

Modificación de variables de personalidad mediante la aplicación de un programa psicoeducativo de conciencia plena (*mindfulness*) en estudiantes universitarios

Modification of personality variables through application of a psycho-educational program of full consciousness (*mindfulness*) in university students

CLEMENTE FRANCO JUSTO**
ANTONIO MOLINA MORENO**
MARGARITA SALVADOR GRANADOS*
MANUEL DE LA FUENTE ARIAS**
Universidad de Almería, España

Abstract

This study examines the effects in university students of a psycho-educational program in full awareness (*mindfulness*) on certain personality variables. A quasi-experimental (group comparison) design with pretest and posttest measurements was employed in an experimental ($n = 26$) and a control group ($n = 27$). Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11), Acceptance and Action Questionnaire (AAQ), Social Avoidance and Distress Scale (SAD), and the Profile of Mood States (POMS) were applied to experimental and control groups. The results show statistically significant changes in impulsivity variables, experiential avoidance, social avoidance, social anxiety, tension and fatigue when comparing the posttest mean scores of the groups.

Key words: full consciousness, *mindfulness*, meditation, psychoeducational program.

Resumen

El presente estudio examina los efectos de un programa psicoeducativo de entrenamiento en conciencia plena (*mindfulness*) sobre determinadas variables de personalidad en estudiantes universitarios. Se utilizó un diseño de tipo cuasiexperimental de comparación de grupos, control ($n = 27$) y experimental ($n = 26$), con medición pretest-postest, para comprobar los efectos del programa de entrenamiento. A ambos grupos se aplicaron la Escala de Impulsividad de Barrat (BIS-11), el Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ), la Escala de Evitación y Ansiedad Social (SAD) y el Perfil de Estados de Ánimo (POMS). Los resultados muestran cambios estadísticamente significativos en las variables impulsividad, evitación experiencial, evitación social, ansiedad social, tensión y fatiga al comparar las puntuaciones medias postest del grupo control y experimental.

Palabras clave: conciencia plena, meditación, *mindfulness*, programa psicoeducativo.

* Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Almería.

♦ Dirección de contacto: Clemente Franco Justo, Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad de Almería, Carretera de Sacramento s/n. La Cañada de San Urbano, Almería 04120 (España). Correo electrónico: cfranco@ual.es.

** Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universidad de Almería.

Introducción

Recientemente, la psicología contemporánea ha adoptado un punto de vista complementario a los recursos terapéuticos tradicionales, denominado *mindfulness*, entendido como una técnica para incrementar la consciencia y para responder más habilidosamente a los procesos mentales que contribuyen al desarrollo de trastornos psicopatológicos y a otro tipo de problemas del comportamiento (Bishop *et al.*, 2004).

En términos generales, este enfoque puede entenderse como atención y conciencia plena, presencia atenta y reflexiva, resaltando un empeño en centrarse en el momento presente, de forma activa y reflexiva (Vallejo, 2006). *Mindfulness* como procedimiento terapéutico, se encuentra en el desarrollo de las denominadas terapias conductuales de tercera generación (Hayes, 2004; Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006; Vallejo, 2007), que incluyen en sus componentes procesos de conciencia plena y aceptación, así como procesos de compromiso y cambio directo de conductas.

Kabat-Zinn (1990, 1996, 2003) impulsó el uso de la meditación *mindfulness* como procedimiento para el tratamiento de trastornos psicofisiológicos o psicosomáticos, desarrollando el programa denominado *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR), orientado al tratamiento del estrés en el ámbito de intervención de la medicina conductual (Bishop, 2002; Grossman, Niemann, Schmidt & Walach, 2004). Este programa se caracteriza, fundamentalmente, por ser un programa educativo basado en una metodología práctica y experiencial. Aunque las aplicaciones clínicas del *mindfulness* estuvieron ligadas, inicialmente, a su papel como procedimiento de control fisiológico-emocional, hay abundantes datos que apoyan el uso del *mindfulness* en un amplio número de trastornos (Baer, Hopkins, Krietemeyer, Smith & Toney, 2006; Delgado, 2009; Pérez & Botella, 2007).

Su eficacia ha quedado demostrada en diferentes ámbitos en los que se ha aplicado, de entre los que cabe destacar en el ámbito clínico, el tratamiento de la depresión (Baer, 2003; Cebolla & Miró, 2007; Kumar, Feldman & Hayes, 2008; Segal, Williams & Teasdale, 2006), de la ansiedad (Orsillo, Roemer,

Block-Lerner & Tull, 2004; Roemer & Orsillo, 2007), la mejora del estado de ánimo (Carlson, Ursuliak, Goodey, Angen & Speca, 2001), la mejora del bienestar general (Majumdar, Grossman, Dietz-Waschkowski, Kersig & Walach, 2002; Williams, Kolar, Reger & Pearson, 2001) y el tratamiento del dolor crónico (Kabat-Zin, Lipworth & Burney, 1985; Kabat-Zin, Lipworth, Burney & Sellers, 1987; Randolph, Caldera, Tacóne & Greak, 1999).

