

**UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA**

**Trabajo de Fin de Grado de Psicología**

**EFFECTOS DE LA PRÁCTICA DE MINDFULNESS EN  
ESTUDIANTES DEL MÁSTER DE PSICOLOGÍA  
GENERAL SANITARIA**

Departamento de Psicología Clínica, Psicobiología y Metodología

Facultad de Psicología y Logopedia

Curso académico 2020-2021

Autora

**Carmen Marrero López**

Tutora

**María Teresa Miró Barrachina**

*A Mayte, por haberme brindado la oportunidad de descubrir un tema tan bonito y acompañarme durante el trayecto, siempre paciente, cercana y compasiva.*

*A María Ángeles, por ser pieza fundamental de este trabajo, y por su guía y apoyo durante gran parte del mismo.*

## RESUMEN

La finalidad del presente estudio era explorar el impacto que un entrenamiento de nueve semanas basado en Mindfulness podía suponer sobre los niveles de estrés, ansiedad y depresión de un grupo de alumnos y alumnas del Máster Universitario de Psicología General Sanitaria de La Universidad de La Laguna, comparándoles con un grupo de alumnos del Grado en Psicología que no se sometería al programa. Para ello, se utilizaron tres instrumentos estandarizados: uno que medía los constructos mencionados (DASS-21) y otros dos que medían los niveles de Mindfulness disposicional (FFMQ) y Mindfulness estado (SMS). Los resultados concuerdan con los datos que aporta la literatura: hubo efecto significativo sobre los niveles de estrés, y mejoras relevantes en la ansiedad y la depresión de los sujetos experimentales. Asimismo, se evidenciaron mejoras en las medidas de Mindfulness estado tras el programa, pero no hubo efecto significativo en las medidas de Mindfulness disposicional.

*Palabras clave:* Mindfulness, atención plena, estrés, ansiedad, depresión.

## ABSTRACT

The purpose of this study was to explore the impact that of nine-week Mindfulness-based training on the levels of stress, anxiety and depression in a group of students of the Master's Degree in General Health Psychology at the University of La Laguna, comparing them with a group of students of the Degree in Psychology who did not undergo the program. For this, three standardized instruments were used: one that measured the aforementioned constructs (DASS-21) and another two that measured the levels of dispositional Mindfulness (FFMQ) and Mindfulness state (SMS). The data obtained were consistent with what was found in the literature: there was a significant effect on stress levels, and relevant improvements in anxiety and depression in experimental subjects. Likewise, improvements were evidenced in Mindfulness state measures after the program, but no significant effects in dispositional Mindfulness measures were found.

*Key words:* Mindfulness, stress, anxiety, depression.

## ÍNDICE

1. Introducción.....	5
2. Método.....	8
2.1. Participantes.....	8
2.2. Instrumentos.....	9
2.3. Diseño.....	10
2.4. Procedimiento.....	10
2.5. Análisis de datos.....	13
3. Resultados.....	13
4. Discusión.....	21
5. Referencias bibliográficas.....	25
6. Anexos.....	28

## INTRODUCCIÓN

Mindfulness es la traducción al inglés de la palabra *sati*, proveniente de la lengua pali, uno de los idiomas en los que se escribieron los discursos del Buda hace unos 2.500 años (García y Demarzo, 2018). Es una traducción compleja, puesto que *sati* es un concepto amplio y difícilmente definible, sujeto a estudio desde diversos ángulos (historia de las religiones, neurociencia, psicología, etc).

Kabat-Zinn, creador del programa Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR), la define como la “conciencia que surge de prestar atención, de forma intencional a la experiencia tal y como es en el momento presente, sin juzgarla, sin evaluarla y sin reaccionar a ella” o, de forma más sencilla, “simplemente parar y estar presente, eso es todo” (Kabat-Zinn, 1994).

Son muchos los autores que han debatido acerca de la conceptualización de Mindfulness. Entre estas formulaciones, cabe destacar la consensuada por Bishop et al., (2004). Se propone un modelo operacionalizado de Mindfulness de dos componentes:

- 1) Auto-regulación del foco de la atención. Observar y atender a los cambiantes eventos mentales momento a momento, sin elaborarlos, ni quedar atrapado en corrientes de pensamiento reflexivo.
- 2) Orientación hacia la experiencia en el momento presente, con una actitud de apertura, curiosidad y aceptación. Cualquier contenido mental que aparezca es relevante y digno de ser observado. Se invita a la persona a notar estos contenidos y a abandonar conscientemente la preferencia individual de experimentar algo distinto a lo que está ocurriendo en el momento presente.

En los últimos veinte años, Mindfulness ha mostrado una notoria relevancia en los principales modelos terapéuticos. Ha sido incluido en las llamadas terapias “de tercera generación” o terapias contextuales (Terapia de Aceptación y Compromiso, Psicoterapia Analítico-Funcional y Terapia Dialéctico-Conductual, entre otras). No es de extrañar la pertenencia de Mindfulness a este grupo de terapias, dado que conceptualizan los problemas psicológicos como contextos en los que la persona se encuentra. La práctica de Mindfulness ayuda al individuo a generar una “separación” entre él mismo y su contexto (Pérez Álvarez, 2014). En esta línea, intervenciones basadas en Mindfulness resultan beneficiosas para que la persona aprenda a relacionarse de forma distinta con sus problemas psicológicos desde un estado de conciencia plena en el que toma el papel de espectador de lo que le ocurre. Con este acercamiento, se facilita la observación de los

propios pensamientos y sentimientos como sucesos mentales en el momento en el que ocurren, evitando la reactividad y la sobre-identificación con ellos.

Mindfulness se ha introducido en el ámbito clínico mediante dos programas principales: Mindfulness-Based Stress Reduction y Mindfulness-Based Cognitive Therapy (de ahora en adelante, MBSR y MBCT, respectivamente).

El MBSR es un programa de reducción de estrés impulsado por Kabat-Zinn, que originalmente se desarrolló como tratamiento coadyuvante para el dolor crónico. A día de hoy, se utiliza para tratar el estrés en general, así como numerosas enfermedades en las que éste juega un papel central. Sigue una estructura en la que se incluyen ocho clases semanales de entre dos y tres horas, así como una clase intensiva de un día de duración en la sexta semana. Las sesiones son grupales, de aproximadamente 30 pacientes clínicos con diversos tipos de trastornos. Antes de comenzar el programa, se genera un compromiso de asistencia a las sesiones y de realización de las tareas que se mandan para casa (practicar al menos 45 minutos al día, 6 días a la semana).

Actualmente, el MBSR se emplea de forma extendida para reducir la morbilidad psicológica asociada a distintas enfermedades crónicas, así como para tratar trastornos emocionales y comportamentales. Ha demostrado efectividad en poblaciones diversas, así como en muestras clínicas y no-clínicas (Carlson et al., 2001; Grossman et al., 2004; Reibel et al., 2001; Shapiro et al., 1998; Shapiro et al., 2009; Williams et al., 2001).

