

Las ventajas de estar presente: desarrollando una conciencia plena para reducir el malestar psicológico

Andrés Martín-Asuero¹ y Gloria García de la Banda
(*Universitat de les Illes Balears, España*)

(Recibido 13 de febrero 2006/ Received February 13, 2006)

(Aceptado 4 de octubre 2006 / Accepted October 4, 2006)

RESUMEN. Este estudio cuasi-experimental examina la eficacia de una intervención psicoeducativa, basada en el desarrollo de la conciencia plena, para reducir el malestar psicológico asociado al estrés. La muestra se compone de 28 voluntarios, en su mayoría profesionales de la salud, que experimentaban un grado de malestar superior a la media de la población española, medido según el inventario SCL-90-R. La intervención duró ocho semanas, empleando un total de 28 horas lectivas y siguiendo la técnica denominada Reducción de estrés basado en la Conciencia Plena (*Mindfulness-Based Stress Reduction o MBSR*). Los resultados muestran una disminución del malestar medio del 51%, descendiendo del percentil 84 al 48. Los mayores cambios se encontraron en los siguientes componentes del malestar, por orden de magnitud: depresión, hostilidad, somatización y ansiedad. Dichos componentes muestran reducciones de más del 50%, que suponen disminuciones en 29 o más puntos percentiles. Estos resultados indican que *MBSR* puede ser una intervención aplicable para reducir el malestar psicológico en programas de formación para profesionales de la salud

PALABRAS CLAVE. Conciencia plena. Depresión. Hostilidad. *MBSR*. Cuasi-experimento.

¹ Correspondencia: Inspira... C/ De la Palma, 2. 07003 Palma de Mallorca (España). E-mail: inspira.am@gmail.com

ABSTRACT. This quasi-experimental study examines the efficacy of a psychoeducational program, based on mindfulness training, to reduce stress-related psychological distress. The sample comprises 28 volunteers, mostly recruited among health professionals, who showed starting levels of distress higher than the Spanish average, according to the Symptoms Check-List Inventory (SCL90-R). The intervention lasted 8 weeks, requiring 28 hours of class attendance. The program was based on the Mindfulness-Based Stress Reduction or MBSR. The outcomes showed a reduction of 51% on average distress levels, which represents a decrease from percentile 84 to 48. The components of distress with largest decrease were, ranking on order of magnitude; depression, hostility, somatization and anxiety. These components showed reductions of 50% or more, which represent a decrease 29 or more percentile points. These results indicate a potential of MBSR to reduce distress on professionals training programs for the health sector.

KEYWORDS. Mindfulness. Depression. Anxiety. MBSR. Cuasi-experiment.

RESUMO. Este estudo quase-experimental analisa a eficácia de uma intervenção psicoeducativa, baseada no desenvolvimento da consciência plena, para reduzir o mal-estar psicológico associado ao stress. A amostra é composta por 28 voluntários, na sua maioria profissionais de saúde, que experimentavam um Grau de mal-estar superior à média da população espanhola, medido através do inventário SCL-90-R. A intervenção durou oito semanas, empregando um total de 28 horas lectivas e seguindo a técnica denominada Redução de stress baseada na Consciência Plena (Mindfulness-Based Stress Reduction o MBSR). Os resultados mostram uma discriminação do mal-estar médio de 51%, descendo do percentil 84 para o 48. As maiores mudanças encontram-se nos seguintes componentes de mal-estar, por ordem de magnitude: depressão, hostilidade, somatização e ansiedade. Estes componentes mostram reduções de mais de 50%, que supõem diminuições de 29 ou mais pontos percentis. Estes resultados indicam que a MBSR pode ser uma intervenção aplicável para reduzir o mal-estar psicológico em programas de formação para profissionais de saúde.

PALAVRAS CHAVE. Consciência plena. Depressão. Hostilidade. MBSR. Quase-experimental.

Introducción

Uno de los mayores desafíos del sistema de salud público español es el gasto en medicamentos, que viene mostrando un crecimiento medio sostenido del 10% anual, absorbe el 33% del gasto sanitario (Costas, 2002) y amenaza la sostenibilidad del sistema a medio plazo (Arenas, 2004). En esta situación, merece especial atención el consumo de medicamentos destinados a aliviar el malestar psicológico, principalmente antidepresivos, que por su gran demanda se han colocado como la tercera clase farmacéutica por ventas (Ortiz Lobo y Lozano Serrano, 2005). Aunque el uso de estos medicamentos está justificado en depresiones mayores, su beneficio es discutible en las formas leves de malestar psicológico (Kendrick, 1996). Por ello se debe evitar la administración indiscriminada de antidepresivos, ya que pueden fomentar a largo plazo

una postura pasiva ante la propia vida, ignorando la responsabilidad del individuo sobre sus sentimientos y cristalizando el rol del enfermo, quien tendrá que recurrir a ellos siempre que se encuentre triste o con malestar psicológico (Ortiz Lobo y Lozano Serrano, 2005).