También hay abundantes datos de la aplicación del uso del *mindfulness* en el tratamiento de los trastornos de la personalidad (Linehan *et al.*, 2002, 2006; Kröger *et al.*, 2006; Verheul *et al.*, 2003; Van den Bosh *et al.*, 2005).

Según los datos disponibles en la actualidad, se puede afirmar que los pensamientos, las sensaciones y las emociones siguen leyes que no permiten su control directo y voluntario, por lo que, en lugar de intentar modificar aquellos de carácter negativo o doloroso, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) propone que hay que dejarlos fluir, aceptando su presencia en lugar de enfrentarse directamente a ellos (Hayes & Strosahl, 2004; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999; Wilson & Luciano, 2002). Tal y como establecen Hayes *et al.* (1999), el control es el problema y no la solución; se trataría de la paradoja a la que también hacen referencia Wilson y Luciano (2002), al señalar que cuantos más intentos se llevan a cabo para tratar de eliminar los eventos privados desagradables, más fuertes, persistentes e intensos se vuelven estos. Es decir, que cuanto menos dispuesto esté el sujeto a no tener una determinada sensación, imagen, pensamiento, emoción o recuerdo, más en contacto estará con eso mismo que pretende evitar (Wilson & Luciano, 2002). Sin embargo, uno de los principales objetivos de intervención de la mayoría de las clásicas y actuales terapias cognitivas y cognitivo-conductuales consiste precisamente en el control, eliminación, sustitución, cambio, etcétera, de los pensamientos y sensaciones, es decir, de los eventos privados, por otros más deseables (Hayes *et al.*, 1999; Wilson & Luciano, 2002). Paradójicamente, diversas investigaciones han demostrado que tales intentos de control pueden llegar a incrementar la intensidad, la frecuencia, la duración e, incluso, la accesibilidad a la estimulación no deseada,

generando con ello más problemas y sufrimiento (Gutiérrez, Luciano, Rodríguez & Fink, 2004).

Ante tal perspectiva, diversos autores (Hayes, 2002; Kabat-Zinn, 1994) han apuntado que, mediante la práctica de las técnicas de *mindfulness*, el sujeto aprende a observar y aceptar los pensamientos, las sensaciones y las emociones que experimenta sin hacer nada por tratar de modificarlos, cambiarlos o alterarlos. De esta forma, se puede llegar a tomar consciencia de los eventos privados y de los automatismos que conllevan, en especial, a considerarlos como causas o razones para actuar o dejar de actuar en determinados sentidos (Wilson & Luciano, 2002), de tal modo que el sujeto sea capaz de comportarse en formas valiosas para su vida, independientemente de aquellos (Hayes & Strosahl, 2004; Marlatt, 2002; Wilson & Luciano, 2002).

Tomando como referencia este marco teórico y las evidencias empíricas acumuladas, planteamos el presente estudio cuasiexperimental (Montero & León, 2005), con el objetivo de comprobar si un entrenamiento en consciencia plena puede producir cambios significativos en una serie de variables de personalidad, como la impulsividad, la evitación experiencial, la ansiedad social y los estados de ánimo en población no clínica, ya que los estudios realizados en los que se incluyen variables de personalidad, referidos anteriormente, lo hacen con sujetos clínicos y con trastornos.

Método

Participantes

La muestra del presente estudio estuvo constituida por 53 estudiantes de la Universidad de Almería, cuyas edades oscilaban entre los 19 y los 34 años ($M = 26,78$; $DT = 5,96$). El grupo experimental estuvo formado por 26 sujetos (3 hombres y 24 mujeres) y el grupo control por 27 estudiantes (4 hombres y 23 mujeres). La asignación de los sujetos a uno u otro grupo se realizó al azar, controlándose la variable sexo para que hubiese un número similar de hombres y mujeres en ambos grupos, y así evitar la interferencia de esta variable en los resultados del estudio.

Instrumentos

Escala de Impulsividad de Barrat (BIS-11) (Patton, Stanford & Barratt, 1995). Adaptación española de Oquendo, Baca-García, Graver, Morales, Montalbán y Mann (2001), que mide la impulsividad entendida como rasgo de personalidad. Está constituida por tres subescalas: impulsividad motora, impulsividad cognitiva e impulsividad no planificada. Consta de 30 ítems que se puntúan en una escala de 1 (muy de acuerdo) a 5 (muy en desacuerdo). La corrección se efectúa en los términos de a mayor puntuación mayor impulsividad, siendo el rango de 30 a 150. Dado que no existen puntuaciones de corte, se suele utilizar la mediana de la distribución de cara a la interpretación de los resultados. La versión española de la escala muestra unas adecuadas propiedades psicométricas, con un coeficiente alfa de 0,75.

Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ) (Hayes *et al.*, 2000). Adaptación española de Barraca (2004), que evalúa la evitación experiencial y la aceptación psicológica. Consta de nueve ítems que se valoran en una escala tipo Likers de siete puntos desde 1 (nunca verdad) a 7 (siempre verdad). El rango de puntuación oscila de 9 a 63 puntos. Una baja puntuación es interpretada como menor evitación experiencial y mayor aceptación psicológica. La consistencia interna de la adaptación española coincide con la del grupo de Hayes *et al.* (2000) que fue de 0,74.

Escala de evitación y ansiedad social (SAD) (Watson & Friend, 1969). Adaptación española de Bobes, Badía, Luque, García, González y Dal-Re (1999), que explora dos tipos de situaciones, las sociales y las de actuación, desde las vertientes de ansiedad y evitación. Consta de 28 ítems valorados en una escala de cinco puntos (donde 1 = nunca; 2 = casi nunca; 3 = de vez en cuando; 4 = a menudo y 5 = muy a menudo). La mitad de los ítems evalúan la respuesta de evitación y la otra mitad, la respuesta subjetiva de ansiedad. La versión española de la escala muestra un coeficiente alfa de 0,84.

Perfil de estados de ánimo (POMS) (McNair, Lorr & Droppleman, 1971). Adaptación española abreviada de Fuentes, Balaguer, Meliá & García-Merita (1995). La forma abreviada del perfil de estados de ánimo está compuesta de una lista de 30

adjetivos que evalúan cinco estados de ánimo: tensión, depresión, cólera, vigor y fatiga. Cada estado a su vez se divide en dos formas, A y B, cada una constituida por tres adjetivos, que son puntuadas por el sujeto a través de escalas Likers de cinco puntos que van de 0 a 4 (siendo 0 = nada; 1 = un poco; 2 = moderadamente; 3 = bastante y 4 = muchísimo). Se evalúa en qué medida se ha experimentado cada uno de los estados de ánimo descritos en cada adjetivo durante la última semana, incluyendo el día en que se responde al cuestionario. Los valores de Alfa de Cronbach de las versiones reducidas oscilan entre 0,70 y 0,83.

Procedimiento

En primer lugar, se procedió a la obtención de la muestra. Para ello, se ofertó un curso a través del Vicerrectorado de Estudiantes de la Universidad de Almería titulado “Aprendizaje y práctica de la conciencia plena mediante meditación *mindfulness*”. Por cuestiones prácticas, para el desarrollo de las sesiones, tan solo se ofertaron 70 plazas. Al curso se inscribieron un total de 65 estudiantes, de los cuales 59 pasaron a formar parte de la investigación, ya que no se tuvieron en cuenta para los resultados del estudio a aquellos estudiantes que manifestaron haber tenido alguna experiencia con alguna técnica de relajación, meditación, yoga, tai chi, etcétera.

Una vez obtenida la muestra del estudio, se procedió a obtener la medida pretest para las variables evaluadas, para lo cual se facilitó a todos los sujetos inscritos en el curso los cuestionarios a fin de que los cumplimentasen de forma individual. Dicha evaluación fue efectuada en una reunión inicial que se tuvo con todos los participantes inscritos. Una vez obtenida esta puntuación pretest, se procedió a la asignación al azar de los sujetos al grupo control y experimental. A los sujetos del grupo control, se les informó que por razones de espacio ellos recibirían el curso en un segundo turno, quedando por lo tanto, en lista de espera.

A continuación, se procedió a la aplicación del programa de intervención en el grupo experimental a lo largo de 10 sesiones, llevando a cabo una sesión semanal de una hora y media de duración,

centrada en el aprendizaje y práctica diaria de la técnica de meditación *mindfulness* denominada meditación-fluir (Franco, 2009). Este programa es una adaptación del programa de reducción del estrés denominado *Mindfulness-based Stress Reduction* (MBSR) (Kabat-Zinn, 1990), con la introducción de estrategias *mindfulness* utilizadas en la terapia de conducta dialéctica (Linehan, 1993) y en la terapia de aceptación y compromiso (Hayes *et al.*, 1999).

El objetivo principal de esta técnica de meditación *mindfulness* consiste en tratar de no controlar los pensamientos, sensaciones o sentimientos, ni modificarlos o cambiarlos por otros, dejándolos libres, aceptando cualquier evento privado que pueda aparecer o surgir de forma espontánea. Para ello, se combina el aprendizaje de dicha técnica con la exposición y debate de diversas metáforas y ejercicios utilizados en la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes *et al.*, 1999; Wilson & Luciano, 2002), así como varias historias y relatos tomados de la filosofía zen (Deshimaru, 2006) y de la meditación vipassana (Hart, 1994), junto con metáforas y ejercicios de elaboración propia. Otro componente del programa que también fue aprendido y practicado a lo largo de las 10 sesiones fue la ejecución de ejercicios de exploración corporal o *body-scan* (Kabat-Zinn, 1990). El programa de intervención fue aplicado por un instructor con una amplia experiencia tanto en la práctica como en la enseñanza de técnicas de *mindfulness*.

