

Efectos de la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena: una aproximación cualitativa

Ausiàs CEBOLLA i MARTÍ

Universitat Jaume I

María Teresa MIRÓ BARRACHINA

Universidad de La Laguna

Resumen

La Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena (Segal, Williams y Teasdale, 2002) es un tratamiento de ocho semanas de duración desarrollado inicialmente para la prevención de recaídas en depresión. En este artículo se presentan los aspectos cualitativos de la aplicación de un programa en TCAP en usuarios de dos Unidades de Salud Mental en la isla de Tenerife con sintomatología ansiosa y depresiva. Un total 32 participantes que habían participado en un estudio de eficacia de la TCAP respondieron un cuestionario de preguntas abiertas al terminar el tratamiento y a los tres meses de finalizado éste. Estos textos se analizaron mediante la técnica del análisis de contenido. Muestran que la TCAP tiene buenos niveles de aceptación, y que la mayoría de participantes nota cambios en su forma de pensar, de sentir, y en su relación con los demás.

Palabras clave: Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena, Análisis de Contenido.

Abstract

The Mindfulness Based Cognitive Therapy (Segal, Williams and Teasdale, 2002) is a treatment of eight weeks of duration developed initially for the prevention of relapses in depression. In this article are presented the qualitative aspects of the application of a program in TCAP in users of two Units of Mental Health in the island of Tenerife with anxious and depressive symptomatology. 32 participants taken part in a study of efficiency of the TCAP answered a questionnaire of questions opened at the end of the treatment and three months after it finished. These texts were analyzed via a content analysis procedure. Results show that the TCAP has good levels of acceptance, and that the majority of participants notice changes in their way of thinking, of feeling, and in their relation with the others.

Key Words: Mindfulness Based Cognitive Therapy, Content Analysis.

Dirección del primer autor: Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Avda. Sos Baynat, s/n. Castelló de la Plana. *Correo electrónico:* au7s@yahoo.es

Recibido: abril 2008. *Aceptado:* mayo 2008.

La Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena (TCAP, *Mindfulness Based Cognitive Therapy*) es una integración de la Terapia Cognitiva, con el programa de reducción del estrés basado en la Atención Plena de Kabat-Zinn MBSR (1985). El tratamiento tiene una duración de 8 sesiones semanales de dos horas de duración. En las sesiones, se enseña a meditar en grupo, y se trabajan las tareas para casa (autoregistros de pensamientos, sentimientos y emociones, práctica de meditación guiada en un CD, etc.). Los creadores de la TCAP, J. Teasdale, Z. Segal y M. Williams se plantearon buscar una alternativa grupal dentro de la terapia cognitiva que asumiera las conclusiones que habían alcanzado en su modelo teórico, el ICS para la prevención de las recaídas en depresión. Según este modelo, la intervención psicológica debe entrenar la capacidad de redirigir la atención hacia modos cognitivos que rompan con el engranaje depresivo que es el que puede activar una recaída en un episodio depresivo. Su objetivo era crear un tratamiento grupal que entrenara la atención, y que ofreciera nuevos modos mentales y formas de enfrentarse a los propios pensamientos, impidiendo así el acceso a engranajes depresivos. En esta búsqueda de un tratamiento grupal adecuado para este tipo de planteamientos se encontraron con Jon Kabat-Zinn y su programa *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) de la Universidad de Massachussets. Éste es un programa terapéutico que ha sido validado como eficaz en la reducción de estrés y se ha investigado sobretodo en enfermedades médicas donde el componente del estrés es una pieza clave en el desarrollo.

La estrategia para evitar las recaídas, según la TCAP, es ayudar a los pacientes a desembarazarse de esos procesos auto-perpetuadores y rumiativos cuando se sienten tristes, ya que detrás de estos procesos rumia-

tivos existe la visión de una “discrepancia”, hay una comprobación continua entre el estado actual y el estado deseado, requerido o esperado. Es decir se comprueba continuamente el “cómo se está”, con el “cómo se debería estar” y la distancia que las separa. La esencia de la Atención Plena o *Mindfulness* es la utilización intencionada de la atención para establecer una configuración del procesamiento de la información alternativo, que es incompatible con la configuración del engranaje depresivo (Teasdale, 1999). El entrenamiento en Atención Plena aumenta la capacidad metacognitiva de descentramiento, es decir, la capacidad de tomar perspectiva, y permite a los pacientes usarla cuando sus pensamientos y sentimientos están fuera de control o cuando se activan estilos cognitivos desadaptativos como la rumiación o la preocupación. La tabla 1 muestra las técnicas básicas que se entrenan en la TCAP. Todas y cada de una de esas técnicas se deben realizar con una actitud de ecuanimidad y compasión, huyendo de las exigencias de un práctica perfecta o la lucha contra uno mismo/a.

