está produciendo ante nuestros ojos, gracias a las nuevas tecnologías de la comunicación, carece de precedentes en nuestra historia y tal vez sólo puede ser comparada con los cambios que tuvieron lugar con la aparición del alfabeto en Grecia (s.V a.C.), que permitieron la emergencia del pensamiento racional. Ahora, en esta encrucijada histórica en la que estamos, las prácticas meditativas de la atención plena (*mindfulness*), cultivadas desde hace siglos en las tradiciones contemplativas orientales, se han conceptualizado como habilidades psicológicas y están siendo adaptadas e incorporadas a la teoría, la práctica y la investigación en la psicología de la salud, la psicoterapia y las neurociencias. En este número monográfico de la Revista de Psicoterapia, nos hacemos eco de estos nuevos desarrollos.

No existe todavía en castellano una traducción consensuada de la palabra inglesa *mindfulness* que, a su vez, hace referencia al término *sati* (en pali). Algunos autores se decantan por traducirla como “conciencia plena”, otros por “atención plena” y otros prefieren no traducirla y dejar el término en inglés. La dificultad reside en que *sati* tiene un significado específico en la práctica de la meditación *vipassana* o *mindfulness*. Se refiere, a la vez, a dos cosas: por un lado, se refiere a prestar atención a lo que estamos haciendo, pero se refiere también a recordarnos prestar atención a lo que tenemos que estar haciendo si hemos dejado de hacerlo. Con frecuencia, estas dos funciones se traducen como atender y darse cuenta. Ambas están incluidas en el significado de *mindfulness*.

En el primer trabajo, el profesor Simón explica la noción de *mindfulness* y ordena los hallazgos de la neurobiología sobre los efectos de la práctica de *mindfulness*. Propone el acrónimo SODA (Si Observas Desactivas el Automatismo) para hacer referencia a la principal aplicación práctica de *mindfulness*. Muestra cómo, gracias a las nuevas técnicas, la investigación neurobiológica ha puesto de manifiesto que la práctica de *mindfulness* activa y fortalece diversas regiones cerebrales (especialmente la corteza prefrontal) y produce cambios morfológicos duraderos en la corteza cerebral y en los hábitos mentales. Estos hallazgos confluyen también en la Neurobiología Interpersonal que se perfila como una valiosa fuente de conocimientos para la práctica clínica y la psicoterapia.

En el segundo trabajo, la profesora Miró, después de analizar los obstáculos para la comprensión de *mindfulness*, sostiene que nos encontramos ante la emergencia histórica del presente continuo y sostiene también que la práctica de *mindfulness* nos ayuda a vivir anclados en el presente y abiertos al proceso de formación de la experiencia. Revisa la noción de *mindfulness* en la práctica meditativa de *vipassana* y la forma en que se trabaja con esta noción, desde un

punto de vista práctico, en los contextos clínicos. Su revisión incluye los siguientes programas y modelos: la reducción de estrés por medio de la atención plena, la atención plena en la terapia cognitiva, en la terapia dialéctico-comportamental, en la terapia de aceptación y compromiso, en las terapias humanistas y en el psicoanálisis. Sostiene que la práctica de la atención plena activa y fortalece el yo observador y que ello ofrece un nuevo marco para la integración de las psicoterapias.

En el trabajo de Pérez y Botella se revisan las “conceptualizaciones” teóricas de la conciencia plena en el ámbito de la psicoterapia atendiendo a sus componentes, instrumentos de evaluación y mecanismos de acción. Se revisan cinco enfoques psicoterapéuticos que incorporan la conciencia plena (MBSR, MBCT, DBT, ACT y BRT) y se detallan también sus aplicaciones clínicas.

El trabajo de la profesora García Palacios profundiza en la utilización de *mindfulness* en la terapia dialéctico comportamental (DBT). Este modelo ha sido diseñado para tratar el trastorno límite de personalidad y constituye un enfoque terapéutico altamente estructurado. En la primera parte del trabajo se explica la DBT y, en la segunda, los componentes y técnicas de *mindfulness*, según este modelo.

El siguiente trabajo, Cebolla y Miró exponen un ensayo clínico (sin asignación al azar y con grupo de control) en el que se comprobó la viabilidad y la eficacia de una versión modificada de la terapia cognitiva basada en la atención plena (TCAP) para la prevención de recaídas, en el tratamiento de pacientes con síntomas depresivos, en dos unidades de Salud Mental públicas de la isla de Tenerife. Se corrobora la hipótesis de que la TCAP contribuye a reducir los síntomas depresivos así como el estilo de respuesta rumiador y se comprueba que hacer tal adaptación resulta viable y es bien recibida por los pacientes.

Por último, el trabajo realizado por Santamaría, Cebolla, Rodríguez y Miró presenta el diseño y ensayo clínico de un programa de entrenamiento de padres basado en la atención plena. El programa fue desarrollado en una unidad de tratamiento para niños y adolescentes con trastornos mentales graves. Se comprobó que las madres participantes en el programa reducían las puntuaciones en depresión y estrés y mejoraban en su relación con sus hijos. Para algunas de ellas, la atención plena fue un descubrimiento que supuso una revolución personal en sus vidas. En la actualidad, el programa ha sido incorporado de forma permanente en esta unidad de tratamiento. Este programa constituye un buen ejemplo de cómo se puede introducir el trabajo con la atención plena en servicios ya establecidos con una relación óptima entre costes y beneficios.

M^a Teresa Miró
Universidad de la Laguna
Coordinadora de este número monográfico

Nota editorial:

Por razones de composición tipográfica este número doble 66/67 se ha adelantado a la publicación del número 65 que aparecerá en breve.

EFICACIA DE LA TERAPIA COGNITIVA BASADA EN LA ATENCIÓN PLENA EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN¹

Ausiàs Cebolla

Unidad de Investigación HUNS Candelaria. Servicio Canario de Salud

María Teresa Miró

Universidad de La Laguna

This is an outcome study of an 8 weeks Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) program for patients with depressive symptoms in a public mental health setting. 69 subjects participated in the study: 38 of them received MBCT and 31 received treatment as usual in the public mental health units of the island of Tenerife. The MBCT program developed by Segal, Williams and Teasdale (2002) to prevent depression relapse was adapted to treat patients with depressive symptoms but not in an acute phase. Results showed that such an adaptation is viable and offers patients a useful tool to face depression.

Key words: Mindfulness, depression, Mindfulness-based cognitive therapy.