Un enfoque alternativo y complementario para tratar el malestar psicológico es el que ofrecen las intervenciones de tipo mente-cuerpo (*mind-body*), muy populares en Estados Unidos, donde se estima que el 20% de la población asiste cada año al menos a una sesión (Eisenberg *et al.*, 1998; Kessler, 2001). Las principales razones para acudir a estas intervenciones son la ansiedad (34%), la depresión (26%) y los dolores físicos (19%); además, un porcentaje alto de los usuarios se muestra satisfecho con el tratamiento recibido (Wolsko, Eisenberg, Davis y Russell, 2004). Una de las intervenciones más citadas en el ámbito mente-cuerpo es el entrenamiento en conciencia plena (*mindfulness*) desarrollada por Kabat-Zinn (1982, 1996, 2003) para reducir el estrés y que ha sido revisada recientemente por otros autores (Bishop, 2002; Grossman, Niemann, Schmidt y Walach, 2004). Su eficacia parece aceptada para aliviar el malestar psicológico en sus formas de depresión (Teasdale *et al.*, 2000), ansiedad (Kabat-Zinn *et al.*, 1992; Shapiro, Schwartz y Bonner, 1998), mejora del estado de ánimo (Carlson, Ursuliak, Goodey, Angen y Specia, 2001; Specia, Carlson, Goodey y Angen, 2000) o el bienestar general (Astin 1997; Majumdar, Grossman, Dietz-Waschkowski, Kersig y Walach, 2002; Reibel, Greeson, Brainard y Rosenzweig, 2001; Williams, Kolar, Reger y Pearson, 2001). El entrenamiento en conciencia plena tiene ciertas semejanzas con la terapia de aceptación y compromiso (*Acceptance and Commitment Therapy, ACT*) (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). La *ACT* tiene como objetivo incrementar la flexibilidad psicológica, entendida como la capacidad de contactar con el momento presente de manera más completa como ser humano consciente, para facilitar cambios en la conducta que satisfagan los valores más fundamentales de dicho ser humano (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006, Kohlenberg *et al.*, 2005). La *ACT* se considera una terapia cognitivo conductual de nueva generación junto a la terapia dialéctica conductual (*Dialectical Behavioral Therapy, DBT*) (Linehan, 1993), a los acercamientos metacognitivos (Wells, 2000) y a la terapia cognitiva basada en la aceptación para el tratamiento de las recaídas en la depresión (*Mindfulness-based Cognitive Therapy, MBCT*) (Teasdale *et al.*, 2000). Para una revisión más extensa de los supuestos de la *ACT* en español véase Páez-Blarrina, Gutiérrez-Martínez, Valdivia-Salas y Luciano-Soriano (2006) y Wilson y Luciano (2002). El impacto económico de estas intervenciones no es bien conocido, aunque hay estudios que apuntan hacia importantes ahorros en gasto sanitario, concretamente en enfermos con dolor crónico (Caudill, Schnable, Zuttermeister, Benson y Friedaman, 1991; Kabat-Zinn, Lipworth y Burney, 1984), depresión (Teasdale *et al.*, 2000) o ansiedad (Miller, Fletcher y Kabat-Zinn, 1997). Las ventajas económicas consistían tanto en la reducción de las visitas al médico, como en un menor consumo de fármacos, que además se mantenían durante meses e incluso años.

La conciencia plena es un estado mental en el que el individuo es altamente consciente y enfoca la realidad del momento presente, con apertura y sin juzgar ni dejarse llevar por pensamientos o reacciones emotivas. Por tanto, requiere una intención especial que reduzca al mínimo la utilización del “piloto automático”, manteniendo

do la conciencia en lo que ocurre “aquí y ahora” (Kabat-Zinn, 1990, 1996). Para practicar esta modalidad de conciencia, una persona debe tomar cierta distancia sobre sus contenidos mentales, contemplándolos como un testigo imparcial. Esta observación de la mente, como función meta-cognitiva, permite reconocer pensamientos o sentimientos propios como acontecimientos mentales, en vez de como parte del yo (Teasdale *et al.*, 2002). De esta forma se puede presenciar la aparición en la mente de tres tipos de fenómenos, mutuamente relacionados, como son los pensamientos, las sensaciones físicas provenientes del cuerpo y los estados afectivos (emociones, sentimientos, etc.). La conciencia plena se desarrolla específicamente con la técnica de meditación conocida como *vipassana*, característica de la tradición budista *theravada*. Esta técnica consiste en entrenar la mente para experimentar la realidad sin ningún rechazo de la experiencia que se esté viviendo en cada momento. Es lo que algunos autores llaman “estar presente” (Brown y Ryan, 2003). Para ello es necesaria una fuerte determinación para atender a los acontecimientos mentales en tiempo real, es decir, momento a momento, sin juzgar o establecer preferencias, además de hacerlo con apertura y curiosidad. También es importante contemplar el contenido de la mente sin perseguir ningún objetivo concreto, aceptando todo lo que ocurra, sin desear que sea de otra manera (Thera, 1992). Por el contrario, una persona con actitud de “piloto automático” prefiere centrar su conciencia hacia el ámbito de los “pensamientos”, que forzosamente corresponden al pasado o al futuro, que enfocar en lo que esté ocurriendo en el presente. Entrenar la mente para desarrollar conciencia plena puede tener un efecto favorable en la salud física y mental como se explica a continuación.

Los mecanismos por los que el desarrollo de la conciencia reduce el malestar psicológico son desconocidos hasta el momento. Una posible explicación del fenómeno es que la conciencia plena facilita diferentes sistemas de *feedback* por los que el organismo se autorregula y se ajusta (Brown y Ryan, 2003; Shapiro y Schwartz, 2000). Así, la conciencia en las sensaciones del cuerpo permitiría a los individuos identificar con anterioridad los síntomas de malestar físico, ayudaría a establecer las causas e iniciar con mayor rapidez estrategias de afrontamiento para prevenir sus consecuencias. Este efecto de auto-regulación también se produce a medida que una persona es consciente de sus emociones básicas: miedo, enfado y tristeza, permitiéndole expresarlas con un comportamiento más adecuado a las circunstancias. Por ello, la conciencia juega un papel fundamental en la regulación emocional (Gross, 1998), algo que repercute en la salud, ya que tanto la mala expresión de las emociones intensas, o su represión, parece exagerar la intensidad de sus manifestaciones fisiológicas (Sapolsky, 1998). Puesto que dos de las emociones negativas citadas, el miedo y la tristeza, se estimulan al elaborar mentalmente acontecimientos relacionados con el futuro o el pasado respectivamente, cultivando la conciencia en el momento presente se reduciría la aparición de dichas emociones. Para poder aprovechar esta capacidad auto-reguladora del organismo la técnica *MBSR* enfatiza la necesidad de “parar y ver antes de actuar”, permitiendo así una pausa entre el estímulo y la respuesta. Esta pausa permitiría activar los recursos internos disponibles que facilitan afrontar adecuadamente la situación, en vez de dejarse llevar por reacciones instantáneas y automáticas (Kabat-Zinn, 2003). Una persona que desarrolle suficientemente la conciencia plena podrá aceptar mejor la realidad del