Los contenidos que se abordan en cada una de las sesiones, a modo de resumen, se presentan en la tabla 1.

El porcentaje medio de asistencia a las sesiones fue del 79%, estableciéndose el criterio de no considerar para los resultados estadísticos del estudio a aquellos participantes que hubiesen asistido a menos del 50% de estas. Del mismo modo, cada participante debía completar a lo largo de la semana una hoja de autorregistro en la que diariamente debía anotar si había practicado los ejercicios de exploración corporal y de conciencia plena en la respiración mandados para realizar en casa. El grado de realización de estas actividades tuvo un cumplimiento medio del 81% en el caso del ejercicio de exploración corporal, y del 74% en el caso del ejercicio de atención a la respiración. No se tuvo-

Tabla 1. Resumen del programa meditación-fluir

Sesión	Ejercicios	Metáforas
1	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de todos los miembros del grupo. • Exposición de los motivos para participar en el curso de meditación y sus expectativas. • Exposición de las condiciones previas necesarias para comenzar a meditar y diversos aspectos por tener en cuenta en la práctica de la meditación. • Explicación de la práctica de la meditación-fluir. • Realización de la primera práctica de meditación. 	
2	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio de tratar de no pestañear durante un minuto. • Búsqueda de analogías entre el ejercicio anterior y el control de eventos privados. • Práctica de meditación. 	Metáfora del bambú.
3	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio de observación de sensaciones en la zona de la cara. • Práctica de meditación. 	Metáfora del río, del vaso sucio, de la operación y del parto con dolor.
4	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio de observación de sensaciones en la zona del pecho y del abdomen. • Práctica de meditación. 	Metáfora del Mono y el Plátano.
5	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio de observación de sensaciones en la zona de la espalda. • Ejercicio de recordar palabras. • Ejercicio de observación de pensamientos. • Ejercicio ¿cuáles son los números? y ¿cómo se llama tu madre? • Práctica de meditación. 	Metáfora de los dos monjes.
6	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio de observar las sensaciones en los brazos. • Ejercicio de contar pensamientos. • Práctica de meditación. 	Historia de las dos sortijas.
7	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio de observar las sensaciones en las piernas. • Práctica de meditación. 	Metáfora de la radio encendida.
8	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio de observación de sensaciones por todo el cuerpo. • Ejercicio para analizar los “debo...” y los “debería...”. 	
9	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio de aceptación de eventos privados molestos e incómodos. • Ejercicio de decir sí y hacer no y decir no y hacer sí. • Práctica de meditación. 	Metáfora del ordenador, del polígrafo, y la historia de Míaou.
10	<ul style="list-style-type: none"> • Práctica de meditación. 	Metáfora de los indios que recogen leña.

Fuente: elaboración propia.

ron en cuenta para los resultados del estudio a aquellos participantes que indicaron haber practicado cualquiera de los dos ejercicios enviados para casa menos del 50% de los días. Cuatro participantes del grupo experimental fueron eliminados de los resultados del estudio por el incumplimiento de alguno de estos criterios, por lo que sus datos no fueron tomados en cuenta para el análisis estadístico final.

En el grupo control, dos personas no hicieron la evaluación postest, por lo que no se tuvieron en cuenta para los análisis estadísticos. Por lo tanto, la muestra final para el análisis de los datos quedó reducida a 53 participantes, 26 en el grupo experimental y 27 en el grupo control.

Una vez finalizado el programa de intervención, se procedió a obtener las medidas postest, para lo cual se volvió a administrar a todos los sujetos,

tanto del grupo control como experimental, los mismos cuestionarios aplicados en la fase pretest, para comprobar si se habían producido modificaciones significativas en las variables objeto del estudio. Dicha evaluación tuvo lugar dos días después de la finalización del curso, en una reunión conjunta que se tuvo con todos los participantes de ambos grupos.

Todos los sujetos participantes en el estudio fueron informados a la finalización de este del objetivo de la investigación, y se les solicitó su consentimiento por escrito para poder hacer uso de los datos obtenidos manteniendo y garantizando la confidencialidad y el anonimato. Una vez finalizada la investigación, se ofertó e impartió el programa de conciencia plena a los sujetos del grupo control.

Resultados

Para analizar la existencia de diferencias estadísticamente significativas en las medidas pretest y posttest entre ambos grupos, se utilizó la prueba *t* de Student para muestras independientes. En un segundo análisis, se compararon las medidas posttest con las pretest de cada grupo, usándose la *t* de Student para muestras relacionadas. En tercer lugar, se empleó la *d* de Cohen (1988) para valorar la magnitud del cambio producida por la intervención y,

finalmente, se calculó el porcentaje de cambio entre las puntuaciones posttest y pretest de ambos grupos. Para la realización de los análisis estadísticos, se usó el paquete estadístico SPSS versión 15.0.