INTRODUCCIÓN

La depresión es un problema acuciante en las avanzadas sociedades en las que vivimos. No se trata únicamente de que sea un trastorno frecuente en la población, se trata también de que tiene una recurrencia muy alta. Los estudios sobre el curso del trastorno han puesto de manifiesto que los pacientes que se recuperan de un episodio inicial, tienen un 50% de probabilidades de sufrir un segundo episodio. Y para los que han sufrido dos o más episodios, el riesgo de recaída aumenta al 70-80% (Elkin et al, 1989). Estos datos plantean el interrogante de si la depresión debe ser abordada como un trastorno recurrente o crónico; en otras palabras, si es algo para (casi) toda la vida. Por supuesto, la industria farmacológica no tendría muchos problemas en aceptar una respuesta afirmativa. Pero desde el punto de vista psicológico y psicoterapéutico, este interrogante puede ser sustituido por estos otros: ¿Cuáles son los procesos y mecanismos por los cuales se inicia una

depresión?, y ¿cuáles son los procesos y mecanismos que la mantienen?

En la primera parte de este trabajo se abordan estas cuestiones, al exponer un modelo psicoterapéutico novedoso para abordar la depresión y especialmente sus recaídas, surgido en el marco de la terapia cognitiva de la depresión, a saber, el modelo desarrollado por Teasdale y sus colaboradores: la Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena (TCAP) para la depresión (Teasdale, 1999; Segal, Williams y Teasdale, 2002). En la segunda parte de este trabajo, se expone un estudio empírico en el que se aplica una adaptación de la TCAP en pacientes con sintomatología depresiva. Este estudio forma parte de una investigación más amplia encaminada a establecer estrategias útiles y viables para el tratamiento de la ansiedad y la depresión en los centros públicos de salud mental (Miró y Cebolla, 2006).

FUNDAMENTOS DE LA TERAPIA COGNITIVA BASADA EN LA ATENCIÓN PLENA PARA LA DEPRESIÓN

Beck (1967; Beck et al. 1979), en el modelo cognitivo sobre la depresión, planteó que la depresión estaba causada por eventos estresantes que activaban esquemas cognitivos depresogénicos subyacentes. Estos esquemas, a su vez, producían sesgos o distorsiones cognitivas específicas, como la sobregeneralización, el filtro mental o la personalización, etc. (ver Feixas y Miró, 1993). En la terapia, con la ayuda del terapeuta, el paciente podía llegar a comprender sus reglas tácitas de funcionamiento y, con esfuerzo y práctica, podía ir combatiendo su “construcción” depresiva de los eventos. Este planteamiento convertía a las actitudes disfuncionales, es decir, a los contenidos cognitivos o el “qué” del pensamiento, en el objetivo central del tratamiento. Por ejemplo, la persona deprimida que se dice a sí misma: “no sirvo para nada”. Esta frase así como los sentimientos de inutilidad que la acompañan, debían ser observados y registrados por el paciente en el momento de su ocurrencia, de forma que después pudiera, en la sesión, analizar la situación en profundidad con el terapeuta y llegar a descubrir, por medio del análisis y la reflexión, sus propias reglas tácitas de funcionamiento.

Este planteamiento fue enormemente útil tanto para la psicoterapia como para la investigación. Desde el punto de vista terapéutico, pronto quedó claro que la terapia cognitiva era tan eficaz como la terapia farmacológica para tratar un episodio de depresión mayor. Además, los datos parecían indicar también que la terapia cognitiva tenía algún efecto preventivo, en el sentido de que los pacientes tratados por este procedimiento recaían menos que los tratados con fármacos. Así, mientras, por un lado, varios estudios ponían de manifiesto que la terapia cognitiva reducía el riesgo de recaídas futuras en comparación con los fármacos, por otro lado, esos mismos estudios venían a cuestionar el papel asignado a las actitudes disfuncionales: en las mediciones post tratamiento no había diferencias en las escalas que medían actitudes disfuncionales entre el grupo de terapia cognitiva y el grupo de farmacoterapia (Barber y DeRubeis, 1989; Blackburn, Euson y Bishop, 1986).

Estos datos sirvieron para abrir el debate en torno a los mecanismos de cambio realmente efectivos en la terapia cognitiva; parecía que los esquemas cognitivos habían perdido la hegemonía explicativa. ¿Cómo explicar que los pacientes mejoraran sin que hubieran cambiado sus actitudes disfuncionales que estaban consideradas como las causantes del trastorno? Varios autores sugirieron que el cambio importante que tiene lugar en la terapia cognitiva no tiene tanto que ver con el “qué” del pensamiento, sino con el “cómo”, es decir, que lo que resulta importante en el cambio no son tanto los contenidos cognitivos en si, como cómo la persona se relaciona con esos contenidos, sean éstos los que sean. No es lo mismo tener un pensamiento y tomarlo como cierto, que tener un pensamiento y tomarlo como un pensamiento. En un caso y otro la relación que se mantiene con el pensamiento es diferente.

Se trata de una cuestión muy importante, porque si lo que mantiene la depresión son los esquemas cognitivos subyacentes que sostienen las actitudes disfuncionales, entonces es necesario recurrir a una terapia cognitiva individual para dismantlar los contenidos cognitivos disfuncionales. Pero si los mecanismos responsables del mantenimiento de la depresión no residieran a nivel de contenidos, sino de procesos, si lo importante no es el “qué”, sino el “cómo”, la situación es diferente. Porque se puede trabajar con la forma el pensamiento, con el “cómo” independientemente de su contenido y esto haría posible el trabajo en grupo.

En este contexto, Teasdale (1988) ha planteado la hipótesis de la activación diferencial para explicar la recurrencia de la depresión. Según esta hipótesis, la asociación repetida entre el estado de ánimo negativo y los patrones de pensamiento disfuncional que se produce durante la depresión, conduciría a una mayor probabilidad de activación de dichos patrones en estados de ánimo bajo. De este modo, cuanto más se repitiera tal asociación, menos falta harían los estresores ambientales para reinstaurar los patrones disfuncionales. Esta hipótesis se asienta sobre un modelo complejo sobre el procesamiento de la información en las personas deprimidas cuyo objetivo es explicar la auto-perpetuación de los ciclos depresogénicos (Teasdale, Segal y Williams, 1995; Teasdale 1999; Scheer-Dickson, 2004). Éste modelo ha servido de fundamento para la estrategia terapéutica grupal que se ha puesto a prueba en este trabajo.