En los últimos años ha aumentado el número de estudios sobre la eficacia de las terapias que utilizan la Atención Plena en una gran variedad de trastornos y síntomas (Baer, 2004; Hayes, Follete y Linehan, 2004). Hay cinco terapias centrales que emplean el entrenamiento en Atención Plena. Por una parte están las que utilizan la meditación en su forma budista o más tradicional para enseñar la Atención Plena, el Programa para la Prevención de Recaídas en Adicciones (Witkiewitz, Marlatt y Walter, 2006), el Programa de Reducción del Estrés basado en la Atención Plena (Kabat-Zinn, 1990; MBSR) y la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena (Segal, Teasdale y Williams, 2003; TCAP; Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway, Soulsby y Lau, 2000), y por otra lado

están las terapias que utilizan componentes de la Atención Plena dentro de los paquetes terapéuticos que proponen, pero que en ningún caso se aplican mediante la meditación formal, aquí se incluyen la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson; 1999; ACT) y la Terapia Dialéctico-Comportamental (Lineham, 1993; DBT). Aunque entre estas terapias hay diferencias, tienen en común el papel de la aceptación de la experiencia, sea cual sea ésta (agradable o desagradable), como una de las vías para la mejora de la salud tanto mental como física, y el uso de la estimulación y aprendizaje de la Atención Plena para lograrlo.

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). Los seres humanos son normalmente poco conscientes de su experiencia momento a momento, normalmente actúan en “piloto automático”, aun así el estado de Atención Plena es un estado común que todos han sentido alguna vez y que todos somos capaces de desarrollar.

El desarrollo de esta habilidad es gradual, progresivo y requiere práctica regular. Lo más usual es practicar a través de la meditación. La capacidad de darse cuenta de la experiencia momento a momento genera un sentido de la vida más vital y rico. Así, al observar persistentemente, sin juzgar, el contenido mental, gradualmente aumenta la capacidad de percibir nuestras propias respuestas mentales a estímulos externos e internos, lo que produce un aumento de las acciones efectivas en el mundo y por tanto un aumento de la percepción de control (Grossman *et al.*, 2004).

Los mecanismos de actuación de la Atención Plena y el papel que tiene esta en los tratamientos ha sido fuente de debate dentro

de los terapeutas que trabajan y utilizan esta habilidad. La hipótesis que tiene mayor peso es la del efecto que tiene en la estimulación de habilidades metacognitivas (Teasdale, 1999; Cebolla, 2007), aunque también se ha hablado de relajación, hipnosis, exposición, etc. (Baer, 2007; Lynn, Lama Surya Das, Hallquist y Williams, 2006).

La investigación sobre la eficacia de una terapia, contenga ésta un entrenamiento y/o estimulación en Atención Plena o no, normalmente comprende la utilización de instrumentos de medida cuyo objetivo es comprobar si hay diferencias significativas entre pre y post del tratamiento mediante un análisis cuantitativo de los instrumentos utilizados. Esto supone reducir la experiencia a puntuaciones y sistematizar los cambios; pero se pierde información respecto a las experiencias vividas o a las formas de construir los cambios sucedidos durante el proceso terapéutico. En relación con esto, se ha planteado la conveniencia de introducir metodologías cualitativas junto a las cuantitativas, en lo que se denomina metodología mixta (Onwuegbuzie y Leech, 2006). En el pasado, estas dos metodologías se han entendido como métodos opuestos a la hora de buscar los procesos de cambio en la investigación en psicoterapia, en cambio la metodología mixta propone que en realidad estas dos metodologías trabajan en ámbitos diferentes y se completan.

En el año 2005 la Fundación Canaria de Investigación en Salud (FUNCIS) financió un estudio para investigar la eficacia de la TCAP en la reducción de sintomatología depresiva y ansiosa en el contexto de una Unidad de Salud Mental. El objetivo del proyecto era la búsqueda de una solución efectiva y eficiente a dos de los problemas crónicos de la mayoría de sistemas públicos de salud mental, la saturación de las unidades y el nivel de estrés

de los profesionales sanitarios. Para paliar esta situación se planteó la necesidad de un tratamiento grupal y de corta duración para el tratamiento de la ansiedad y la depresión, que son los trastornos más frecuentes y los que generan mayor demanda. En este contexto, la TCAP aparecía como una solución eficiente para tratar a usuarios con sintomatología depresiva y/o ansiosa, pero faltaba comprobar su eficacia clínica.

