

Evaluación de un programa de mindfulness. Efectos preliminares sobre regulación emocional y sintomatología

Evaluation of a Mindfulness Program. Preliminary Effects on Emotional Regulation and Symptomatology

Denise López Moreno^{1,3}, Martín M. Puddington^{2,3}, María Fernanda Jaramillo³, Catalina Moiseff³, Pablo Gagliesi³, Corrine Stoewsand³

¹Universidad de Palermo, ²CONICET, Universidad de Buenos Aires,

³Fundación Foro

mmpuddington@gmail.com



Cómo citar Citation

López Moreno, D., Puddington, M., Jaramillo, M. A., Moiseff, C., Gagliesi, P., & Stoewsand, C., (2017). Evaluación de la sintomatología psicológica y la regulación emocional antes y después de la administración del programa "Power Mindfulness". Estudio Preliminar. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 9, doi: 10.5872/psiencia/9.3.21

Recibido Received

02 / 09 / 2016

Aceptado Accepted

22 / 11 / 2016

Copyright

© 2017 López Moreno

Este es un artículo de acceso abierto bajo la licencia Creative Commons [BY-NC-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/), lo que permite compartirlo o adaptarlo, sin fines comerciales, con indicación del autor y la fuente original.

This is an open access article under Creative Commons [BY-NC-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/) license, which allows sharing or adapting it in any medium, without commercial purposes, giving credit to original author and source.

Resumen

Power Mindfulness es un programa de 8 semanas, que tiene por objetivo cultivar un mayor balance emocional y satisfacción con la vida por medio de la práctica de Mindfulness. Con el fin de conocer las características y la evolución de la sintomatología de los participantes del taller, se evaluó a un grupo de individuos antes y después de la realización del taller. 27 participantes antes de comenzar el taller completaron las pruebas SCL-90-R y la escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS), que permiten estudiar sintomatología psicológica y desregulación emocional respectivamente. 11 participantes completaron además un registro posterior a la intervención. El análisis de las medidas pre tratamiento reveló que los participantes presentaban, bajos niveles de sintomatología. Un 44% de la muestra afirmó estar en tratamiento psicológico. Este subgrupo mostró niveles de malestar psicológico y de interferencia de las emociones en la vida cotidiana significativamente superiores a los del resto de la muestra. Las comparaciones pre y post tratamiento mostraron una mejoría estadísticamente significativa tanto en los niveles de sintomatología como en los de desregulación emocional. Los resultados de esta prueba piloto son muy alentadores y representan un incentivo para la realización de futuros estudios controlados.

Palabras clave

Power Mindfulness, Meditación, Ansiedad, Depresión, Regulación Emocional

Abstract

Power Mindfulness is an 8-week workshop designed to cultivate greater emotional balance and life satisfaction through mindfulness practices. This study seeks to understand the changes in mental health and emotional regulation that participants experienced. 27 participants completed previous to the intervention, the SCL-90-R and the Difficulties in Emotional Regulation Scale (DERS) to measure general psychological symptoms, and emotional dysregulation respectively. 11 participants completed also a post intervention assessment. The analysis of the pre treatment evaluation revealed in general terms, low levels of symptomatology among participants. 44% of the sample indicated to be currently under psychological treatment, and presented significantly higher symptomatology and emotion dysregulation, in comparison to the rest of the participants. Comparisons between pre- and post-measures showed both an improvement in symptomatology levels and in emotional regulation. The results of this pilot study are encouraging and represent an incentive for the realization of control trial studies in the future.

Keywords

Power Mindfulness, Meditation, Anxiety, Depression, Emotional Regulation

Introducción

Mindfulness puede ser definido como la autoregulación de la atención, dirigida hacia la experiencia inmediata, adoptando una actitud de curiosidad, apertura y aceptación (Bishop et al., 2004). Se trata de una práctica originada en el budismo, que ha sido adaptada al contexto cultural de occidente (Kirmayer, 2015). En las últimas décadas se ha generado un interés tal, que el número de publicaciones sobre mindfulness creció exponencialmente (Williams y Kabat-Zinn, 2011). Buena parte de estas publicaciones son trabajos dedicados a estudiar la eficacia de esta práctica sobre la salud mental y el bienestar. El número de trabajos dedicados a estudiar la eficacia de la práctica de mindfulness y de la psicoterapia basada en mindfulness es tan grande que existen no menos de 10 publicaciones con revisiones sistemáticas y meta-análisis. Los resultados de estos meta-análisis varían en función de los criterios de inclusión de los estudios, el tipo de sujetos, el tipo de intervención y las variables estudiadas. Pero la mayoría de los estudios concuerdan en que el tamaño de efecto cuando se comparan las medidas previas a la administración del entrenamiento en Mindfulness con medidas posteriores es mediano (d de Cohen, 0,5) (Grossman, Niemann, Schmidt y Walach, 2004; Hofmann, Sawyer, Witt y Oh, 2010; Khoury, et al., 2013; Ledesma y Kumano, 2009; Piet, Würtzen y Zachariae, 2012) o pequeño (d de Cohen, 0,2) (Bohlmeijer, Prenger, Taal y Cuijpers, 2010; Eberth y Sedlmeier, 2012; Abbott, et al., 2014) pero en todos los casos estadísticamente significativo. Hay un acuerdo también en que mindfulness es un tratamiento útil para reducir la depresión y la ansiedad (Chiesa y Serretti, 2011; Abbot, et al., 2014; Piet, Würtzen y Zachariae, 2012; Hofmann, et al., 2010; Khoury, et al., 2013; Bohlmeijer et al., 2010), y que en el caso de depresión recurrente el tratamiento con Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT) previene recaídas (Piet y Hougaard, 2011; Chiesa y Serretti, 2011).