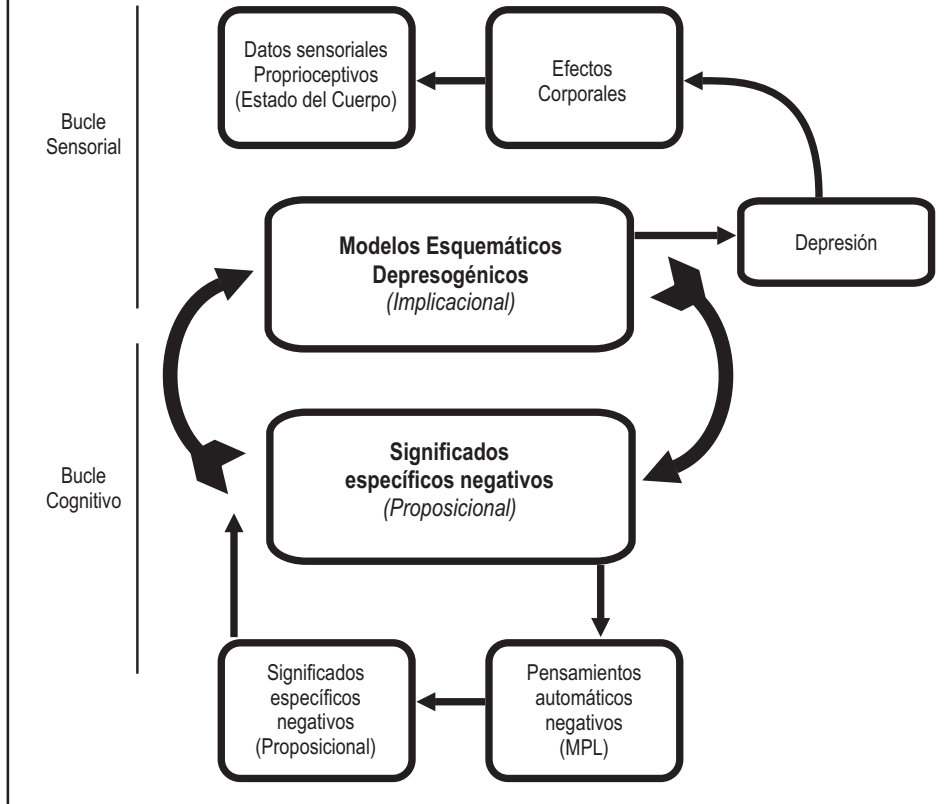
Aunque Teasdale (1999) no cuestiona la utilidad de trabajar con los contenidos cognitivos disfuncionales, especialmente en el tratamiento de procesos agudos y en terapia individual, plantea que el trabajo posterior, en la prevención de recaídas, debe enfocarse hacia la relación que establecen los pacientes con sus sentimientos y pensamientos, y hacia el bloqueo de la rumiación. Esta idea se basa en los datos de la investigación que muestra que los procesos relevantes en los episodios iniciales de la depresión, no son los mismos procesos relevantes en su mantenimiento. Mientras los episodios iniciales están fuertemente correlacionados con estresores ambientales o eventos vitales negativos, los episodios subsiguientes están más

relacionados con el estado de ánimo disfórico y los estilos de pensamiento disfuncional. Nolen- Hoeksema (1991) ha propuesto que el estilo de respuesta rumiador a la propia depresión puede perpetuarla. El estilo de pensamiento rumiador consiste en una respuesta negativa, de no aceptación o de abierto rechazo a la propia situación. Además, uno/a está centrado sobre uno/a mismo/a y su atención se dirige a las discrepancias entre el estado percibido actual de sí mismo/a o del mundo y el estado deseado; con frecuencia, el inicio de la rumiación se relaciona con intentar encontrar la causa de la depresión y también con el dar vueltas sobre aspectos de inadecuación personal (Nolen-Hoeksema, 1991).

Para explicar los mecanismos que generan y mantienen la depresión, Teasdale ha propuesto una teoría basada en la interacción de distintos subsistemas cognitivos (Teasdale y Barnard, 1993). Según esta teoría, en el mantenimiento de la depresión, hay dos engranajes o subsistemas interactuando, el cognitivo y el sensorial. El primero, el cognitivo, es el motor central en la configuración del engranaje depresivo, ya que de él depende la asignación de significado. En la persona deprimida, el procesamiento de información con contenidos depresivos y negativos domina la interacción entre los dos subsistemas. Por un lado, los esquemas cognitivos depresogénicos generan significados negativos específicos, tales como atribuciones de los fracasos a aspectos internos y globales de la persona, inadecuaciones globales del carácter, un futuro desesperanzado, etc. Éstos, a su vez, retroalimentan los esquemas depresogénicos, generando otros muy parecidos, de forma que el ciclo se iría manteniendo, dando lugar a un bucle cognitivo de mantenimiento. Por otro lado, existiría también un bucle sensorial que 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 se han experimentado en situaciones anteriores, por ejemplo experiencias tempranas de pérdida. De este modo, el *feedback* sensorial, en conjunción con las contribuciones del bucle cognitivo, retroalimenta aún más los esquemas depresogénicos, formando así engranajes depresivos con propiedades auto-perpetuadoras (Teasdale, Segal y Williams, 1995). (Vease Figura 1)

El modelo de Teasdale 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 disforia reactiven ciclos depresogénicos. Por esta razón, aumenta la posibilidad de tener una depresión una vez se ha tenido un primer episodio. Desde este modelo, el objetivo no es intervenir sobre el contenido de las cogniciones, ni evitar los estados de tristeza o infelicidad, sino reducir la probabilidad de que los ciclos rumiativos, se establezcan en momentos de incremento de disforia. Desde esta propuesta de explicación de las recaídas en depresión, se extraen las siguientes conclusiones de cara de adaptar un entrenamiento en Terapia Cognitiva (Teasdale,

Figura 1. Representación del engranaje depresivo según el modelo de Teasdale: bucles de mantenimiento del estado depresivo. El motor central de la cognición (Implicacional-Proposicional-Ciclos implicacionales) en las flechas más gruesas.



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 de la atención, se puede hacer este cambio;
- Debe generar nuevos esquemas, relacionados con la depresión pero no depresogénicos (darle otro significado a las sensaciones y pensamientos que pueden reactivar el estado depresivo, desvinculándolos de dicho estado), y confeccionar nuevos recuerdos;
- Los modelos esquemáticos depresogénicos deben ser re-entrenados, así se reduce la posibilidad de que aparezca una nueva recaída;

- d) Los tratamientos deben implicar experiencias de “trabajo para casa” donde practicar y entrenar las habilidades de afrontamiento efectivo, o acercamiento a las experiencias depresivas desde otras formas más eficaces.

Como conclusión, desde esta perspectiva no haría falta intervenir sobre los estados de infelicidad o depresión ligera, sino que el objetivo real debería ser prevenir el re-establecimiento de los engranajes depresivos, de tal forma que la tristeza o el ánimo disfórico que puede aparecer en cualquier momento, no vaya a más, y acaben pasando. En este sentido, la corporalidad es muy importante. Dado que el bucle sensorial se retroalimenta por el estado del cuerpo (expresión facial, posición encorvada, etc.) y dado que está conectado al resto del sistema, si la intervención va dirigida a este subsistema todo el engranaje depresivo se verá modificado. Por tanto, la intervención debe ir encaminada también hacia aspectos corporales que hagan que el mantenimiento del episodio depresivo sea difícil.