Las medias y desviaciones típicas de las variables del estudio correspondientes a los grupos control y experimental para cada una de las fases del estudio se presentan en la tabla 2.

El análisis de la diferencia de medias entre las medidas pretest entre ambos grupos (tabla 3) no refleja la existencia de diferencias estadísticamente significativas de partida entre el grupo control y experimental. Sin embargo, se observan diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos al realizar el análisis de las diferencias posttest en las variables impulsividad ($t = 4,11; p = 0,001$), evitación experiencial y aceptación psicológica ($t = 3,85; p = 0,001$), evitación social ($t = 2,12; p < 0,05$), ansiedad social ($t = 2,68; p < 0,05$), tensión ($t = 2,56; p < 0,05$) y fatiga ($t = 2,39; p < 0,05$), observándose en todos los casos una disminución significativa en las puntuaciones medias en dichas variables en el grupo experimental en comparación con las puntuaciones medias del grupo control. No aparecieron diferencias significativas en este análisis en las variables depresión ($t = 0,464; p > 0,5$), cólera ($t = 1,30; p > 0,1$) y vigor ($t = 1,45; p > 0,1$).

Tabla 2. Medias y desviaciones típicas pretest y posttest de las variables del estudio en los grupos control y experimental

	Pretest				Posttest			
	Control		Experimental		Control		Experimental	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Impulsividad	77,06	6,89	78,94	10,1	79,81	8,14	69,56	6,41
Evitación experiencial	37,94	3,78	35,83	7,97	36,31	6,03	28,94	5,11
Evitación social	40,69	12,8	36,94	13,5	40,38	11,70	32,67	9,34
Ansiedad social	38,25	11,5	36,39	10,2	37,75	12,50	27,94	8,61
Tensión	15,71	7,01	16,29	5,40	16,75	7,54	9,14	3,18
Depresión	6,01	5,47	5,86	3,80	6,29	5,76	5,14	3,02
Cólera	8,71	5,21	7,57	2,51	9,14	5,01	6,43	2,22
Vigor	13,57	5,25	12,14	3,38	14,01	3,78	11,43	2,76
Fatiga	11,29	3,40	11,71	2,21	11,57	3,45	7,71	1,97

Fuente: elaboración propia.

Tabla 3. Prueba t de Student para muestras independientes de las diferencias pretest y posttest, entre los grupos control y experimental en las variables del estudio

	Pretest		Posttest	
	t	p	t	p
Impulsividad	0,623	0,537	4,11	0,001*
Evitación experiencial	0,963	0,343	3,85	0,001*
Evitación social	0,825	0,416	2,12	0,042**
Ansiedad social	0,497	0,622	2,68	0,011**
Tensión	0,171	0,867	2,56	0,034**
Depresión	0,057	0,956	0,46	0,651
Cólera	0,522	0,611	1,30	0,215
Vigor	0,604	0,557	1,45	0,172
Fatiga	0,279	0,785	2,39	0,025**

Nota: * $p < 0,001$; ** $p < 0,05$

Fuente: elaboración propia.

El análisis entre las puntuaciones posttest-pretest en el grupo control no presentó diferencias significativas en ninguna de las variables evaluadas (ver tabla 4). Al hacer este mismo análisis para las puntuaciones del grupo experimental, se encontraron diferencias significativas en 7 de las 9 variables analizadas. De forma ordenada, la intervención produjo mayores efectos en las variables cólera ($t = -8,01$; $p < 0,001$), evitación experiencial y aceptación psicológica ($t = -7,20$; $p < 0,001$), impulsividad ($t = -6,21$; $p < 0,001$), ansiedad social ($t = -5,55$; $p < 0,001$), tensión ($t = -4,62$; $p = 0,001$), fatiga ($t = -4,15$; $p = 0,001$) y, por último, en la variable evitación social ($t = -2,61$; $p < 0,05$). No mostraron diferencias significativas las variables depresión ($t = -1,68$; $p > 0,1$) y vigor ($t = 0,371$; $p > 0,5$).