momento, identificando sus tendencias reactivas correspondientes, a la vez que explora las posibles respuestas antes de actuar. Esta técnica ha sido probada con anterioridad por los autores en España, verificando su eficacia para reducir el estrés en un grupo de profesionales de la salud y del sector Servicios. En dicho trabajo, el malestar psicológico se redujo en un 49% y se obtuvo una reducción del 44% de los síntomas médicos asociados a dicho malestar (Martín, García de la Banda y Benito, 2005).

El objetivo de este estudio cuasi-experimental (Montero y León, 2005) es comprobar si un entrenamiento en conciencia plena puede reducir el malestar psicológico en personas con un grado de malestar superior a la media de la población general española. Concretamente queremos ver si esta intervención produce cambios significativos en algunos componentes del malestar psicológico como son la ansiedad, la depresión y la hostilidad. Asimismo queremos conocer si este entrenamiento produce una disminución del malestar físico que suele acompañar a estas circunstancias, disminuyendo la somatización. En la redacción del artículo se siguieron las normas de Ramos-Alvarez, Valdés-Conroy y Catena (2006).

Método

Participantes

La muestra está formada por 28 voluntarios inscritos en un programa de reducción de estrés. Los criterios de inclusión para participar en el estudio consistían en tener un nivel de malestar superior a la media de la población española (según el baremo del *SCL-90-R* que establece un valor de GSI de 0,44 para los hombres y 0,57 para las mujeres) y comprometerse a asistir a las sesiones, realizando los ejercicios designados. Los criterios de exclusión eran la presencia de enfermedades mentales, analfabetismo o estar pendiente de una intervención médica. El grupo seleccionado tenía una media de edad de 43,46 años ($DT = 9,55$) y el 86% eran mujeres. Respecto a su situación laboral, 26 estaban en activo, mientras cinco sufrían baja por enfermedad, dos de ellas con invalidez permanente. Al comienzo de la intervención cuatro de los participantes declararon que estaban tomando antidepresivos. Las razones que alegaron los participantes para inscribirse en el programa eran las siguientes: 30 lo hacían por sufrir estrés, 4 tenían una enfermedad crónica y 8 dolores musculares, pudiendo coincidir varias razones en la misma persona.

Instrumentos

El malestar psicológico de los participantes se midió únicamente utilizando el inventario *SCL-90-R* (Derogatis, 2002) seleccionado por cubrir un amplio espectro de tipos del malestar psicológico y por ser ampliamente utilizado en estudios comparables de esta técnica. El *SCL-90-R* es un inventario que incluye 90 síntomas que permiten valorar el grado de malestar en una escala tipo Likert de 1 (nada) a 5 (mucho). El grado global de malestar es la puntuación total obtenida de los 90 síntomas y se denomina Índice de Gravedad General o GSI (*General Severity Index*). También considera el número total de ítems marcados con algún grado de malestar (Total de Síntomas) y el grado de intensidad medio expresado en los ítems (Indicador de Distrés de Síntomas).

Además, proporciona puntuaciones en nueve subescalas: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, psicoticismo e ideación paranoide. Este inventario está baremado para la población española y cuenta con una elevada consistencia interna en las sub-escalas, con valores alfa entre 0,81 y 0,90.

Intervención

La intervención, descrita por Kabat-Zinn (1982, 1996, 2003), enfatiza la conciencia plena en las actividades cotidianas, practicándola con ejercicios de meditación y estiramientos de tipo yoga. El formato de la intervención es el de una actividad psicoeducativa que se imparte en grupo, consta de nueve sesiones con un total de 28 horas presenciales, repartidas en ocho semanas. Las sesiones son semanales y duran 2,5 horas, excepto la sexta semana cuando además de la sesión semanal hay una sesión especial de ocho horas. Las sesiones semanales incluyeron una presentación de un tema, ejercicios prácticos, y tiempo de debate en grupo sobre los aciertos y las dificultades que surgen al aplicar las técnicas y las estrategias de afrontamiento en la vida diaria. El programa de las sesiones realizadas es el siguiente:

- La conciencia plena. En esta sesión se presenta la idea de conciencia plena en los pensamientos, emociones y sensaciones, incidiendo en la importancia de parar y ver antes de actuar y se anima a los participantes a que experimenten personalmente este tipo de conciencia. Asimismo, se realiza un ejercicio práctico de exploración de las sensaciones del cuerpo que se proporciona en disco compacto para su práctica personal.
- Las percepciones y la realidad. Se explican las características de la percepción y el efecto del condicionamiento previo incidiendo en la idea de responder en vez de reaccionar ante los desafíos de la vida y los momentos estresantes. En esta sesión se practica otra vez el ejercicio de exploración del cuerpo y se introduce la meditación *vipassana* de atención a la respiración.
- Las emociones. Se introducen las emociones básicas (miedo, rabia, tristeza y alegría) y se analizan sus características desde la conciencia plena. Se explica el efecto de las emociones en la vida diaria y en las relaciones personales. En esta sesión se introduce el yoga en el suelo y se proporciona un disco compacto con ejercicios de yoga para practicar entre sesiones.
- El estrés en el trabajo, reacción o respuesta. Se presentan las bases para entender el estrés indicando las características de la respuesta al estrés desde el modelo biopsicosocial. Se practica de nuevo yoga en el suelo y atención a la respiración.
- Estrategias para afrontar el estrés. Se explican los tipos de afrontamiento y sus características, así como los peligros asociados al estrés. Se practica yoga de pie (incluido en la grabación) y atención a la respiración.
- La comunicación y la alimentación. En esta sesión se analizan los efectos de la alimentación y la comunicación en el estrés y en la salud, observados desde la conciencia plena. Se practica yoga de pie y se amplía el tiempo de meditación

con un nuevo disco compacto que incluye una práctica guiada y se practica meditación caminando.

- Día intensivo. Jornada destinada a la práctica que se realiza en silencio excepto por las indicaciones del instructor. Se realizan todas las técnicas introducidas de yoga y meditación y al final de la jornada se vuelve a usar la palabra para debatir en grupo las experiencias de la jornada en silencio practicando conciencia plena.
- La gestión del tiempo. En esta sesión se presentan las bases de la gestión del tiempo desde la óptica de la conciencia plena orientadas a personas con estrés. En esta sesión se practica de nuevo la meditación guiada.
- Despedida. Se anima a los participantes a integrar estas habilidades en su vida y se realiza una ronda de comentarios entre los asistentes sobre su experiencia en el programa. Se aprovecha la sesión para practicar exploración del cuerpo y meditación guiada.

Procedimiento

Los participantes se interesaron en la intervención a partir de varias charlas introductorias, información en tableros de anuncios o por referencias de otras personas. Los interesados rellenaron una solicitud en la que indicaban sus razones para participar en el programa junto con el *SCL-90-R* y firmaron un consentimiento informado. Todos los participantes se comprometieron a dedicar 45 minutos diarios a realizar los ejercicios correspondientes a lo largo de las ocho semanas que duró la intervención. De todos los participantes en el programa, se seleccionaron para el estudio aquellos con grado de malestar superior a la media de la población general española según el baremo *SCL-90-R* (valores de GSI superiores al 0,44 para hombres y al 0,57 para mujeres). Este grupo seleccionado suponía la mitad de todos los participantes en el programa. A los participantes no se les realizó un diagnóstico preciso de su condición ni se les indicó tratamiento alguno, al igual que en la mayor parte de los estudios con *MBSR*, ya que esta técnica no es considerada terapéutica sino psicoeducativa (Kabat-Zinn, 1982, 1996, 2003). A las personas en tratamiento o tomando medicación se les indicó que el curso de reducción de estrés *MBSR* no es una terapia alternativa y que si tenían alguna duda sobre su medicación o tratamiento la debían tratar con su facultativo habitual.

El estudio se desarrolló en cinco convocatorias distintas impartidas por el mismo instructor, capacitado como tal por la Clínica de Reducción de Estrés de la Universidad de Massachusetts. Las sesiones se realizaron fuera del horario laboral de los participantes y se registró la asistencia en cada una. Cuando alguna persona faltaba a la sesión sin comunicarlo previamente, el instructor le telefoneaba para conocer las causas y animarle a seguir asistiendo al programa. Al final de la intervención, los participantes cumplieron de nuevo el inventario *SCL-90-R*.

Resultados

Para conocer la eficacia de la intervención, se compararon los valores medios del *SCL-90-R* pre y post, utilizando la *t* de Student para conocer si existían diferencias significativas. Con objeto de valorar la magnitud del cambio se utilizó la *d* de Cohen

(1988) y el cambio en percentiles de las escalas. Para determinar el percentil al que correspondía cada dato medio, se tomaron las referencias de la población general para el GSI y los baremos del sexo femenino para las otras escalas, al ser éste mayoritario entre la muestra.

De los 32 inscritos con valores elevados de malestar psicológico, 4 abandonaron el programa en las primeras sesiones y 28 lo terminaron, lo que supone el 88% de los inscritos. La asistencia media a las sesiones fue de 8,14 ($DT = 0,89$) sesiones sobre un total de 9, como se recoge en la Tabla 1. Las personas que estaban tomando antidepresivos declararon, al final de la intervención, que su medicación no había variado durante la misma.

Tabla 1. Edad, sexo y asistencia de los participantes. Medias, desviaciones típicas, t de Student y valor d de Cohen pre y post intervención del *General Severity Index*.