En realidad, hay gran variedad de estrategias o intervenciones psicológicas posibles que pueden ser usadas para prevenir el establecimiento del engranaje depresivo o interrumpirlo una vez ha sido establecido. 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, por ejemplo, de la 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 depresivo normales, no muy graves (Nolen-Hoeksama, 1991; Teasdale, 1999). No obstante, la investigación ha encontrado que sus efectos duran muy poco tiempo (Fenell, Teasdale, Jones y Damle, 1987), y no parece que sea de gran ayuda para la prevención de recaídas en depresión, ya que no contribuye 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, desde el modelo de Teasdale y colaboradores, va un poco más allá e implica procesar contenidos similares (pensamientos negativos) pero desde una configuración cognitiva diferente, sin tratar de cambiar los contenidos de los esquemas (el qué del pensamiento), sino la relación que establece la persona con sus propios pensamientos (el cómo del pensamiento). Para hacer esto, proponen un entrenamiento basado en la meditación, en el que se entrena la habilidad de la Atención Plena o *Mindfulness*.

La meditación es una práctica eminentemente cognitiva, cuyo objetivo es el adiestramiento psicológico mediante el cultivo de la atención sobre los propios procesos mentales, sin analizarlos. Durante los últimos 20 años, ha habido un interés creciente en la adaptación de la meditación, sobretudo 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, que se ha llamado las Terapias basadas en la Atención Plena y la Aceptación (Hayes, 2004; Baer, 2006). Una de las terapias más importantes de este movimiento, tanto a nivel de implantación en centros de salud como a nivel de respaldo empírico, es el *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena, TCAP).

La TCAP es un programa de entrenamiento en meditación y en terapia cognitiva de 8 semanas de duración, desarrollado por Segal, Williams y Teasdale (2003). La TCAP incorpora el programa para la reducción del estrés *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR) desarrollado por Jon Kabat-Zinn (Kabat-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.). Inicialmente, la TCAP se desarrolló para evitar las recaídas en depresión en pacientes con depresiones recurrentes. Pero en este trabajo, se ha adaptado al tratamiento de pacientes con sintomatología depresiva, aunque no en fase aguda.

La Atención Plena se define como una habilidad 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 meditación formal ha sido tradicionalmente, en sus orígenes budistas, la forma utilizada para el entrenamiento de esta habilidad; aunque han aparecido otras terapias que introducen este constructo y lo entrenan a través de ejercicios puntuales o aspectos psicoeducativos, como la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, 1999) o la terapia Dialéctico-Comportamental (Linehan, 1993). Cuando es entrenada mediante la meditación, la Atención Plena promueve la observación y aceptación de los pensamientos que emergen mientras la atención se centra plenamente en la respiración, o se atiende a las sensaciones corporales.

La principal razón por la que se explica el efecto que tienen las intervenciones basadas en la Atención Plena es a través de cambios cognitivos relacionados con la capacidad de percibir los pensamientos sólo como pensamientos, no como reflejos de la realidad (Kabat-Zinn 1982, 1990; Linehan, 1993; Teasdale et al, 1995). En otras palabras, por medio de la meditación se produciría un aumento de las 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 son la realidad, sólo son pensamientos.

Se considera también que el conocimiento y la aceptación que produce el tratamiento basado en el entrenamiento de la Atención Plena, provoca un mejor acceso a modelos esquemáticos alternativos, ya que el ejercicio de observar desde la distancia o descentrarse ayuda a tomar perspectiva, y por tanto entrena la

capacidad de afrontar de forma efectiva los problemas, y el uso de estrategias cognitivas potencialmente más productivas (Wells, 2003). Además, el cambio en las creencias sobre la utilidad de estrategias cognitivas desadaptativas como la rumiación o la preocupación que son utilizadas con el objetivo de auto-organizarse, está asociado con la capacidad de observar los resultados que tienen sobre la solución de problemas, y por tanto estimula el uso de estrategias alternativas más efectivas.

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 (no juzgar la experiencia, ecuanimidad, y aceptación) hay más probabilidades de ser efectivos en la prevención del problema. Para Linehan (1993), la observación sin juicios, más la habilidad de describir la experiencia, permiten repensar las consecuencias de determinados comportamientos, lo que puede llevar a una reducción de la impulsividad y de las conductas no-adaptativas (Baer, 2005).

La Atención Plena, en realidad, supone un tipo de auto-observación que podríamos llamar adaptativa, en contraposición a la auto-observación rumiadora o no-adaptativa. El concepto “auto-observación adaptativa” nace de la necesidad de quitarle el estigma que ha tenido la auto-observación por parte de algunas corrientes de la psicología (Watkins y Teasdale, 2004). Se sabe que las personas diagnosticadas de depresión tienen una probabilidad mayor de estar centradas en sí mismas que las que no están deprimidas (Ingram y Smith, 1984; citado en Segal, Williams y Teasdale, 2002). 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, haya sido considerada como una aproximación terapéutica inadecuada o no necesaria. Sin embargo, la alternativa que promueven los terapeutas que han entendido que la auto-observación es un ingrediente fundamental en 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.
- c) No juzga lo que observa.
- d) Acepta la no permanencia de la experiencia.

En síntesis, la auto-observación adaptativa o experiencial, está basada en la Atención Plena, y es esencialmente diferente de la auto-observación analítica con un claro componente rumiador (Watkins y Teasdale, 2004). Por tanto, existen buenas razones para utilizar la Atención Plena en el tratamiento psicológico de la depresión.

ESTUDIO EMPÍRICO

En este apartado, se describe el estudio empírico en el que se comprobó la eficacia de la TCAP en una muestra de pacientes con sintomatología depresiva, usuarios de una unidad de salud mental de la isla de Tenerife.

Objetivos e Hipótesis del estudio.

La TCAP ha sido validada en la reducción de recaídas en depresión (Teasdale et al. 2000, Ma et al, 2004), mostrándose efectiva en la reducción de recaídas en sujetos con más de tres recaídas. Hasta ahora, que los autores sepan, tan sólo ha habido un estudio en la que se haya aplicado al tratamiento de personas con sintomatología depresiva (Finucane y Mercer, 2006). La TCAP es un tratamiento grupal y muestra una excelente relación coste-beneficio, uno de los objetivos generales de este estudio era comprobar la eficacia de la TCAP en la reducción de sintomatología depresiva no aguda, en un contexto ambulatorio y público de salud mental.

En estudios anteriores en los que se ha aplicado el programa MBSR (Reducción del Estrés por medio de la Atención Plena), se ha observado una reducción del estilo cognitivo rumiador (Romel, Goldin, Carmona y Mcquaid, 2004) tras la intervención. En estudios correlacionales han aparecido 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 y Nolen-Hoeksema, 1993), y que esta reducción se mantendrá a los tres meses de terminado el tratamiento. Según la Teoría del Estilo de Respuesta (Nolen-Koeksema, 1983), el afrontamiento efectivo y la rumiación son estrategias opuestas. También desde el modelo de interacción de subsistemas cognitivos de Teasdale y Barnard (1993), se puede predecir que el tratamiento en Atención Plena aumentará las habilidades de afrontamiento efectivo como consecuencia del aumento de la capacidad de auto-observación adaptativa y del aumento también de la función metacognitiva de descentramiento. Por tanto, esperamos que haya un aumento significativo de la respuesta de afrontamiento efectivo medido con el instrumento RSQ, y que este aumento se mantenga a los tres meses. Además, teniendo en cuenta que el tratamiento en TCAP, está basado en el aprendizaje y la 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, mientras que en el grupo de control no se detectarán diferencias.