Las puntuaciones obtenidas con la d de Cohen en el grupo experimental (tabla 5) muestran la existencia de cambios muy importantes en las variables fatiga ($d = 1,90$) y tensión ($d = 1,61$); importantes en las variables impulsividad ($d = 1,14$) y evitación experiencial y aceptación psicológica ($d = 1,02$); y cambios de nivel medio en la variable ansiedad social ($d = 0,892$). Por último, se producen cambios de nivel bajo en las variables evitación social ($d = 0,363$), cólera ($d = 0,485$), fatiga ($d = 0,236$)

Tabla 4. Prueba t de Student para muestras relacionadas de las diferencias posttest-pretest en el grupo control y en el grupo experimental para las variables del estudio

	Control		Experimental	
	t	p	t	p
Impulsividad	1,77	0,097	-6,21	0,000*
Evitación experiencial	1,55	0,141	-7,20	0,000*
Evitación social	0,43	0,667	-2,61	0,017***
Ansiedad social	1,14	0,271	-5,55	0,000*
Tensión	1,86	0,111	-4,62	0,001**
Depresión	1,54	0,172	-1,69	0,140
Cólera	1,01	0,356	-8,01	0,000*
Vigor	0,66	0,534	0,37	0,723
Fatiga	1,54	0,172	-4,15	0,001**

Nota: * $p < 0,001$; ** $p = 0,001$; *** $p < 0,05$

Fuente: elaboración propia.

y depresión ($d = 0,214$). Sin embargo, las puntuaciones obtenidas con la d de Cohen en el grupo control son de nivel bajo y muy bajo en todas las variables del estudio.

Finalmente, el porcentaje de cambio posttest-pretest en el grupo experimental (tabla 5) manifiesta una reducción en 8 de las 9 variables analizadas. Se producen las mayores disminuciones en las variables tensión (-43,8%), fatiga (-34,1%) y ansiedad social (-23,2%); seguidas de evitación experiencial y aceptación psicológica (-19,2%), cólera (-15,1%) y depresión (-12,2%); y, por último, las variables impulsividad (-11,8%) y evitación social (-1,5%). En la variable vigor se produce un incremento del 5,8%. En el grupo control, dichos porcentajes oscilan entre una reducción máxima del 4,2% en la variable evitación experiencial y un incremento máximo del 4,9% en la variable cólera.

Discusión

El objetivo de este estudio era comprobar la influencia de la práctica de un tipo de meditación basado en la conciencia plena (*mindfulness*) sobre determinadas variables psicológicas de un grupo de estudiantes universitarios. Para ello, se trabajó con dos grupos de participantes que presentaban

Tabla 5. Magnitud de cambio (d de Cohen) y porcentaje de cambio para ambos grupos, en las variables del estudio

	<i>d</i> de Cohen		% de cambio	
	Control	Experimental	Control	Experimental
	<i>d</i>	<i>d</i>	%	%
Impulsividad	0,36	1,14	3,56	-11,8
Evitación experiencial	0,32	1,02	-4,2	-19,2
Evitación social	0,02	0,36	-0,76	-11,5
Ansiedad social	0,04	0,89	-1,3	-23,2
Tensión	0,14	1,61	0,06	-43,8
Depresión	0,04	0,21	4,65	-12,2
Cólera	0,08	0,48	4,93	-15,1
Vigor	0,09	0,23	3,24	5,84
Fatiga	0,08	1,90	2,48	-34,1

Fuente: elaboración propia.

puntuaciones medias similares en todas las variables analizadas antes de comenzar el programa de intervención (fase pretest). La hipótesis de partida era que el programa de intervención basado en la conciencia plena (meditación-fluir) provocaría un cambio significativo en las variables medidas en los sujetos del grupo experimental.

En este sentido, los resultados obtenidos permiten confirmar esta hipótesis, pues los participantes del grupo experimental obtuvieron una reducción estadísticamente significativa en las variables impulsividad, evitación experiencial y aceptación psicológica, evitación social, ansiedad social, tensión y fatiga en comparación con los participantes del grupo control. Del mismo modo, al comparar las puntuaciones medias pretest y postest en el grupo experimental, se obtuvo una reducción significativa en todas las variables evaluadas (excepto en las variables depresión y vigor), de tal modo que la participación en el programa de intervención produjo puntuaciones medias más bajas en la fase postest comparadas con las puntuaciones medias de la fase pretest. Por otra parte, es destacable el valor de estos resultados que respaldan la utilización de este programa en poblaciones de sujetos normales, dado que los resultados obtenidos hasta ahora lo habían sido en poblaciones clínicas.

Otra cuestión por resaltar de la presente investigación, a diferencia de otros estudios relacionados,

es que este entrenamiento, además de las habituales técnicas de meditación *mindfulness* (meditación fluir y *body-scan*), incluyó diversas metáforas, paradojas y ejercicios de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). La eficacia y efectividad de la ACT ha sido empíricamente demostrada y confirmada sobre una gran variedad de problemas tanto de tipo médico como psicológico (Hayes, 2004; Hayes & Strosahl, 2004; Hayes, Masuda, Bisset, Luoma & Guerrero, 2004; Hayes *et al.*, 2006). Quizás el empleo de determinados ejercicios, metáforas y paradojas de la ACT haya podido incidir positivamente al abandonar el control de los eventos privados (pensamientos, sentimientos, sensaciones corporales, etcétera) y promover la aceptación de estos (Eifert & Forsythe, 2005; Hayes & Strosahl, 2004; Hayes *et al.*, 1999).