Por otro lado, el MBCT se asemeja al MBSR por utilizar técnicas parecidas y contar con un formato similar (ocho sesiones, sin sesión intensiva). Fue desarrollado por Segal, Williams y Teasdale en el año 2002 y está orientado a la prevención de recaídas a la depresión. Se diferencia del MBSR en su formación de grupos más reducidos (de un máximo de 12 personas) y en su distintiva orientación cognitiva que persigue el tratamiento de pensamientos, distorsiones y otros procesos mentales utilizando el modelo A-B-C. El MBCT también ha denotado clara utilidad en la mejora de síntomas (Teasdale, et al., 2000).

Hay suficiente evidencia como para afirmar que Mindfulness es un aliado poderoso en la consecución del cambio terapéutico (Fletcher y Hayes, 2005). Se ha utilizado como aproximación fundamental para lograr un aumento de conciencia y responder a los procesos mentales relacionados con la angustia emocional y las conductas desadaptativas (Bishop et al., 2004). La técnica ha probado ser eficaz ante un amplio abanico de problemáticas clínicas que involucran sintomatologías de estrés, ansiedad y depresión, entre otras (Baer, 2003; Brozovich et al., 2016; Hofmann et al., 2010; Teasdale

et al., 2000; Teasdale et al., 2004). Incluso en intervenciones de MBSR cuyas muestras no incluían sujetos “clínicos”, se han encontrado efectos moderados en múltiples medidas clínicas de depresión, ansiedad y angustia, además de una notable reducción de estrés y un aumento de la calidad de vida (Khoury et al., 2015).

Se ha demostrado que los programas de entrenamiento en habilidades Mindfulness mejoran el manejo del estrés causado por el trabajo, aumentan la conciencia de eventos internos (pensamientos, sentimientos, sensaciones...) y disminuyen el juicio, la autocrítica, la reactividad y la personalización de eventos estresantes (Roeser, 2013).

Asimismo, el efecto de Mindfulness sobre síntomas depresivos es notable. Se ha hallado conexión entre la práctica de Mindfulness y la debilitación de la asociación de síntomas depresivos y pensamientos suicidas, sugiriendo que el entrenamiento en Mindfulness reduce la vulnerabilidad a la recaída en la depresión suicida (Williams, et al., 2015). Además, si la práctica no se limita a las sesiones impartidas en el programa, sino también se lleva a cabo de manera individual y constante, dichas mejoras se mantienen con el tiempo (Kinnunen et al., 2020).

Ante todo lo expuesto, no deja de resultar interesante la eficiencia de Mindfulness ante problemas tan distintos entre sí. Algunos autores sostienen que la práctica facilita la formación de un “círculo virtuoso” compuesto por cuatro mecanismos de acción a través de los cuales la técnica de Mindfulness ejerce sus efectos:

- a) La regulación de la atención. Focalizar la atención sobre un objeto elegido, así como detectar posibles distracciones y retornar la atención al objeto son prácticas que van fortaleciendo los procesos atencionales.
- b) La conciencia corpórea se ve fortalecida al focalizar la atención sobre la conciencia de la respiración o sobre sensaciones corporales. Así, la práctica de Mindfulness hace al sujeto más consciente de su propio cuerpo.
- c) La regulación de la emoción. Se aprende a interrumpir automatismos, a aceptar y a no juzgar la experiencia presente. Además, la práctica favorece la re-evaluación del estímulo al que se está expuesto.
- d) El cambio de perspectiva sobre el sí mismo, mediante la desidentificación con un sentido estático del sí mismo y la toma de contacto con un sentido “fluido” del sí mismo. El “aquí y ahora” que la práctica implica.

Este “círculo virtuoso” no sólo ha demostrado ser esencial para lograr salir de los círculos viciosos auto-referentes que sustentan numerosas patologías, sino también ha

resultado clave para abordar la vida de forma saludable y valiosa (Miró y Pastor, 2012; Hölzel et al., 2011).

Ante lo expuesto, cabe subrayar que las mejoras en la gama de trastornos y problemáticas mencionadas fueron más notables en aquellos sujetos que, además de haber asistido a las sesiones de los programas, realizaban las prácticas propuestas como “tareas” para casa y desarrollaban trabajo individual. El compromiso que se genera con la práctica de Mindfulness puede darse de formas distintas, tanto formales como informales, pero todas ellas comparten la intencionalidad de generar atención plena y conciencia en el día a día. Profundizar y desarrollar la atención plena es una cuestión de tiempo y perseverancia, pero a lo largo de este periodo hay que llevar a cabo una continuidad de acciones que generen compromiso con la práctica y el cultivo de la técnica (Kabat-Zinn, 2003).

Considerando los hallazgos mencionados, el presente estudio plantea explorar el impacto que un entrenamiento de nueve semanas basado en Mindfulness pueda suponer sobre los niveles de estrés, ansiedad y depresión de un grupo de alumnos y alumnas del Máster Universitario de Psicología General Sanitaria de la Universidad de La Laguna. En base a los datos obtenidos, se pretende dar respuesta a una serie de preguntas a través de las siguientes hipótesis:

- *Hipótesis 1: El grupo experimental presentará una reducción en las puntuaciones de estrés, ansiedad y depresión tras el entrenamiento.*
- *Hipótesis 2: El grupo experimental presentará mayores puntuaciones en las medidas de Mindfulness tras el entrenamiento.*

## **MÉTODO**

### **Participantes**

Se utilizó una muestra de 51 alumnos de la Universidad de La Laguna (ULL). Los 24 sujetos del grupo experimental eran estudiantes del Máster de Psicología General Sanitaria, y su participación en el estudio formaba parte de la asignatura anual “Intervención en Psicología de la Salud: Trastornos mentales”. Los 27 restantes que conformaban el grupo control eran alumnos de 4º grado de Psicología cuya participación fue completamente voluntaria. En la tabla 1 se presentan los datos demográficos de la muestra.

**Tabla 1. Datos de la muestra.**

<i>Participantes</i>	G. EXPERIMENTAL		G. CONTROL	
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
EDAD (media)	28,2	23,5	21,2	23,5
EDAD (DT)	7,68	0,71	1,34	0,71
TOTAL	22	2	25	2

### **Instrumentos**

Se utilizaron 3 instrumentos estandarizados y un auto-registro semanal para recoger la información relevante a la práctica en casa realizada por los participantes. Las escalas utilizadas fueron el DASS-21, el FFMQ y el SMS.

El DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scales) es una escala desarrollada originalmente por Lovibond y Lovibond (1995) que mide los constructos de depresión, ansiedad y estrés a través de tres sub-escalas de 7 ítems. Al participante se le presentan 21 ítems y se le indica que piense en cómo estuvo la semana anterior a la realización del cuestionario, para luego calificar los ítems en una escala del 0 al 3, siendo 0 “no me ha ocurrido” y 3, “me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo”. La suma de ítems es un indicador de los síntomas emocionales del sujeto (a mayor puntuación, mayor grado de sintomatología). Dicha escala ha demostrado distinguir adecuadamente entre características depresivas, excitación física y tensión y agitación psicológicas. Se han obtenido coeficientes de Alfa de Cronbach de .94, .87 y .91 para las sub-escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés, respectivamente; por su lado, la validez concurrente con otros cuestionarios de ansiedad varía de .73 a .85 (Antony et al., 1998). Puede atribuírsele una consistencia interna y validez excelentes.