Sujeto	Edad	Sexo	Sesiones	GSI		Porcentaje reducción	GSI	
				Val. Pre	Val. Post		P Pre	P Post
1	36	M	9	1,58	0,34	78%	97	30
2	35	M	9	0,60	0,31	48%	60	25
3	40	M	9	1,21	0,26	79%	90	20
4	34	M	9	0,67	0,38	43%	70	35
5	33	V	7	1,21	1,18	2%	97	97
6	42	V	6	1,40	0,77	45%	99	85
7	43	M	8	0,74	0,36	51%	75	35
8	55	M	8	0,63	0,43	32%	65	40
9	69	V	8	1,48	0,81	45%	99	90
10	54	M	8	1,47	0,29	80%	95	25
11	48	M	7	0,88	0,56	36%	85	55
12	53	M	9	0,71	0,28	61%	75	25
13	45	M	8	0,78	0,34	56%	80	30
14	39	M	8	1,89	0,66	65%	99	65
15	30	M	9	2,11	0,32	85%	99	30
16	38	M	8	1,88	1,22	35%	99	90
17	58	M	6	0,71	0,71	0%	75	75
18	46	M	9	1,31	0,27	79%	95	25
19	48	M	9	0,53	0,61	-15%	54	62
20	42	M	9	1,13	1,83	-62%	90	98
21	50	V	8	0,74	0,34	54%	85	45
22	49	M	8	1,58	0,30	81%	96	25
23	40	M	8	0,69	0,17	75%	70	13
24	46	M	8	0,83	0,78	6%	83	80
25	34	M	7	1,18	0,24	80%	90	20
26	39	M	9	0,60	0,53	12%	60	55
27	23	M	9	0,90	0,48	47%	85	47
28	48	M	8	1,26	0,38	70%	92	35
Media	43,46		8,14	1,10	0,54		84,25	48,46
DT	9,55		0,89	0,45	0,37		13,73	26,61
Tgl				$t_{27} = 5,60^{****}$			$t_{27} = 7,00^{****}$	
				Valor $d = 1,49$				
				Reducción = 51%				

NOTA. V = varón, M = mujer. Sesiones: Se indica el número de asistencias, sobre el total de 9 sesiones. GSI, val. = Intensidad del malestar psicológico (*General Severity Index*), del *SCL-90-R*. GSI, P = Percentil del valor de GSI, sobre población general Española, para cada sexo. **** $p < 0,0001$

En cuanto a los efectos del programa, el grado de malestar psicológico de los participantes disminuyó de manera muy significativa ($p < 0,0001$) después de la intervención. Como se puede observar en la Tabla 1, el valor medio del GSI disminuyó de 1,10 (medida pre) a 0,54 (medida post). Sin embargo no todas las personas mejoraron en igual medida, dos personas empeoraron (sujetos 19 y 20), dos no redujeron su malestar (sujetos 8 y 20) y en otros tres la mejora fue mínima (sujetos 9, 12 y 19). Tanto las personas que empeoraron como las que no mejoraron consideraron muy útil la intervención, aunque tres de ellas indicaron la concurrencia, durante la misma, de circunstancias extraordinarias como ruptura de matrimonio, tratamiento contra un cáncer y nacimiento de un hijo, mientras que la restante estaba convencida de que se encontraba bastante mejor.

Para tener una idea relativa del grado de mejora experimentado por los participantes gracias al tratamiento utilizaremos dos criterios: evolución en percentiles y valor d de Cohen (Cohen, 1988). Vemos en la Tabla 1 que la diferencia del GSI proporciona un valor d de 1,52, que equivale a un efecto muy importante según el criterio de este autor². Asimismo, el cambio experimentado en el GSI significa una reducción del percentil 85 (medida pre) al 48 (medida post), cuando lo contrastamos con los valores medios de la población general española, según se recoge en la Tabla 1.

En relación al cambio en el valor de las subescalas presentado en la Tabla 2, se puede observar que el malestar está repartido en todas ellas, con niveles de partida muy elevados, alcanzando el percentil 90 para obsesión-compulsión, ansiedad y psicoticismo, y superiores al percentil 80 en las demás, excepto ansiedad fóbica que fue de 70. Después de la intervención los valores post de las subescalas disminuyen hasta el percentil 40 y 55, excepto en sensibilidad interpersonal (60) obsesión-compulsión (70) y psicoticismo (75). Si comparamos el valor inicial con el obtenido después del tratamiento en cada una de las subescalas vemos que hay reducciones de más del 55% en ideación paranoide, ansiedad, somatización, depresión y hostilidad. Estas diferencias pre-post son muy significativas, excepto en ansiedad fóbica que son solo significativas.

² El valor de Cohen se calcula mediante la diferencia de las medias dividida entre la desviación típica del conjunto. Según este autor los valores superiores a 1,5 indican cambios muy importantes, entre 1 y 1,5 se consideran importantes, y entre 0,5 y 1,0 de tipo medio.

TABLA 2. Medias, reducciones, *t* de Student y valor *d* de Cohen pre y post intervención de las subescalas del *SCL-90-R* junto con los percentiles equivalentes.

Subescalas	Valores		Reducción	Valor <i>t</i>	Valor <i>d</i>	Percentil		Cambio
	Pre	Post				Pre	Post	
Somatización	1,19	0,60	58%	$t_{27} = 4,09^{***}$	1,11	80	50	30
Obs-compulsivo	1,48	0,83	44%	$t_{27} = 4,52^{****}$	1,23	90	70	20
Sens. interper.	1,01	0,52	50%	$t_{27} = 4,68^{****}$	1,27	85	60	25
Depresión	1,50	0,67	56%	$t_{27} = 5,64^{****}$	1,51	86	42	44
Ansiedad	1,15	0,55	59%	$t_{27} = 4,66^{****}$	1,25	86	57	29
Hostilidad	0,85	0,36	56%	$t_{27} = 4,66^{****}$	1,28	80	45	35
Ans. fóbica	0,41	0,21	50%	$t_{27} = 2,31^*$	0,62	70	55	15
Ideación paranoide	0,96	0,46	60%	$t_{27} = 3,98^{***}$	1,09	84	58	26
Psicoticismo	0,56	0,32	48%	$t_{27} = 2,85^{**}$	0,77	86	71	15
<i>Medidas generales</i>								
Total Síntomas	51,93	35,43	33%	$t_{27} = 4,85^{****}$	1,31	94	75	19
Ind. Distrés Sin.	1,87	1,37	27%	$t_{27} = 4,89^{****}$	1,31	59	21	38