En particular, Chiesa y Serretti (2009), compararon 9 estudios (7 estudios experimentales y 2 con diseño cuasiexperimental) en los cuales se aplicaba el programa de Reducción de Estrés Basado en Mindfulness (MBSR) a sujetos sanos. Se observó claramente una reducción en los niveles de estrés medido con escalas de sintomatología general. Como la mayoría de los estudios utilizaban lista de espera como condición control, los autores sostienen que hay buena evidencia de un efecto no específico. Pero también incluyeron en el meta-análisis un estudio que utilizaba un grupo activo que simulaba meditación y que tuvo un desempeño significativamente más bajo que el del grupo experimental, por lo que los autores señalan que podría haber también un efecto específico para la reducción de estrés. El último estudio incluido en ese meta-análisis utilizaba un grupo control con una condición relajación, y no se observaron diferencias entre los grupos. Este meta-análisis resulta muy interesante ya que muestra que el entrenamiento en atención plena puede resultar útil para mejorar la calidad de vida del público en general, no solo de quienes presentan alguna condición médica o psiquiátrica.

En resumen, existe un consenso creciente de que el entrenamiento en mindfulness reduce los niveles de depresión y ansiedad tanto en pacientes con trastornos psiquiátricos, como pacientes con condiciones médicas o población sana. Una posible vía de acción por la cual el entrenamiento en mindfulness reduce los niveles de depresión y ansiedad podría ser la mejora de la regulación emocional (Gu, Strauss, Bond

y Cavanagh, 2015). La regulación emocional puede ser definida como el conjunto de acciones que realiza un individuo para influir sobre sus propias emociones (Hervas, 2011) y el hecho de ser consciente de las propias emociones podría aumentar la eficacia de tales acciones. Por ejemplo Silvia (2002) observó que cuando se inducía tristeza en un grupo de voluntarias mujeres por medio de un relato, la intensidad de la respuesta variaba si la habitación en la que el sujeto se encontraba contaba con un espejo en la que la participante se viera reflejada, y si recibía o no la instrucción de intentar voluntariamente sentir tristeza. En el caso de recibir esa instrucción las participantes incrementaban el nivel de respuesta emocional en presencia de un espejo, pero si no se les indicaba que intentaran sentir tristeza entonces la presencia del espejo reducía la intensidad de la respuesta emocional. En ausencia del espejo no se observaron diferencias entre los grupos que recibieron o no la instrucción. Dado que en los programas basados en mindfulness muchas veces se alienta a los practicantes a ser conscientes de las emociones de forma amable y autocompasiva, se ha planteado al mindfulness como un entrenamiento que aumenta la regulación emocional (Chambers et al., 2009). En efecto, Broderick y Metz (2009) evaluaron regulación emocional utilizando el cuestionario de dificultades en la regulación emocional (DERS, para más detalles ver el apartado instrumentos de este artículo) y observaron una reducción significativa en los niveles de desregulación emocional de alumnos de escuela que participaron de un programa de entrenamiento en mindfulness. Las diferencias observadas en ese estudio fueron entre medidas pre tratamiento y post tratamiento, pero no entre el grupo experimental y el grupo control. Aunque dado que los participantes no fueron asignados al azar a los grupos, sino que utilizaron a alumnos de los últimos años del secundario para el grupo experimental y a alumnos más jóvenes como control, y además el n en ambos grupos estaba muy desbalanceado (Grupo Experimental n = 120 y Grupo Control n = 17) las comparaciones entre grupos en este estudio no permiten sacar ninguna conclusión.

La institución en la cual se llevó a cabo la presente investigación, ofrece al público general, un taller basado en Mindfulness denominado Power Mindfulness. En este estudio se buscó responder dos preguntas básicas. En primer lugar ¿Cuál es el perfil de los sujetos que demandan espontáneamente este tipo de intervenciones? En segundo lugar, si los participantes reducen los niveles de sintomatología psiquiátrica y desregulación emocional en comparaciones pre – post tratamiento.

Los objetivos de este estudio fueron:

- a) Describir las características demográficas y los niveles de sintomatología basales que presenta la población de participantes del dicho taller. En este caso no había una hipótesis a priori.
- b) Observar qué cambios ocurren entre la medición pre tratamiento y la medición post tratamiento en los niveles de sintomatología psicológica y de regulación emocional. La hipótesis en este caso es que los participantes registran niveles mas bajos de sintomatología y de desregulación emocional en la medición post tratamiento en comparación con la medición pre tratamiento.

Los datos que se presentan en este manuscrito son preliminares, correspondientes a la primera cohorte del estudio.