Diseño

Se trata de un estudio cuasi-experimental 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. El grupo de tratamiento recibió un programa de ocho semanas de Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena, llevado a cabo por los autores. Por otro lado, el grupo control recibió el tratamiento usual, que incluía tratamiento farmacológico, apoyo psicológico inespecífico y relajación, y fue llevado a cabo por el personal sanitario (psicólogos clínicos o psiquiatras) de los Centro de Salud Mental del Servicio Canario de Salud.

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 profesionales de cada Centro de Salud Mental.

Para las medidas tomadas se utilizaron principalmente escalas autoaplicadas, en tres tiempos de medida, al principio del tratamiento (pre), a los dos meses (post) y a los tres meses (seguimiento). 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.

Participantes

El entrenamiento se aplicó tanto a población con ansiedad como con depresión, pero en este estudio tan solo se presentan los resultados de la eficacia sobre la población con sintomatología depresiva. Los sujetos que han entrado en el tratamiento son 69, de los cuales 38 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. En ambos grupos se consumen psicofármacos.

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. 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, ambos 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.

Procedimiento

El tratamiento se implementó en cuatro grupos, de dos meses de duración cada uno, durante un período de ocho meses. Los grupos se hicieron en las unidades mencionadas, en salas preparadas para clases de preparación al parto, con colchonetes en el suelo para los que quisieran practicar tumbados y con cojines y sillas para los que prefirieran estar sentados. De material, se les dio un CD con meditaciones guiadas, hojas de auto-registros con tareas para casa, y resúmenes de las sesiones. Las tareas para casa se les entregaron a los participantes todas juntas el primer día, y cada semana éstos las entregaban contestadas. Las tareas para casa 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, 2002), 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 apreciar y familiarizarse con los efectos 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. Éste es un aspecto clave sobre el que Kabat-Zinn (1990) ha insistido mucho; de igual modo, Segal, Williams y Teasdale (2002) 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 historias 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. El objetivo de las sesiones es que todos los conceptos se experimenten y se llevan a la práctica de la meditación, las sesiones son eminentemente experienciales.

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 las primeras dos sesiones del tratamiento se introducen los conceptos básicos que se van a trabajar a lo largo de las ocho semanas, como el de Atención Plena, o su opuesto “piloto automático”, este último concepto se refiere a las formas de funcionar automatizadas con las que nos manejamos con la cotidianidad, por ejemplo cuando cogemos el coche y no nos damos cuenta de cómo hemos llegado a un sitio, el estado de “piloto automático” es el opuesto al de alerta consciente, que es el que se obtiene al practicar la atención plena. En el caso de la sintomatología depresiva, el piloto automático puede llevar a que surjan determinados pensamientos automáticos en momentos de estrés que pueden llevar a un estado de ánimo depresivo. La atención plena sirve para darse cuenta de estas formas automáticas de funcionar y cambiarlas. Durante las siguientes sesiones se enseñan las diferentes técnicas que componen este tratamiento, y se insiste en trabajar las dificultades que aparecen en la realización de las tareas para casa. Conforme va avanzando el tratamiento se va contextualizando y generalizando el papel de la meditación en la vida cotidiana, de tal forma que los sujetos que participan van teniendo cada vez más claro el objetivo del tratamiento y la importancia de la práctica para el asentamiento de los cambios.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados fueron los siguientes:

- *Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck Depression Inventory*; Beck, Ward y Mendelson, 1961; Adaptado por Sanz y Vázquez, 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 (Kabat-Zinn, 1982, 1993; Teasdale et al., 2000; Segal et al., 2002). El Inventario de Depresión de Beck (Beck, Ward y Mendelson, 1961) es el instrumento de auto-informe 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.

- *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. El instrumento RSQ (Nolen-Hoeksema, 1991) que se utiliza en este estudio 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, el de conductas peligrosas y el de afrontamiento efectivo. La escala de comportamientos peligrosos no se ha excluido de la investigación porque no resultaba aplicable en el contexto de esta investigación. 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...?”

- *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, parte de la conceptualización de Atención Plena que se hace en esta terapia dirigida al tratamiento de los trastornos límite de personalidad. En este enfoque, se entiende que la Atención Plena está formada por cuatro factores o habilidades que son las siguientes: a) Observar: Esta habilidad consiste en atender a los hechos, ya se trate de hechos internos como emociones o de hechos externos como respuestas conductuales; b) Describir: Aquí se mide la capacidad de describir hechos o respuestas personales con palabras; c) Actuar dándose cuenta: Mide la capacidad de centrar y sostener la atención en la actividad que se está llevando a cabo; d) Aceptar (o permitir) sin juzgar. Este factor mide la habilidad de adoptar un enfoque no evaluador sobre la experiencia.

Resultados

El número total de personas que han participado en estudio es de 69, de los cuales 38 participaron en el grupo de tratamiento y 31 en el grupo control. El grupo de tratamiento está formado por las personas que acudieron a 4 sesiones o más el programa de TCAP en dos unidades de salud mental, y el grupo de control incluye usuarios de las Unidades de Salud mental de que han recibido el tratamiento usual en esas mismas unidades, como ya se ha dicho. Tanto en el grupo de tratamiento como en el control hay una clara mayoría de participantes mujeres. Esta desproporción se debe a la mayor demanda de servicios por parte de las mujeres. Uno de los datos más llamativos es el alto nivel de sujetos en situación de baja laboral.

Tabla 1. Descripción demográfica de la muestra.

	Total		Tratamiento		Control	
	n = 69	%	n = 38	%	n = 31	%
Edad media (Dt)	41,8 (8,2)		43,3 (6,82)		40 (9,57)	
Nivel educativo						
C. escolaridad						
Primaria	13	18,8	6	15,8	7	22,5
Secundaria	27	39,1	14	36,8	13	41,9
T. Universitaria	15	21,7	7	18,4	8	25,8
T. Universitaria	14	20,2	11	28,9	3	9,6
Sexo						
Hombre	11	15,9	3	7,9	8	25,8
Mujer	58	84,1	35	92,1	23	74,1
Estado civil						
Soltero	15	21,7	6	15,8	9	29
Casado	42	60,9	24	63,2	18	58
Divorciado/a	12	17,4	8	21,1	4	12,9
Situación laboral						
Contratado/a	18	26	11	28,9	9	29
Parada/o	8	11,5	5	13,2	3	9,6
Sus labores	7	10,1	4	10,5	3	9,6
Baja Laboral	36	52,1	18	47,4	18	58

El 81% de los sujetos que han participado en el programa de TCAP consume psicofármacos, de los que un 13% consume antidepresivos, un 21% ansiolíticos, y el 47,4% consume ambos. Mientras, en el grupo de control el 90% consume psicofármacos, un 13% consume antidepresivos, un 16,1% ansiolíticos y un 48,4% ambos tipos de fármacos.

