

***Mindfulness* ante el *neuroticismo* por medio de
psicoterapia online**

(Una revisión desde el pensamiento psicodinámico hasta las terapias de
tercera generación)



Máster en Terapias Psicológicas
de Tercera Generación

Aida Hernández

Créditos: 12 ECTS

INDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN.....	3
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	
2. ANSIEDAD.....	6
2.1. ANSIEDAD: DEFINICIÓN E INTRODUCCIÓN DEL CONCEPTO DE ANSIEDAD COMO RASGO DE PERSONALIDAD.....	6
2.1.1. CARACTERÍSTICAS	8
2.1.2. GÉNESIS	8
2.2. NEUROTICISMO: ANSIEDAD-ESTADO Y ANSIEDAD-RASGO	11
2.3. DELIMITACIÓN TEÓRICA DE LA PERSONALIDAD NEURÓTICA.....	13
2.4. POSIBILIDADES DE TRATAMIENTO.....	16
3. MINDFULNESS.....	17
3.1. POR QUÉ MINDFULNESS	20
3.2. QUÉ ES MINDFULNESS.....	21
3.3. DIFERENCIAS ENTRE MINDFULNESS Y OTRAS TÉCNICAS DE MEDITACIÓN	23
3.4. ELEMENTOS DEL MINDFULNESS	23
3.5. LA PRÁCTICA MINDFULNESS	25
3.6. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE EFICACIA.....	27
4. PSICOTERAPIA ONLINE.....	30
4.1. QUÉ ES LA PSICOTERAPIA ONLINE Y CUÁLES SON SUS VENTAJAS ..	31
4.2. RESULTADOS EMPÍRICAMENTE CONTRASTADOS	32
4.3. LIMITACIONES	33
5. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS.....	35
5.1. METODOLOGÍA.....	35
5.1.0. POBLACIÓN Y MUESTRA	35
5.1.1. VARIABLES.....	37
5.1.2. DISEÑO.....	38
5.1.3. MATERIALES E INSTRUMENTOS DE MEDIDA Y RECOGIDA DE INFORMACIÓN	38
5.1.4. PROCEDIMIENTO SEGUIDO	39
5.2. ANÁLISIS Y RESULTADOS.....	40
6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	51
7. CONCLUSIONES.....	52
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54
9. ANEXOS (EN DOCUMENTO APARTE).....	56

Resumen: En el presente escrito se buscaba investigar la eficacia del *mindfulness* como tratamiento a la personalidad neurótica, mejor conocida por el concepto de “ansiedad rasgo”. Para ello se obtuvo una muestra de 30 individuos a los que se les presentó una medición por medio del cuestionario STAI, antes y después de la auto-aplicación de un programa de tratamiento basado en conciencia plena, por medio del correo electrónico. Los resultados obtenidos mostraron variación en los niveles de ansiedad rasgo a nivel poblacional. Por lo que, según esta investigación, *mindfulness* en formato telemático es una buena opción de acompañamiento a la terapia tradicional (cara a cara) para el tratamiento de la ansiedad como rasgo de personalidad, aún en un periodo de tiempo menor a ocho semanas.

Palabras clave: Mindfulness, conciencia plena, atención plena, ansiedad, neuroticismo, psicoterapia online.

1. INTRODUCCIÓN

En la presente investigación pretendemos llevar a cabo un estudio sobre la ansiedad, aunque no estrictamente en el sentido clínico. Es muy habitual que aparezcan casos de ansiedad o malestar en la sociedad en la que vivimos, y no por ello deben ser todos catalogados como problemas clínicos. Se dan muchos casos de personas que buscan ayuda psicológica porque se sienten angustiados, aunque no cumplan los criterios diagnósticos para ningún trastorno psicológico. Es por ello que no debemos olvidarlos y, precisamente porque no existe mucha investigación al respecto, nos parecía una idea interesante estudiar la cuestión, para hacer así una aportación novedosa e interesante a la comunidad científica.

Abstract: In the present paper we sought to investigate the efficacy of mindfulness as a treatment of the neurotic personality, better known by the concept of "anxiety trait". For this purpose, a sample of 30 individuals was submitted to a measurement through STAI questionnaire, before and after the self-application of a treatment program based on mindfulness, via e-mail. The results of the procedure showed a variation in the anxiety grade at the population level. So, according to this research, mindfulness in an online format is a good choice for the treatment of anxiety as a personality trait, even in a time period of less than eight weeks.

Keywords: Mindfulness, full consciousness, attention, anxiety, neuroticism, online psychotherapy.

La ansiedad tiene una función existencial, una función adaptativa, pues limita la libre representación de los impulsos del individuo. Pero, cuando los niveles de ansiedad son extremos el sujeto comienza a sufrir. Y es entonces cuando pueden aparecer trastornos o problemática asociada.

Existen diferentes formas de ansiedad; la que se encuentra asociada a la personalidad (*neuroticismo* o ansiedad-rasgo), y la que se produce como respuesta ante circunstancias adversas (ansiedad-estado).

Según apuntan autores como Vallejo (2011), que comentaremos a lo largo de este escrito, el origen de la problemática ansiosa puede hallarse fuertemente arraigada en el individuo. Tanto que las personas con altos niveles de ansiedad parecen más susceptibles al afecto negativo que el resto de sujetos.

Por ello postulamos que las técnicas de tercera generación, basadas en la aceptación, el humanismo, y el estudio cognitivo-conductual de la psique, podrían ser útiles para tratar casos como los que nos ocupan.

En el caso del “*mindfulness*”, en el que hemos centrado esta investigación, es posible que una filosofía de vida (como es el caso de esta técnica terapéutica), pueda influir en el sujeto hasta tal punto de otorgarle una nueva forma de percibir y relacionarse con su realidad. Y, por lo tanto, su utilización pueda provocar cambios en los niveles de ansiedad del individuo.

Por ello, a lo largo de este escrito, hablaremos de lo que es el *mindfulness*, en qué se basa y cómo se aplica. Y, lo que es más importante, por qué pensamos que es una buena alternativa a las clásicas técnicas cognitivo-conductuales para el tratamiento de la ansiedad en sus diversas vertientes.

Finalmente y por medio de análisis estadísticos, comprobaremos si, con una muestra limitada (treinta sujetos), se observan influencias del tratamiento basado en *mindfulness* sobre la ansiedad como rasgo de personalidad y la ansiedad como estado anímico.

Por otro lado, el desarrollo de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) parece imparable y excesivamente veloz, lo que nos obliga a actualizarnos y reciclarnos para estar a la altura de las circunstancias. Cada día aparecen más y más herramientas que podemos incorporar a la práctica profesional. Y la psicoterapia online ya no es sólo el sueño de un loco. Según el momento histórico en el que nos encontramos, y tratándose esta obra de un TFM de un máster impartido 100% online, la aplicación del programa no sólo pretendía investigar la eficacia de la “atención plena” en casos como los que se

presentan. También buscaba estudiar la eficacia y eficiencia de la aplicación por vía telemática. Dados los tiempos que vivimos, resulta interesante estudiar qué alcance tienen las TIC en la psicoterapia y hasta qué punto podemos apoyarnos en ellas. Con más razón aun cuando cada día más centros y clínicas se suman al movimiento de la psicoterapia online y la bibliografía existente al respecto es aún bastante limitada.

La estructura del presente trabajo se desarrollará por medio de una fundamentación teórica que pretende explicar qué es la ansiedad (estado y rasgo), la psicoterapia online y el *mindfulness*; y por qué esta técnica bastante novedosa es altamente recomendable para el tratamiento del estrés y la ansiedad. Una vez establecidas las bases teóricas avanzaremos hacia un área más práctica, tomando una muestra extraída de población normal y, finalmente, comentaremos una serie de conclusiones y recomendaciones basadas en los resultados obtenidos del análisis que llevaremos a cabo.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2. ANSIEDAD

2.1. ANSIEDAD: DEFINICIÓN E INTRODUCCIÓN DEL CONCEPTO DE ANSIEDAD COMO RASGO DE PERSONALIDAD

Existen algunos test de personalidad (NEO-PI-R de McRae y Costa o PEN de Eysenck) que consideran que el rasgo de personalidad que denota ansiedad, es el *neuroticismo*. Este concepto, como su propio nombre indica, parece haber derivado de lo que eran las antiguas neurosis.

En la actualidad, el concepto de neurosis ya casi no se utiliza, probablemente por su fuerte asociación con la corriente psicodinámica. Desde que el psicoanálisis comenzó a perder fuerza en el panorama psicoterapéutico, las antiguas neurosis quedaron recogidas por el DSM IV (1995) en “Trastornos de ansiedad”, “Trastornos somatomorfos” y “Trastornos disociativos”. El CIE-10 (1992) sin embargo, aún los clasifica en “Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.”

Desde el punto de vista psicoanalítico podríamos definir las neurosis, en palabras de Laplanche-Portalis (Vallejo, 2011), como “una afección psicógena cuyos síntomas son la expresión simbólica de un conflicto psíquico que tiene sus raíces en la historia infantil del sujeto y constituyen compromisos entre el deseo y la defensa.” Lo que viene a explicar las neurosis como un reflejo físico de un problema que se da a nivel psíquico entre el *ello* y el *superyó* psicoanalíticos. Siguiendo con este esquema, Vallejo (2011) da su propia opinión sobre ellas, considerando que la neurosis se da porque el sujeto pierde su *egostasis* (equilibrio del *yo*) por desequilibrios entre las fuerzas que influyen en el *Yo*; “el resultado de este conflicto es la ansiedad, y su correlato fisiológico, la angustia.” La clínica neurótica derivaría, según este punto de vista, de la imposibilidad del sujeto de mantener controlada la angustia por medio de los *mecanismos de defensa del Yo* (Ej. *represión, sublimación, negación, proyección*, etc.), cuya finalidad es proteger al sujeto de un arrebató instintivo excesivo, eliminando la tensión interna. En ocasiones, la actuación de estos mecanismos de defensa es efectiva y posee una función adaptativa para el sujeto, pues impone leyes reales (sociales, físicas, etc.) a la expresión de los impulsos. Pero si estas defensas se vuelven ineficaces o desadaptativas, la persona comienza a sufrir. Y es ahí donde se origina la patología neurótica/ansiosa.

Según continúa el estudio que realizó Vallejo (2011) al respecto, podemos extraer de esta mecánica de funcionamiento que, cuando se pierde el equilibrio entre las diferentes estructuras psíquicas, los mecanismos de defensa entran en acción para aliviar el

sufrimiento y la ansiedad-angustia que esto provoca. Cuando la acción de dichos mecanismos funciona, al menos de forma parcial, el resultado es una personalidad neurótica (puntuaciones altas en *neuroticismo*). Si la acción, por el contrario, fracasa, dará lugar a la clínica neurótica (trastornos de ansiedad). Es por esto que la personalidad neurótica suele caracterizarse por un curso crónico, aunque éste fluctúe según las experiencias vitales. Sin embargo las reacciones neuróticas sí que pueden darse en episodios aislados y puntuales.

Ahora bien, hemos de dejar clara la distinción que existe entre

- *Reacciones neuróticas*: toda aquella sintomatología que se da como respuesta ante circunstancias adversas.
- *Neurosis nucleares*: cuando nos referimos a una conflictiva interna, una personalidad neurótica.

El siguiente gráfico ilustra cómo se da la sintomatología ansiosa (neurótica) en función de la cantidad de estrés que sufra el individuo. A mayores puntuaciones en *neuroticismo* (eje x: "Personalidad neurótica") menor será el estrés necesario (eje y) para producir sintomatología ansiosa ("Neurosis nucleares": lo que actualmente conocemos como ansiedad-rasgo). Por el contrario, si el sujeto puntúa bajo en *neuroticismo* pero sufre mucho estrés, también aparecerá sintomatología, esta vez en forma de "reacciones neuróticas" (ansiedad-estado).

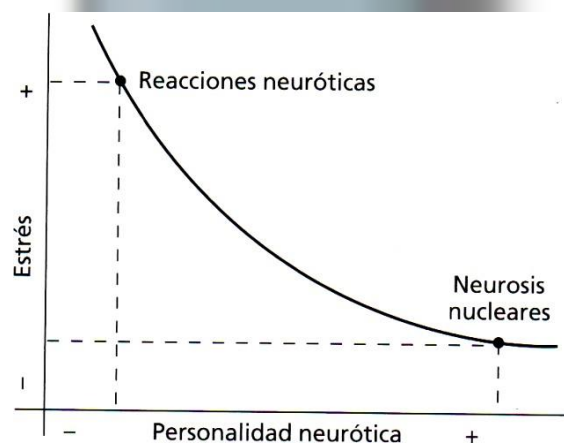


Figura 1 – Posibilidad de aparición de la clínica neurótica. Vallejo, J. (2011). [Gráfica].