NOTA. La prueba *t* se refiere a las diferencias entre las medias de valores Pre y Post para cada subescala. **** $p < 0,0001$, *** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,10$. Los percentiles referenciados son del baremo de mujeres, por ser este el sexo mayoritario. La Reducción esta obtenida mediante la fórmula $= 1 - (\text{Post}/\text{Pre})$. El valor *d* de Cohen es la diferencia de las medias dividido entre la desviación típica conjunta, según la siguiente fórmula.

$$d = M_1 - M_2 / \sigma_{\text{conjunta}}$$

$$\text{donde } \sigma_{\text{conjunta}} = \sqrt{[(n_1-1) \cdot \sigma_1^2] + [(n_2-1) \cdot \sigma_2^2] / (n_1 + n_2 - 2)}$$

Para comparar y evaluar los cambios experimentados en las sub-escalas podemos combinar los criterios de la *d* de Cohen (1988) y el cambio en los percentiles. Con estos criterios podemos observar en la Tabla 2 que los mayores efectos se dan en las sub-escalas de depresión ($d = 1,54$ y 45 puntos), seguida e hostilidad ($d = 1,28$ y 35 puntos), ansiedad ($d = 1,25$ y 35 puntos) y somatización ($d = 1,11$ y 35 puntos). En relación a las medidas generales del inventario *SCL-90-R* pre y post, la reducción experimentada se observa tanto en el número como en la intensidad de los síntomas marcados, ambos de forma muy significativa ($p < 0,0001$). Como se muestra en la Tabla 2, el número total de síntomas disminuye de 51,93 a 35,43, y el indicador de los síntomas de malestar experimenta una disminución de 1,87 a 1,37, lo que equivale a pasar del percentil 60 al 20. Si analizamos la eficiencia de la intervención, podemos observar que las bajas experimentales representan el 12% de los inscritos. De los que finalizan la intervención, el 14% no cambia o empeora, mientras que el 84% experimenta una mejoría como indica la Tabla 3. Tomando como criterio de magnitud de mejora en los percentiles del malestar psicológico, vemos que, el 11% tiene una mejoría ligera (menos de 9 puntos), el 7% moderada (de 10 a 24 puntos), el 25% importante (25 a 49 puntos) y el 43% una mejoría muy importante (50 o más puntos), como se recoge en la Tabla 3.

TABLA 3. Eficacia de la intervención según el *General Severity Index (GSI)* expresado en percentiles.

	Número	Porcentajes	
		inscritos	participantes
Bajas	4	12%	-
Peor o igual	4	12%	14%
Mejora ligeramente	3	15%	11%
Mejora moderada	2	6%	7%
Mejora importante	7	21%	25%
Mejora muy importante	12	35%	43%
Total	32	100%	100%

NOTA. Las bajas se refieren a participantes que abandonan antes de la quinta sesión. La mejora ligera se refiere a reducciones de entre 1 y 9 percentiles. La mejora moderada se refiere a reducciones de entre 10 y 24 percentiles. La mejora importante se refiere a reducciones de entre 25 y 49 percentiles. La mejora muy importante se refiere a reducciones de más de 50 percentiles.

Discusión

Los resultados obtenidos confirman nuestras hipótesis. El entrenamiento en conciencia plena reduce significativamente el malestar psicológico de personas con malestar elevado y esta reducción se debe principalmente a reducciones en las escalas de depresión, hostilidad, ansiedad y somatización. Además, los cambios registrados son superiores a los hallados en la mayoría de los trabajos realizados con *MBSR* comparables, citados en la reciente revisión de Grossman *et al.* (2004), confirmando los resultados obtenidos en nuestro anterior trabajo (Martín *et al.*, 2005). La magnitud del cambio obtenido en estas escalas es comparable también con los resultados obtenidos con la terapia de aceptación y compromiso *ACT*, que comparte el énfasis en conciencia plena, como se mencionó anteriormente. Hayes y su equipo en una revisión reciente de *ACT* mencionan diferentes trabajos en los que se obtienen valores *d* entre 0,50 y 1,27, con la mayoría en torno a 1 (Hayes *et al.*, 2006). Una parte del éxito obtenido se debe a la buena adherencia al tratamiento obtenida, similar a los estudios en su lugar de origen (Kabat-Zinn y Chapman-Waltrop, 1988). Este factor es fundamental para un programa como el *MBSR* que requiere la asistencia de los participantes durante nueve sesiones con trabajo personal entre las mismas y que está dirigido a personas con problemas de estrés por falta de tiempo.

Seguidamente nos centraremos en aquellos componentes del malestar psicológico que registran una mayor reducción: depresión, hostilidad y ansiedad; finalmente, exploraremos el componente de somatización, el agregado GSI y la eficiencia de la técnica. De las nueve subescalas del *SCL-90-R*, Depresión es la que experimenta una mayor reducción como consecuencia de la aplicación del programa *MBSR*; dicha reducción es superior a la informada por Reibel *et al.* (2001), que consiguieron una reducción mucho menor (34%). En nuestra opinión la mejora en depresión es el efecto más significativo