Método

Power Mindfulness, descripción del programa

Power Mindfulness, es un programa de 8 encuentros de dos horas y media. Los encuentros se realizan una vez por semana a lo largo de 8 semanas. Este programa fue diseñado y desarrollado por la Dra. Corrine Stoesand (en preparación) y está inspirado en el trabajo de reconocidos referentes que incluyen a Marsha Linehan (1993), Paul Ekman (Ekman et al., 2005; Kemeny, et al., 2012), Alan Wallace (Ekman et al., 2005), Jon Kabat-Zinn (Kabat-Zinn, 2013; Kabat-Zinn y Davidson, 2011), Ronald Seigel (2010) y Kristin Neff (2011), entre muchos otros.

Cada encuentro incluye varias prácticas cortas de 3 a 5 minutos y una práctica guiada más larga de alrededor de 20 minutos. Además, se invita a los participantes a practicar 30 minutos por día durante la semana. Las prácticas incluyen atención focalizada (por ejemplo Mindfulness de la respiración), atención abierta (por ejemplo escaneo corporal, Mindfulness contando de a tres) y contemplación analítica (como la enseña Alan Wallace, teólogo budista) para promover la bondad y la ecuanimidad. Adicionalmente muchos encuentros incluyen movimientos consientes.

Los encuentros incluyen también ocho lecciones y prácticas sobre: 1) Estar presente en tu vida, 2) Los pensamientos son efímeros, 3) Ansiedad y miedo 4) Auto-compasión, 5) Mente sabia 6) Aceptación radical 7) Inteligencia emocional y 8) Bienestar excepcional.

El programa tiene como objetivo, cultivar un mayor balance emocional y satisfacción con la vida por medio de la práctica de Mindfulness.

Cada encuentro comienza con 10 minutos de práctica y la revisión de las tareas para el hogar. Cada clase cierra con una práctica más larga de aproximadamente 30 minutos. Entre medio hay un intervalo en el que se ofrece té y galletitas, que se toman en silencio o dentro de una contemplación guiada.

Los asistentes tienen un manual que incluye toda la información que se enseña en las clases, lecturas adicionales, explicaciones de las tareas para el hogar. Los encuentros son coordinados por dos expertos, uno que asume el rol de enseñar, "profesor" y otro el de acompañar, "tutor". Además se envía un email semanal como recordatorio de las tareas y para alentar a los participantes a practicar en la semana.

El programa de Power Mindfulness fue elaborado considerando las prácticas que desde el punto de vista de la autora resultan más potentes. En comparación con otros programas populares como por ejemplo MBSR, Power Mindfulness se diferencia en la incorporación de lecciones sobre emociones, aceptación y ecuanimidad, prácticas específicas dirigidas a las emociones y la ansiedad, y también prácticas de mindfulness sobre las 4 virtudes del budismo tibetano.

Procedimiento

Los voluntarios para este estudio fueron asistentes al taller de Power Mindfulness que se ofrece habitualmente en la institución en la cual se llevó a cabo el estudio. Antes de comenzar el primer encuentro, los voluntarios recibían un sobre que contenía un

consentimiento informado, en donde se les comunicaban sus derechos como participantes, y tres cuestionarios que debían completar. Luego, en el último encuentro del taller, los voluntarios volvían a recibir un sobre con los cuestionarios. Se incluyó en la muestra a los participantes de los talleres llevados a cabo entre Agosto y Diciembre de 2015.

Se evaluaron en total 27 participantes. 16 participantes completaron únicamente el cuestionario inicial mientras que los 11 restantes completaron tanto la medida pre tratamiento como la medida post-tratamiento.

Instrumentos

Se utilizó un cuestionario sociodemográfico elaborado ad hoc en donde se indagaba la edad, el sexo, el nivel de estudios y el estado civil. Adicionalmente se incluyeron las preguntas que se encuentran en la Tabla 1. Estas preguntas tenían como propósito relevar información que permita caracterizar a la población que asiste al taller en relación al grado en que recibe asistencia en salud mental y o practica actividades terapéuticas.

Tabla 1. Preguntas adicionales incluidas en el cuestionario sociodemográfico

| Preguntas adicionales del cuestionario sociodemográfico | |
|---|---|
| 1- | Además de este taller, ¿se encuentra actualmente en tratamiento psicológico? |
| 2- | En caso afirmativo, ¿Qué tipo de tratamiento se encuentra haciendo? |
| 3- | Contando el tratamiento actual pero sin contar el taller ¿Cuántos tratamientos psicológicos ha hecho en su vida? |
| 4- | ¿Se encuentra actualmente en tratamiento psiquiátrico con psicofármacos? |
| 5- | En caso afirmativo indique el fármaco |
| 6- | ¿Realiza algún otro tipo de terapia o actividad que pueda considerarse terapéutica? |
| 7- | ¿Consume alguna droga alcohol o cigarrillo? en caso afirmativo indique cantidad y frecuencia |
| 8- | ¿Realiza algún deporte en este momento? Indique que deporte realiza con qué frecuencia y cuánto tiempo lleva realizando |