El FFMQ (Five Facet Mindfulness Questionnaire) es un test disposicional desarrollado en un estudio de Baer et al. (2006) en base a otros dos recursos: el inventario KIMS y un análisis factorial exploratorio (AFE) de las escalas que medían Mindfulness en el momento. Se identificaron cinco facetas características de Mindfulness: observar, describir, actuar con conciencia, no enjuiciamiento y no reactividad. A cada faceta le corresponden 8 ítems, a excepción de la “no reactividad”, a la que hacen referencia 7

ítems. La validación de FFMQ arroja datos que señalan una consistencia interna de las facetas del FFMQ de adecuada a buena (Coeficiente de Cronbach de 0,84). En el presente estudio, se ha utilizado la versión corta del FFMQ, validada por Cebolla et al. (2012) al castellano, que mantiene las cinco facetas identificadas por Baer et al. (2006) y ha denotado validez interna de aceptable a muy buena (la agrupación de los 20 ítems seleccionados en 5 factores explica el 65% de la varianza) (Quintana, 2016). En esta versión, se presentan 20 ítems a los que hay que darles calificación del 1 al 5, siendo 1 “Nunca o muy raramente verdad” y 5, “Muy a menudo o siempre verdad”.

Finalmente, el SMS (State Mindfulness Scale) es un test del estado mental y corporal en el momento presente que expone un listado de 21 ítems que describen experiencias. La persona escribe en una oración qué ha hecho los últimos 15 minutos y, en base a ello, califica cada ítem que se le presenta en una escala del 1 al 5, siendo 1 “En absoluto” y 5, “Muy bien”. El instrumento distingue dos dimensiones: Estado Consciente de la Mente y Estado Consciente del Cuerpo. A mayor puntuación total, mayor nivel de “Mindfulness Estado” (Ruimi et al., 2019).

Además, los participantes del grupo experimental debían rellenar unos auto-registros semanales para plasmar cómo desarrollaban la práctica de Mindfulness en su casa. Registraban la fecha, si habían practicado por la mañana y por la tarde (sí/no), la duración de la práctica y la ratio de eficacia, puntuando del 1 al 10 cuanto habían notado las distracciones y devuelto la atención al cuerpo, siendo 1 “nada” y 10, “siempre” (Anexo 1).

## **Diseño**

El presente trabajo es un ensayo clínico no aleatorizado con grupo control.

## **Procedimiento**

Para el pase de pruebas se utilizó el software de encuestas online “Qualtrics”. Se compartió un enlace a través del aula virtual (tanto del grado como del máster) que daba acceso a los cuestionarios. Se recogió información sociodemográfica relevante acerca de los participantes: edad, sexo, titulación, curso y lengua nativa. A continuación, se les proporcionaron instrucciones escuetas y claras en las que se especificaba que no había respuestas correctas ni incorrectas y que carecían de tiempo de ejecución, pero se les

animaba a no demorarse demasiado en cada pregunta. Tras esto, se proporcionó un consentimiento informado, y luego, se presentaron los tres instrumentos estandarizados (DASS-21, FFMQ y SMS) y dos preguntas abiertas que fueron las siguientes:

1. Centra tu atención en cómo te sientes en este momento y, a continuación, escribe cinco palabras que describan, lo mejor posible, este estado en el que te encuentras ahora.
2. Centra tu atención en cómo te sientes en este momento y, a continuación, escribe cinco palabras que describan, lo mejor posible, cómo te estás relacionando con lo que sientes en este momento.

El entrenamiento en Mindfulness se llevó a cabo en el marco de la asignatura “Intervención en Psicología de la Salud: Trastornos mentales” del Máster de Psicología General Sanitaria de la Universidad de La Laguna. Así, los contenidos curriculares centrados en los enfoques cognitivo-conductuales para el tratamiento de la ansiedad y la depresión, que los alumnos debían estudiar siguiendo la planificación docente de la asignatura, se combinaron con una exposición al entrenamiento en Mindfulness. Este entrenamiento se inspiró en el enfoque desarrollado por Cayoun, que integra el entrenamiento en Mindfulness con la Terapia Cognitivo-Conductual (Cayoun, Francis, y Shires, 2019).

Las sesiones de trabajo duraban 4 horas: las dos primeras se dedicaban a los contenidos curriculares, y las dos últimas, al entrenamiento en Mindfulness. Debido al contexto formativo en el que el entrenamiento se llevó a cabo, la participación se consideró obligatoria.

En las sesiones de Mindfulness, se abordaban en primer lugar los conceptos y, a continuación, se desarrollaban las prácticas. Estas se grababan en audios que se colgaban en el aula virtual para que los estudiantes pudieran practicar durante la semana. Se recomendaba hacer dos prácticas al día, registrarlas por escrito y entregarlas en clase semanalmente. En el aula virtual se compartían también materiales complementarios de ayuda, explicaciones sobre nociones clave o esquemas útiles para registrar los hábitos reactivos o conocer los puntos ciegos del cuerpo, por ejemplo. Los contenidos de las sesiones fueron los siguientes:

- Sesión 1: Orientación general al entrenamiento y contrato terapéutico. Se explicó el concepto de Mindfulness (o Atención Plena) y la “lógica” de su uso en las intervenciones psicológicas. Asimismo, se pidió a los/las estudiantes que rellenaran un contrato terapéutico de manera anónima. Este contrato estaba formado por dos columnas: en la primera “Problemas-diana”, se especificaban los problemas que les gustaría trabajar o resolver mediante el entrenamiento, y en la segunda se especificaban los criterios por los cuales sabrían que el problema había mejorado.
- Sesión 2: Relajación muscular progresiva. Aunque este método no forma parte de los entrenamientos habituales en Mindfulness, se considera un procedimiento útil para enseñar al sistema nervioso a relajarse antes de empezar la práctica. Este procedimiento está respaldado por gran cantidad de evidencia científica acumulada desde los años 70, y está bien consolidado en la tradición de la terapia cognitivo-conductual. Por otro lado, llevar a cabo algún tipo de práctica de relajación antes de comenzar la práctica resulta habitual en las tradiciones de practica de Mindfulness, aunque los procedimientos tradicionales suelen recurrir a ejercicios de yoga.
- Sesión 3: Atención Plena en la respiración. Aunque la respiración puede ser utilizada también como una práctica de relajación, en este caso se trata de hacerse consciente de la respiración como una práctica de la atención. Como tal, implica la puesta en práctica de la atención focalizada, la atención sostenida y la resolución del conflicto atencional, así como la supervisión de la atención. Se plantea como una práctica útil para familiarizarse con la noción de aceptación de la experiencia.
- Sesión 4: Habitar el cuerpo. En este caso se utilizan las sensaciones corporales como soporte de la atención. Se recorre el cuerpo sistemáticamente, de abajo arriba y de arriba abajo. Además de la aceptación de la experiencia, esta práctica resulta especialmente valiosa para familiarizarse con la idea de ecuanimidad.
- Sesión 5: Habitar el cuerpo bilateral. Esta práctica resulta similar a la anterior con la diferencia de que, en este caso, se recorre primero una parte del cuerpo en un lado (por ejemplo, el pie izquierdo), y a continuación se recorre la misma parte en el otro lado (el pie derecho).