del programa *MBSR*. De hecho, Teasdale *et al.* (2000, 2002) han desarrollado una aplicación de esta técnica para reducir el riesgo de recaída en personas con trastornos depresivos recurrentes. La siguiente escala en magnitud de cambio es Hostilidad, aunque no hemos encontrado estudios de *MBSR* comparables donde se registre la hostilidad, sí hay referencias indirectas en la medida en la que esta técnica fomenta la empatía (Shapiro *et al.*, 1998), lo que neutralizaría la hostilidad. Tampoco podemos descartar que esta reducción no sea resultado de la mejora en depresión, ya que hay investigadores que asocian la hostilidad a los trastornos depresivos (Koh, Kim y Park, 2002). En cualquier caso, esta reducción es interesante en la medida en que la hostilidad tiene muchos efectos negativos para la salud (Di Giuseppe y Tafrate, 2003) y está asociada a trastornos cardiovasculares (Adler y Matthews, 1994). La reducción en ansiedad, de similar magnitud a la encontrada en hostilidad y al igual que depresión, resulta superior al 44% que citan Reibel *et al.* (2001) o al 45% que registran Kabat-Zinn *et al.* (1992). La somatización también experimenta una reducción similar en puntos percentiles y es ligeramente menor en relación a la *d* de Cohen. La reducción encontrada es superior al 46% de Williams *et al.* (2001) y muy superior al 25% que citan Reibel *et al.* (2001). La mejora obtenida en este componente también es coherente con lo esperado y confirma el potencial de esta técnica para aliviar este tipo de malestar. La somatización es un problema económico importante por los elevados costes que incurre en medicamentos, demandas en atención médica y dificultades de tratamiento (Barsky y Borus, 1995).

Es importante señalar que la reducción experimentada tanto del GSI, como en las subescalas antes mencionadas, con valores *d* superiores a 1, supone un efecto claramente superior al citado en otros estudios de *MBSR*, donde los valores de *d* están en torno a 0,50 (Grossman *et al.* 2004). Es posible que ello se deba a la selección de esta muestra con malestar alto, a diferencia de los otros trabajos que parten de muestras con malestar medio. La reducción del GSI viene mediada tanto por la reducción en el número de síntomas como por la disminución en la intensidad de estos. De estas dos mejoras la última nos parece la más interesante ya que supone una disminución de 40 puntos percentiles.

Pensamos que los resultados obtenidos avalan las hipótesis propuestas, por la que un desarrollo en conciencia plena reduce el malestar psicológico y que esta mejora se produce en las escalas de depresión, ansiedad, hostilidad y somatización. Sin embargo, el diseño de este estudio no nos permite conocer los mecanismos que originan estas mejoras, aunque sí podemos apuntar una posible explicación de los resultados obtenidos. Como se indicó anteriormente, la conciencia plena propone atender a la realidad de una forma especial, observando el desarrollo de los acontecimientos momento a momento, con una apertura y aceptación hacia sensaciones, pensamientos o emociones que vayan surgiendo. Mantener la conciencia en el momento presente puede prevenir actitudes de tipo rumiativo, en las que se reflexiona de forma obsesiva sobre hechos negativos del pasado, evitando así cuadros mixtos de ansiedad y depresión (Nolen-Hoeksema, 2000). Por otro lado, el componente de apertura y aceptación hacia la realidad mencionado permite una mayor conciencia de las sensaciones y emociones negativas, lo que facilitaría la autorregulación de unas y otras, resultando en un mayor bienestar (Gross, 1998). En este sentido, la aceptación del componente negativo de

algunas experiencias, sin la necesidad urgente de querer cambiarlas, favorecería la flexibilidad psicológica, la capacidad de conectar completamente con el momento presente y orientar el comportamiento para alcanzar el fin deseado (Hayes *et al.*, 2006). La combinación de conciencia plena y flexibilidad psicológica favorecería un cambio de actitud que incorpora estrategias más adaptativas de afrontamiento al malestar psicológico. De esta manera se facilita una mejor regulación emocional que, acompañada de una disminución del componente depresión, podría explicar las reducciones en hostilidad. Finalmente, la menor somatización sería consecuencia de la reducción en depresión y ansiedad (Barsky y Borus, 1999), junto al efecto beneficioso para el cuerpo de la relajación producida por la práctica de la meditación y del ejercicio físico que requiere el yoga.

Nuestros resultados confirman que *MBSR* resulta útil para reducir el malestar psicológico en personas con un nivel de malestar elevado, siempre que estén dispuestas a hacer un esfuerzo por ellas mismas para integrar la técnica en su vida cotidiana. Al ser una intervención grupal y con efectos a largo plazo (Miller *et al.*, 1997), resulta muy interesante por su capacidad de tratar grupos heterogéneos y por su potencial de ahorro de costes sanitarios, tanto en fármacos como en visitas al médico. No obstante, somos conscientes de las limitaciones del presente trabajo debido a su metodología empleada, donde no se realiza un diagnóstico clínico de los participantes, se utiliza solamente un instrumento de autoevaluación, no hay grupo control, ni se realiza un seguimiento en el tiempo que nos permita saber si estas ventajas se mantienen una vez finalizada la intervención. Además, este diseño experimental no aísla el efecto del grupo, ni el del instructor. De esta manera y, de cara al futuro, es necesario diseñar estudios controlados y aleatorizados, preferiblemente con un seguimiento en el tiempo que permita evaluar mejor los beneficios producidos. En este sentido, nuestro equipo está desarrollando una investigación que incluya grupo control, asignación aleatoria de los participantes a los grupos y seguimiento a tres y seis meses para comprobar si los beneficios del programa se mantienen a medio-largo plazo.

Referencias

- Adler, N. y Matthews, K. (1994). Health Psychology: Why do some people get sick and some stay well? *Annual Review of Psychology*, 45, 229-59.
- Arenas, M. (2004, 3 de julio). Gasto en medicamentos y sostenibilidad. *Cinco Días*, sección Opinión.
- Astin, J.A. (1997). Stress reduction through mindfulness meditation. Effects on psychological symptomatology, sense of control, and spiritual experiences. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 66, 97-106.
- Barsky, A.J. y Borus, J.F. (1995). Somatization and medicalization in the era of managed care. *Journal of the American Medical Association*, 274, 1931-1934.
- Barsky, A.J. y Borus, J.F. (1999). Functional somatic syndromes. *Annals of Internal Medicine*, 130, 910-921.
- Bishop, S. (2002). What do we really know about MBSR. *Psychosomatic Medicine*, 64, 71-84.
- Brown, K.W. y Ryan R.M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.