Para la evaluación de sintomatología se utilizó la adaptación de Castro Solano y Casullo (1999) del inventario de síntomas SCL-90-R (Derogatis, 1977), que es un instrumento de uso frecuente en investigaciones clínicas y de eficacia en psicoterapias (Schmitz, et al., 2000). Se trata de un instrumento de 90 ítems que incluye un espectro amplio de síntomas psicofísicos. Los sujetos deben contestar, utilizando una escala Likert con 5 opciones de respuesta, con qué frecuencia se presentó cada síntoma en la última semana. Este cuestionario posee 9 subescalas: Somatizaciones, Obsesiones y compulsiones, Sensitividad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide y Psicoticismo. Además posee tres medidas resumen: Total de síntomas positivos (TSP, el número total de síntomas que el sujeto indica haber sufrido en la última semana, al menos "muy poco"), el Índice global de severidad (IGS, la suma total de los puntajes que dio el paciente a cada ítem dividido por el número total

de ítems de la prueba) y el Índice Malestar Sintomático Positivo (IMSP, la suma total de los puntajes que dio el paciente a cada ítem dividido por el valor de TPS). El IGS es un indicador de malestar psicológico muy utilizado. Por ejemplo, Bohus y colaboradores (2004), emplearon este indicador como medida principal de respuesta al tratamiento ya que tenía una alta correlación con la mayoría de los otros indicadores utilizados en el estudio. Por otro lado, el IMSP es otro indicador interesante, ya que expresa el grado de malestar que producen los síntomas que sí están presentes, y excluye los síntomas que el paciente no reporta. Para el cálculo del IMSP, a diferencia del IGS el denominador no es una constante sino un número que varía en función de la cantidad de síntomas que presenta el individuo.

Se incluyó además el cuestionario de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS). Se utilizó la traducción española hecha por Hervás y Jódar (2008) inicialmente desarrollada por Gratz y Roemer (2004). La versión española cuenta con 28 ítems y permite obtener un puntaje global de desregulación emocional que se descompone en 5 subescalas: Descontrol emocional, hace referencia a la percepción de desborde debido a la intensidad de la emoción, y a un déficit en habilidades de regulación emocional. Rechazo emocional, se refiere a la no aceptación de la emoción y a la tendencia a presentar respuestas emocionales secundarias. Interferencia cotidiana, los ítems de este factor evalúan las dificultades para concentrarse en una meta u objetivo cuando se experimenta un estado de activación emocional, Desatención emocional, refiere a la falta de conciencia sobre las propias emociones. Confusión emocional, responde al nivel de claridad que tiene el individuo sobre la emoción que está experimentando. Este instrumento cuenta con una validación hecha en población universitaria en nuestro país (Medrano y Trógolo, 2014).

Características demográficas de la muestra

La muestra total fue de 27 sujetos que contestaron la primera serie de cuestionarios y 11 de ellos que contestaron también la segunda serie de cuestionarios. Las edades de los sujetos variaron entre 21 y 73 años (Media 47, Desvío 15), 37 % de los voluntarios fueron hombres, 96% de los sujetos contaba con educación terciaria o superior, y el resto con educación secundaria completa. 44% afirmó estar haciendo tratamiento psicológico (terapia cognitiva 2 sujetos, psicoanálisis 2 sujetos, psicoterapia sin especificar 6 sujetos, 2 sujetos no especificaron qué tratamiento). 74% de los sujetos afirmaron haber hecho al menos un tratamiento en su vida. 3 sujetos dijeron consumir benzodiazepinas, en dos casos con prescripción psiquiátrica. 6 sujetos afirmaron realizar actividades emparentadas con Mindfulness (yoga, meditación Tai Chi y rezar). En cuanto al consumo de drogas, ningún sujeto afirmó consumir regularmente drogas ilegales o alcohol. 4 sujetos se declararon fumadores sociales o de baja frecuencia. En cuanto a la práctica de deporte, un 88% afirmó practicar algún deporte.

En particular el grupo de sujetos que completó el cuestionario en las dos instancias, estaba compuesto por 6 mujeres y 5 varones de entre 34 y 73 años, todos ellos con formación universitaria. 4 de ellos estaban en tratamiento psicológico, uno de los cuales también recibía tratamiento psiquiátrico (benzodiazepinas). Los 11 sujetos afirmaron realizar alguna actividad física (por ejemplo, gimnasio, aquagym, natación, caminata, golf, etc.).

Análisis de datos

Debido a la falta de normalidad y de homocedasticidad en algunas variables, se decidió utilizar mayormente estadística no paramétrica. En todos los casos, el tamaño del efecto fue estimado mediante la correlación de rangos (r).

Con la muestra total de 27 sujetos se realizaron comparaciones segmentando la misma. Se buscó conocer si hombres y mujeres diferían en sus niveles de malestar psicológico y desregulación emocional. Para ello se realizaron comparaciones mediante la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, segmentando la muestra en función del género. En segundo lugar se compararon los niveles de desregulación emocional y de sintomatología segmentando la muestra según los participantes hubieran declarado estar o no bajo tratamiento psicológico.

El análisis estadístico comparativo entre medidas pre y post tratamiento se realizó con los únicos 11 sujetos que completaron ambas medidas. La hipótesis que se testeó fue que los sujetos registraron niveles menores de sintomatología y de desregulación emocional en el registro post tratamiento, en comparación con el registro pre tratamiento. Se realizaron tests de Wilcoxon independientes para cada variable, comparando el registro pre tratamiento con el registro post tratamiento. En los casos en los que la prueba de Wilcoxon arrojara un p valor mayor a 0,05 pero el tamaño del efecto fuera superior a 0,3 y además los valores de esa variable en particular cumplieran con los supuestos de homocedasticidad y normalidad, se corrió una segunda prueba utilizando una t de student para medidas apareadas, para así reducir la posibilidad de cometer un error de tipo II.