Aunque inicialmente la TCAP se diseñara para prevenir las recaídas en depresión (en población sin sintomatología), en la adaptación realizada para este estudio se trabajó con población con sintomatología, para hacer esto se adaptó el tratamiento enfatizando el trabajo sobre los estilos cognitivos, dejando de lado los aspectos específicos diferenciales de la ansiedad y la depresión, y trabajando los comunes, como los estilos cognitivos. Varios autores han señalado que los mecanismos psicológicos subyacentes a los trastornos de ansiedad pueden explicarse de forma muy parecida a la depresión (Papageorgiou y Wells, 2003; Nolen-Hoeksema, 1991, 2000). Ambos tipos de trastornos tienen en común el uso de estrategias cognitivas desadaptativas como la rumiación o la preocupación. Además, en el ámbito clínico hay un nivel alto de comorbilidad entre los síntomas de ansiedad y depresión, siendo muchas veces realmente complicado separarlos. Estas estrategias se pueden trabajar desde la TCAP haciendo sólo pequeñas adaptaciones.

Otra de las adaptaciones que se realizan en esta investigación es la inclusión de ejercicios prácticos basados en la Terapia Cognitiva Convivencial (Palm, Beskow y Miró, 2004). En esta forma de Terapia Cognitiva se invita a los pacientes a considerar la convivencia como el espacio transitable que se crea cuando la persona se comporta de forma tal que permite la emergencia del otro/a como

otro/a legítimo en convivencia con uno/a. Para ello, se entrena a los pacientes a comprender las diferencias entre la perspectiva interna -la visión que uno/a tiene de sí mismo desde dentro-, con la posibilidad de acceder a los datos privados de la propia autoconciencia -*versus* la perspectiva externa- la visión que uno/a tiene de los otros o de sí mismo/a considerado desde el punto de vista de los otros (Miró, 2000, 2005). De este modo, los pacientes pueden trabajar con las emociones perturbadoras que tiene su origen en el juicio negativo de los demás, que está presente tanto en los casos de depresión como de ansiedad, aunque las situaciones que disparan la visión negativa de los otros puedan ser diferentes, el mecanismo del juicio es similar en ambos tipos de trastorno. Frente al juicio, se anima a los pacientes a explorar las diferencias entre la perspectiva interna y la externa, así como las nociones de aceptación del otro y dignidad ante el sufrimiento. En realidad, se trata de llevar la habilidad de la Atención Plena del plano intrapersonal al plano interpersonal, utilizando el mismo mecanismo aprendido durante la meditación en lugar de en la relación uno/a mismo/a, en la relación con los demás.

Método

Los participantes incluidos en este estudio cualitativo fueron 32 usuarios de dos unidades de Salud Mental de Tenerife que habían participado en un programa de 8 semanas en Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena.

A partir de estudios cualitativos anteriores sobre TCAP (Mason, Hargraves, 2001; Finucane y Mercer, 2006), se desarrolló un cuestionario de 11 preguntas abiertas para ampliar la investigación desde un punto de vista cualitativo, y completar la información

sobre los efectos del tratamiento. El último día de tratamiento se entregó tal cuestionario de preguntas abiertas a 32 participantes en un programa de ocho semanas de duración en TCAP. Los objetivos del cuestionario eran: a) ver como los sujetos del estudio habían visto o evaluado el entrenamiento, b) ver si habían sentido algún cambio a lo largo del proceso que los cuestionarios más estandarizados no podían percibir, c) aprender de las partes que nos les había gustado o no les había llegado, para así recabar información que nos sirva para adaptar el programa y mejorarlo. Los tiempos de medida fueron, al terminar el tratamiento y a los 3 meses de finalizado éste.

En este cuestionario se les preguntó por lo que habían aprendido en la formación, y por los cambios en su estado de ánimo, a nivel cognitivo, en la convivencia con los demás y en su percepción del dolor. La metodología de análisis cualitativo empleada fue el análisis de contenido: se agrupaban las respuestas de los sujetos por categorías y se contabilizaba la frecuencia de respuestas para cada una de estas categorías, para posteriormente convertirlo en porcentajes.

Resultados

Aunque no es el objeto de este artículo, los datos cuantitativos de este mismo estudio mostraron que la TCAP es eficaz en la reducción de sintomatología ansiosa y depresiva, en la reducción de estilos cognitivos desadaptativos como la rumiación o la preocupación, y en el aumento de habilidades metacognitivas (Cebolla y Miró, 2007; Cebolla, 2007).