(pp. 131)

Para Ey, Bernard y Brisset (1978), citando a Janet, "las neurosis son enfermedades de la personalidad caracterizadas por conflictos intrapsíquicos que inhiben conductas sociales."

Esto es una tipología de personalidad neurótica; rasgos, cuyo origen son las neurosis, arraigados en la personalidad.

Es por ello, y dada la conflictiva que puede originar el uso de la palabra *neurosis* que, en el presente estudio hemos decidido sustituir *neuroticismo* por *ansiedad-rasgo* (en la medida de lo posible y siempre que no se altere el concepto original del autor revisado).

2.1.1. CARACTERÍSTICAS

Continuando con los estudios de Vallejo (2011) al respecto, podemos extraer que las neurosis (refiriéndonos tanto a trastornos de ansiedad como a ansiedad-rasgo) se caracterizan por:

- No ser consideradas como enfermedades médicas: Excepto las Crisis de angustia, Trastorno agorafóbico secundario y los Trastornos obsesivos, el resto tiene etiopatogenia psicológica. Esto es así porque no existe una causa orgánica subyacente al trastorno.
- Poseer una naturaleza dimensional; el *neuroticismo* es un factor de personalidad que se representa en un continuum. Los individuos con altos índices en este rasgo se descompensan con facilidad ante situaciones amenazantes o conflictivas. Mientras que personas menos “neuróticas” también pueden sufrir desequilibrios pero en circunstancias más fuertes y traumáticas.
- Tener un curso crónico con fluctuaciones.
- Tener un pronóstico variable según características personales, sociales y terapéuticas.
- Se distingue de la *Psicosis* en que el sujeto no pierde el contacto con la realidad, sólo la percibe de una forma más amenazante de lo que es.

2.1.2. GÉNESIS

Para Vallejo (2011) el origen de las neurosis se encuentra en los conflictos de la infancia generados en las relaciones parentales (sobre todo con el padre del mismo sexo, pues es el modelo de identificación del sujeto), problemas entre los progenitores, desacuerdo en el tipo o estilo educativo, padres excesivamente rígidos y autoritarios o, por el contrario, temerosos e inestables. Todo esto puede facilitar el desarrollo de una personalidad ansiosa en el niño, puesto que su visión del mundo estará sesgada, lo que le impedirá desarrollar adecuados métodos de afrontamiento.

“El neurótico elabora a través de su desarrollo infantil un modelo incierto y amenazante del mundo exterior, y su personalidad es, tal como hemos visto, débil e insegura. En consecuencia, tiene dificultades en sus relaciones interpersonales y en la resolución de los problemas que se le van planteando, pues le falta objetividad suficiente para juzgar las situaciones y la energía necesaria para afrontarla”. (Vallejo, 2011).

Podemos deducir de aquí que es muy posible que lo que esté sucediendo sea que el aprendizaje y desarrollo del niño se han visto sesgados por los propios padres y esto provocará graves problemas de adaptación en la etapa adulta. Es entendible que, desde este punto de vista, lo que afirmaba el psicoanálisis tenga cierta lógica. Al decir que esta forma de educación (y/o la propia herencia genética), provocarán que, una vez formado, el *Principio de realidad*, por el que se rige el Yo, pueda dar lugar a errores. El Yo intentaría adaptarse a esa realidad que percibe con cierto desacierto (pues es una percepción sesgada de la realidad), aunque no podrá librarse de la angustia que provoca la incapacidad de dar respuestas adaptadas al mundo objetivamente real (pues parece que sus repertorios conductuales han sido preparados para su realidad subjetiva) (Freud, 1979 – “Neurosis y psicosis”).

El hablar de estos temas, cuyo origen va unido a las corrientes psicodinámicas y quizá un poco desfasadas, también nos lleva directamente a corrientes más modernas y científicamente probadas, como son las cognitivo-conductuales. Esto es un ejemplo más de que, quizá actualmente, las fronteras entre distintas perspectivas psicológicas se van haciendo cada vez más permeables y nos permiten plantear un enfoque mucho más holístico de la *psique* humana.

Si estamos hablando de sesgos en el *Principio de realidad* del Yo freudiano, no nos referimos a otra cosa que a la propia construcción cognitivo-conductual de la realidad; ¿no es lógico y consecuente pensar que si la percepción del mundo (junto con los procesos cognitivos asociados: atención, memoria, pensamiento, lenguaje, etc.) está sesgada (por el motivo que sea), las personas desarrollarán conductas para desenvolverse correctamente en tales circunstancias?

Sería más lógico aún pensar que podemos aplicar las técnicas cognitivo-conductuales (incluyendo, por supuesto, a las de tercera generación: Ej. *mindfulness*) para eliminar estos sesgos cognitivos y procurar al yo un mayor control sobre sus conductas. Se daría, en consecuencia, un alivio del sufrimiento generado por un aparato psíquico en continuo conflicto y desequilibrio. O, lo que es lo mismo pero en otras palabras y desde una perspectiva psicológica más moderna: dotar al sujeto de herramientas más eficaces para

la toma del control de una mente que lo tiene esclavizado; con sus vaivenes entre futuro y pasado, .sus pensamientos desadaptativos y emociones mal manejadas).

Este tema se tratará más profundamente en los apartados destinados al concepto de *mindfulness*.

Hablar del origen de la personalidad suele ser un camino plagado de supuestos e hipótesis, a veces difíciles de probar. Pero, con respecto a la clínica neurótica (trastornos de ansiedad, no personalidad neurótica), se han llevado a cabo diversos estudios sobre la génesis de la misma que Vallejo recoge en los resultados que comentamos a continuación. Hemos de tener en cuenta que, depende del trastorno de ansiedad del que hablemos, es más probable que la causa sea genética o ambiental. Por ejemplo:

- A la Fobia social se le atribuye una base genética complementada con factores psicológico-ambientales.
- Las Fobias específicas, sin embargo, son el resultado de procesos de condicionamiento.
- La Histeria (trastornos disociativos según CIE-10) se relaciona estrechamente con la personalidad neurótica, procesos de condicionamiento patológico e influencias sociales.
- En el caso del TOC (Incluido en trastornos de ansiedad hasta el DSM-IV) sí que encontramos una base etiopatogénica específica con influencias psicosociales (de tipo educativo) y genéticas.

No hemos de olvidar, tampoco, la gran importancia que tiene el factor *acontecimientos vitales* en la detonación o curso de estas problemáticas. Los eventos de una vida que pueden generar clínica neurótica son tantos y tan dispares que solo nombraremos algunos ejemplos que expongan de forma general a qué nos referimos: traumas o conflictos emocionales, situaciones físicas que generen sobrecarga de tensión emocional, situaciones de violencia, conflictos laborales, enfermedades médicas, etc. Aunque queda claro que la influencia que posean estas experiencias vitales en las respectivas vidas de cada uno, dependerá de la vulnerabilidad y personalidad de cada individuo (Véase

Figura 1 – Posibilidad de aparición de clínica neurótica).

2.2. NEUROTICISMO: ANSIEDAD-ESTADO Y ANSIEDAD-RASGO

Existen diversos estudios, como los de Larsen y Ketelaar (1989), los cuales realizaron una investigación con más de 1100 hombres de diversas edades, o los de Costa y McRae (1980), que nos ayudan a clarificar un poco más lo que significa *neuroticismo*. Ambas nos explican lo que probablemente sea ya por todos conocido; la clara implicación del factor de personalidad *extraversión* sobre la experimentación del afecto positivo. Mientras que por el contrario, el factor de personalidad *neuroticismo* se asocia a estados de ánimo negativos. Costa y McRae consideraban que, según el modelo de personalidad de Gray (1981), las personas con altos niveles de *ansiedad-rasgo*, tenían una mayor sensibilidad ante señales de castigo que de recompensa (lo contrario que ocurriría con los extravertidos). Asumiendo que el castigo llevará más probablemente asociado una afectividad negativa que la recompensa, es esperable que el “neurótico” tenga una mayor predisposición a la experimentación de un estado de ánimo negativo.

Larsen et al. (1989), nos comentan cómo Eysenck (1987) hipotetizaba que el factor de personalidad *neuroticismo* no representaba otra cosa que “susceptibilidad al afecto negativo” (al contrario que la *extraversión*). Esto, en palabras de Guarino y Roger (2005) extraídas de Matthews y Deary (1998), se traduce en que aquellas personas con puntuaciones elevadas en *neuroticismo* serán más propensas “a experimentar activación automática, perturbación y agitación ante experiencias estresantes” que aquellos con puntuaciones bajas en el mismo factor de personalidad. Guarino et al. (2005), revisando diversos estudios (Costa y McCrae, 1987; McCrae, 1990; Watson y Clark, 1984), también nos comentan que estos individuos asimismo tienden a percibir la vida de una forma más estresante, afrontándola de una forma menos eficiente, poseyendo una mayor predisposición a tener un menor nivel de bienestar psicológico “y, en general a reportar más quejas somáticas, ansiedad, rabia, tristeza y disgusto”. González Luengo (2004), por otro lado, añade que el perfil de este tipo de individuos se caracteriza por la facilidad para reaccionar de forma desproporcionada a diversos estímulos y la incapacidad para volver fácilmente a la normalidad tras vivenciar estas experiencias. Parece que la hiper-capacidad reactiva de estos sujetos produce una interferencia en el proceso adaptativo, provocando reacciones irracionales, o rígidas e inflexibles. Para esta autora el adjetivo que mejor definiría a aquellos que puntúan alto en *neuroticismo* sería el de “preocupados”, “pues su característica principal es una constante preocupación acerca de cosas o acciones que pueden resultar mal, junto con una fuerte reacción emocional de ansiedad a causa de estos pensamientos”.

La cara oculta que posee este rasgo de personalidad es que, como ya comentamos anteriormente, el factor *neuroticismo* ha sido ampliamente criticado; y aun se halla envuelto en una gran controversia abalada por el reducido número de hallazgos científicos que apoyen su existencia, o correcta delimitación.

Algunos autores, entre los que destacamos los estudiados por Guarino et al. (2005), consideran que el *neuroticismo* no es más que, el ahora llamado factor de “*sensibilidad emocional*”. De hecho, parece que el primer rasgo está evolucionando hacia el segundo pues, este último, “permitiría tanto la descripción del componente positivo como del negativo de la labilidad emocional”. Creando así una visión más realista del mismo, por ejemplo; el factor *sensibilidad emocional* incluye habilidades positivas como la *empatía*, no como en el caso del *neuroticismo*, que parece siempre descrito en términos negativos o perjudiciales.

Dada la problemática que parece envolver el concepto de *neuroticismo*, en el presente trabajo, nos hemos centrado tanto en la *ansiedad-estado* como en *ansiedad-rasgo*, como parte ineludible de este supuesto rasgo de personalidad, a la vez que es claramente real. Además, si una persona con altas puntuaciones en *neuroticismo* se le puede considerar una persona preocupada, es esperable y lógico que este factor se asocie a cierto grado de ansiedad.

Según González Luengo (2004) y la investigación bibliográfica que realizó al respecto de este tema, podemos decir que la ansiedad se divide en:

- Ansiedad rasgo (AR): entendemos por ella las “diferencias individuales, relativamente estables, en propensión a la ansiedad”.
- Ansiedad estado (AE): Está “caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos de tensión y aprensión, y por una actividad intensa del sistema nervioso autónomo”.

Así el estado de ansiedad que un individuo siente en cierto momento vital, quedaría como resultado de la interacción entre el grado de estrés asociado a la situación que lo provoca y la sensibilidad del individuo ante el mismo (ansiedad rasgo). Como es lógico, se considera más estable la variable “ansiedad-rasgo” que “ansiedad-estado”, pues la primera viene determinada por factores internos de la personalidad, mientras que la segunda se ve claramente influenciada por factores externos situacionales.

La asociación entre el factor *neuroticismo* y la ansiedad (rasgo y estado) ha sido demostrada por diversas investigaciones, entre las que queremos destacar la realizada por Andrade, Galarsi y De Andrea (2009), en la que se demuestra que, aunque los

individuos con mayores puntuaciones en *neuroticismo* poseen una menor percepción del estrés, son los que mayores niveles de ansiedad-estado y ansiedad-rasgo padecen. Esto coincide con los estudios de Eysenck realizados casi cuarenta años antes.