Resultados

Comparaciones segmentando la muestra general

Se realizó una comparación para los valores medios de las variables cuantitativas segmentando la muestra en función del género. No se observaron diferencias en la edad ($p > 0,18$), ni en las variables del cuestionario SCL-90-R ($ps > 0,4$) ni en las variables correspondientes al cuestionario DERS ($ps > 0,4$).

Se comparó también a los sujetos que se encontraban en tratamiento psicológico con los sujetos que no se encontraban en tratamiento psicológico en cada una de las variables cuantitativas relevadas. Se observaron diferencias estadísticamente significativas únicamente para las variables Total Síntomas Positivos e Interferencia Cotidiana. Los resultados se presentan en la tabla 2.

Tabla 2. Valores medios de cada una de las variables cuantitativas registradas en la medida pre tratamiento en el grupo de los participantes que se encontraban haciendo tratamiento psicológico cuando comenzó el taller y en el resto de los participantes.

| | En tratamiento Psicológico | | Actualmente no está en tratamiento psicológico | | Tamaño del efecto r | p-valor |
|-----------------------------|----------------------------|-------------|--|-------------|-----------------------|--------------|
| | Media | DS | Media | DS | | |
| N | 12 | | 15 | | | |
| Proporción M/H | 8 / 4 | | 9 / 6 | | | |
| Edad | 40,58 | 16,23 | 53,13 | 13,49 | 0,37 | 0,054 |
| Ansiedad | 1,40 | 0,94 | 0,87 | 0,46 | 0,29 | 0,135 |
| Índice de severidad global | 1,12 | 0,65 | 0,81 | 0,44 | 0,24 | 0,213 |
| Obsesiones y compulsiones | 1,47 | 0,71 | 1,13 | 0,65 | 0,19 | 0,316 |
| Total Síntomas Positivos | 46,50 | 19,83 | 42,93 | 19,79 | 0,09 | 0,643 |
| Hostilidad | 1,19 | 0,71 | 0,86 | 0,59 | 0,26 | 0,176 |
| Ideación paranoide | 0,89 | 0,61 | 0,82 | 0,67 | 0,08 | 0,695 |
| Somatizaciones | 1,04 | 0,97 | 0,74 | 0,58 | 0,15 | 0,448 |
| Depresión | 1,42 | 0,88 | 0,89 | 0,50 | 0,27 | 0,163 |
| Malestar Síntomas Positivos | 2,06 | 0,43 | 1,64 | 0,29 | 0,46 | 0,017 |
| DERS Total | 72,83 | 26,47 | 56,00 | 23,59 | 0,32 | 0,097 |

| | | | | | | |
|----------------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Psicosisismo | 0,72 | 0,59 | 0,46 | 0,47 | 0,20 | 0,303 |
| Desatención emocional | 9,08 | 4,25 | 9,87 | 3,89 | 0,14 | 0,477 |
| Descontrol emocional | 24,58 | 11,08 | 18,07 | 8,10 | 0,29 | 0,128 |
| Sensitividad Interpersonal | 1,22 | 0,78 | 0,95 | 0,52 | 0,17 | 0,365 |
| Interferencia cotidiana | 14,17 | 3,97 | 9,07 | 3,67 | 0,53 | 0,005 |
| Confusión emocional | 8,75 | 4,05 | 7,40 | 2,72 | 0,12 | 0,538 |
| Rechazo Emocional | 16,25 | 6,52 | 12,80 | 6,92 | 0,29 | 0,135 |
| Ansiedad Fóbica | 0,39 | 0,62 | 0,26 | 0,33 | 0,09 | 0,629 |

El tamaño del efecto y el p-valor corresponde al análisis estadístico que se realizó comparando ambos grupos. Se resalta en negrita las variables en las que las diferencias resultaron estadísticamente significativas.

Sintomatología pretratamiento

Se utilizó el baremo de Casullo y Perez (2008) elaborado en población general adulta, para evaluar los puntajes individuales de los sujetos en la escala IGS del cuestionario SCL 90 R. Se observó que el 77,78% de la muestra total y el 72,73% de los sujetos que respondieron a ambos cuestionarios se encontraban por debajo del percentil 60. El resto de los sujetos se encontraban por debajo del percentil 75.

Comparaciones pre-tratamiento vs post-tratamiento

Los resultados de los análisis que compararon medidas pre tratamiento con medidas post tratamiento se presentan en la tabla 3. La media de todas las variables se redujo en el registro post tratamiento, con respecto a la medida pre tratamiento. En la mayoría de los casos, el análisis estadístico mostró que esta reducción resultó estadísticamente significativa. En el caso de la variable desatención emocional, el análisis no paramétrico resultó no significativo, pero un análisis posterior empleando t de student para medidas emparejadas mostró un efecto significativo ($t(10) = 2,375$; $p < 0,04$).