La primera pregunta del protocolo de narrativas sobre los cambios percibidos de la TCAP era “¿Qué te ha parecido el entrenamiento?”. Los resultados son que 31 sujetos

respondieron con algún tipo de adjetivo positivo, tan solo uno respondió que le parecía un entrenamiento “regular”. Los adjetivos más utilizados para responder esta pregunta son, un 53,1% lo catalogan como una experiencia positiva (bien, interesante, genial, etc.), y el 32% utilizan adjetivos referidos a su utilidad (provechoso, útil, de gran ayuda). Esta primera pregunta es muy general porque nos interesaba centrar a los participantes, e ir de lo muy general a lo más concreto.

La segunda pregunta se refiere a las dificultades en la realización de la práctica, al inicio del entrenamiento (¿Qué dificultades encontraste al inicio del tratamiento?). En el programa de TCAP hay una sesión dedicada íntegramente a este asunto y a la solución de las dificultades, ya que es normal que aparezcan problemas sobretudo a la hora de realizar las meditaciones en casa. Las dificultades más comunes que tienen los participantes son los síntomas relacionados con la ansiedad (sensación de pánico, angustia, pérdida de control y problemas con la respiración) que aparecen durante la práctica, un 37,5% tiene dificultades a este nivel. Ante estas sensaciones la instrucción dada es no dejarse arrastrar e introducirlas en la meditación como un objeto más de observación, sin intentar controlarlas, de esta forma se intenta que se acepten y por tanto que se deje pasar, sin rechazarlas.

El 43,7% reconoce tener dificultades en la concentración, sobretudo respecto a pensamientos intrusivos. Las instrucciones que dan los terapeutas durante la práctica son que no deben pretender controlar los pensamientos y que es normal que aparezcan pensamientos intrusivos, de hecho la parte principal de la meditación en Atención Plena es la observación de este ir y venir de pensamientos. A pesar de esto, muchos participantes seguían creyendo que la presencia de pensamientos

en la meditación implicaba mala praxis y les provocaba mucho malestar. Un 15,6% reconocía no tener ningún tipo de sensación corporal, cuando hacían el ejercicio de la contemplación de las sensaciones, esta falta de sensaciones fue desapareciendo conforme se practicaba más veces. Estas dificultades se fueron solucionando conforme iba aumentando el número de sesiones y sobretodo el número de meditaciones hechas en casa.

Por experiencias anteriores nos habíamos encontrado que muchos sujetos que participaban en grupos de TCAP tenían dificultades para entender el porqué de la meditación como herramienta. Esto es debido a que este tratamiento tiene un gran componente experiencial, es decir que su objetivo es que sean los propios participantes a través de su experiencia los que descubran el porqué de la meditación o el auténtico sentido del entrenamiento, por tanto, las intervenciones son siempre muy poco directivas. El peligro de esto, es que haya personas que no entiendan el sentido de la práctica o de las tareas para casa, o incluso para qué sirve meditar.

Al hacer la pregunta “¿Cuándo empezaste a tener claro el sentido del tratamiento?” aparece que el 43,7% de los participantes en el estudio empezó a tener claro el sentido del tratamiento en las primeras dos semanas. El 21,8% a partir de la segunda semana, y el 15,6% sintieron que comprendían el auténtico sentido de la meditación sobre la cuarta semana. Por otro lado, un 9,3% los descubrió en las últimas semanas, e incluso un 6,2% terminó el entrenamiento sin tener muy claro su objetivo.

Se plantean cuatro preguntas sobre los cambios que han sentido en cuatro niveles, a nivel de pensamiento, convivencia, estado de ánimo y dolor. Respecto a la pregunta “¿Has notado cambios en tu estado de ánimo?”, el 87,5% de los sujetos de este estudio reconocen haber notado algún tipo de mejora en su estado de ánimo positivo (más contentas/os, más seguridad, más animada/o, etc.) (ver figura 1). De estos, el 62,5 tienen un aumento del estado de ánimo positivo. El 12,5% contesta a esta pregunta con alguna referencia a una clara reducción de síntomas. El 7,1%

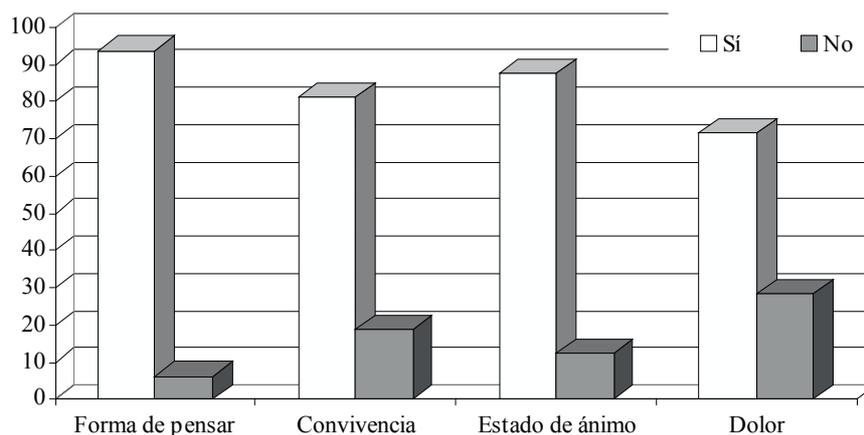


Figura 1. Cambios tras el entrenamiento.

reconoce tener mayor paz interior. Otro 7,1% reconoce que se siente más segura/o de sí misma/o.