Los niveles de práctica se miden a través de registros de los días que han practicado en casa los ejercicios de meditación. Teniendo en cuenta que las tareas son meditar seis días a la semana, el número total de días que hay que practicar la meditación en casa es de 48 (6 días a la semana x 8 semanas). La media de días practicados es de 28, y se pueden encontrar desde sujetos que casi nunca practican (9 veces) a otros que practican casi todos los días (46 veces).

El tratamiento tiene un número de sesiones total de 8, más una sesión previa y otra posterior al tratamiento para medir. Se han excluido de la investigación a las personas que han acudido a menos de 4 sesiones. La media de asistencia es de 6,29 veces con un máximo de ocho sesiones y un mínimo de cuatro. La mayoría de las personas que participan en la investigación acuden a siete sesiones (31%), 10 sujetos acuden a seis sesiones (22,2%), y tan solo 5 acuden a 4 sesiones (11,1%).

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

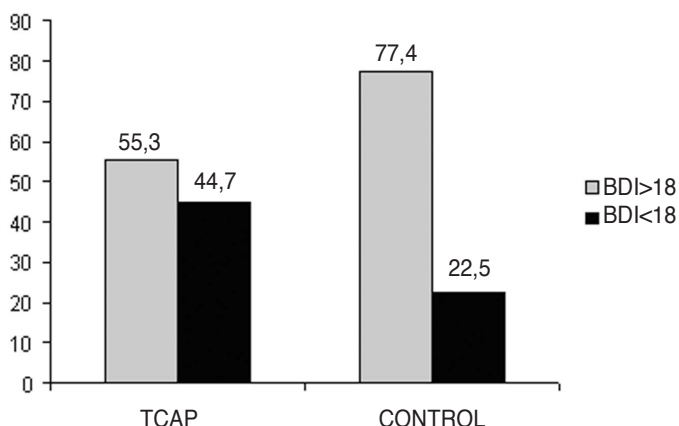
el Inventario de Depresión de Beck (BDI) para el análisis de la muestra con síntomas depresivos. La muestra se divide utilizando el punto de corte BDI=18 para distinguir la presencia de sintomatología depresiva. Este punto de corte ha sido utilizado tradicionalmente como línea divisoria o como el punto más sensible para diferenciar entre poblaciones (Sanz, 1998) con depresión.

El grupo de sujetos que recibe la TCAP el 55,3% no reduce su puntuación por debajo de 18 tras terminar la intervención, mientras que el 44,7% si que la reduce por debajo de 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 2. Número de sujetos que ha reducido la puntuación en el BDI por debajo del 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 1. Porcentaje de personas que mejoran la puntuación por debajo del punto de corte.



No se observan diferencias significativas al comparar el grupo de tratamiento con el grupo de control en las puntuaciones previas a la intervención. Por tanto se entiende que son poblaciones que tienen puntuaciones iniciales equivalentes.

Los ANOVA de medidas repetidas (pre-post-3 meses) realizados sobre el grupo que recibe el programa TCAP muestran una clara reducción de las puntuaciones en la mayoría de escalas. Se observa una reducción de las puntuaciones en el Inventario de Depresión de Beck. Las diferencias de medias se sitúan entre los tiempos de medida pre y post, y a los tres meses se mantienen. En las escalas que miden variables cognitivas en el grupo que recibe TCAP se observa una reducción de los niveles de uso de estilos cognitivos desadaptativos como el de la Rumiación, además de un aumento del estilo de Afrontamiento Efectivo. El tamaño del efecto más alto aparece en las puntuaciones de la escala BDI, $\eta^2=.45$.

Estos mismo análisis pero realizados sobre el grupo que recibe el tratamiento usual o grupo de control muestran una reducción de las puntuaciones en el Inventario de Depresión de Beck ($BDI, F(2,18)=3,933; p=.038$). Las diferencias de medias aparecen en el tiempo de seguimiento a los tres meses. Las razones de esta reducción a los tres meses, puede tener que ver con el paso 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 el hecho de que contestan muy pocos sujetos los cuestionarios y cabe pensar que sólo los sujetos que se beneficiaron del tratamiento usual contestaron los cuestionarios a los tres meses. (Véase Tabla 3)

Para el análisis de la eficacia se realizaron Anovas 2x2 (dos grupos de tratamiento x dos tiempos de medida). Se tienen en cuenta tan solo dos tiempos de medida, debido a la mortandad experimental en el tercer tiempo de medida. La eficacia de la intervención viene indicada por la existencia de un efecto de interacción entre el factor tratamiento (TCAP o grupo de tratamiento- Control o tratamiento usual: Intersujeto) y el factor momento de evaluación (tiempo de medida: Intrasujeto). Cuando los resultados de la interacción son significativos, se incluye un análisis de efectos simples (Ajuste por comparaciones múltiples de Sidak) para detectar en qué tiempo de medida aparecen diferencias significativas.

En la escala BDI se observa un efecto significativo para la variable momento de evaluación ($F(1,67)=40,10; p<.001$), lo que quiere decir que en ambos grupos hay reducción de puntuaciones, y también un efecto significativo en la interacción ($F(1,67)=9,88; p<.001$). En la comparación de los efectos simples se detecta una diferencia significativa en el tiempo de medida post ($p=.012$), lo que quiere decir que al terminar la intervención la puntuación en la escala BDI del grupo que recibe la intervención TCAP es significativamente inferior a la del grupo que recibe la intervención usual. (Véase Gráfica 2)

En el ANOVA 2x2 realizado sobre las escalas del cuestionario de Estilo de Respuestas no aparece ningún efecto significativo en la interacción, aunque si

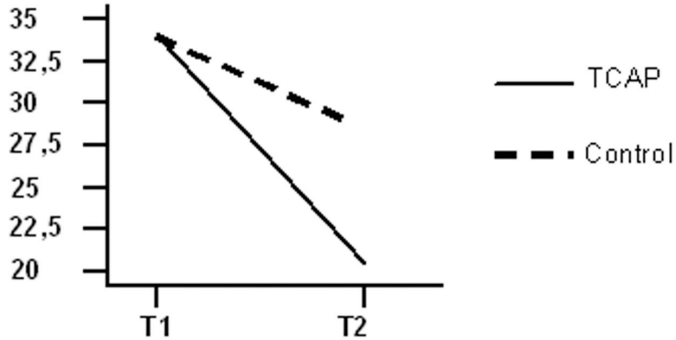
Tabla 3. Anova de medidas repetidas para la población con BDI>18.							
		PRE	POST	3M			
	n	Media (Dt.)	Media (Dt.)	Media (Dt.)	F	p	η^2
BDI							
TCAP	30	33,8 (9,6) ^a	19,9 (12,8) **	19,3 (14,1) **	24,50	<,001	,45
Control	10	33 (9,1) ^a	28,3 (14) [*]	24,5 (18,1) [*]	3,933	,038	,30
DASS							
TCAP	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
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
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
BDI: Inventario de depresión de Beck; DASS: Escala de estrés; RUM: Rumiación; AE: Afrontamiento Efectivo; KOBS: Observar; KDES: Describir; KAWA: Darse Cuenta; KJUD: Aceptar.							

aparecen en el factor tiempo de medida, es decir hay un aumento del Afrontamiento Efectivo ($F(1,42)=5,302;p=0,28$) y una reducción de la Rumiación en ambos grupos al terminar el entrenamiento ($F(1,42)=6,561;p=0,14$).