- Carlson, L.E., Ursuliak, Z., Goodey, E., Angen, M. y Specia, M. (2001). The effects of a 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.
- Caudill, M., Schnable, R., Zuttermeister, P., Benson, H. y Friedaman R. (1991). Decreased clinic use by chronic pain patients, response to behavioural medicine intervention. *Clinical Journal of Pain*, 7, 305-310.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed.). Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Costas, E. (2002, 25 de julio). Despilfarro consentido. *El País*, Sociedad, Tribuna.
- Derogatis, L.R. (2002). *SCL-90-R Manual*. Madrid: TEA.
- Di Giuseppe, R. y Tafrate, R.C. (2003). Anger treatments for adults: A meta analytic review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 70-84.
- Eisenberg, D.M., Davis, R.B., Ettner, S.L., Appel, S., Wilkey, S., Van Rompay M. y Kessler, R. (1998). Trends in alternative medicine use in United States 1990-1997. *Journal of the American Medical Association*, 280, 17-20.
- Gross, J.J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General psychology*, 2, 271-299.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. y Walach H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A. y Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, process and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Nueva York: Guilford Press.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living*. Nueva York: Delacorte.
- Kabat-Zinn, J. (1996). Mindfulness meditation, what is what isn't. En Y. Haruki, Y. Ishii y M. Suzuki (Eds.), *Comparative and psychological study on meditation* (pp. 161-170). Netherlands: Eburon
- Kabat-Zinn, J. (2003). MBSR interventions in context: Past, present and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
- Kabat-Zinn, J. y Chapman-Walorp, A. (1988). Compliance with an outpatient stress reduction program: Rate and predictors of program completion. *Journal Behavioral Medicine*, 11, 333-352.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L. y Burney, R. (1984). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8, 163-190.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A., Kristeller, J., Gay, L., Fletcher, K., Pbert, L., Lenderking, W. y Santorelli, S. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 936-943.
- Kendrick, T. (1996). Prescribing antidepressants in general practice. *British Medical Journal*, 313, 829-830.
- Kessler, R.C. (2001). Long-term trends in use of complementary and alternative medical therapies in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 286, 1817.
- Koh, K.B., Kim, C.H. y Park, J.K. (2002). Predominance of anger in depressive disorders compared with anxiety disorders and somatoform disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 486-492.
- Kohlenberg, R.J., Tsai, M., Ferro García, R., Valero Aguayo, L., Fernández Parra, A., y Virués-Ortega, J. (2005). Psicoterapia Analítico-Funcional y Terapia de Aceptación y Compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 349-371.

- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- Majumdar, M., Grossman, P., Dietz-Waschkowski, B., Kersig, S. y Walach, H. (2002). Does mindfulness meditation contribute to health? Outcome evaluation of a German sample. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 8, 719-730.
- Martín, A., García de la Banda, G. y Benito, E. (2005). Reducción de estrés mediante la conciencia consciente según la técnica MBSR. *Análisis y Modificación de Conducta*, 139, 557-571.
- Miller, J.J., Fletcher, K. y Kabat-Zinn, J. (1997). 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.
- Montero, I. y León, O. G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 115-127.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 504-511.
- Ortiz Lobo, A. y Lozano Serrano, C. (2005). El incremento en la prescripción de antidepresivos. *Conciencia Primaria*, 35, 52-55.
- Páez-Blarrina, M., Gutiérrez-Martínez, O., Valdivia-Salas, S. y Luciano-Soriano, C. (2006). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6, 1-20.
- Ramos-Alvarez, M.M., Valdés-Conroy, B. y Catena, A. (2006). Criteria of the peer-review process for publication of experimental and quasi-experimental research in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 773-787.
- Reibel, D.K., Greeson, J.M., Brainard, G.C. y Rosenzweig, S. (2001). Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life in a heterogeneous patient population. *General Hospital Psychiatry*, 23, 183-192.
- Sapolski, R.M. (1998). *Why Zebras don't get ulcers*. Nueva York: W.H. Freeman & Co.
- Shapiro, S.L. y Schwartz, G.E. (2000). The role of intention in self-regulation: Toward intentional systemic mindfulness. En M. Boekaerts, P. R. Pintrich, M. Zeidner (Eds.) *Handbook of Self-Regulation* (pp. 253-273). Nueva York: Academic Press.
- Shapiro, S., Schwartz G. y Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction in medical and pre-medical students. *Journal of Behavioural Medicine*, 21, 581-599.
- Specia, M., Carlson, L., Goodey, E. y Angen, M. (2000). A randomized, wait-list controlled clinical trial: The effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 62, 613-622.
- Teasdale, J.D., Moore, R.G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S. y Segal Z.V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 275-287.
- Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M., Ridgeway, V.A., Soulsby, J.M. y 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.
- Thera, N. (1992). *El corazón de la meditación Budista*. Barcelona: Cedel.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester: Willey.

- Williams, K.A., Kolar, M.M., Reger, B.E. y Pearson, J.C. (2001). Evaluation of a wellness-based mindfulness stress reduction intervention: A controlled trial. *American Journal of Health Promotion*, 15, 422-432.
- Wilson, K.G. y Luciano, M.C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT): un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Wolsko, P.M., Eisenberg, D.M., Davis, R.B. y Russell, S.P. (2004). Use of mind-body therapies. Results of a National Survey. *Journal of General Internal Medicine*, 19, 43-50.