Los cambios en variables cognitivas se preguntaron de la siguiente forma “¿Has notado cambios en tu forma de pensar?”, y ante esta pregunta un 93,8% reconoce haberlos notado. De estos, el 32% reconoce pensar más positivamente, un 15,6% ha aumentado la paciencia/tranquilidad, le da menos importancia a las cosas y no se “agobia” tanto. El 34,3% ha aumentado habilidades relacionadas con la Atención Plena, como una mayor importancia del cuerpo, pensamiento centrado en el presente y afrontamiento efectivo de estados de disforia.

Este entrenamiento dedicaba un tiempo superior a la versión original de la TCAP a la convivencia. Este tema se introducía en las tareas para casa, mediante ejercicios y también en las sesiones. Muchas de las demandas de los pacientes en el grupo tenían que ver con este nivel. La forma en la que se trabaja es a través de la aceptación del otro, y de su legitimación como un ser distinto. Cuando se hace la pregunta “¿Has notado algún cambio en tu relación con los demás?”, el 81,3% reconoce haber notado algún cambio a mejor a este nivel. De los que han notado cambios, el 37,5% reconoce haber aumentado la capacidad de aceptar a los demás y una mayor tolerancia/paciencia. El 15,6% reconoce haber aumentado sus habilidades sociales, y el 9,3% siente que puede ser más asertiva/o.

Durante las ocho sesiones, se hacen muchas referencias al dolor, debido a que en la propia práctica de la meditación pueden aparecer sensaciones dolorosas debido a la postura. También pueden aparecer sensaciones de dolor durante los ejercicios de yoga, ya que durante los estiramientos, continuamente se estimula la observación de las sensaciones

físicas, incluidas las molestias que surgen pero sin sobrepasar el umbral del dolor.

La forma en la que la TCAP trabaja con el dolor, es incluyendo esta sensación dolorosa en la práctica, como una sensación más sin juzgarla, sin intentar modificarla, y llevar la respiración a ese punto con la imaginación. Lo que se promueve es una aproximación en estado de calma a las sensaciones dolorosas. De las 32 personas que participan de este estudio narrativo, 21 reconocen haber tenido alguna experiencia de dolor físico durante el tiempo del entrenamiento. De estos, el 71,5% reconoce haber notado algún cambio positivo en la vivencia del dolor. De esta muestra, el 57,6% reconoce que la meditación en Atención Plena ha reducido la intensidad del dolor, y ha aumentado su capacidad de afrontarlo. El caso de las personas con Fibromialgia, había una muestra de 6 mujeres con Fibromialgia, y la mayoría no han notado un descenso de la intensidad del dolor, sino que lo viven de diferente manera, como una paciente reconoce “me duele lo mismo, pero ahora siento que puedo hacer más cosas, ahora no me preocupa tanto”.

Ante la pregunta “¿Qué habilidades crees que has aprendido?”, la mayoría (46,8%) en sus respuestas se refiere a habilidades relacionadas con la Atención Plena, como por ejemplo la de estar en el presente, la de aceptar las experiencias, etc. (ver tabla 2). Curiosamente un 25% reconoce haber aprendido a relajarse. Un 21,8% ha aprendido la habilidad de parar los pensamientos intrusivos y reducir la rumiación. Un 37,5% ha aprendido a respirar, es decir ha aprendido el poder terapéutico que tiene la concentración en la respiración. Además de estos, un 9,3% reconocía haber aumentado la sensación de control sobre sí mismo,/a, y otro 9,3% sentía que había aumentado la capacidad de concentración.

A la pregunta “¿Para que crees que te sirve meditar?”, el 40,6% de las personas contestó que sirve para conocerse mejor a uno/a mismo/a (espiritualidad, autoestima, explorar la conciencia) (ver figura 2). También un 40,6 % respondió que meditar sirve para relajarse o tener sentimientos de calma. El 21,8% dice que sirve para vivir en el presente, y evitar que la mente se vaya al pasado o al futuro. El 25% dice que aumenta el afrontamiento efectivo, estimula los buenos hábitos, aumenta el tiempo para uno/a mismo/a, y que también que sirve para “recargar las pilas”. El 21,8% hace referencias al autocontrol, a través de la canalización de las emociones o la reducción de la rumiación.