En el ANOVA 2x2 realizado sobre las escalas que miden Atención Plena y las habilidades que la integran revelan solamente un efecto significativo para el factor tiempo ($F(1,34)=6,92;p=,013$) 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. Es decir que el grupo que recibe la TCAP no aprende las habilidades de Atención Plena en mayor medida que lo hace el grupo de control.

La hipótesis básica de la que partimos es la de que el aprendizaje de la Atención

Gráfica 2. Evolución de las puntuaciones en el BDI.



Plena, objetivo de la TCAP, es la causa que está detrás de la reducción de sintomatología y aprendizaje de estrategias cognitivas adaptativas. A pesar de esto, no se han detectado diferencias entre el grupo de tratamiento y el de control en el aumento de esta habilidad. Para completar los análisis averiguamos las relaciones existentes 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 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 los largo del tratamiento, entre los diferentes instrumentos.

Tabla 4. Índices de correlación de Pearson entre las diferencias de las puntuaciones (pre-post) en las escalas de Atención Plena y el resto de escalas para el grupo que recibe la TCAP.

		KJud	KAwa	KDes	KObs
BDI	(n=26)	-,331	-,500**	-,175	-,492*
RUM	(n=25)	-,425*	-,412*	-,181	-,329
AF	(n=25)	-,343	,570**	,193	,345

BDI: Inventario de depresión de Beck; RUM: Rumiación; AE: Afrontamiento Efectivo; KOBS: Observar; KDES: Describir; KAWA: Darse Cuenta; KJUD: Aceptar. * $<.05$, ** $<.01$.

La tabla 4 muestra relaciones negativas significativas entre la reducción de las puntuaciones en las escalas que miden sintomatología depresiva y estilo cognitivo rumiador, con el aumento de la habilidad de la Atención Plena de Darse Cuenta. Mientras que el estilo cognitivo de afrontamiento efectivo muestra correlaciones positivas. Por otra parte, se detecta una relación negativa entre el aumento de puntuaciones en la escala que mide la habilidad de la Atención de Plena de No juzgar/Aceptar sin juzgar y la reducción del estilo cognitivo Rumiador. También aparece una relación negativa entre el aumento de la habilidad Observar y la reducción de las puntuaciones en la escala que mide sintomatología depresiva.

Discusión

La principal dificultad a nivel metodológico con la que nos hemos encontrado en esta investigación es que en el grupo que ha recibido el tratamiento usual o grupo de control, ha habido una gran mortandad en la medida de los tres meses, reduciéndose la muestra ostensiblemente, además, en este grupo hubo dificultades para poder pasar toda la batería de cuestionarios. Añadido a todo esto, nos encontramos con que la muestra que ha contestado los cuestionarios parece ser la 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.

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. Se corrobora la hipótesis que planteamos al inicio de la investigación de que la TCAP provocaría una reducción de sintomatología depresiva. También 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, a pesar de que no aparece ningún efecto significativo en la interacción, se observa que la TCAP es efectiva para la reducción del estilo cognitivo rumiador, y a su vez para el aumento del Afrontamiento Efectivo, cambios que se mantienen a los tres meses.

Los resultados indican que se corrobora la hipótesis de que la TCAP estimula y desarrolla la Atención Plena medida a través de cuestionarios. Pero 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 en este grupo o puede ser un efecto artefactual, debido a que ya conocen el cuestionario. Tal vez la reducción de síntomas por sí misma aumente la Atención Plena, sin necesidad de ningún tipo de intervención específica. Aunque tal vez los cuestionarios miden un constructo diferente a la habilidad entrenada en las sesiones, o simplemente no son suficientemente sensibles para captar el cambio. La n del grupo de control nos impide tomar ninguna conclusión a este respecto y por tanto es un objetivo a plantear en próximas investigaciones.

El aumento en la habilidad de la Atención plena de Aceptar sin juzgar tras el programa TCAP está relacionado con una reducción del uso del estilo cognitivo rumiador. Este resultado está en consonancia con una de las principales hipótesis respecto a la utilidad de la Atención Plena, en el cambio de la metacreencia de que la rumiación es efectiva para auto-organizarse. Por la habilidad de Aceptar sin juzgar se entiende la capacidad de aceptar la experiencia sea cual sea ésta, sin juzgarla (Ejemplos: “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”).

El aumento de la habilidad de Darse Cuenta también está relacionado con una reducción de la sintomatología depresiva y con la reducción del estilo cognitivo rumiador así como el aumento del estilo Afrontamiento Efectivo. 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”. La habilidad de Observar correlaciona con reducción de la sintomatología depresiva. Por observar se entiende la capacidad de atender tanto a las sensaciones externas como por ejemplo “Noto el aroma de las cosas” como a las internas “Noto cuando mi estado de ánimo empieza a cambiar”.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

En este trabajo se ha presentado una aplicación de la TCAP a pacientes con sintomatología depresiva en un contexto público de atención a la salud mental. Aunque la TCAP ha estado diseñada para hacer frente a las recaídas en depresión, este trabajo muestra la viabilidad de esta aplicación para reducir los síntomas de depresión y estrés. También muestra que este tratamiento reduce así mismo el estilo de pensamiento rumiador, que actualmente está considerado como el principal factor relacionado con la recurrencia de la depresión, y aumenta el estilo de afrontamiento efectivo. Paradójicamente, no obstante, en este estudio no se ha podido demostrar que la TCAP aumente la habilidad de Atención Plena que justamente es la habilidad que se entrena durante el tratamiento. Es posible, no

obstante, que este resultado sea debido a circunstancias metodológicas específicas de este estudio, relacionadas con la gran mortandad experimental producida en el grupo de control. A pesar de las limitaciones de este estudio, la TCAP parece ser un acercamiento valioso para abordar la depresión, que es bien recibido por los pacientes y que muestra una excelente relación coste-beneficios. Además, teniendo en cuenta la masificación de la demanda de asistencia en los centros de salud mental pública, la TCAP podría constituirse, en el futuro, en una alternativa terapéutica viable para la “epidemia” de la depresión. No obstante, hacen falta muchos más estudios para determinar su eficacia en el tratamiento de trastornos psicológicos.