- Sesión 6: Atención Plena al sonido. Aunque la Atención Plena se puede practicar con todos los sentidos, el sonido ofrece un soporte único para explorar la interioridad de los objetos y las personas, así como para familiarizarse con la no-permanencia.
- Sesión 7: Atención Plena a los contenidos mentales. En este caso, se trata de observar los pensamientos, recuerdos u otros contenidos mentales como eventos mentales que surgen y desaparecen. Esta práctica resulta muy útil para familiarizarse con los propios hábitos reactivos.
- Sesión 8: Atención Plena a los sentimientos interpersonales. La práctica en este caso se centra en el cuidado del sí, cultivando una actitud de amabilidad y cariño tanto hacía uno/a mismo/a como hacia los demás.

Aunque el programa inicialmente estaba estructurado en 8 sesiones, finalmente se hicieron 9 porque hubo que repetir la quinta sesión debido a unos fallos con el sistema de grabación. Además, cabe señalar que el programa de entrenamiento se llevó a cabo en plena pandemia de COVID-19, y aunque la mayoría de sesiones fueron presenciales, hubo que recurrir a la virtualidad, debido a que hubo alumnos que dieron positivo en los test de la enfermedad.

Una vez finalizado el programa, los participantes volvieron a rellenar los cuatro cuestionarios previamente descritos y se dio por completada la recogida de datos.

### **Análisis de datos**

Para llevar a cabo el análisis de datos, se trabajó con el programa de software Excel y con la interfaz gráfica Jamovi.

## **RESULTADOS**

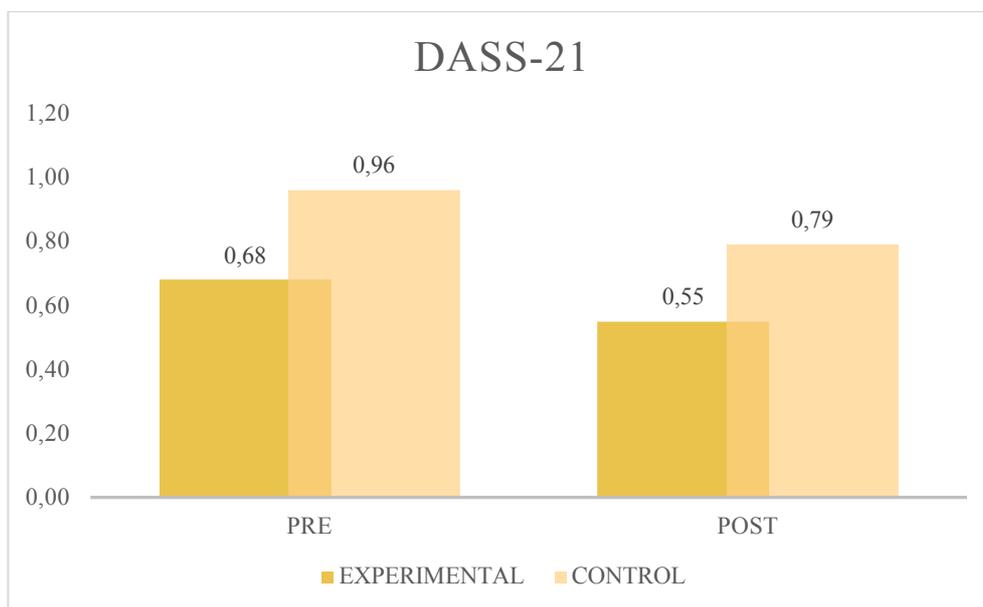
Se llevó a cabo un análisis exploratorio de los resultados obtenidos en los distintos instrumentos utilizados. Para ello, se realizaron contrastes de diferencias de medias entre el grupo control y el experimental utilizando las puntuaciones previas al entrenamiento en Mindfulness, con la intención de observar las diferencias preliminares que podían existir entre ambas condiciones. Tras esto, se llevaron a cabo contrastes de diferencia de medias relacionadas entre las condiciones pre-programa y post-programa, para conocer el efecto que podía haber tenido el entrenamiento sobre los sujetos que habían pasado por

el mismo, en comparación con aquellos que no habían sido entrenados. Finalmente, se realizó un contraste de diferencia de medias independientes entre las condiciones post-entrenamiento de ambos grupos, para comprobar si existían o no diferencias al finalizar el tratamiento.

### *DASS-21*

Se obtuvieron resultados en el límite de la significación ( $T(49) = -2.03, p < .05$ ) para el contraste de medias independientes preliminar, sugiriendo que los grupos contaban con diferencias antes del programa. Los contrastes de diferencia de medias relacionadas pre-post programa indicaron una disminución de las puntuaciones para ambas condiciones, siendo esta significativa para el grupo experimental ( $T(23) = 2.47, p < .05$ ), y no significativa para el control ( $T(26) = 1.73, p > .05$ ). Finalmente, se evidenció una ausencia de diferencias entre grupos tras el entrenamiento ( $T(49) = -1.91, p > .05$ ).

**Gráfica 1.** Medias poblacionales obtenidas por grupos, antes (pre) y después (post) del programa en el DASS-21.



Tras ello, se analizaron las dimensiones del DASS-21 por separado. A priori, se observa una disminución de las puntuaciones para ambas condiciones en cada constructo.

### *Estrés (DASS-21)*

Antes del programa, los grupos carecían de diferencias entre sí ( $T(49) = -0.595$ ,  $p > .05$ ). El contraste de diferencia de medias relacionadas pre-post del grupo experimental arrojó resultados significativos ( $T(23) = 2.33$ ,  $p < .05$ ) sugiriendo cambios relevantes en las puntuaciones de estrés del grupo experimental tras el programa, mientras que el del grupo control resultó no significativo ( $T(26) = 1.33$ ,  $p > .05$ ). Por último, el contraste de diferencias de medias independientes post-programa resultó no significativo ( $T(49) = -0.960$ ,  $p > .05$ ) señalando así una eficacia similar para ambas condiciones.