Ante las preguntas “¿Vas a seguir meditando?, ¿Con que frecuencia?”, el 84,3% de las personas entrevistadas tiene previsto continuar meditando, de estos, el 50% tiene previsto como mínimo una vez a la semana, y el 12,5% entre 3 y 4 veces por semana. El resto no saben. No hay ninguna respuesta que haga referencia al abandono total de la práctica.

Otra de las preguntas planteadas fue “¿Qué papel le vas a dar a la meditación en tu vida?”, y el 32,5 de la muestra entrevistada contestó que la meditación es una herramien-

ta para momentos de sufrimiento, y que por tanto sirve como una especie de medicina o ayuda. El 37,5% considera que la práctica de la meditación es importante o primordial para sentirse bien, y de la que creen que no van a renunciar nunca.

Después de estas preguntas se dejó un espacio para que los participantes opinaran sobre la TCAP, mediante la pregunta “¿Harías algún cambio sobre el tratamiento?”. Los datos más interesantes que se pueden extraer de este apartado son que el 27,5% ampliarían el entrenamiento aumentando el número de sesiones o incluso aumentando el número de horas de meditación grupal. El 24% se queja de que el tratamiento debería orientarse más a las dinámicas grupales, y que hay poco espacio para la terapia de grupo y el trabajo de reconstrucción narrativa. Este aspecto se avisa al principio del entrenamiento, se insiste mucho que no es una terapia de grupo sino una especie de entrenamiento, por tanto si sienten la necesidad de trabajar aspectos personales externos a la práctica, deben consultar con los profesionales de las unidades de salud mental. Esta forma tan estricta de plantearlo se debe a varias razones: a) es un tratamiento de pocas sesiones, en el que se prima la eficiencia, b) para entender el

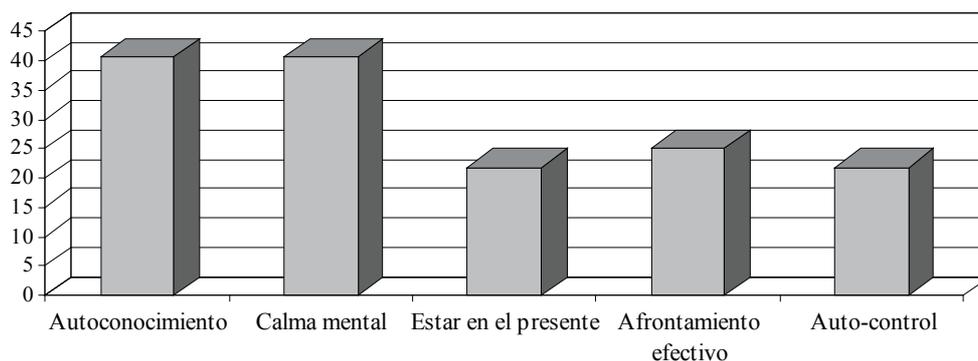


Figura 2. Respuestas a la pregunta “¿Para qué crees que te sirve meditar?”.

Tabla 2. Porcentajes de cada una de las respuestas a las cuestiones planteadas.

<i>Habilidades aprendidas</i>	Utilizar la atención en la respiración.	46,8%
	Aprender a parar los pensamientos.	21,8%
	Aprender a relajarse.	25%
	Habilidades relacionadas con la Atención Plena (vivir el presente, aceptar, paciencia, identificar sentimientos, concentración).	37,5%
	Mayor sensación de control.	9,3%
	Ser más positivo/a	9,3%
<i>Cambios en la convivencia</i>	Mayor capacidad de aceptar a los demás.	37,5%
	Aumento de las habilidades sociales.	15,6%
	Mayor asertividad.	9,3%
<i>Cambios de estado de ánimo</i>	Aumento del estado de ánimo (más positivos/as, más animadas/os, mejor ánimo,	62,5%
	Disminución de síntomas (Ansiedad o depresión)	12,5%
	Mayor seguridad en una misma/o.	10,7%
	Disfrutar de las cosas pequeñas.	7,1%
	Paz interior.	7,1%
<i>Cambios en la forma de pensar</i>	Pensamiento más positivo y optimista.	32%
	Aumento de la paciencia/tranquilidad, no darle importancia a las cosas, no agobiarse.	15,6%
	Habilidades relacionadas con la Atención Plena.	34,3%

tratamiento hace falta practicar, no convencer de nada, c) este entrenamiento se diseñó para que pudieran llevarlo personas sin formación en terapia de grupo. Respecto a las tareas para casa, el 53,1% tiene una visión positiva de estas tareas, las consideran (útiles, interesantes, o importantes para el tratamiento), el 34,3% contestó con adjetivos negativos como que son pesadas, repetitivas u obligatorias.