Hemos de tener en cuenta también lo que González Luengo (2004) recalca; pues del mismo modo parece clara la gran influencia del factor de personalidad *extraversión* sobre el nivel global de ansiedad. Lo que ha sido estudiado en otras ocasiones, entre las que resaltamos la realizada por Fernández-Berrocal y Extremera (2006), que ha podido comprobar la relación existente entre el factor “inteligencia emocional (IE)” y otros factores de personalidad. Por medio de la escala TMMS-24 (Trait Meta-Mood Scale) de Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai (1995); una de las medidas más utilizadas en el estudio de la IEP (Inteligencia emocional percibida), y el cuestionario de los cinco grandes de personalidad (BFQ – Big Five Questionnaire) se han obtenido correlaciones positivas entre la variable “extraversión”, “escrupulosidad” y “apertura a la experiencia”, mientras que para el factor “neuroticismo” se obtuvieron correlaciones negativas. Esto quiere decir que los factores que ayudan a un mejor ajuste o regulación emocional son los primeros que hemos nombrado, mientras que a mayores puntuaciones en “neuroticismo” menor será el resultado en IEP.

2.3. DELIMITACIÓN TEÓRICA DE LA PERSONALIDAD NEURÓTICA

Es importante entender que la *personalidad neurótica*, o las altas puntuaciones en ansiedad-rasgo, no tienen por qué implicar un trastorno clínicamente significativo. De todas formas, en la actualidad existe controversia acerca de la existencia de un perfil de personalidad que describa una tipología neurótica o si, por el contrario, existe la posibilidad de que esto pueda ser explicado por otros factores de personalidad. Es muy posible que esta discusión esté relacionada con la decadencia que ha sufrido la rama psicoanalítica en las últimas décadas, lo que nos ha llevado a cuestionar en gran medida todo su planteamiento. Pero, lo que es un hecho es que parecen existir unas características que, de forma general, podrían describir lo que entendemos por un individuo ansioso (antiguamente *neurótico*).

Para Vallejo (2011) es evidente que el carácter *neurótico* es el resultado de un intenso conflicto, que se da en el aparato psíquico del sujeto al no poder armonizar las normas y exigencias que dicta su conciencia con la realidad externa.

Este mismo autor nos comenta que es muy posible que, dicho conflicto psíquico, se manifieste en un sujeto inseguro, con sentimientos de inferioridad y tendencia a vivencias de culpa y autoflagelación. La ansiedad toma un papel central en la vida del individuo, la

cual se encuentra herida por la frustración que otorga la percepción de una baja realización personal. Y hablamos en este punto de *percepción* porque, la valoración de la realización personal, es completamente subjetiva.

Esto tendrá sus efectos en dos áreas importantísimas:

1. Relación del sujeto consigo mismo
2. Relaciones interpersonales

Estas dos variables están muy entrelazadas; pues si el individuo no ha logrado primero un equilibrio interno y se ha aceptado tal y como es, más difícil será que pueda aceptar a otros, o mantener relaciones saludables con ellos.

Desde una perspectiva psicofisiológica, podríamos asociar esta tipología de personalidad a un elevado nivel de *arousal* (activación interna). Esto se viene comentando en diversas investigaciones o teorías psicológicas; tales como la de Eysenck (Modelo PEN de personalidad: *psicoticismo*, *extraversión* y *neuroticismo*) o la de Gray (que trata la personalidad en función de dos factores: ansiedad e impulsividad), las cuales ponen en relación el nivel de activación interna y el rendimiento. Para ilustrar esta relación hemos de nombrar la Ley de Yerkes-Dodson, que viene a explicar que; a un nivel medio de arousal el rendimiento es óptimo, mientras que, a partir de este punto, si la activación aumenta o disminuye, el rendimiento solo puede reducirse. Se dibuja así una función en forma de “U” invertida, como la que sigue:

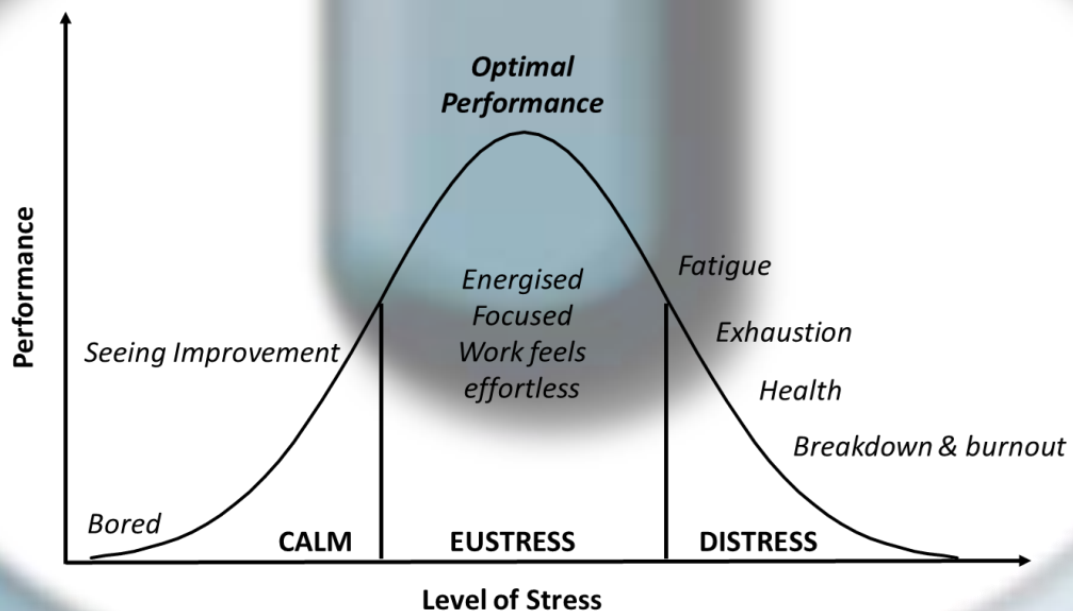


Figura 2 – Ley de Yerkes-Dodson. Cirone, M. (2016). [Gráfica]. Recuperado de <http://integrativecancer.org/the-cancer-journey/stress-cancer/>

Los resultados de las diversas investigaciones que venimos comentando y cuya información nos ha sido proporcionada por Vallejo (2011), abalan la teoría de que la *personalidad neurótica* o la ansiedad-rasgo, vendría determinada por un alto nivel de activación intrínseca. Esto es así porque se ha demostrado que los sujetos *neuróticos* rinden correctamente en pruebas que necesitan un elevado umbral de activación, mientras que son menos eficaces en tareas que requieren un nivel de activación más bajo.

Es decir, el nivel basal del *arousal* de los sujetos neuróticos parece ser muy alto. Y esto, a su vez, podría ser explicado por la continua conflictividad que habita en su estructura psíquica. Sigmund Freud, en su escrito “Más allá del principio del placer” nos viene a explicar que “una de las tendencias del aparato anímico es la de conservar lo más baja posible o, por lo menos, constante, la cantidad de excitación en él existente [...], pues si la labor del aparato anímico se dirige a mantener baja la cantidad de excitación, todo lo apropiado para elevarla tiene que ser sentido como antifuncional; esto es, como displaciente”. Por ende, es de esperar que, si las personas *neuróticas* tienen un nivel basal de activación bastante alto, cualquier mínima perturbación provocará en ellos un mayor displacer que a aquellos con un nivel de activación basal menor.

Esto significa que podemos además fundamentarnos en medidas objetivas, en medidas biológicas que corroboran la *hiperactivación* de la tipología de individuo que nos ocupa. Las personas que puntúan alto en el factor de personalidad *neuroticismo* o ansiedad-rasgo parecen ser, además, aquellas que reportan tasas de ritmo cardíacas más elevadas, mayor conductancia dérmica, hipervigilancia, etc. (Vallejo, 2011).

Desde el punto de vista de este mismo autor, hemos de comentar además, un factor importante a tener en cuenta respecto a este tipo de personalidad. Y esto es que existe una carga genética-ambiental muy notable. Lo que, como explicamos anteriormente en el apartado destinado a comentar la génesis de la ansiedad como rasgo de personalidad, estará muy relacionado con la personalidad de los padres, la herencia genética que estos mismos han traspasado a nuestro sujeto y, por otro lado, a la herencia educativa que ha marcado el desarrollo temprano e infanto-juvenil de nuestro paciente.

La **Figura 1** – *Posibilidad de aparición de la clínica neurótica* (pág. 7) pretende ilustrar la relación entre la carga de estrés de una situación y la probabilidad de aparición de clínica neurótica con respecto al factor de personalidad homónimo.

Los trastornos de ansiedad son comprensibles y pueden darse como consecuencia de tres factores:

- Desequilibrios del sistema nervioso central (crisis de angustia, ideas obsesivas, etc.)
- Conflictos psicológicos subyacentes (Fobias, TAG, etc.)
- Beneficios secundarios por reducción de la ansiedad (rituales compulsivos, conductas de evitación fóbica, etc.)

O lo que es lo mismo, en palabras distintas a Vallejo (2011), el equilibrio psíquico y conductual de cada sujeto vendrá influido por la relación que este mismo tenga con el mundo y consigo mismo. Más bien con la representación que tenga de ambos.

Es por esto que, probablemente, si modificamos esta representación que, en caso del *neurótico*, consideramos sesgada, podremos paliar su sufrimiento. Y no hay métodos más eficaces y eficientes para este fin que algunas de las actuales Terapias cognitivo-conductuales y, en esta ocasión lo veremos desde la perspectiva del *mindfulness*.

2.4. POSIBILIDADES DE TRATAMIENTO

No debemos olvidar que el *neuroticismo*, al tratarse de un factor de personalidad y, como tal, estar unido a ella, también se hallará fuertemente enlazado a la identidad del individuo. Esto provoca una complicación a la hora de hablar de tratamiento pues, es obvio que se necesitaría un método que pueda acompañar al individuo a lo largo de toda su vida y que, como la ansiedad-rasgo, forme parte de su cotidianidad o incluso de su identidad. Es por esto que el *mindfulness*, al tratarse de una filosofía existencial capaz de cambiar la forma en que vivimos nuestras vidas, podía convertirse en una alternativa idónea para este fin, aunque no existan muchas investigaciones que se hayan dedicado a comprobar si en efecto esto es así.

Ey et al. (1978), opinan que el “*Yo neurótico*” se diferencia del resto por la lucha interna que impone a sus pulsiones. Para este autor el *yo neurótico* no es un *Yo* fuerte, sino débil, un *yo* que se ve intimidado por las otras fuerzas psíquicas y que sufre a causa del poco control que ejerce sobre éstas.

Dejando a un lado las ideas psicoanalíticas y trasladándolas a un vocabulario más moderno y científico ¿qué sucedería si a este *yo*, a este individuo, le diéramos herramientas de control mental? ¿Cómo cambiaría las reglas del juego que este se fortaleciera y comenzara a imponerse ante su propia mente! Dejaría de ser un individuo débil e indefenso para convertirse en el amo de su propia vida, el responsable de hacer de esta una vida plena y satisfactoria.

3. MINDFULNESS

Paradójicamente, puede que la solución a esta pregunta sea tan sencilla como compleja. Para encontrar una respuesta adecuada, primero hemos de observar el mundo que nos rodea y las personas que en él habitan. ¿Por qué parece tan evidente que la gente vive de un modo automático e incoloro? De hecho, ¿no nos pasa muchas veces que nos damos cuenta de lo vacía de sentido y significado que parece estar nuestra vida?, ¿no nos gustaría cambiarlo?

Como bien indica Mañas (2009) “¿Acaso no ha de estar irremediabilmente relacionada la manera en la que vivimos con las gafas a través de las cuales vemos el mundo y filtramos la realidad?”. Freud podría haber dicho que estas gafas no son otra cosa que el “principio de realidad” que comentamos anteriormente. Es decir, nuestra idea del mundo y de quienes lo habitan no es más que el resultado que depende del funcionamiento de nuestra mente, de nuestros pensamientos y emociones.