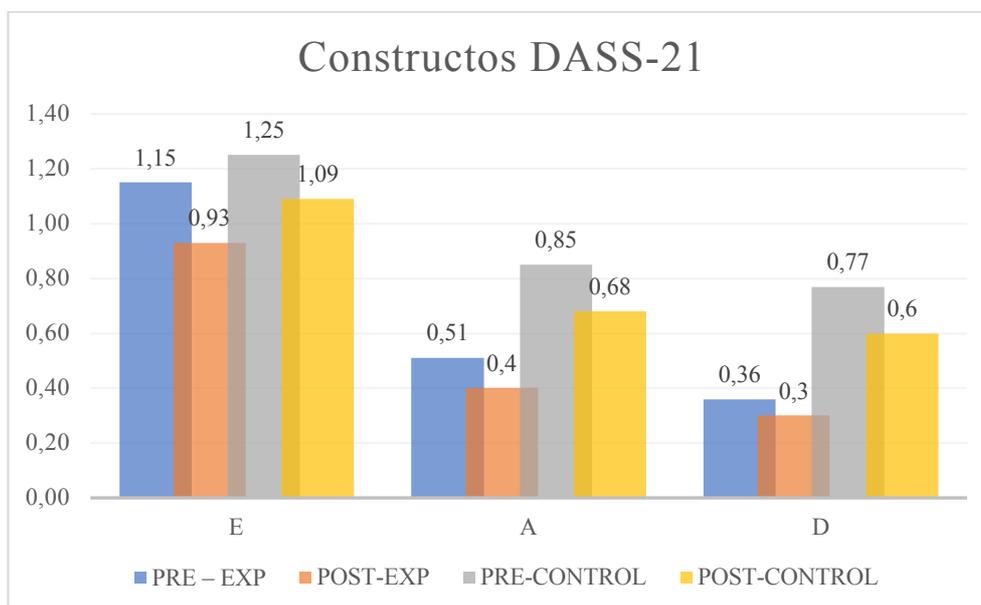
### *Ansiedad (DASS-21)*

Los grupos carecían de diferencias significativas antes del entrenamiento ( $T(49) = -2.11$ ,  $p > 0.05$ ). Ninguna de las dos condiciones obtuvo resultados significativos en el contraste de diferencia de medias relacionadas, siendo el contraste pre-post del grupo experimental  $T(23) = 1.40$ ,  $p > 0.05$  y el del grupo control,  $T(26) = 1.65$ ,  $p > 0.05$ . Por tanto, no es de extrañar que, tras el programa, se haya evidenciado una ausencia de diferencias en la eficacia del tratamiento para ambos grupos ( $T(49) = -1.77$ ,  $p > 0.05$ ).

### *Depresión (DASS-21)*

El contraste de diferencia de medias independientes previo muestra diferencias entre los grupos antes del programa ( $T(49) = -2.71$ ,  $p < .05$ ). No parece haber diferencias significativas en el contraste de diferencia de medias relacionadas de ninguna de las dos condiciones (siendo el contraste del grupo experimental  $T(23) = 0.976$ ,  $p > .05$  y el del grupo control,  $T(26) = 1.40$ ,  $p > .05$ ). Y, finalmente, sigue habiendo diferencias tras el entrenamiento, evidenciado por el resultado significativo que arroja el contraste de diferencias de medias independientes final ( $T(49) = -2.60$ ,  $p < .05$ ).

**Gráfica 2.** Medias poblacionales obtenidas por constructos antes (pre) y después (post) del programa en el DASS-21.



### FFMQ

A priori, se observa una disminución de la media poblacional en el grupo experimental y un aumento de la misma en el grupo control tras el programa.

Ambas condiciones experimentales carecían de diferencias antes de empezar el programa ( $T(49) = -0.733, p > .05$ ). Los contrastes de diferencia de medias relacionadas no resultaron significativos para ninguna condición, siendo el contraste del grupo experimental  $T(23) = 0.592, p > .05$  y el del grupo control,  $T(26) = -1.25, p > .05$ . Indican ausencia de cambios tras el entrenamiento. Finalmente, no se evidencian diferencias entre los grupos tras el entrenamiento ( $T(49) = -1.92, p > .05$ ).

**Gráfica 3.** Medias poblacionales obtenidas por grupos, antes (pre) y después (post) del programa en el FFMQ.



Al dividirlos en constructos, los datos señalan un aparente aumento de las medias poblacionales del grupo experimental en tres de los constructos que mide el FFMQ: “observar”, “describir” y “no reactividad”. En los dos constructos restantes se observa una disminución de las medias poblacionales.

Por su lado, el grupo control exhibe un aumento aparente en tres de los constructos: “observar”, “describir” y “actuar con conciencia”. En el constructo “no enjuiciamiento” disminuyen las medias poblacionales, y el constructo “no reactividad” no presenta cambios tras el programa.

#### *Observar (FFMQ)*

El contraste de diferencias de medias independientes pre-programa arrojó resultados no significativos ( $T(49) = -0.500, p > .05$ ), indicando ausencia de diferencias antes del entrenamiento. El contraste de diferencias de medias relacionadas del grupo experimental resultó no significativo, indicando por tanto una ausencia de efecto del entrenamiento ( $T(23) = -1.40, p > .05$ ), pese a existir una tendencia a la mejora en el constructo. Tampoco hubo significación para el grupo control ( $T(26) = -0.480, p > .05$ ). Finalmente, no se encontraron diferencias entre el grupo control y el experimental tras el programa ( $T(49) = 0.0420, p > .05$ ).

### *Describir (FFMQ)*

No existían diferencias entre los grupos antes del entrenamiento ( $T(49) = -1.09$ ,  $p > .05$ ). Pese a existir una tendencia al aumento en las medias poblacionales, el contraste de diferencias de medias relacionadas del grupo experimental no resultó significativo ( $T(23) = -0.579$ ,  $p > .05$ ), señalando ausencia de efecto del entrenamiento. Tampoco hubo significación para el grupo control ( $T(26) = -0.674$ ,  $p > .05$ ). Por esto, no es de extrañar que ambos grupos carecieran de diferencias tras el entrenamiento ( $T(49) = -1.04$ ,  $p > .05$ ).

### *Actuar con conciencia (FFMQ)*

No se observaron diferencias significativas en el contraste de medias independientes pre-programa ( $T(49) = 0.318$ ,  $p > .05$ ). Tal y como muestra la tendencia de las medias poblacionales expuestas en la gráfica 4, los resultados del contraste de medias relacionadas del grupo experimental fueron no significativos tanto para el grupo experimental ( $T(23) = 1.78$ ,  $p > .05$ ), como para el grupo control ( $T(26) = -1.61$ ,  $p > .05$ ). Tampoco se vieron cambios significativos entre un grupo y otro tras en el entrenamiento ( $T(49) = -1.72$ ,  $p > .05$ ).