En la medida tomada a los tres meses, también hubo espacio para 4 preguntas abiertas, la primera de ellas preguntó por las habilidades que se habían mantenido a los tres meses. El 68,7% observa que se ha mantenido la atención a la respiración como herramienta básica de auto-regulación emocional, con altos niveles de seguimiento de la técnica de respiración de los tres minutos. El

37,5 % dice que se han mantenido habilidades de Atención Plena, como no juzgarse, vivir en el presente, conectar con uno mismo/a o concentrarse.

Respecto a los cambios en la forma de pensar o de sentir que se han mantenido en el tiempo, el 87,5% reconoce que los cambios que aparecen al terminar el tratamiento se mantienen en el tiempo, de estos, el 42,8% se observa con una mayor seguridad y aceptación de uno mismo/a, el 21,4% reconoce que ha mantenido la habilidad de pensar antes de actuar, y de analizar las situaciones. El 17,8% siente que tiene más autocontrol y el 14,2% se siente más optimista.

En la medida que se hace a los tres meses, se vuelve a preguntar por el mantenimiento o aparición de cambios en la relación con los

demás, “¿Has notado algún cambio en tu forma de pensar o sentir una vez terminado el entrenamiento?”. El 78% sí ha notado algún cambio entre el tiempo de terminado el entrenamiento y los tres meses. De los que sí han notado algún cambio, el 44% han aumentado la capacidad de legitimar al otro y por tanto ha mejorado la convivencia, lo que se percibe como una mayor seguridad en la relación, una mayor aceptación del otro y una menor preocupación por lo que los otros piensen de uno/a mismo/a. A su vez también un 32% se percibe más asertivo/a, y un 20% ve que ha aumentado su sociabilidad.

Discusión

Los datos más interesantes encontrados son que la TCAP tiene muy buena aceptación entre los participantes, de hecho muchos de ellos pidieron una continuación o sesiones de mantenimiento, ya que sentían que acudir al grupo les ayudaba a practicar en casa y a sentirse mejor. La gran mayoría sintieron cambios en los cuatro ámbitos de los que se preguntó, a saber: en el ámbito cognitivo o forma de pensar, en el estado de ánimo, en la convivencia y en el afrontamiento del dolor físico. La mayoría de los participantes reconoció un aumento en el estado de ánimo, una forma de pensar más positiva, más centrada en el presente y en la que se juzga menos la experiencia. Los resultados obtenidos son similares a los que muestran los estudios cualitativos realizados por otros autores (Carson y Haregraves, 2001; Finucane y Mercer, 2006).

Uno de los datos más interesantes de estos análisis es el aumento en la capacidad de convivir. Parece que la generalización de lo aprendido en la relación con uno/a mismo/a, al ámbito de la convivencia, produce un aumento de la capacidad de aceptar y legitimar a los demás. Hasta ahora han habido pocas

aproximaciones de la Atención Plena a la convivencia, solo algunas aplicaciones en las habilidades parentales (Santamaría, Cebolla, Rodríguez y Miró, 2007; Kabbat-Zinn y Kabbat-Zinn, 1997; Dumas, 2005), o un tratamiento en atención plena centrado en el aumento de la intimidad en la pareja (Carson, Gil y Baucum, 2004). Hay un elemento que apenas se ha nombrado pero que está presente en todas estas terapias, así como en el tratamiento aquí presentado, que es el de la compasión. En la filosofía cristiana, la compasión incluye un componente de lástima (Des. RAE: Sentimiento de conmisericordia y lástima que se tiene hacia quienes sufren penalidades o desgracias), mientras en el Budismo no es más que la convicción de que todo el mundo se merece ser feliz, y el deseo de que eso sea así. Esta emoción se estimula en terapia, a veces se introduce dentro de las sesiones de meditación, y está cobrando cada vez más importancia para entender determinados procesos interpersonales (Gilbert, 2005).