Habitamos un tiempo lleno de contratiempos y responsabilidades, de fechas y horarios que nos encadenan al reloj y a preocupaciones. En un mundo en el que la tecnología avanza a tal velocidad que parece escapársenos de las manos, y en el que no vemos más color que el gris del asfalto y de los edificios, es normal que la ansiedad y la depresión estén a la orden del día. De hecho, lo extraño sería que no hubiera tantos casos como los que nos vamos encontrando. Desde nuestro punto de vista, la ansiedad y la depresión son estados mentales que nos sirven de alarma para que nos demos cuenta de que algo no funciona bien en nuestra vida, que estamos incómodos. Esta es la forma que tiene nuestro cuerpo y cerebro de decirnos que necesitamos un cambio. Y, con cambio, no me refiero estrictamente a llevar a cabo cambios visibles en nuestras vidas no, a veces no es necesario. Pero lo que sí que es imprescindible en muchas ocasiones es un cambio en la forma que tenemos de tomarnos la vida, sus circunstancias y los eventos privados que nos evoca. Por eso el *mindfulness* se nos presenta como una opción perfecta, porque ayuda a que cambiemos esas “gafas” que usamos para ver el mundo.

Parece que esta afirmación está directamente relacionada con la concepción cognitivo-conductual que la Psicología viene aceptando desde hace ya unos años. Pero hemos de tener en cuenta que, este tipo de terapias, suelen tener como objetivo principal la eliminación, sustitución o cambio de ciertas conductas o sistemas de procesamiento. Según este mismo autor (Mañas, 2009), existen diversas investigaciones que han demostrado la ineficacia de estas metas, de hecho parece que el intento de erradicar o luchar contra ciertas conductas o pensamientos lleva, en ocasiones, al aumento de la

frecuencia, intensidad y duración de la aparición de dichas afecciones. El *mindfulness*, *sin embargo*, no persigue estos objetivos, tampoco pretende que se abandonen los eventos privados negativos, sino más bien intenta desarrollar nuevos repertorios de conducta y pensamiento (más flexibles y útiles). Se trata de aprender a *estar* y *ser*, de una manera auténtica, profunda, intensa y llena de vida.

Pero, para comprender exactamente qué es esta nueva técnica que parece estar cada vez más a la orden del día, primero debemos entender cuál es el estado natural de nuestra mente y nuestros pensamientos. Debemos descubrir cuál es la tendencia natural de esta misma y, una vez respondida esta incógnita, trabajaremos para cambiar nuestra forma de vivir las experiencias hacia un modo más adaptativo y digno de una vida plena. Para Mañas (2009) el estado normal y desadaptativo de la mente, se llama *mente ordinaria*:

Eckhart Tolle (2006) en su libro “Un mundo nuevo, ahora”, señala que, a pesar de las múltiples diferencias que existen entre las distintas religiones y tradiciones espirituales, todas reconocen que el estado mental ordinario o “normal” de la mente es lo que podríamos llamar “disfunción” (hinduismo = *maya*: el velo del engaño; budismo = *dukkha*: sufrimiento, insatisfacción, desdicha; cristianismo = *pecado*: que, según su raíz lingüística, significa vivir torpemente, ciegamente, sufrir y causar sufrimiento). Para Tolle esto significa que somos esclavos de nuestra mente, pues esta va por libre, como si funcionara de un modo automático y nosotros con ella: “La mayoría de la gente está tan identificada con la voz de su cabeza –el torrente innecesario de pensamiento involuntario y compulsivo y las emociones que lo acompañan- que podríamos describirla como poseída por su mente”. Para él el problema no se encuentra tanto en utilizar erróneamente la mente, sino más bien que es esta mente la que nos utiliza a nosotros, y ahí es donde se halla la enfermedad.

Continuando con la investigación de Mañas (2009), nos damos cuenta de que estas ideas se apoyan y están fundamentadas por muchos otros autores o culturas. Como ejemplo nos comenta que Butler-Bowdon (2007, p.279) en su obra “Cincuenta clásicos espirituales” opina que nuestra mente es un sueño en el que miles de personas hablan a la vez, y en el que nadie entiende a los demás, considera que la condición normal de la mente humana es esta, por lo que nunca podemos ver quiénes somos realmente.

Los sufíes, por otro lado, consideran que la mente es el peor enemigo de uno mismo, por lo que debemos tener cuidado y ser cautelosos con ella. Según su opinión, aquellos que se dejan llevar por la mente sólo buscan el reconocimiento, son hipócritas, arrogantes,

engreídos, avaros, mezquinos, codiciosos, falsos, etc. Para ellos esto es la fuente de todos los males que nos afligen.

Otro autor al que Mañas se refiere, Sogial Rimpoché (1994) en su texto “El libro tibetano de la vida y de la muerte”, utiliza diferentes metáforas o comparaciones para explicarnos así cuál es el estado ordinario de la mente. Por ejemplo:

1. Nos explica que la mente es como el cielo y las nubes (la mente es el cielo, mientras que las nubes son los pensamientos y emociones -mente ordinaria- que, como tales, vienen y luego se van). Es importante entender que el cielo no son las nubes, sino que el primero contiene a las segundas.
2. La mente ordinaria es como un mono saltarín e inquieto que no deja de moverse de aquí para allá y es difícil de controlar.

Otro autor al que Mañas hace referencia es Ortega y Gasset (2001, pp.24-25) en “El hombre y la gente”, que nos dice: “Casi todo el mundo está alterado, y en la alteración el hombre pierde su atributo más esencial: la posibilidad de meditar, de recogerse dentro de sí mismo para ponerse consigo mismo de acuerdo y precisarse que es lo que cree, lo que de verdad estima y lo que de verdad detesta. La alteración le obnubila, le ciega, le obliga a actuar mecánicamente en un frenético sonambulismo”.

En un documento anterior al que venimos comentando (Mañas, 2006), este mismo autor pone de relieve las diferentes características de la mente y de los pensamientos y las emociones: las cuales “parecen estar siempre presentes, incluso cuando dormimos; la mente parece incontrolable; suele divagar entre el pasado y el futuro, pero casi nunca está en el presente; ambos se mueven en el terreno de lo conocido, de la memoria; son temerosos, se dedican a prevenir posibles males; fantasean; son hedonistas (se acerca a lo que le ofrece seguridad y aleja lo aversivo o lo que le da miedo); se relaciona con las emociones y con el cuerpo de manera bidireccional; los contenidos de los pensamientos o de la mente influyen en la personalidad; la mente puede ser reaccionaria o automática; suele actuar según hábitos (la queja, la agresividad, la impaciencia, búsqueda de reconocimiento, etc.); no son holísticos, sino más bien fragmentarios y divisorios; pueden ser repetitivos, obsesivos, valorativos, rumiativos, condenatorios, neuróticos, etc. con lo que generan gran sufrimiento.”

En resumen, podemos extraer que la idea general que comparten la mayoría de religiones y tradiciones espirituales humanas, culturas y autores es que: la responsable del sufrimiento humano no es otra que nuestra propia mente.

3.1. POR QUÉ MINDFULNESS

Según todas estas cosas que hemos comentado sobre la mente ordinaria, nace un concepto clave que es el de *identificación*. El sufrimiento se produce porque nos identificamos con nuestros pensamientos, con nuestra mente y nuestras emociones (el cielo no son las nubes, el cielo sólo contiene las nubes). Al confundirnos y pensar que somos nuestra mente (y lo que ella incluye), se produce esta identificación errónea que muchos autores han denominado *fusión cognitiva* (*cognitive fusion*). Y, al haber repasado todas estas cuestiones que preceden, llegamos a nuestro objetivo, explicar por qué el *mindfulness* es una buena técnica para aliviar el sufrimiento humano y, aún más importante, qué veníamos diciendo con todo lo anterior.

Pues bien, es tan sencillo como que, si nuestro sufrimiento nace de la *fusión cognitiva*, el *mindfulness* es una técnica que invierte el proceso (*cognitive defusion*) que, en castellano, se ha traducido como “desactivación cognitiva” (“des-fusión cognitiva”).

Otro punto muy importante es lo que Mañas (2009) llama “hábito de reaccionar automatizado” de la mente; parece que, desde que la mente capta un estímulo hasta que realiza una respuesta, no existe espacio alguno. Es por esto que parece también que vivimos bajo una esclavitud, respondiendo a los estímulos de forma mecánica e inconsciente. *Mindfulness* nos fuerza a ver el proceso, ser conscientes de él, observarlo detenidamente y generar un espacio en medio. Esto nos aporta cierto tiempo para responder más adecuadamente, nos aporta cierta libertad.

Por otro lado, la práctica del *mindfulness* nos otorga de autoconocimiento, sobre todo en el proceso de estímulo-respuesta, y genera un nuevo repertorio de conductas más adaptativas y efectivas. Además, esta técnica de meditación psicológica (*mindfulness*) nos ayuda a desarrollar nuestra habilidad para permanecer presentes, con ecuanimidad y apertura a las experiencias, nos abre las puertas de un nuevo mundo de color y viveza. Todo como resultado de la discriminación entre nuestra mente y nosotros. Pues, al no dejarnos arrastrar por nuestros pensamientos y emociones, nos permitimos simplemente *estar y ser*. Y esa es la vida que merece la pena ser vivida; la que, por estar presentes aquí y ahora, podemos expresar al cien por cien.

3.2. QUÉ ES MINDFULNESS

El concepto de *mindfulness* proviene de la traducción inglesa de la palabra *Sati*, que en Inglés se traduce del Pali (versión popular hablada del sánscrito) como *awareness*, *attention* o *remembering* (darse cuenta, atención y recuerdo). Dado que, en castellano, es un término de difícil interpretación, se ha traducido como “atención” o “conciencia plena”. Lo que nos viene a transmitir la esencia de esta disciplina: mantenerse en contacto consciente con el presente de una forma no valorativa, más bien contemplativa, buscando esta conexión de forma activa, reflexiva y sin juicios de valor. *Mindfulness* consiste en *ser* consciente de *estar* consciente.

Según Labrador (2008), el referente más importante para el *mindfulness* es la meditación budista zen *vipassana*. Al encontrarse la meditación tan ligada al control fisiológico (*relajación* y *biofeedback*), el *mindfulness* tiene unas connotaciones psicológicas muy importantes. Aunque, según este y otros muchos autores, la “conciencia plena” va más allá de lo meramente psicológico, es una disciplina trascendental que termina por convertirse en una filosofía de vida, cuyo vínculo más importantes es su conexión con el presente. Se trata de una forma de existir en este mundo, sin prejuicios, abiertos a las experiencias sensoriales, prestando atención a las mismas y sin valoración o rechazo.

Stahl y Goldstein (2010), al respecto, comentan que; como técnica de tratamiento o mantenimiento del bienestar, “el *mindfulness* es muy útil en personas que padecen síntomas y signos de estrés (por irritabilidad, tensión muscular, *burnout*, apatía, inquietud, dolor de cabeza, fatiga, problemas digestivos, dificultades de concentración, preocupación, exceso de trabajo, abuso de sustancias, tabaquismo, trastornos alimentarios, perturbaciones del sueño, o el simple hecho de sentirse desbordado por los acontecimientos; estrés asociado a convivir con la enfermedad, el dolor crónico y dolencias como el sida, la artritis, asma, cáncer, fibromialgia, trastornos gastrointestinales, problemas cardiovasculares, hipertensión y migraña, entre otras cosas)”.

Lo que parece evidente es que el estrés sigue siendo un factor muy presente e inevitable en nuestras vidas; las circunstancias que nos han tocado nos conducen irremediamente a este estado tan molesto. Rodeados de una tecnología que evoluciona más rápido de lo que podríamos imaginar, sumidos en el gris del cemento de las ciudades que habitamos y sobreviviendo a costa de puestos de trabajo exigentes e impasibles, es lógico que la mayoría de la población mundial sufra problemas de estrés y depresión. Es por esto, entre muchas otras cosas que nos acompañan en nuestro día a día, que “nuestro cerebro se ve desbordado por la aceleración del ritmo de la vida”

(Mañas, 2009). Es por esto por lo que cada vez se hace más imprescindible y necesario que cultivemos nuestros recursos internos para poder así enfrentarnos más adecuadamente al dolor, al estrés o la enfermedad.

En su libro “Mindfulness para reducir el estrés, Stahl et al. (2010) nos comentan que “cada vez compramos más cosas que, con una frecuencia cada vez mayor, nos resultan insuficientes. Y, por más datos e información que nos proporcionen la educación y la sociedad, lo cierto es que no se nos enseña a vivir e ignoramos el modo de llevar una vida íntegra, lo que intensifica nuestra sensación de separación, desconexión e inseguridad”. En este mismo escrito se nos demuestra cómo es un hecho científicamente probado que cada vez se hace más uso de medicación para el tratamiento del estrés y la ansiedad (40 millones de estadounidenses padecen ciertos trastornos de ansiedad, además se recetan más de 5.000 millones de dosis tranquilizantes al año), estos datos hacen más visible la necesidad inminente de encontrar alternativas para el manejo del estrés y la ansiedad. El *mindfulness* es una de esas alternativas y, por lo que se ha podido observar en su corta vida, parece ser muy útil y ha demostrado grandes beneficios.