Las técnicas que buscan que los sujetos tengan experiencias *mindfulness* persiguen, ante todo, que la persona se deje llevar por las sensaciones que percibe. Se trata de promover, de poner como punto fundamental de referencia, las sensaciones y emociones, dejando que ellas actúen de forma natural (Vallejo, 2008). La práctica continuada de la conciencia plena reduce las tensiones, los miedos y las preocupaciones, y hace que la persona se pueda desvincular progresivamente de sus pensamientos y de sus procesos emocionales, convirtiéndose de esta manera en un mecanismo muy útil y efectivo

de autorregulación emocional (Martín-Asuero & García, 2007).

Mediante la práctica de la consciencia plena, aprendemos a observar y aceptar los pensamientos, las sensaciones y las emociones que se presentan sin hacer nada por tratar de modificarlas, cambiarlas o alterarlas. De esta forma, tomamos consciencia de nuestros eventos privados y de los automatismos que conllevan, de tal modo que podemos actuar independientemente de nuestros pensamientos y emociones, no dando automáticamente por cierto lo que sentimos y pensamos. Con la práctica de la consciencia plena se hacen más conscientes nuestros pensamientos, sensaciones y emociones, al tiempo que reduce las tensiones, los miedos y las preocupaciones (Holen & Halvor, 2007).

No obstante, el diseño de este estudio no nos permite conocer los mecanismos que podrían estar a la base de la reducción de las puntuaciones en las diferentes escalas aplicadas para evaluar las variables de personalidad. Aunque los datos obtenidos en la presente investigación confirman la utilidad

del programa para producir cambios en las puntuaciones de las escalas empleadas, somos conscientes de las limitaciones del presente estudio debido a la metodología empleada, donde los sujetos son en su mayoría de sexo femenino; se ha empleado exclusivamente el cuestionario como instrumento de evaluación, y no se han hecho seguimientos a lo largo del tiempo que nos permitan saber si las ventajas se mantienen a corto, medio y/o largo plazo.

Así mismo, tampoco este estudio aísla el efecto de grupo ni el del instructor. El hecho de que los estudiantes acudieran a este programa sin más elementos que los propios paneles informativos es un aspecto que se debe tener en cuenta dado el “valor terapéutico” que implica adoptar un papel activo en el afrontamiento de problemas de la vida cotidiana. Por lo tanto, es necesario diseñar nuevas investigaciones que permitan evaluar con más detalle los efectos beneficiosos del programa de consciencia plena (fluir) y aislar los componentes que realmente resultan imprescindibles para que dicho programa funcione y sea efectivo y eficaz.

Referencias

- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.
- Baer, R. A., Hopkins, J., Krietemeyer, J., Smith, G. T. & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45.
- Barraca, J. (2004). Spanish Adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 505-515.
- Bishop, S. (2002). What do we really know about MBSR. *Psychosomatic Medicine*, 64, 71-84.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Cardomy, J. et al. (2004). Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 230-241.
- Bobes, J., Badía, X., Luque, A., García, M., González, M. P. & Dal-Re, R. (1999). Validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distress Scale y Seehan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. *Medicina Clínica*, 112, 530-538.
- Carlson, L. E., Ursuliak, Z., Goodey, E., Angen, M. & 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.
- Cebolla, A. & Miró, M. T. (2007). Terapia cognitiva basada en la atención plena en el tratamiento de la depresión. *Psicoterapia*, 66-67, 133-157.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed.). Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Delgado, L. C. (2009). *Correlatos psicofisiológicos de mindfulness y la preocupación. Eficacia de un entrenamiento en habilidades mindfulness*. Tesis doctoral. Universidad de Granada.
- Deshimaru, T. (2006). *La práctica del zen*. Barcelona: RBA.
- Eifert, G. H. & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance & Commitment Therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behaviour change strategies*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Franco, C. (2009). *Meditación fluir para serenar el cuerpo y la mente*. Madrid: Bubok.
- Fuentes, I., Balaguer, I., Meliá, J. L. & García-Merita, M. (1995). Forma abreviada del perfil de estados de ánimo (POMS). Comunicación presentada en el V Congreso de Psicología de la Actividad Física y del Deporte, Valencia, 22-24 de marzo.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. & Walach H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43.
- Gutiérrez, O., Luciano, M. C. & Rodríguez, M. (2005). Análisis de los contextos verbales en el trastorno de evitación experiencial y en la terapia de aceptación y compromiso. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(2), 333-358.
- Hart, W. (1994). *La Vipassana. El arte de la meditación*. Madrid: Luz de Oriente.
- Hayes, S. C. (2002). Buddhism and Acceptance and Commitment Therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(1), 58-66.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy and the new behaviour therapies. En S. C. Hayes, V. M. Follette & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 1-29). Nueva York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C. & Strosahl, K. D. (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer-Verlag.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.