### *No enjuiciamiento (FFMQ)*

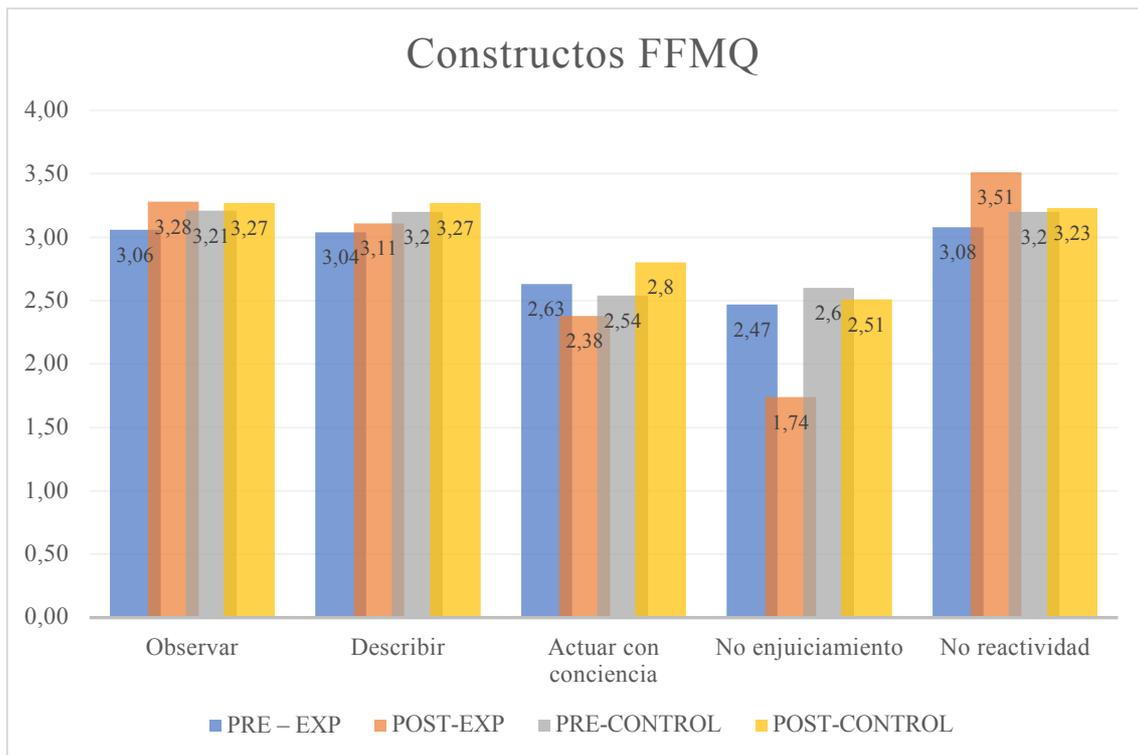
Al observar las medias poblacionales antes y después del entrenamiento, parece haber tendencia a una notable disminución de las medias. Esto se confirma mediante el contraste de medias relacionadas pre-post del grupo experimental, que arroja un resultado significativo de  $T(23) = 4.64$ ,  $p < .001$ , denotando efecto del entrenamiento en los participantes. Además, esta significación no se plasma en el contraste de medias relacionadas pre-post del grupo control ( $T(26) = 0.896$ ,  $p > .05$ ). Asimismo, cabe destacar que ambos grupos carecían de diferencias antes del entrenamiento ( $T(49) = -0.553$ ,  $p > .05$ ) y las manifiestan tras el mismo ( $T(49) = -3.22$ ,  $p < .05$ ), confirmando así un efecto del entrenamiento sobre el grupo experimental.

### *No reactividad (FFMQ)*

Parece haber tendencia al aumento de las medias poblacionales en el grupo experimental, confirmada mediante la significación obtenida en el contraste de medias relacionadas ( $T(23) = -3.42$ ,  $p < .05$ ), pudiendo afirmar un efecto significativo del

tratamiento, frente a la ausencia de resultados significativos del grupo control ( $T(26) = -0.359, p > .05$ ). Los grupos carecen de diferencias antes y después (pre:  $T(49) = -0.583, p > .05$ ; post:  $T(49) = 1.64, p > .05$ ).

**Gráfica 4.** Medias poblacionales obtenidas por constructos antes (pre) y después (post) del programa en el FFMQ.

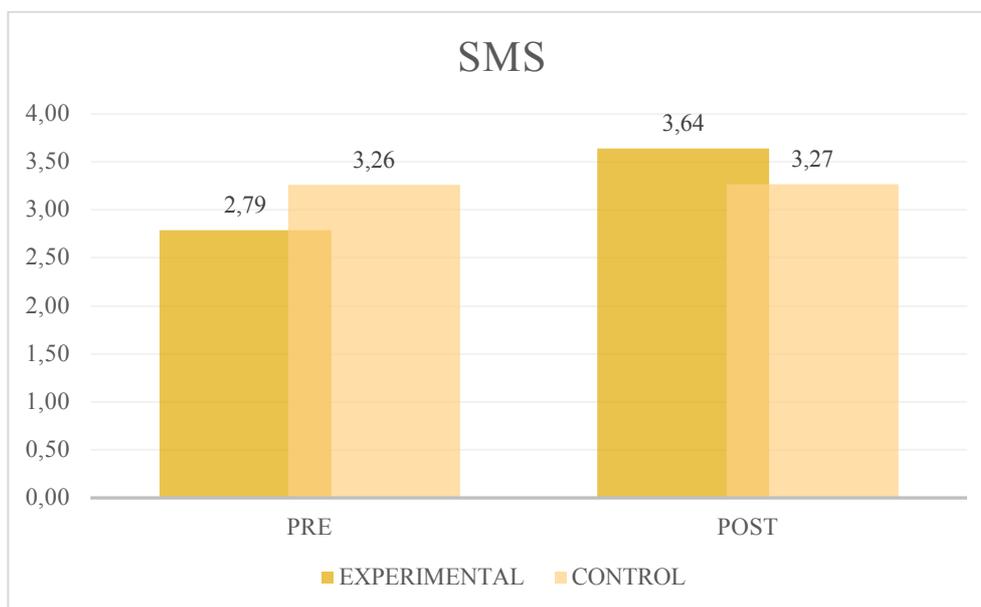


### SMS

Los datos del SMS muestran un aumento de la media poblacional en el grupo experimental, así como un aumento mínimo de la misma en el grupo control tras el programa.

Las puntuaciones del grupo experimental confirman esto al mostrar cambios significativos tras el programa ( $T(23) = -4.56, p < .001$ ), cosa que no ocurre en el grupo control ( $T(26) = -0.0297, p > .05$ ). Además, cabe destacar que no hubo diferencias entre los grupos antes del entrenamiento ( $T(49) = -1.80, p > .05$ ) ni después del mismo ( $T(49) = 1.61, p > .05$ ).

**Gráfica 5.** *Medias poblacionales obtenidas por grupos, antes (pre) y después (post) del programa en el SMS.*



#### *Estado Consciente de la Mente (SMS)*

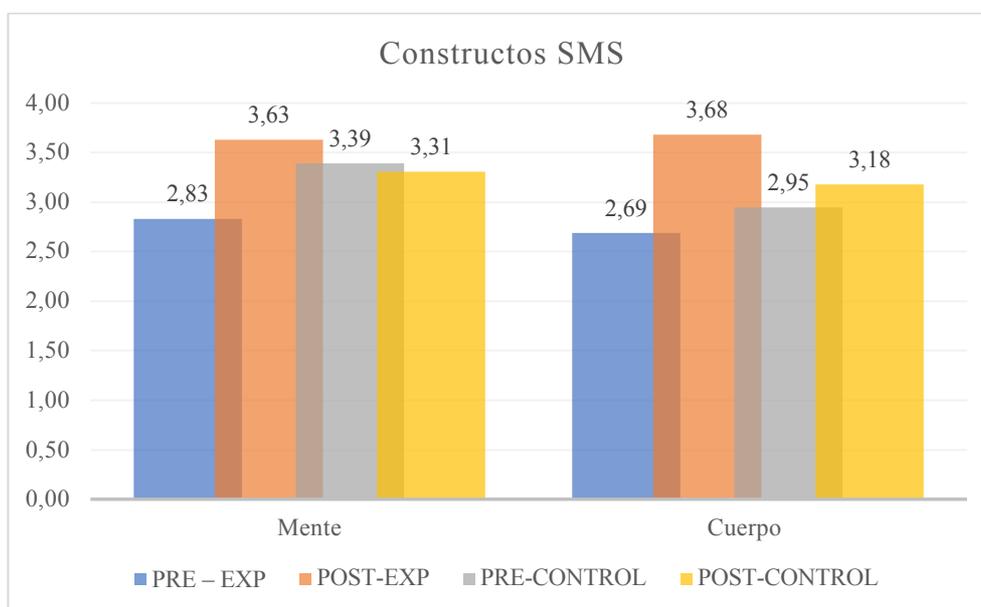
Se evidencia un aumento de las medias poblacionales del grupo experimental en los dos constructos que forman parte del instrumento. Sin embargo, para el grupo control este aumento de media es observable tan sólo en la dimensión “Cuerpo”. El contraste de medias relacionadas pre-post del grupo experimental confirma lo aparente, resultando significativo para la dimensión “Estado Consciente de la Mente” ( $T(23) = -4.16, p < .001$ ) y evidenciando efecto del tratamiento. Por su lado, el mismo contraste para el grupo control no es significativo, indicando ausencia de cambios pre-post ( $T(26) = 0.513, p > .05$ ). Existían diferencias entre los grupos antes del entrenamiento ( $T(49) = -2.11, p < .05$ ), que desaparecen tras el mismo ( $T(49) = 1.37, p > .05$ ).