Kabat-Zinn (2003), uno de los expertos en *mindfulness*, en su libro “Vivir con plenitud las crisis. Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad”, introdujo la “conciencia plena” en occidente, y la describe tal que así: “Consiste en el proceso de observar expresamente cuerpo y mente, de permitir que nuestras experiencias se vayan desplegando de momento en momento y de aceptarlas como son. No implica rechazar las ideas ni intentar fijarlas ni suprimirlas ni controlar nada en absoluto que no sea el enfoque y la dirección de la atención. [...] La atención plena no implica intentar ir a ningún sitio ni sentir algo especial, sino que entraña el que nos permitamos a nosotros mismos estar donde ya estamos, familiarizados más con nuestras propias experiencias presentes un momento tras otro». O, simplemente: “Prestar atención de manera intencional al momento presente, sin juzgar”. Finalmente, este autor hace, además, referencia a ciertas características que le han sido atribuidas al *mindfulness*, entre ellas destaca que se trata de una capacidad de autorregulación, una habilidad de aceptación y de control atencional.

En resumen, como bien plantean Stahl et al. (2010), *mindfulness* consiste en el cultivo de la conciencia de la mente y del cuerpo para aprender a vivir en el aquí y ahora. Hacen referencia, además, a Walpola Rahula (1974) que, en su libro “Lo que el Buda enseñó”, nos comenta que *mindfulness* “consiste simplemente en observar, contemplar y examinar. Y el papel que, en ella, asumimos no es el de juez, sino el de científico”. Como

bien siguen comentándonos Stahl et al (2010) es fácil darse cuenta de lo frecuente que es que nos quedemos atrapados en el mundo material, olvidándonos del amor, la compasión o la generosidad, la cura para esto no es otra que la meditación *mindfulness* pues, al ponernos en contacto con el momento presente, se le devuelve la importancia a conceptos tan trascendentales como esos.

Por otro lado, la “atención plena” nos ayuda a reconocer pautas de pensamiento y comportamiento, erróneas y profundamente arraigadas, es gracias a ella que podemos ser conscientes de estos hábitos para así comenzar a cambiarlos, lo que termina por traducirse en un aumento del bienestar físico y psicológico.

3.3. DIFERENCIAS ENTRE MINDFULNESS Y OTRAS TÉCNICAS DE MEDITACIÓN

Llegados a este punto es lógico que nos preguntemos qué es lo que diferencia a la “conciencia plena” de otras formas de meditación más tradicionales.

Según Stahl et al. (2010), existen dos formas de meditación:

- Meditación concentrativa: En este caso, la atención se focaliza en un concepto, imagen o *mantra*. El sujeto termina por diluirse o fundirse con el objeto de atención lo que conlleva un mayor grado de absorción.
- Meditación introspectiva (insight): El *mindfulness* se encuentra dentro de esta clasificación, se trata de una forma de meditación que presta especial atención al cuerpo y la mente, en el momento presente y sin tratar de manipular la experiencia. Se centra en la observación de la naturaleza cambiante de lo que sucede en nuestro cuerpo y nuestra mente, sin olvidar prestar atención a los problemas derivados del deseo, el rechazo, la “cárcel autolimitadora en la que acaba convirtiéndose el modo en que nos definimos; lo que no sólo profundiza nuestra comprensión de los factores que alientan el estrés y el sufrimiento, sino que nos proporciona también un mayor equilibrio y paz”.

3.4. ELEMENTOS DEL MINDFULNESS

Labrador (2008) entiende que el *mindfulness* constituye una habilidad que permite un punto de vista distinto e implica conductas concretas. A partir de esta idea, realiza la siguiente clasificación sobre los elementos que lo componen:

- Centrarse en el momento presente: Tratar de sentir las cosas tal y como son, sin buscar su control. Este mecanismo se asemeja al de las técnicas de exposición, por lo que los beneficios que conlleva serán muy similares a los de estas últimas.
- Apertura a la experiencia y a los hechos: Permitiendo que las sensaciones se sucedan de forma natural, sin prejuicios que adulteran la experiencia.
- Aceptación radical: Es un elemento esencial en *mindfulness*, consiste en la total aceptación de las experiencias, sean estas positivas o negativas. Esto contradice muchos modelos psicológicos existentes hasta la fecha, lo que hace del *mindfulness* (entre otras técnicas de la tercera ola) una novedosa alternativa a lo tradicional.
- Elección de las experiencias: Se refiere a que, una vez que una situación ha sido elegida, ha de experimentarse tal y como es, de forma activa y con aceptación.
- Control: La aceptación supone renunciar al control directo de las experiencias. *Mindfulness* no busca la reducción y la lucha contra situaciones o sensaciones negativas, sino la vivencia natural de las mismas. De este modo, si apareciese cierto control sobre el malestar sería de forma indirecta.

Labrador comenta además sobre la clasificación de Germer (2004), que entiende que el *mindfulness* es:

1. *No conceptual*: Prestar atención sin centrarse en los procesos de pensamiento implicados.
2. *Centrado en el presente*
3. *No valorativo*
4. *Intencional*: Siempre hay una intención de centrarse en algo y de volver tras la distracción.
5. *Observación no participativa*
6. *No verbal*: Más bien emocional y sensorial
7. *Exploratorio*: Está abierto a la exploración sensorial y perceptiva.
8. *Liberador*: “Cada momento de experiencia vivida plenamente es una experiencia de libertad” (Labrador, 2008).

Otros autores también han comentado los posibles componentes que conforman la “atención plena”, Mañas (2009) nos lo trasmite de la siguiente manera:

Sobre el estudio de Bishop et al. (2004), en su artículo “Mindfulness: A proposed operational definition” hablan de dos componentes principales:

- *Autorregulación atencional*: Se refiere al mantenimiento y reorientación de la atención (incluye atención sostenida, conmutación atencional, inhibición de la elaboración de pensamientos, emociones y sensaciones).
- *Orientación hacia la experiencia*: Implica una actitud de curiosidad, de apertura y de aceptación hacia la experiencia.

Por otro lado, (extraído de Mañas, 2009) Vallejo (2006), en su obra “Mindfulness. Papeles del psicólogo” diferencia entre cinco elementos: 1. Centrarse en el momento presente; 2. Apertura a la experiencia; 3. Aceptación radical; 4. Elección de las experiencias; 5. Renunciamiento al control de los pensamientos, emociones, etc.

Kabat-Zinn (2003), al respecto, nos propone siete componentes: 1. No juzgar; 2. con paciencia; 3. y mente de principiante; 4. con confianza; 5. sin esforzarse; 6. con aceptación; 7. y cediendo. Remarca, por otro lado, la importancia de ciertos conceptos como son el compromiso, la autodisciplina y la intencionalidad.

3.5. LA PRÁCTICA MINDFULNESS

Stahl et al. (2010) nos explican que existen dos tipos principales de práctica *mindfulness*:

- *Práctica formal*: Consiste en tomarse el tiempo necesario para centrar nuestra atención en la respiración, sensaciones corporales, sonidos, sentidos, pensamientos o emociones.
- *Práctica informal*: Consiste en centrar nuestra atención en la práctica de actividades y experiencias cotidianas (tales como comer, andar, relacionarnos, etc.).

Además de esto debemos tener en cuenta que, la práctica *mindfulness* no está orientada sólo al paciente, sino también al propio terapeuta. No existe una forma específica de aplicarlo, sino que hay una gran variedad de formas. Podemos utilizar *mindfulness* en su práctica más tradicional (meditación *vipassana*) o, simplemente, como otro componente terapéutico que enriquezca el tratamiento.

Mañas (2009) nos explica, de forma simple y directa, todo lo que debemos saber para comenzar a entrenar nuestra habilidad *mindfulness*:

El primer paso suele ser la práctica de la *meditación concentración* (práctica formal) para, así, poder apaciguar nuestra mente inquieta; se debe seleccionar un estímulo (objeto de concentración) para orientar nuestra atención hacia ello de forma constante e

ininterrumpida. Como la respiración es un proceso que siempre nos acompaña, la práctica *mindfulness* la ha tomado como objeto de meditación, pues nos puede ayudar en cualquier momento o situación.

Si intentamos mantener la atención centrada en nuestra respiración, o cualquier otro estímulo-objeto, nos daremos cuenta de que, mantener la concentración más de unos segundos es algo, sino imposible, muy complicado. Según un estudio anterior de Mañas et al. (2008), titulado “Psicoterapias basadas en *mindfulness*” al que Mañas (2009) hace referencia, los estímulos o contenidos que capturan nuestra atención y nos distraen del momento presente son, según su frecuencia de aparición: los pensamientos (incluyendo recuerdos e ideas), emociones, “imágenes mentales” y otros estímulos. Pero existe un rayo de esperanza que nos lleva a pensar que nuestra mente es manejable, y es que el *mindfulness* es una habilidad susceptible de aprendizaje y entrenamiento.

Mañas (2009) hace referencia a Kabat-Zinn (2003), que propone ciertas instrucciones para la realización de un ejercicio básico de *mindfulness*, son las siguientes:

“Adoptemos una postura cómoda, tumbados de espaldas o sentados. Si optamos por sentarnos, mantengamos la columna recta y dejemos caer los hombros.

Cerremos los ojos si así nos sentimos más cómodos.

Fijemos la atención en el estómago y sintamos cómo sube y se expande suavemente al inspirar, y desciende y se contrae al espirar.

Mantengámonos concentrados en la respiración “estando ahí” con cada inspiración y espiración completas, como si cabalgásemos sobre las olas de nuestra respiración.

Cada vez que nos demos cuenta de que nuestra mente se ha alejado de la respiración, tomemos nota de qué es lo que la apartó y devolvámosla al estómago y a la sensación de cómo entra y sale de él.

Si nuestra mente se aleja mil veces de la respiración, nuestra “tarea” será sencillamente la de devolverla cada una de ellas a la respiración sin que nos importe en lo que se haya involucrado.

Practiquemos este ejercicio durante quince minutos (todos los días y en el momento que más nos convenga, nos agrade o no, una vez a la semana y veamos cómo nos sentimos al incorporar una práctica disciplinada de la meditación en nuestras vidas. Percatémonos de lo que se siente al pasar un rato todos los días nada más que estando con nuestra respiración y sin tener que hacer nada).

Démonos cuenta, durante esos momentos, de nuestros pensamientos y sentimientos simplemente observándolos, sin juzgarlos ni juzgarnos.

Prestemos, simultáneamente, atención a cualquier cambio en la manera que tengamos de ver las cosas y en los sentimientos sobre nosotros mismos”.

Dos de los aspectos claves de la práctica *mindfulness* aparecen reflejadas en estas instrucciones; por un lado, se deduce la importancia de observar sin juzgar ni juzgarnos. Por otro, la relevancia de la práctica; cuanto más practiquemos *mindfulness*, más fácil será mantener la atención centrada en la respiración durante más tiempo y, además, tardaremos menos en darnos cuenta de que la atención se ha desviado.

3.6. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE EFICACIA

Como bien nos explican Stahl et al. (2010) la ciencia ha demostrado la estrechísima relación que existe entre mente y cuerpo, así el efecto de nuestros pensamientos y emociones se verá reflejado en los procesos del cuerpo físico. Cuando estamos estresados nuestro cerebro segrega diversas hormonas o neurotransmisores que nos preparan para la acción (epinefrina, norepinefrina o cortisol). Las tres posibles acciones que se nos presentan son: lucha, huida o parálisis. Pero, en la actualidad, en un mundo en el que nuestra vida no se encuentra en continuo peligro mortal, estos mecanismos de respuesta pueden volverse desadaptativos. Stahl et al., en palabras de Siegel (2001), nos recalca que “nuestra respuesta no tiene tanto, pues, que ver con el evento real como con el significado que le atribuimos”.

De esto se puede extraer que, al ser conscientes de la ansiedad o el estrés que baña nuestra realidad y del modo en que afecta a nuestro cuerpo y nuestra mente “podemos desarrollar habilidades que nos sirvan para alcanzar un mayor equilibrio, no sólo en nuestra vida, sino también en nuestra respuesta al estrés. [...] Cuanto más atentamente aprendamos a responder al estrés, más se debilitan las viejas pautas inconscientes asociadas a las reacciones de estrés, y más se abren las puertas a nuevas formas de enfrentarnos al estrés y transformarlo” (Stahl et al., 2010).