La Atención Plena en su aplicación al afrontamiento del dolor crónico es tal vez una de las aproximaciones más estudiadas y una de las intervenciones que a nivel experiencial resulta más interesante, en la primera validación del programa MBSR fue precisamente en el tratamiento del dolor crónico. En el grupo había bastantes casos de personas con dolor crónico que al terminar reconocieron que se relacionaban de forma diferente con el dolor, y que la aceptación de la sensación de dolor atenuaba esta, y que aunque era la misma sensación desagradable, sentían que podían hacer una vida más plena. Los datos respecto al dolor confirman los estudios anteriores realizados sobretodo desde el MBSR (Kabat-Zinn, 1982; Kabat-Zinn, Lipworth y Burney, 1993, 1986), aunque se tiene que tener en cuenta que los datos que barajamos son exclusivamente cualitativos, y que no se

tomó ninguna medida estandarizada para su medida, ya que no era el objetivo prioritario de la investigación.

Respecto a las habilidades aprendidas llama la atención un porcentaje alto de personas que reconocieron que aprendieron a relajarse a través de la aceptación y observación de las sensaciones corporales y de la respiración. Respecto al sentido de la técnica, la gran mayoría tiene intención de continuar meditando y encuentra la técnica útil para afrontar el sufrimiento, y para conocerse más a uno/a mismo/a. De cara a mejorar el tratamiento se preguntó por aspectos que no fueron de su agrado, y las principales críticas estuvieron dedicadas al número de sesiones (demasiado pocas), a la falta de dinámicas grupales o a la pesadez de las tareas (aunque las tareas también tuvieron aceptación en un porcentaje alto de participantes).

Resumen y conclusión

Los resultados obtenidos van en la línea de las aproximaciones cualitativas anteriores realizadas sobre la TCAP. Prácticamente en todos los ámbitos sobre los que se pregunta aparecen cambios, tanto sobre aspectos cognitivos, como emocionales. La principal limitación del estudio es que la capacidad de responder a preguntas abiertas no es igual en todos los participantes. Los niveles altos de aceptación obtenidos por el tratamiento pueden haber sido consecuencia de la discapacidad social, pero aún así, son lo suficientemente altos como para tenerlos en cuenta de cara a la posible integración de la TCAP en los servicios de salud públicos.

Referencias

- Baer R. (2003). Mindfulness Training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*, 125-143.
- Baer R., Smith G.T. y Allen K.B. (2004). Assessment of Mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assesment, 11* (3), 191-206.
- Carson J.W., Carson K.M., Gil K.M. y Baucom D.H. (2004). Mindfulness-Based Relationship Enhancement. *Behaviour therapy, 35*, 471-494.
- Cebolla, A. (2007). *Eficacia de la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena en el tratamiento de la Ansiedad de y la Depresión*. Tesis doctoral no publicada.
- Cebolla A. y Miró MT. (2007). Eficacia de la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena en el tratamiento de la Depresión. *Psicoterapia, 66-67*,
- Dumas, J.E. (2005). Mindfulness-Based Parent Training: Strategies to lessen the grip of Automaticity in Families with Disruptive Children. *Journal of clinical Child and Adolescent Psychology, 34* (4), 779-791.
- Finucane, A. y 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).
- Gilbert, P (Ed.) (2006). *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy*. Londres: Routledge.
- 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.
- Kabat-Zinn J. (1990). *Full Catastrophe Living*. Nueva York: Delta. [Edición en castellano: *Vivir con plenitud las crisis*. Madrid: Ed. Kairós, 2003].

- Kabat-Zinn J. y Kabat-Zinn M. (1997). *Everyday Blessings: The inner work of Mindful Parenting*. Hyperion.
- Linehan, M.M. (1993). *Skills Training Manual For Treating Borderline Personality Disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- Lynn, S.J., Lama Surya Das, Hallquist, M.N. y Williams, J.C. (2006). Mindfulness, Acceptance and Hypnosis: Cognitive and Clinical Perspectives. *Journal of Experimental and Clinical Hypnosis*, 54 (2), 143-166.
- Mason O. y Hargreaves I. (2001). A qualitative study of mindfulness-based cognitive therapy for depression. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 197-212.
- Miró, M.T. (2005). On Conviviality. Conferencia invitada en el *International Congress of Cognitive Psychotherapy*. Göteborg (Suecia).
- Onwuegbuzie, A.J. y Leech, N.L. (2006). Linking Research Questions to Mixed Methods Data Analysis Procedures. *The Qualitative Report*, 11 (3), 474-498.
- Santamaría MT, Cebolla A. y Miró MT. (2007). La práctica de la Meditación y la Atención Plena: Técnicas milenarias para padres del siglo XXI. *Psicoterapia*, 66-67, 157-176.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G. y Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Nueva 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., Segal, Z.V., Williams, J.M.G., 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.
- Witkiewitz, K., Marlatt, G.A. y Walker, D. (2006) Mindfulness-Based Relapse Prevention for Alcohol and Substance Use Disorders: The meditative tortoise wins the race. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19, 221-228.