#### *Estado Consciente del Cuerpo (SMS)*

El grupo experimental obtuvo resultados significativos para el constructo “Estado Consciente del Cuerpo” en su contraste de medias relacionadas pre-post ( $T(23) = -4.68, p < .001$ ), denotando cambios tras el programa, mientras que el grupo control no mostró resultados significativos ( $T(26) = -1.18, p > .05$ ). Ambos grupos carecían de diferencias significativas en su contraste de medias independientes pre-programa ( $T(49) = -0.867,$

$p > .05$ ), condición que, pese a cambiar tras el entrenamiento, no lo hace de forma significativa ( $T(49) = 1.75, p > .05$ ).

**Gráfica 6.** Medias poblacionales obtenidas por constructos antes (pre) y después (post) del programa en el SMS.



## DISCUSIÓN

Con el presente trabajo, se pretende encontrar la respuesta a dos preguntas acerca del efecto de la práctica de Mindfulness:

1. Si este entrenamiento basado en Mindfulness (MBT) disminuye los niveles de estrés, ansiedad y/o depresión.
2. Si este MBT aumenta las medidas de Mindfulness.

En primer lugar, y dando respuesta a la primera hipótesis, los datos arrojados por el DASS-21 sugieren un efecto relevante del MBT sobre los constructos de estrés, ansiedad y depresión: todas las puntuaciones disminuyeron tras el entrenamiento. Sin embargo, estas mejoras sólo fueron estadísticamente significativas para el constructo “estrés”; el MBT no parece haber sido lo suficientemente potente para tratar la ansiedad y la depresión. Con estos resultados, el MBT parece eficaz para tratar el estrés. No obstante, los resultados señalan que la ansiedad y la depresión necesitarían tratamientos más específicos.

Estos hallazgos se relacionan estrechamente con investigaciones anteriores. En concreto, un meta-análisis acerca del efecto del MBT sobre la ansiedad y la depresión (Hofmann et al., 2010) encontró una relación estable entre el MBT y la reducción significativa del estrés, tal y como ocurrió en el presente estudio. Además, desmintió investigaciones previas que sugerían la inutilidad general del MBT, demostrando que dichas conclusiones provenían de resultados de estudios en los que se habían utilizado únicamente muestras no clínicas. De esta manera, reunió evidencia suficiente para señalar que la eficacia del entrenamiento había sido notablemente mayor en muestras clínicas (específicamente en aquellas compuestas por individuos con trastornos emocionales y/o de ansiedad), y que el MBT había demostrado utilidad para el tratamiento de un amplio abanico de síntomas depresivos y ansiosos de distinta gravedad. Estos datos podrían explicar por qué se dio un menor efecto del tratamiento sobre los constructos de ansiedad y depresión en la muestra de la presente investigación, puesto que carecía de sujetos clínicos.

Paralelamente, parece haber concordancia entre los datos de este estudio e investigaciones previas que también utilizaron muestras no clínicas. De hecho, en un meta-análisis que revisó investigaciones acerca del efecto de Mindfulness sobre individuos “sanos” (Khoury et al., 2015) se concluyó que, mientras que la reducción de estrés en los participantes era significativa, los efectos sobre las medidas de ansiedad y depresión habían resultado moderados, tal y como ha sucedido en este estudio. Además, una de las poblaciones que más beneficios obtuvo del MBT fueron los profesionales de la salud, lo cual demostró estar ligado a los elevados niveles de estrés a los que estaban sometidos, verificando, una vez más, que la práctica ejerce un mayor efecto sobre el estrés que sobre cualquier otra variable.

En base a lo descrito, es razonable inferir que el MBT resulta eficaz para lograr una reducción de los niveles de estrés. Asimismo, es interesante atender las modestas mejoras que se dieron en los constructos de ansiedad y depresión tras el entrenamiento, y perseverar en su estudio para llegar a conclusiones más precisas en futuras investigaciones.

Por otro lado, y en lo que respecta a la segunda hipótesis, los resultados obtenidos en el estudio señalan efectos significativos sobre las medidas de Mindfulness cuando este constructo se entiende como un estado (SMS), tanto a nivel corporal, como mental. Sin

embargo, no hallan muchos efectos significativos sobre las medidas que entienden el constructo de Mindfulness como una disposición o un rasgo estable (FFMQ). Es decir, parece que este MBT consigue que los participantes distingan mejor sensaciones corporales y mentales que experimentan en el presente reciente acerca del cual se les pregunta (“noté varias sensaciones causadas por el entorno: calor, frío, el viento en mi cara...”), pero no se evidencian cambios relevantes en sus disposiciones generales: los rasgos más centrales de su personalidad no cambian tras el entrenamiento (“cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, me calmo en poco tiempo”).

Teniendo en cuenta lo hallado, Mindfulness ha demostrado ser una herramienta potente para modificar la actitud hacia el momento presente. Ahora bien, es conveniente señalar que el proceso de desarrollo en la práctica no es lineal: existen momentos de mejoría y de estancamiento, no necesariamente correlacionados con la propia práctica (García y Demarzo, 2018). Además, la investigación ha demostrado que el desarrollo de Mindfulness estado incrementa el de Mindfulness rasgo y, a sabiendas de que la práctica se limitó a las sesiones impartidas en clase y las sesiones en casa quedaron a merced del sentido de responsabilidad individual de los participantes, podría hipotetizarse que el entrenamiento no se llevó a cabo con el suficiente rigor como para lograr cambios disposicionales, pese a haber alcanzado cambios significativos en los niveles de Mindfulness estado. Sería interesante proponer aplicaciones más controladas del MBT para comprobar si, tal y como indica la investigación, el aumento del Mindfulness estado generaría, con el tiempo y la práctica, un aumento de Mindfulness rasgo.

A la luz de lo anterior, cabe concluir señalando que aun falta mucho por conocer. Los estudios sobre MBT en población universitaria son prácticamente escasos, y están sujetos a numerosas particularidades a tener en cuenta: preferencias por lidiar con el estrés de forma autónoma, normalización del estrés en época universitaria, la no-percepción de que las necesidades individuales sean serias y la ausencia de tiempo para tratar dichas necesidades, entre otras (Downs y Eisenberg, 2012).