Como muy bien siguen comentando estos autores, existen muchos estudios que abalan la eficacia del *mindfulness* en diversos trastornos de ansiedad, por lo que esperamos que también sea efectivo en el tratamiento de la ansiedad como rasgo de personalidad. Algunos de estos estudios (recopilados por Stahl et al., 2010) son aquellos en los que la práctica *mindfulness* ha demostrado eficacia en la reducción de sintomatología asociada

a la ansiedad (Miller, Fletcher y Kabat-Zinn, 1995), al TOC (Baxter et al., 1992), dolor crónico (Kabat-Zinn, Chapman y Salmon, 1987), psoriasis (Kabat-Zinn et al., 1998), prevención de recaídas en depresión (Segal et al., 2007), tratamiento de la adicción a las drogas (Parks, Anderson y Marlatt, 2001), reducción del estrés y el aumento en la calidad de vida (Carlson et al. 2007).

Parece evidente que existe bibliografía científica que abala los beneficios del *mindfulness* sobre muy diversa problemática. Es bastante lógico y esperable puesto que, como comentábamos anteriormente, el *mindfulness* nos proporciona la oportunidad de comenzar a ser más conscientes de los efectos que tiene la ansiedad sobre nuestro cuerpo y mente, por lo que se nos posibilita la elección de poder hacer uso de repertorios de respuesta más adecuados. Así estaremos tomando un papel más activo en nuestra salud y bienestar, enfrentándonos a las situaciones de forma más tranquila y equilibrada.

Existen, por otro lado, estudios que han ahondado más bien en los efectos que la práctica *mindfulness* supone para el cerebro. Esto es así porque, según la investigación al respecto, estos resultados son perfectamente visibles en la morfología de nuestro órgano mental. Stahl et al. (2010) vuelven a hacer una recopilación de los mismos. Así, según el estudio de Davidson (2003), se pudo comprobar un aumento de la actividad del área frontal izquierda en un grupo de meditadores que participaron en la investigación. Esta área se asocia al efecto positivo y la regulación de las emociones. Además recalcó la capacidad de rápida recuperación que tenían estos individuos ante situaciones estresantes, y la existencia de claros vínculos entre la práctica de la “atención plena” y el buen funcionamiento del sistema inmunitario.

El estudio de Lazar (2005) en la Facultad de medicina de Harvard concluyó, por otro lado, que se producía un engrosamiento significativo de la corteza frontal en meditadores habituales. Lo que se traduce en una mayor capacidad de razonamiento y de toma de decisiones. Se produjo también un engrosamiento de la ínsula, encargada de la percepción de sensaciones internas y sentimientos emocionales. Esta autora, además, considera que el *mindfulness* puede compensar algunas de las pérdidas asociadas a la edad.

Siegel (2007) comenta la importancia de los circuitos neuronales sociales cerebrales en la práctica de la “conciencia plena”. Esto es así porque, por medio de esta técnica, nos ayuda a mantenernos más conectados, lo que aumenta el bienestar físico, psicológico y social.

Otro estudio del mismo año (Brefczynski-Lewis et al, 2007), explica que, cuando estudiamos el comportamiento cerebral de un grupo de meditadores habituales ante situaciones con carga emocional, se detecta una menor activación de la amígdala

(asociada al miedo y la agresividad) que en el grupo control. Esto sugiere que, a largo plazo, la práctica *mindfulness* puede asociarse a una reducción de la “conducta emocional reactiva”.

Como hemos podido comprobar, existe una gran cantidad de estudios que abogan por la excelente eficacia de la “conciencia plena”, y que recomiendan su utilización sobre todo en problemática asociada al estrés y la ansiedad. Hemos de denotar que la bibliografía científica al respecto no hace más que crecer, completando la imagen de lo que en realidad es *mindfulness* y para qué usos es recomendado. Con el presente estudio pretendemos ampliar en cierto modo estas investigaciones, puesto que no hemos encontrado prácticamente nada al respecto de cómo actúa la “atención plena” ante un rasgo de personalidad, en este caso; la ansiedad.

4. PSICOTERAPIA ONLINE

Las Tecnologías de la información (TIC) están evolucionando a un ritmo considerable mientras se van introduciendo en nuestras vidas cada vez más y más. Lo que hace unos años era impensable, ahora lo podemos conseguir con el simple hecho de sacarnos el móvil del bolsillo. Podemos contactar con personas que no están físicamente a nuestro alcance, tenemos información de última hora actualizándose continuamente, podemos leer, ver imágenes, vídeos y escuchar música cuándo queramos. Mientras cada día que pasa, aparecen nuevos programas o aplicaciones que complementan nuestro abanico de herramientas para enfrentarnos a este mundo.

Era esperable que, en algún momento de este proceso, apareciese la idea de comenzar a prestar servicios profesionales de forma telemática. La Psicología no ha querido quedarse atrás y ya son muchos los centros que ofrecen psicoterapia online. Por no hablar de los miles de foros y blogs en los que se tratan temáticas similares con más o menos acierto.

Vallejo y Jordán (2007) trataron este tema hace ya diez años, lo que en tiempo tecnológico es un abismo, y las perspectivas que auguraban eran bastante positivas. Estos autores comentan que, aun sabiendo que la práctica clínica requiere un contacto personal entre psicoterapeuta y paciente, lo cual es necesario, no podemos negar la evidencia de que las TIC son buenas herramientas que pueden utilizarse al servicio de la psicoterapia. De hecho, ya en el año 2007, el gobierno británico adoptó dos programas de ordenador orientados al tratamiento de la depresión y la ansiedad. Giles (2001), nos comenta que, ya en 2001, existían más de quince mil sitios web que ofrecían servicios a más de setenta millones de usuarios que buscaban ayuda profesional en temas relacionados con la salud. Muchos de estas páginas web, siguen existiendo y ofrecen servicios de psicoterapia online, ya sea a través de mensajes por chat, en los foros, e-mail, como por medio de videoconferencias.

Pero, como bien se preguntan Vallejo y Jordán (2007), ¿hasta qué punto son eficaces estas técnicas?, ¿puede un programa informático sustituir a una terapia cara a cara?, ¿qué ventajas e inconvenientes presentan estas herramientas? O lo que es más importante, algo tan humano como es la psicoterapia ¿puede reproducirse de forma artificial por medio de la tecnología? Estas y otras preguntas fueron discutidas en su estudio, y las presentamos en los puntos que prosiguen.

4.1. QUÉ ES LA PSICOTERAPIA ONLINE Y CUÁLES SON SUS VENTAJAS

El concepto de psicoterapia online deriva de lo que llaman tele-salud o e-salud, términos que se usan para “referirse a todas las formas electrónicas del cuidado de la salud provistas a través de Internet, ya sea con propósitos informacionales, educacionales o comerciales ofrecidas por profesionales y no profesionales y que incluyen una amplia variedad de actividades clínicas. El uso de las telecomunicaciones para proveer información y cuidado a distancia, recientemente ha emergido como una forma potencialmente efectiva de proveer servicios de salud y con un peso principal en los servicios de salud mental” (Kirby, Hardesty, y Nickelson, 1998), extraído de Giles (2001).

Es irremediable que estos métodos sigan proliferando y mejorando. De todos modos, al igual que otros autores (Vallejo y Jordán, 2007), Mariela Gines opina que las herramientas electrónicas no pueden sustituir a la psicoterapia cara a cara, aunque sí complementarla de forma exitosa, pues poseen grandes ventajas.

Características positivas que nos ofrecen estas herramientas son, según Vallejo y Jordán (2007), la comodidad que llevan asociada (el paciente/cliente puede utilizarlas desde casa), con el ahorro de tiempo que esto implica, que contengan archivos multimedia, y permiten que el paciente reflexione a la hora de comunicarse por escrito, sin olvidarse del efecto de desinhibición online (Suler, 2004; comentado por Vallejo y Jordán, 2007) que ayuda a eliminar los prejuicios para ponerse en manos de un profesional, además de poder llegar a un mayor número de personas.

En lo que respecta a los problemas de ansiedad, muchos individuos que los sufren quedan confinados en casa o no buscan ayuda, por lo que la psicoterapia online puede ofrecer un buen soporte o alternativa.

Aunque a este respecto deberíamos responder a ciertas preguntas, tales como ¿influye el nivel de lecto-escritura del paciente en el éxito del tratamiento?, ¿es importante saber cómo utilizar con alto grado de conocimiento un ordenador para poder beneficiarse al máximo de estas herramientas?

4.2. RESULTADOS EMPÍRICAMENTE CONTRASTADOS

Existen diversas evidencias empíricas de la eficacia de la psicoterapia online, Vallejo y Jordán, en su artículo del año 2007, nos comentan algunas de ellas, de las cuales hemos escogido las que se orientan a problemas de ansiedad:

Entre los programas desarrollados por el *National Institute for Health and Clinical* británico, se encuentra el *Fear Fighter (FF)*, desarrollado para el tratamiento cognitivo conductual, por medio de la exposición, de fobias y pánico. Diversos artículos han estudiado la eficacia de dicho programa. El de Marks, McDonough, Whittaker y Mataix y cols., (2004), en el que se comparó un grupo de personas que usó FF con otros dos, uno que recibió psicoterapia de exposición tradicional, mientras el otro recibía un placebo (relajación con ayuda de un ordenador). Los resultados comprobaron que, en los dos primeros grupos, se redujo la sintomatología de ansiedad por igual en ambos grupos. No sucedió lo mismo con el tercer conglomerado. Un problema que se presentó fue el alto grado de abandono entre los participantes que utilizaron FF (43%).

Problemática con la que también se encontró la investigación de Reynolds y Stiles (2007), en la que se estudió un programa diseñado para almacenar datos e información de las sesiones de diversos psicoterapeutas. Algunos participantes (clientes y profesionales) visitaban periódicamente la base de datos, pero muchos otros no lo hacían con regularidad. Estos autores postularon que, quizá por medio de un mayor contacto directo con los pacientes, se podría obtener un mayor grado de participación.

Un programa similar al FF, desarrollado por el mismo Instituto, es el *Blues Beating (BB)*, orientado al tratamiento de la depresión ligera o moderada. Este software ha demostrado su eficacia y eficiencia en estudios como el de Proudfoot, Goldberg, Mann, Everitt, Marks y Gray (2003), en el que se comparó a dos grupos con síntomas de depresión, ansiedad o mixtos. Uno de los grupos fue tratado de manera tradicional, mientras que el otro utilizó además BB. En ambos casos se redujo la sintomatología, pero el grupo que hizo uso de BB mejoró significativamente más que el que no lo hizo.

Existen muchos programas con estructuras y presentaciones diferentes. El programa del grupo Carlbring en Suecia, se acerca al concepto de manual de autoayuda para el tratamiento del trastorno de pánico, por medio de internet. Carlbring, Nisson-Ihrfelt, Waara, Kollenstam, Buhrman, Kaldo, Söderberg, Ekselius y Andersson (2005), decidieron investigar si este software era adecuado, y lo hicieron comparando dos grupos que recibían terapia tradicional (con ello nos referimos a psicoterapia guiada por un terapeuta

que se encuentra físicamente presente en el transcurso de la aplicación), uno de ellos mejoró el tratamiento con el programa del grupo Carlbring. Ambos conjuntos mejoraron significativamente, pero el grupo que utilizó esta herramienta informática utilizó una media de 2,5h de contacto terapéutico, mientras que el que no disponía de esta ventaja solía acudir al profesional sanitario una media de 10h.

Se han desarrollado otros programas para el tratamiento de las fobias específicas, tales como el miedo a volar y a las inyecciones, que están presentando resultados favorables. Psicoterapias telemáticas para el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo, también muestran buenos resultados y perspectivas, como es el caso de *BTSteps*, en el que se redujo el uso del contacto con el terapeuta hasta en un 80%.

Lo que parece ineludible es lo que ya comentamos al principio de este apartado, y es que estas herramientas, por buenas que parecen ser, no son sustitutas de la psicoterapia tradicional, solo la complementan un poco más. De todas formas, los resultados parecen tan favorecedores que no son pocos los que creemos que es imprescindible comenzar a relacionarse con este tipo de psicoterapia. De hecho, Vallejo y Jordán (2007), en su artículo, proponen que la sanidad pública debería imitar a nuestros vecinos británicos e invertir en programas por el estilo, puesto que es una nueva forma de proporcionar “acceso a la salud mental a mayor población con un coste razonable”.