Tabla 3. Resultados de las comparaciones pre vs post tratamiento. Se muestran las medias y desvíos estándar para cada variable en cada instancia.

| Escala | Media Pre | DS | Media Post | DS | Tamaño del efecto r | p-valor |
|-----------------------------|-----------|--------|------------|--------|-----------------------|---------|
| Ansiedad | 1,082 | 0,741 | 0,727 | 0,694 | 0,591 | 0,006 |
| Índice de severidad global | 1,022 | 0,597 | 0,747 | 0,648 | 0,588 | 0,006 |
| Obsesiones y compulsiones | 1,436 | 0,814 | 1,064 | 0,871 | 0,556 | 0,009 |
| Total Síntomas Positivos | 47,636 | 20,471 | 40,364 | 25,504 | 0,533 | 0,012 |
| Hostilidad | 1,167 | 0,823 | 0,849 | 0,769 | 0,520 | 0,015 |
| Ideación paranoide | 0,909 | 0,783 | 0,591 | 0,732 | 0,496 | 0,020 |
| Somatizaciones | 0,917 | 0,674 | 0,765 | 0,604 | 0,470 | 0,028 |
| Depresión | 1,182 | 0,803 | 0,818 | 0,800 | 0,457 | 0,032 |
| Malestar Síntomas Positivos | 1,812 | 0,409 | 1,483 | 0,446 | 0,455 | 0,033 |
| DERS Total | 72,909 | 23,692 | 65,182 | 24,190 | 0,436 | 0,041 |
| Psicotisismo | 0,700 | 0,650 | 0,518 | 0,623 | 0,435 | 0,041 |
| Desatención emocional | 11,182 | 2,786 | 9,455 | 3,387 | 0,411 | 0,054* |
| Descontrol emocional | 22,727 | 9,456 | 20,091 | 9,343 | 0,393 | 0,065 |
| Sensitividad | 1,182 | 0,719 | 0,879 | 0,834 | 0,391 | 0,066 |

Interpersonal

Interferencia

| | | | | | | |
|-----------|--------|-------|--------|-------|-------|-------|
| cotidiana | 12,546 | 3,725 | 11,364 | 3,982 | 0,379 | 0,075 |
|-----------|--------|-------|--------|-------|-------|-------|

Confusión

| | | | | | | |
|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| emocional | 9,273 | 3,379 | 8,273 | 2,970 | 0,367 | 0,085 |
|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|

| | | | | | | |
|-------------------|--------|-------|--------|-------|-------|-------|
| Rechazo Emocional | 17,182 | 7,305 | 16,000 | 8,567 | 0,098 | 0,644 |
|-------------------|--------|-------|--------|-------|-------|-------|

| | | | | | | |
|-----------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Ansiedad Fóbica | 0,288 | 0,334 | 0,273 | 0,291 | 0,029 | 0,891 |
|-----------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|

Las variables están ordenadas en función del tamaño del efecto. Se marcan en negrita aquellas variables en las que el análisis estadístico detectó diferencias entre ambas mediciones. El p-valor de la tabla corresponde al resultado de la prueba no paramétrica de Wilcoxon. Se indica con un * el caso en el que se realizó adicionalmente una prueba paramétrica que detectó diferencias significativas.

Discusión

El presente trabajo tenía dos objetivos, en primer lugar, caracterizar a la población que asiste al taller, y en segundo lugar determinar si ocurren cambios en las variables desregulación emocional y sintomatología general a lo largo del taller.

Con respecto al primero de los objetivos, los datos demográficos y el análisis mediante baremo señalan que la muestra con la que se trabajó estaba integrada por individuos con alto nivel educativo, y en su mayoría con niveles bajos de malestar psicológico pre-tratamiento. Además, la mayoría de ellos practicaba algún tipo de deporte, o actividad de esparcimiento.

Existe una proporción minoritaria pero importante de participantes que se encontraban realizando una terapia psicológica. En Argentina, es muy común que se consulte a un psicólogo sin presentar una condición psiquiátrica, sino más bien como un espacio de autoconocimiento. Existen pocos datos empíricos disponibles sobre este fenómeno local. Un estudio que indirectamente lo sugiere muestra que Argentina lidera el ranking mundial de psicólogos por cada 100.000 habitantes (Alonso, Gago y Klinar, 2010). También, en otro estudio realizado en las provincias argentinas de la región cuyana, en 184 entrevistados se observó que un 44% de ellos había consultado a algún psicólogo en algún momento. Los autores de ese estudio sostienen que este porcentaje es el doble de la incidencia estimada de trastornos psiquiátricos en la población y que por lo tanto una proporción alta de consultantes lo hacen por otros motivos (García y Fantin, 2010). Así, la porción de la muestra que afirmaba realizar tratamiento, a priori no necesariamente constituía una muestra clínica. Pero las comparaciones entre ambos grupos mostraron que los participantes que afirmaban estar en tratamiento presentaban una mayor intensidad de sus síntomas y una mayor interferencia de sus estados de activación emocional en las metas y objetivos. Por lo que la población de

asistentes al taller de mindfulness parece estar compuesta tanto por individuos sanos como por individuos con afecciones psiquiátricas.

En relación con el segundo objetivo, las comparaciones pre-post tratamiento muestran un claro descenso del malestar de los participantes entre la primera y la segunda evaluación.