Además de lo ya mencionado, convendría modificar otros aspectos de cara a futuras investigaciones: habría que utilizar una muestra equiparable de participantes para ambas condiciones experimentales (a poder ser, voluntarios). Asimismo, sería apropiado controlar más las medidas del entrenamiento, proporcionar registros más concretos en los

que se establezcan fechas de participación cerradas, y proponer prácticas de igual duración para todos.

En definitiva, me sumo a lo que numerosos autores proponen (García y Demarzo, 2018; Regehr et al., 2013; Conley et al., 2015) y expongo la necesidad de estructurar programas preventivos enfocados hacia estudiantes universitarios, con la intención de lograr un mayor aprovechamiento del entrenamiento en Mindfulness que les permita cultivar la capacidad de lidiar con las problemáticas desde un enfoque de aceptación y focalización en el momento presente, acercándoles a estilos de vida más saludables y adaptativos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., y Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment, 10*, 176-181. doi: 10.1037/1040-3590.10.2.176
- Baer, R. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science & Practice, 10*, 125– 143.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., y Devins, G (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*(3), 230–241.
- Brozovich, F., Goldin, P.R., Gross, J. J., Heimberg, R., Jazaieri, H., y Morrison, A. (2016). Group CBT Versus MBSR for Social Anxiety Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(5), 427– 437.
- Carlson, L. E., Ursuliak, Z., Goodey, E., Angen, M., y Speca, M. (2001). The effects of a mindfulness meditation based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients: Six-month follow-up. *Supportive Care in Cancer, 9*, 112–123.
- Cayoun, B. A., Francis, S. E. y Shires, A. G. (2019). *The Clinical Handbook of Mindfulness-integrated Cognitive Behavior Therapy, a step-by step guide for therapists*. Noboken. NJ: Wiley-Blackwell.
- Coo Calcagni, C., y Salanova, M. (2016). Validación española de la escala abreviada Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ): Un estudio piloto. *Àgora de salut (3)*, 103-111.
- Downs, M. y Eisenberg, D. (2012) Help seeking and treatment use among suicidal college students. *Journal of American College Health, 60*, 104-114.
- Eriksson, T., Germundsjö, L., Åström, E. y Rönnlund, M. (2018). Mindful Self-Compassion Training Reduces Stress and Burnout Symptoms Among Practicing Psychologists: A Randomized Controlled Trial of a Brief Web-Based Intervention. *Frontiers in Psychology, 9*(2340), 1-10.
- Fletcher, L., y Hayes, S. C. (2005). Relational frame theory, acceptance and commitment therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 23*(4), 315–336. <https://doi.org/10.1007/s10942-005-0017-7>

- García Campayo, J., y Demarzo, M. (2018). *¿Qué sabemos del Mindfulness?* Barcelona: Editorial Kairós.
- Grossman, P., Neimann, L., Schmidt, S., y Walach, H. (2004). Mindfulness- based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35–43.
- Hofmann, S., Sawyer, A., Witt, A., y Oh, D. (2010). The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169-183. <https://doi.org/10.1037/a0018555>
- Hölzel, B., Lazar, S., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Ott, U., y Vago, D. (2011). How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 537-559.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Mindfulness en la vida cotidiana: donde quiera que vayas, ahí estás*. España: Paidós Ibérica.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156.
- Khoury, B., Sharma, M., Rush, S. E., y Fournier, C. (2015). Mindfulness- based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 78, 519–528. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.03.009>
- Kinnunen, S.M., Lappalainen, R., Mäkikangas, A., Puolakanaho, A., y Tolvanen, A. (2020). Does a Mindfulness-, Acceptance-, and Value-Based Intervention for Burnout Have Long-Term Effects on Different Levels of Subjective Well-Being? *International Journal of Stress Management*, 27(1), 82–87. doi: <https://doi.org/10.1037/str0000132>
- Labrador Encinas, F.J. (2008). *Técnicas de modificación de conducta*. España: Ediciones Pirámide.
- Miró, M.T., y Pastor, J. (2012). Mindfulness en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo. En Miró, M.T. y Simón, V. (Eds.), *Mindfulness en la práctica clínica* (169-208). España: Desclée de Brouwer.
- Pérez Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Quintana Santana, B.M. (2016). *Evaluación del Mindfulness: aplicación del cuestionario Mindfulness de cinco facetas (FFMQ) en población española*. (Tesis

- doctoral, Universidad Complutense de Madrid). Recuperado de <https://eprints.ucm.es/id/eprint/37535/1/T37175.pdf>.
- Reibel, D. K., Greeson, J. M., Brainard, G. C., y Rosenzweig, S. (2001). Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life in a heterogeneous patient population. *General Hospital Psychiatry, 23*, 183–192.
- Roeser, R.W., Jha, A., Wallace, L., Wilensky, R., Schonert-Reichl, K.A., Cullen, M., ... Harrison, J. (2013). Mindfulness Training and Reductions in Teacher Stress and Burnout: Results From Two Randomized, Waitlist-Control Field Trials. *Journal of Educational Psychology, 105*(3), 787-804.
- Ruimi, L., Hadash, Y., Tanay, G., y Bernstein, A. (2019, January 26). State Mindfulness Scale (SMS). <https://doi.org/10.31231/osf.io/3x7ck>
- Shapiro, S.L., Schubert, C.M., Biegel, G.M., y Brown, K.W. (2009). Mindfulness-Based Stress Reduction for the Treatment of Adolescent Psychiatric Outpatients: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(5), 855–866.
- Shapiro, S. L., Schwartz, G. E., y Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and pre-medical students. *Journal of Behavioral Medicine, 21*, 581– 599.
- Teasdale, J.D., y Ma, H. (2004). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: Replication and Exploration of Differential Relapse Prevention Effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(1), 31-40.
- Teasdale, J. D., Williams, J. M., Soulsby, J. M., Segal, Z. V., Ridgeway, V. A., y Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(4), 615–623
- The jamovi project (2021). *jamovi*. (Version 1.6) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.
- Williams, K. A., Kolar, M. M., Reger, B. E., y Pearson, J. C. (2001). Evaluation of a wellness-based mindfulness stress reduction intervention: A controlled trial. *American Journal of Health Promotion, 15*(6), 422–432.

## ANEXOS

### *Anexo 1. Registro de práctica de atención consciente.*

	Fecha	Mañana (círculo)	Duración	Ratio de eficacia Puntúa de 1 a 10 cuánto has notado las distracciones y devuelto la atención al cuerpo (1=nada; 10=siempre)	Tarde (círculo)	Duración	Ratio de eficacia Puntúa de 1 a 10 cuánto has notado las distracciones y devuelto la atención al cuerpo (1=nada; 10=siempre)
Lunes		Practicado Si / No			Practicado Si / No		
Martes		Practicado Si / No			Practicado Si / No		
Miércoles		Practicado Si / No			Practicado Si / No		
Jueves		Practicado Si / No			Practicado Si / No		
Viernes		Practicado Si / No			Practicado Si / No		
Sábado		Practicado Si / No			Practicado Si / No		
Domingo		Practicado Si / No			Practicado Si / No		