4.3. LIMITACIONES

Lo que parece claro es que, cuanto más estructurado esté el programa, será más fácil de aplicar pero menor flexibilidad permitirá, lo que es imprescindible en ciertos casos, en los que el tratamiento debe ser adaptado de forma personalizada al paciente/cliente.

Por otro lado, y de gran importancia, está el tema del abandono. Pues, al tratarse de métodos más bien auto-supervisados, no se consigue una buena adhesión al tratamiento en todos los casos.

Otra desventaja, asociada también a la falta de adaptabilidad de estos programas informáticos, es la necesidad de que el receptor tenga un nivel lecto-escritor adecuado. Es posible que también influya el nivel de desenvolvimiento informático del paciente, algo que es importante tener en cuenta. Aunque, muy probablemente, en los años próximos las generaciones más jóvenes irán sustituyendo a las anteriores, a la vez que la educación en tecnologías avanza entre ellas.

Con respecto a la evaluación online, sucede lo mismo que en la terapia cara a cara, o en los auto-informes tipo test, que este tipo de herramientas no son suficientes para llevar a cabo una buena evaluación, pero son fáciles de convertir en formatos electrónicos. Esto, por lo tanto puede llevar a conclusiones erróneas que, en las manos equivocadas, pueden hacer bastante daño.

¿Influirá el nivel de estudios en la adhesión al tratamiento? ¿Qué se podría hacer para disminuir el índice de abandono?, ¿qué variables influirán en la adhesión o no a la terapia? Intentaremos investigar estos y otros aspectos por medio de los análisis estadísticos que se presentan en las páginas que prosiguen a continuación.

5. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

5.1. METODOLOGÍA

Para la realización de esta investigación se obtuvo una muestra extraída de población normal. La obtención de la muestra se llevó a cabo por medio del boca a boca y por medio de conexión telemática con familiares, amigos, conocidos y pacientes de las prácticas, que querían participar en la investigación. Por ello, algunos individuos acudían a psicoterapia, pero en ningún caso se daba un trastorno clínicamente significativo.

El procedimiento se explica en los apartados que continúan:

5.1.0. POBLACIÓN Y MUESTRA.

Se obtuvo una muestra inicial de 85 sujetos a los que se presentó una evaluación pre-tratamiento, y todos ellos se comprometieron a seguir un programa de *mindfulness* vía email durante las 8 sesiones que duraba dicho curso. Como era esperable, no todos los sujetos continuaron con el programa hasta el final, ni participaron en la evaluación post-tratamiento.

Por ello, los análisis estadísticos que vamos a realizar a continuación, se han orientado tan sólo a aquellos que completaron el proceso. Al reducirse el número de participantes, la muestra pasó a conformarse de 30 individuos, cuyas características se pueden observar en las tablas y figuras que prosiguen a este texto.

Tabla 1 Estadísticos descriptivos de la distribución muestral según el sexo

	Frecuencia	Porcentaje	Media Adhesión	Porcentaje acumulado
Hombre	4	13,3	4,50	13,3
Mujer	26	86,7	6,62	100,0
Total	30	100,0	6,33	

En la **Tabla 1**, podemos ver cuál era la proporción de sujetos masculinos y femeninos, siendo esta de 24 mujeres (86,7%) y 6 hombres (13,3%). Durante la fase de recogida de datos, se les preguntó cuál había sido el *grado de adhesión* que habían mostrado ante la técnica utilizada (en este caso *mindfulness* vía e-mail). Por lo que, según indica la tabla, se puede observar que hay una gran diferencia en cuanto a la adhesión al tratamiento o programa. Y así, la media de adhesión al programa fue de 4,5 para los hombres y de 6,62 para las mujeres.

En el gráfico que prosigue, la **Figura 3**, podemos apreciar que la edad media de la muestra era de 34,8 años, aun siendo la moda bastante menor: 24 años. Los sujetos comprendían edades entre los 19 y los 65 años.

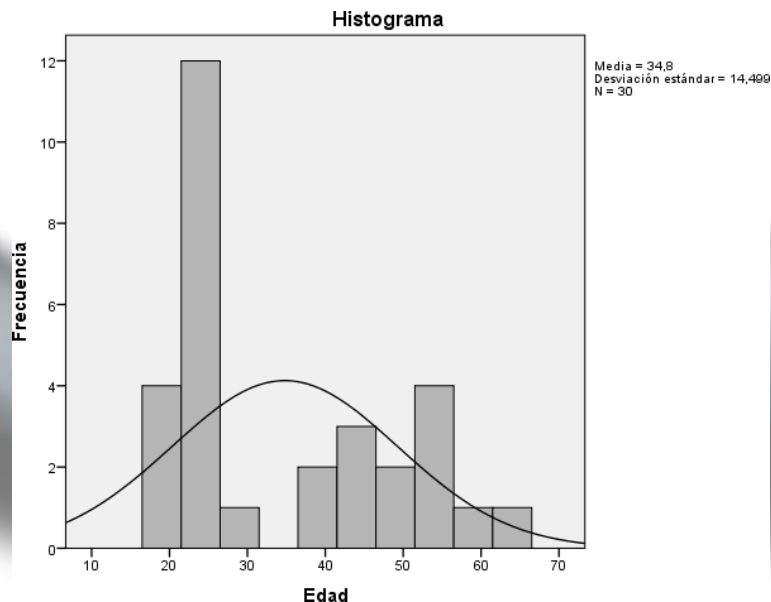


Figura 3 Distribución muestral según la edad [Gráfica de barras]

En la **Tabla 2**, sin embargo, podemos observar cómo se distribuía la muestra según el nivel de estudios. Siendo más notable el número de individuos que poseía el título de bachillerato o Formación Profesional de grado medio (10 personas), que los que poseían el título de Educación Secundaria Obligatoria (1 persona). En la **Figura 4** podemos ver estos datos de una forma más ilustrativa.

Tabla 2 Distribución muestral según el nivel de estudios

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Educación secundaria (E.S.O)	1	3,3
	Bachillerato / FP de grado medio	10	33,3
	Formación profesional de grado superior	3	10,0
	Estudios universitarios	9	30,0
	Estudios de postgrado / Doctorado	7	23,3
	Total	30	100,0

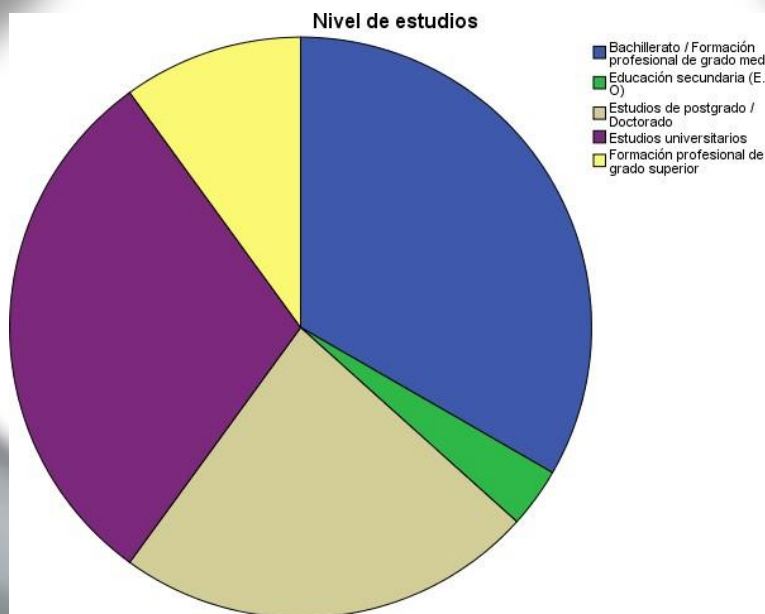


Figura 4 Distribución muestral según el nivel de estudios [Diagrama]

5.1.1. VARIABLES.

Las variables o factores a tener en cuenta en la realización de este estudio fueron las siguientes:

- Ansiedad-estado (AE): Se entiende como el nivel de activación o arousal presente en determinado momento de la vida. En este caso en el momento en el que es medida la variable, por medio del cuestionario STAI. Se llevaron a cabo dos medidas, la primera fue pre-tratamiento, la última fue post-tratamiento.
- Ansiedad-rasgo (AR): Se refiere a los valores de ansiedad asociados a la personalidad. Nivel de activación alto, medio o bajo, bastante estable aunque con pequeñas fluctuaciones a lo largo de la vida del sujeto. Se llevaron a cabo medidas repetidas, al igual que en AE.
- Efecto del “programa de *mindfulness*” auto-aplicado por internet (ANEXO 5), medido por la variable Adhesión al tratamiento. Que se refiere al grado de fidelidad que los participantes mostraban ante el programa basado en *mindfulness*.
- Otros.... (edad, sexo, nivel de estudios, nivel de satisfacción con respecto al programa, etc.)

5.1.2. DISEÑO

Por el presente estudio pretendemos medir si existe o no influencia y eficacia del *mindfulness* en lo que respecta a la ansiedad, tanto como rasgo de personalidad como de estado anímico. Para ello, se produjo una medición pre- y post-tratamiento de estos factores; por medio del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger y sus colaboradores (STAI). Este test fue desarrollado en 1982 por Spielberg, Gorsuch y Lushene, y hoy figura entre los cuestionarios que TEA Ediciones ha adaptado para nuestro país (Buela, Guillén, Seisdedos, 2015).

Esta escala de medición evalúa cómo se siente el sujeto ante estos factores. El método que utiliza dicha prueba psicométrica se basa en una escala tipo Likert de cuatro alternativas. Todo esto en una batería de cuarenta preguntas, la mitad de las cuales mide ansiedad-estado (cómo se siente el sujeto en ese determinado momento) mientras el resto evalúan ansiedad-rasgo (cómo se siente en generalmente).

La técnica o tratamiento que pretendemos estudiar, como bien comentamos en la parte dedicada a la fundamentación teórica, es el efecto que posee el *mindfulness* sobre estos aspectos. Esta terapia de tercera generación, con algunos aspectos del MBSR (Mindfulness based Stress Reduction) añadidos, ha sido elaborada en un formato de ocho sesiones (como son las mínimas recomendadas por Kabat-Zinn) que, a través de internet, el sujeto debía auto-aplicarse.

En la última medición por medio del STAI (Buela, 2015), aprovechamos además para cerciorarnos qué cantidad de individuos había seguido la terapia, y en qué grado (por medio de la variable *Adhesión*).

5.1.3. MATERIALES E INSTRUMENTOS DE MEDIDA Y RECOGIDA DE INFORMACIÓN.

El inventario de ansiedad rasgo-estado de Spielberg et al. (State-Trait Anxiety Inventory), desarrollado en 1982, y adaptado por Buela et al. (2015), como hemos comentado anteriormente, está constituido por cuarenta ítems con respuestas en formato Likert (de 0 a 3), con un tiempo de aplicación de, como máximo, quince minutos.

Según las investigaciones de TEA Ediciones en su proceso de adaptación a la población española, podemos decir que posee un alto grado de consistencia interna (0,90-0,93 ansiedad-estado; 0,84-0,87 ansiedad-rasgo) y de fiabilidad test-retest (0,73-0,86 en ansiedad-rasgo).

Con respecto a la validez de la prueba, podemos indicar que ha sido comparada con otras escalas como la de Ansiedad Manifiesta de Taylor y la de Ansiedad de Catell, con respecto a las cuales se han obtenido valores correlacionales de 0,73 y 0,85 respectivamente. Se da también cierto solapamiento con el factor depresión pues, al compararlo con el Inventario de Depresión de Beck, se da una correlación de 0,60. Esto, de todas formas, podría ser esperable puesto que, partiendo de la base de que la ansiedad (estado y rasgo) es un componente muy importante del *neuroticismo*, lo mismo que sucede con la depresión, es lógico que exista cierta relación.

Otras herramientas utilizadas han sido las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC), puesto que gracias a ellas se ha podido extender la aplicación del “programa de *mindfulness*” a lugares insospechados (Irlanda, California, Australia o Inglaterra, entre otros.). La aplicación del “programa de *mindfulness*” se llevó a cabo por medio del correo electrónico y, además del texto adjunto en el anexo, se enviaron audios explicativos o vídeos clarificadores.

5.1.4. PROCEDIMIENTO SEGUIDO.

Dada la naturaleza del máster de Terapias psicológicas de tercera generación y la propia esencia de la VIU, nos pareció una espléndida idea poder estudiar si existe o no un efecto beneficioso en la aplicación de técnicas psicoterapéuticas por medio de las TIC. No existe aún gran investigación al respecto, lo que se pone en contraposición con el ritmo al que avanzan estas herramientas y la generalización que estamos llevando a cabo de las mismas, pues ahora se puede hacer casi de todo vía internet.