La tabla 3 presenta las escalas ordenadas en función del tamaño del efecto para cada variable. La variable que presentó la mayor reducción en términos de tamaño de efecto, fue la sub escala de Ansiedad del inventario SCL-90-R. Además se lograron detectar efectos mediante las tres medidas resumen del cuestionario SCL-90-R y las subescalas. obsesiones y compulsiones, hostilidad, somatizaciones, depresión y psicotiismo. Mientras que no logró observarse un efecto en los niveles de ideación paranoide, sensibilidad interpersonal ni de ansiedad fóbica. Al tratarse de una muestra mayormente no-clínica (7 de los 11 participantes afirmaron no encontrarse en tratamiento psicológico en el momento de la evaluación), la falta de efecto en estas escalas podría explicarse por un efecto suelo. De hecho, en el caso de la ansiedad fóbica, que fue la variable cuyas medias mostraron la menor disminución, se observó que 4 sujetos de 11, puntuaron o en cada uno de los ítems que cargan sobre este factor en la medida pre tratamiento. Es importante señalar que los cambios que sí se lograron observar, se dieron en una muestra de individuos que ya se encontraba en buenas condiciones psicofísicas, que mostraron en niveles de malestar en torno a la media y tenían niveles de educación altos. Además, los 11 participantes afirmaron realizar algún tipo de actividad deportiva y, si bien no todos contestaron cuanto tiempo llevaban practicando esa actividad, los que sí lo hicieron, afirmaron hacerlo al menos hace un año. Esto hace suponer que la práctica de deporte es un hábito en esta población, y es un hecho largamente conocido, que la práctica de deportes es un factor protector contra trastornos psiquiátricos como la depresión (Craft y Landers, 1998).

En cuanto a la escala de desregulación emocional, se observó una disminución significativa en la escala global del instrumento, lo cual sugiere que los individuos mejoraron su regulación emocional en general. Sin embargo, al estudiar las distintas subescalas de la prueba, se observa que solo alcanzaron a ser significativas las diferencias en la desatención emocional. Los ítems de esta subescala reflejan el hecho de que la persona sea consciente de sus emociones, lo cual es un objetivo específico del taller. Estos resultados son similares a los encontrados por Broderick et al., (2009) ya mencionados en la introducción, quienes utilizando la escala DERS también encontraron un efecto de reducción de la desregulación emocional en el puntaje global de la escala y en la subescala desatención. En este estudio además encontraron diferencias en la subescala confusión emocional, pero no en las restantes subescalas del instrumento. Por otro lado, distintos estudios correlacionales encontraron una relación negativa entre mindfulness medido como un rasgo y el puntaje global de la escala DERS en muestras de estudiantes universitarios (Baer, et al., 2006) y de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada (Roemer, et al., 2009). Estos resultados sugieren que la práctica de mindfulness es potencialmente beneficiosa tanto para población clínica como no clínica. Al contar con una muestra pequeña, no fue posible estudiar las diferencias de respuesta al tratamiento en función de las condiciones individuales,

como por ejemplo la práctica de deporte o el hecho de encontrarse haciendo una psicoterapia.

En el presente estudio, la falta de un grupo control impide conocer cuáles son las causas de los cambios observados en los individuos. No es posible descartar que la disminución sistemática observada se deba al paso del tiempo, la repetición de la medición o algún otro factor. Sin embargo, estos resultados replican lo observado en los grupos experimentales de estudios controlados de eficacia de Mindfulness. Por ejemplo Monti y colaboradores (2006) compararon pacientes oncológicos tratados en un programa de mindfulness de 8 semanas con pacientes en lista de espera y observaron cambios en el SGI y en varias subescalas del SCL-90-R incluyendo depresión y ansiedad. También se observó un descenso en los puntajes de depresión y ansiedad del inventario SCL-90-R significativamente más altos en pacientes con trastorno de ansiedad que asistieron a un programa de 8 semanas de psicoterapia basada en mindfulness con respecto a pacientes asignados a un programa psicoeducativo de la ansiedad (Kim et al., 2009). Las Investigaciones que estudian los procesos subyacentes a la práctica de mindfulness, encontraron evidencia que señala a la reactividad cognitiva y emocional de los participantes, junto con una disminución en la rumiación como probables variables mediadoras de intervenciones como MBCT o MBSR (Gu, et al., 2015). Por otro lado los estudios neurofisiológicos encontraron que la mejoría en la regulación emocional de practicantes novatos estaba relacionada con un descenso en la actividad de la amígdala y un incremento de la actividad en distintas regiones de la corteza prefrontal (Tang, et al., 2015). Estos podrían ser procesos presentes también en el programa de Power Mindfulness.

A pesar de estas limitaciones de diseño y tamaño de muestra, los resultados presentados en este trabajo representan un incentivo, tanto para ampliar la muestra y estudiar diferencias individuales en la respuesta al tratamiento, como para llevar a cabo ensayos controlados o replicar este estudio en muestras clínicas con afecciones específicas. Este constituye un primer paso alentador para continuar investigando en esta línea.

Referencias

- Abbott, R. A., Whear, R., Rodgers, L. R., Bethel, A., Coon, J. T., Kuyken, W., ... & Dickens, C. (2014). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and mindfulness based cognitive therapy in vascular disease: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of psychosomatic research*, 76, 341-351.
- Alonso, M. M., Gago, P. T., & Klinar, D. (2010). Profesionales de la psicología en la República Argentina: Síntesis cuantitativa 2008. *Anuario de investigaciones*, 17, 375-382.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27-45.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., & Devins, G. (2004). Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241.

- Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., & Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 68, 539-544.
- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, C., Unkel, C., ... & Linehan, M. M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 42, 487-499.
- Broderick, P. C., & Metz, S. (2009). Learning to BREATHE: A pilot trial of a mindfulness curriculum for adolescents. *Advances in school mental health promotion*, 2, 35-46.
- Casullo, M., y Castro Solano, A. (1999). Síntomas psicopatológicos en estudiantes adolescentes argentinos. Aportaciones del SCL-90. En *Anuario de Investigaciones VII (pp. 147-157)*, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Chambers, R., Gullone, E., & Allen, N. B. (2009). Mindful emotion regulation: An integrative review. *Clinical psychology review*, 29, 560-572.
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. *The journal of alternative and complementary medicine*, 15, 593-600.
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2011). Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*, 187, 441-453.
- Craft, L. L., & Landers, D. M. (1998). The effect of exercise on clinical depression and depression resulting from mental illness: A meta-analysis. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 20, 339-357.
- Derogatis LR. (1977) Symptom Checklist-90 (Revised): Administration, Scoring, and Procedures Manual, I. Baltimore, Md: *Clinical Psychometric Research*.
- Eberth, J., y Sedlmeier, P. (2012). The effects of mindfulness meditation: A meta-analysis. *Mindfulness*, 3, 174-189.
- Ekman, P., Davidson, R. J., Ricard, M., & Alan Wallace, B. (2005). Buddhist and psychological perspectives on emotions and well-being. *Current Directions in Psychological Science*, 14, 59-63.
- García, H. D., & Fantin, M. B. (2010). Percepción de eficacia de la psicoterapia en Argentina. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 21, 155-169.
- Gratz, K., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
- 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.
- Gu, J., Strauss, C., Bond, R., & Cavanagh, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical psychology review*, 37, 1-12.

- Hervás, G., & Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud, 19*, 139-156
- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficit emocionales en los trastornos clínicos. *Psicología conductual, 19*(2), 347.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology, 78*, 169.
- Kabat-Zinn, J. (2013) *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. Second Edition, Revised and Updated. Bantam/Random House
- Kabat-Zinn, J y Davidson R. J., (2011) *A Scientific Dialogue with the Dalai Lama on the Healing Power of Meditation*, New Harbinger.
- Kemeny, M. E., Foltz, C., Cavanagh, J. F., Cullen, M., Giese-Davis, J., Jennings, P., Rosenberg, E., Gillath, O., Shaver, P.R., Wallace, B.A. & Ekman, P. (2012). Contemplative/emotion training reduces negative emotional behavior and promotes prosocial responses. *Emotion, 12*, 338.
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., ... & Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clinical psychology review, 33*, 763-771.
- Kim, Y. W., Lee, S. H., Choi, T. K., Suh, S. Y., Kim, B., Kim, C. M., ... & Song, S. K. (2009). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. *Depression and anxiety, 26*, 601-606.
- Kirmayer, L. J. (2015). Mindfulness in cultural context. *Transcultural psychiatry, 52*(4), 447-469.
- Ledesma, D., & Kumano, H. (2009). Mindfulness-based stress reduction and cancer: a meta-analysis. *Psycho-Oncology, 18*, 571-579.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford press.
- Medrano, L. A., & Trógolo, M. (2014). Validación de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional en la población universitaria de Córdoba, Argentina. *Universitas Psychologica, 13*, 1345-1356.
<http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY13-4.vedr>
- Monti, D. A., Peterson, C., Kunkel, E. J. S., Hauck, W. W., Pequignot, E., Rhodes, L., & Brainard, G. C. (2006). A randomized, controlled trial of mindfulness-based art therapy (MBAT) for women with cancer. *Psycho-Oncology, 15*, 363-373.
- Neff, K. D. (2011). *Self-Compassion, the Proven Power of Being Kind to Yourself*, New York: William Morrow.
- Piet, J., & Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review, 31*, 1032-1040.

- Piet, J., Würtzen, H., & Zachariae, R. (2012). The effect of mindfulness-based therapy on symptoms of anxiety and depression in adult cancer patients and survivors: A systematic review and meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology, 80*, 1007.
- Roemer, L., Lee, J. K., Salters-Pedneault, K., Erisman, S. M., Orsillo, S. M., & Mennin, D. S. (2009). Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: Preliminary evidence for independent and overlapping contributions. *Behavior therapy, 40*, 142-154.
- Schmitz, N., Hahtkamp, N., & Franke, G. H. (2000). Assessing clinically significant change: application to the SCL-90-R. *Psychological Reports, 86*, 263-274.
- Seigel, R. D., (2010) *The Mindfulness Solution: Everyday practices for everyday problems*, New York: Guildford Press
- Silvia, P. J. (2002). Self-awareness and emotional intensity. *Cognition & Emotion, 16*, 195-216.
- Stoewsand, C. RI (en preparación). *Power Mindfulness: one breath can change your world*.
- Tang, Y. Y., Hölzel, B. K., & Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience, 16*, 213-225.
- Williams, J. M. G., & Kabat-Zinn, J. (2011). Mindfulness: diverse perspectives on its meaning, origins, and multiple applications at the intersection of science and dharma. *Contemporary Buddhism, 12*(01), 1-18.