El objetivo del presente estudio es comprobar la eficacia de un programa de ocho semanas de Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena (TCAP) sobre población con sintomatología depresiva en el contexto del sistema público de salud. La muestra estuvo constituida por 69 sujetos, de los cuales 38 recibieron un el tratamiento en TCAP, y 31 recibieron la intervención usual en las unidades de salud mental de la isla de Tenerife. En esta investigación, se ha adaptado el programa de Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena (TCAP) desarrollado por Segal, Williams y Teasdale (2002) para prevenir las recaídas en depresión, a pacientes con síntomas de depresión, tanto de larga como de corta duración, que no estuvieran en fase aguda. En este trabajo, se muestra que tal adaptación es viable y ofrece a los pacientes una nueva herramienta para enfrentarse al sufrimiento de un modo más eficaz.

Palabras clave: atención plena, depresión, Mindfulness-based cognitive therapy

Notas

- 1 Este trabajo ha sido financiado por la Fundación Canaria para la investigación en Salud (FUNCIS), a través de un proyecto de investigación (PI61/04) concedido a M.T.Miró.

Referencias Bibliográficas

- 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.
- BARBER, J.P., DERUBEIS, R.J. (1989) On second thought: Where the action is in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*. Vol 13(5).
- BARNARD, P.J. & TEASDALE, J.D., 1991. Interacting cognitive subsystems: A systemic approach to cognitive-affective interaction and change. *Cognition and Emotion*, pp. 1–39.
- BECK, A.T., RUSH, A.J., SHAW, B.F. Y EMERY, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press (Trad. esp. en Bilbao: Desclée de Brower, 1983).

- 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
- BISHOP S.R., LAU M., SHAPIRO S., CARLSON L., (2004) Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice* 11: 230-241.
- BLACKBURN, I.N., EUNSON, K.M., BISHOP, S. (1986) A two-year naturalistic follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy and a combination of both. *Journal of Affective Disorders*. Vol 10(1), pp. 67-75
- 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.
- HAYES, S., FOLLETTE, V., LINEHAN, M.;M (2004) Mindfulness and Acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition. New York, NY, US: Guilford Press.
- HAYES, S., STROSHAL, K..D., WILSON,K. (1999) Acceptance and Commitment therapy: An experiential approach to behavior change. New York, NY, US: Guilford Press
- 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.
- 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.
- 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, S.H., TEASDALE, J.D. (2004) Mindfulness-Based Cognitive therapy for Depression: Replication and Exploration of differential Relapse Prevention Effects. *Journal of consulting and clinical Psychology*. Vol. 72, No. 1, 31-41.
- NOLEN-HOEKSEMA, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*. No. 4, 569-582.
- 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.
- 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., WILLIAMS, J.M.G., TEASDALE, J.D (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- TEASDALE J.D. (1999) Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders. *Clinical psychology and psychotherapy*, 6, 146-155.
- TEASDALE, J.D. BARNARD, P.J., 1993. Affect, cognition and change: re-modelling depressive thought. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, N.J.
- 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 form 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.
- 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., 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.
- VÁZQUEZ C., (2003). Técnicas Cognitivas de Intervención Clínica. Ed. Síntesis.
- WATKINS, E., TEASDALE, J.D. (2004). Adaptive and maladaptive self-focus in depression. *Journal of Affective Disorders*, 82, 1-8.
- 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., MATTHEWS, G. (1996) Modelling Cognition in Emotional Disorder: The S-REF Model. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 34. pp. 881-888
- 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.

NORMAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS

1. Los trabajos para publicación en la REVISTA DE PSICOTERAPIA se enviarán por medios o soporte electrónicos, escritos con un procesador de textos MS-Word, Word Perfect o compatible y tres copias en papel. Su extensión no debe sobrepasar los 30 folios a 1 espacio. Se ruega no sangrar los textos, ni utilizar para nada el subrayado. En el texto sólo deben usarse **negritas** y *cursivas*. Los gráficos irán en hoja aparte con las indicaciones muy claras sobre su lugar de inclusión. Si se envía material fotográfico éste deberá ir acompañado de un pie indicativo de las personas o espacios que se reproducen.

2. Se valorará que los artículos enviados para su publicación sean originales. Cuando sea preciso se incluirán copias de todos los permisos necesarios para reproducir el material ya publicado.

3. Se adjuntará un abstract de no más de 150 palabras, en castellano y en inglés, acompañado de tres a diez palabras clave para índices.

4. En el artículo sólo figurará el título del mismo. En sobre aparte se indicará, haciendo referencia al título, el nombre y apellidos del autor, su dirección y un breve currículum (a no ser que se haya enviado anteriormente y no requiera ampliación). Asimismo, se indicará, cuando proceda, el Departamento, Servicio, Centro o Universidad donde se haya realizado el trabajo.

5. Los trabajos deberán ir acompañados de la lista de **Referencias bibliográficas** correspondientes que se ajustarán a las normas de la American Psychological Association (A.P.A.). Todas las referencias citadas en el texto deberán aparecer en el listado y viceversa. En el **texto** se indicará el autor, el año de publicación y la página donde se encuentra el texto citado cuando proceda. En las **Referencias bibliográficas** los nombres de los autores que encabezan la entrada se escribirán en mayúsculas y los títulos de libros o nombres de Revistas se escribirán en cursiva.

6. Deberán evitarse absolutamente las notas de pie de página.

7. El Comité Editorial revisa todos los artículos que se envían para su publicación y se reserva el derecho de no aceptar artículos cuya orientación no sea la propia de la Revista, o bien aquellos cuya originalidad o calidad no se considere suficiente; o también cuando no puedan relacionarse con los textos monográficos previstos. La decisión se hará en todo caso mediante votación de todos los miembros del Comité Editorial, una vez conocido el informe de, al menos, dos lectores cualificados (que permanecen siempre anónimos). La aceptación de un artículo no supone su publicación inmediata. Al recibir el trabajo, la Revista acusará recibo del mismo. En su día se informará al autor si el artículo ha sido seleccionado o no.

8. Cada autor puede solicitar 1 ejemplar y diez separatas del número donde haya salido publicado su artículo. En el caso de que el autor precisara una cantidad mayor de ejemplares, el costo de los mismos corre de su cargo.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

Dirección y Redacción:

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Numancia, 52, 2º 2ª

08029 BARCELONA

Fax.: 933 217 532

e-mail: mvillegas@ub.edu

Gestión y Administración:

REVISTA DE PSICOTERAPIA

GRAO (IRIF, S.L.)

c./ Francesc Tàrrrega, 32-34

08027 BARCELONA

Tel.: 934 080 464

Fax: 933 524 337

e-mail: revista@grao.com