- Hayes, S. C., Bunting, K., Herbst, S., Bond, F. W. & Barnes-Holmes, D. (2006). Expanding the scope of organizational behaviour management: Relational frame theory and the experimental analysis of complex human behaviour. *Journal of Organizational Behavior Management*, 26, 1-23.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. & Lillis, J. (2006) Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S. C., Bissett, R. T., Strosahl, K. D., Wilson, K. D., Pistorello, J., Dykstra, T. A., et al. (2000). *Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ)*. Non-published manuscript. (Can be obtaining by request to the first author).
- Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J. & Guerrero, L. F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, 35, 35-54.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delacorte.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (1996). Mindfulness meditation, what is what isn't. En Y. Haruki, Y. Ishii & M. Suzuki (Eds.), *Comparative and psychological study on meditation* (pp. 161-170). Delft, 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., Lipworth, L. & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8, 163-190.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., Burney, R. & Sellers, W. (1987). Four-year follow-up of a meditation-based program for the self-regulation of chronic pain: Treatment outcomes and compliance. *The Clinical Journal of Pain*, 2, 159-173.
- Kumar, S., Feldman, G. & Hayes, A. (2008). Changes in mindfulness and emotion regulation in an exposure-based cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 734-744.
- Kröger, Ch., Schweiger, U., Sipos V., Arnold, R., Kahl, K., Schunert, T. et al. (2006). Effectiveness of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1211-1217.
- Linehan, M. M., Heard, H. & Armstrong, H. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971-974.
- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Shaw-Welch, S., Heagerty, P. et al. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 13-26.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L. et al. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757-766.
- Marlatt, G. A. (2002). Buddhist philosophy and the treatment of addictive behavior. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(1), 44-50.
- McNair, D. M., Lorr, M. & Droppleman, L. F. (1971). *Profile of Mood States Manual*. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Services.
- Majumdar, M., Grossman, P., Dietz-Waschkowski, B., Kersig, S. & Walach, H. (2002). Does mindfulness meditation contribute to health? Outcome evaluation of a german sample. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 8, 719-730.
- Montero, I. & León, O. (2007). Guía para nombrar los estudios de investigación en psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-882.
- Oquendo, M. A., Baca-García, E., Graver, R., Morales, M., Montalbán, V. & Mann, J. J. (2001). Spanish Adaptation of Barrat Impulsiveness Scale (BIS). *European Journal of Psychiatry*, 15, 147-155.

- Orsillo, S. M., Roemer, L., Block-Lerner, J. & Tull, M. T. (2004). Acceptance, mindfulness, and cognitive-behavioral therapy: Comparisons, contrasts and applications to anxiety. En S. C. Hayes, V. M. Follette & M. M. Linehan (Eds.). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford Press.
- Patton, J. M., Stanford, M. S. & Barratt, E. S. (1995). Factor Structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology, 51*, 768-774.
- Pérez, M. A. & Botella, L. (2007). Conciencia plena (*mindfulness*) y psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de Psicoterapia, 17*, 77-120.
- Randolph, P. D., Caldera, Y. M., Tacóne, A. M. & Greak, M. L. (1999). The long-term combined effects of medical treatment and a mindfulness-based behavioral program for the multidisciplinary management of chronic pain in west Texas. *Pain Digest, 9*, 103-112.
- Roemer, L. & Orsillo, S. M. (2007). An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy, 38*, 72-85.
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D. & Williams, J. M. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy: Theoretical rationale and empirical status. En S. C. Hayes, V. M. Follette & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and Acceptance*. Nueva York: Guilford Press.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. & Teasdale, J. D. (2006). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la conciencia plena: un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Vallejo, M. A. (2006). Mindfulness. *Papeles del Psicólogo, 27*, 92-99.
- Vallejo, M. A. (2007). El *mindfulness* y la “tercera generación de terapias psicológicas”. *Infocop, 33*, 16-18.
- Vallejo, M. A. (2008). *Mindfulness* o atención plena: de la meditación y la relajación a la terapia. En F. Labrador. *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 225-241). Madrid: Ed. Pirámide.
- Van den Bosch, L., Verheul R., Schippers G. & Van den Brink, W. (2002). Dialectical Behavior Therapy of borderline patients with and without substance use problems. Implementation and long-term effects. *Addictive Behaviors, 27*, 911-923.
- Watson, D. & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33*, 448-457.
- Verheul, R., Van den Bosch, L. M., Koeter, M., De Ridder, M., Stijnen, T. & Van den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *British Journal of Psychiatry, 182*, 135-140.
- Williams, K. A., Kolar, M. M., Reger, B. E. & 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. & Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

Fecha de recepción: 4 de mayo de 2010
Fecha de aceptación: 15 de octubre de 2010