Por lo tanto, la realización de este estudio, con su estructura de mediciones pre- y post-tratamiento sobre el efecto del *mindfulness* en la ansiedad, a través de las nuevas tecnologías, nos pareció una idea llamativa y merecedora de atención.

El uso de internet, los móviles o las redes sociales está cada día más instaurado en nuestra forma de vida. Es imprescindible que comencemos a vislumbrar el futuro de muchas disciplinas en este mundo informático ¿por qué no la Psicología? Quizá puede parecer un poco descabellado o que no lo sea tanto. Cada vez es más común que las personas busquen apoyo o información en internet, ¿es posible que podamos actuar también por medio de esta poderosísima herramienta!, al menos hasta cierto punto.

5.2. ANÁLISIS Y RESULTADOS

Se estudiaron, además de los datos descriptivos expuestos en el apartado destinado a la población y muestra, las medias en cuanto a *ansiedad* tanto en la fase pre-tratamiento como en la de post-tratamiento. Podemos ver reflejado en la **Tabla 3** los valores obtenidos por medio del cuestionario STAI, destinado a medir la ansiedad en sus dos vertientes: *estado de ánimo* y *rasgo* (AE y AR)

Así, podemos ver que la media inicial de *Ansiedad Estado* (21,27), es bastante mayor que la final (13,93). Lo mismo ocurre con la variable *Ansiedad Rasgo*, en la que en un principio se dio una media de 21,03, la cual terminó por convertirse en un 16,53. El cambio entre la medida inicial y la final fue notorio; aunque aún no sabíamos si estas diferencias se mantendrían a nivel poblacional.

Por otro lado, medimos la tendencia media con respecto al *Grado de adhesión* y *Satisfacción* sobre el programa en cuanto a los resultados tempranos percibidos, y estas fueron de 6,33 y 7,1 respectivamente. Con una moda de 8 en los dos casos. En el ANEXO 4 Podemos observar la distribución muestral según estos dos últimos elementos en las figuras 11 y 12.

Tabla 3 Valores descriptivos de la distribución muestral

	Ansiedad Estado 1	Ansiedad Estado 2	Ansiedad Rasgo 1	Ansiedad Rasgo 2	Grado Adhesión	Grado Satisfacción
Media	21,27	13,93	21,03	16,53	6,33	7,10
Moda	13	7	24	20	8	8
Desviación estándar	9,373	6,797	10,672	8,799	2,202	1,971

Comparación de dos muestras independientes, agrupadas según el sexo.

Como ya observamos en la **Tabla 1**, las medias de la muestra en la variable *adhesión* varían según el sexo (Hombre: 4,5; Mujeres: 6,62). Para comprobar si estas diferencias son significativas a nivel poblacional, hemos realizado una prueba t para muestras independientes. En la **Tabla 4** podemos observar que se cumple el supuesto de homocedasticidad en los dos grupos (igualdad de varianzas), dado que sig. = 0,138 es superior a $p=0,05$. Lo mismo sucede con el nivel de significación (bilateral) que, al ser un poco superior al punto de corte ($p=0,05$), siendo de 0,073, mantendrá la hipótesis nula de igualdad de medias entre grupos. Por ello, deducimos que a nivel poblacional no deberían darse diferencias en cuanto al *Grado de adhesión* al programa, entre hombres y mujeres. El intervalo de confianza apoya esta decisión en tanto que incluye el cero entre sus límites.

Debemos tener en cuenta que, dado el tamaño de la muestra y el nivel de significación, es posible que, con una muestra de mayor tamaño a la utilizada, se cumpliera la hipótesis alternativa de diferencia de medias, aunque esto es imposible corroborarlo sin la realización de un estudio de mayor alcance.

Tabla 4 Prueba T del grado de adhesión para muestras independientes según el sexo

		Prueba			
		Levene	prueba t para la igualdad de medias		
		Sig.	Sig. (bilateral)	95% de intervalo de confianza	
				Inferior	Superior
Grado Adhesión	Se asumen varianzas iguales	,138	,073	-4,441	,211

¿Existe relación entre el Nivel de estudios, la Edad o el Grado de Satisfacción en el Grado de Adhesión?

Dado que la variable *nivel de estudios* se trata de una medida ordinal, hemos llevado a cabo un análisis de la correlación existente entre esta variable y el *grado de adhesión*. Como podemos observar en la **Tabla 5**, el nivel de significación (0,161) es superior a 0,05, por lo que se mantendrá la hipótesis nula de que no existe correlación entre ambas variables. Esto quiere decir que las variables que hemos medido son independientes entre sí, es decir, si una aumenta o disminuye no generará ningún efecto sobre la otra. O lo que es lo mismo: el *nivel de estudios* no tiene influencia sobre la variable *adhesión al programa*, ni viceversa.

Lo mismo podemos observar con respecto a la variable *edad*, en la que el nivel de significación es tan alto que no puede dar lugar a error ($0,617 > p=0,05$). Llegaremos pues a la misma conclusión; ambas variables son independientes. Por lo tanto, un mayor o menor número de años no provocará un mayor o *menor grado de adhesión* por parte del sujeto sobre la técnica.

Sin embargo, no sucede lo mismo entre las variables *adhesión* y *grado de satisfacción*. En esta ocasión, en la que el nivel de significación sí es relevante a nivel poblacional (0,001), se produce una correlación positiva y bastante importante (0,747) entre ambas variables. Esto quiere decir que, cuanto mayor sea el nivel de adhesión al tratamiento, mayor será la percepción de resultados por parte de los individuos.

Tabla 5 *Correlación de Pearson entre Grado de adhesión, Nivel de estudios, Edad y Satisfacción*

		Nivel de estudios	Edad	Grado Satisfacción
Grado Adhesión	Correlación de Pearson	,262	,095	,747**
	Sig. (bilateral)	,161	,617	,000
	N	30	30	30

Diferencia de medias entre las medidas pre- y post-tratamiento en ANSIEDAD ESTADO

Para comprobar si se dieron diferencias entre las medidas iniciales y finales de AE, hemos realizado una prueba t para medidas repetidas, cuyos resultados se presentan en las tablas que prosiguen.

Tabla 6 *Prueba T para muestras repetidas de Ansiedad Estado*

	Media	Desviación estándar	t	Sig. (bilateral)
Ansiedad Estado 1 Ansiedad Estado 2	7,333	8,454	4,751	,000

Tabla 7 *Correlación entre Ansiedad Estado pre-tratamiento y post-tratamiento*

	N	Correlación	Sig.
Ansiedad Estado 1 Ansiedad Estado 2	30	,491	,006

Si observamos la **Tabla 6** podremos ver que, como era esperable, existe diferencia de medias entre las medidas de *Ansiedad Estado* pre- y post- tratamiento. Esto es así porque el nivel de significación (0,001) es menor al punto de corte ($p=0,05$), por lo que se rechazará la hipótesis nula de igualdad de medias. Aun así existe un coeficiente de correlación entre ambas medidas (ver **Tabla 7**), siendo este positivo y mediano (0,491), lo que quiere decir que alrededor del 50% de la segunda variable viene explicada por el valor de la primera, o viceversa. Pero, ¿influye el grado de *adhesión* o fidelidad al tratamiento sobre estas diferencias? Para ello debemos fijarnos en la **Tabla 8**, en la que,

por medio de un análisis de varianza de dos factores para medidas repetidas, hemos descubierto que existen diferencias significativas a nivel poblacional entre la primera y última medida de *AE*, con un tamaño del efecto grande (0,517). Este efecto se incrementa si añadimos la variable *adhesión* (0,524). Y, aunque aún no conocemos el verdadero peso de esta última sobre el efecto final, podemos ver que sí se da una interacción significativa entre *Adhesión al tratamiento* y *Ansiedad Estado* ($\text{sig}= 0,044 < p=0,05$).

Tabla 8 Análisis de varianza de dos factores de medidas repetidas para *Ansiedad Estado* y *Grado de adhesión al programa*.

Origen	Tipo III de suma de cuadrados	gl	Cuadrático promedio	F	Sig.	Eta cuadrado
Ans_EST	527,726	1	527,726	21,406	,000	,517
Ans_EST * Grado_Adhesión	543,274	9	60,364	2,449	,046	,524

En la tabla que continúa, la **Tabla 9**, la que continua, podemos ver cómo son de grandes las diferencias halladas en nuestra muestra. Con una media inicial de 22,429 y una final de 14,502, la diferencia es de 7,926 puntos. Al tratarse de una diferencia de gran tamaño es lógico que se mantenga en cotas poblacionales.

Tabla 9 Estimaciones de la muestra para *Ansiedad Estado*

Ans_EST	Media	Diferencia de medias (I-J)	Intervalo de confianza al 95%	
			Límite inferior	Límite superior
1 (I)	22,429	7,926	17,636	27,221
2 (J)	14,502		11,118	17,887

Tabla 10 Pruebas de efectos inter-sujetos

Origen	Tipo III de suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta parcial al cuadrado
Intersección	11456,720	1	11456,720	105,819	,000	,841
Grado_Adhesión	686,055	9	76,228	,704	,698	,241

Sin embargo, en la **Tabla 10** observamos más detalladamente que se da cierta interacción entre ambas variables, pero el *Grado de adhesión* al tratamiento no es suficiente para explicar los cambios en *Ansiedad Estado* a nivel poblacional ($0,698 > p=0,05$). También podemos comprobar este dato por medio del tamaño del efecto (Eta

parcial al cuadrado), que nos indica que el modelo se explica mayormente, y con gran diferencia, por la intersección de ambas variables (0,841). Esto quiere decir que el 84,1% de la variable dependiente (*Ansiedad Estado 2*) viene explicada por la interacción de las variables independientes (*Ansiedad Estado 1* y *Grado de adhesión*). Mientras que, si el modelo fuera significativo, el *Grado de adhesión* explicaría sólo un 24,1% de la *Ansiedad Estado 2*.

En la gráfica que continua, la **Figura 5**, podemos observar la tendencia muestral en puntuaciones de *Ansiedad Estado* (1: pre-tratamiento; 2: post-tratamiento), según el grado de adhesión al procedimiento. Según parece, a mayor grado de adhesión al tratamiento, mayores son las diferencias entre las puntuaciones iniciales y finales de *Ansiedad Estado*.

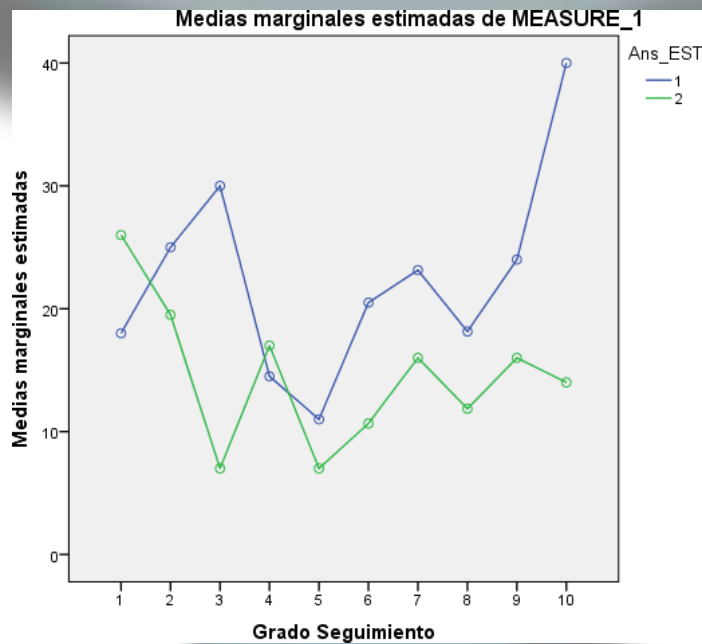


Figura 5 Niveles de *Ansiedad estado* en las medidas pre- y post- tratamiento según el grado de adhesión al tratamiento.

Para comprobar cuál es el peso real de la variable *adhesión* en la predicción de las puntuaciones finales en *Ansiedad Rasgo*, se llevó a cabo una regresión lineal para pronosticar la verdadera importancia de las VVII incluidas. Esto lo podemos ver reflejado en la **Tabla 11**.

Tabla 11 Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Sig.
1	,491 ^a	,241	,214	,006

a. Predictores: (Constante), Ansiedad Estado 1

b. Variable dependiente: Ansiedad Estado 2

Por medio de esta tabla (**Tabla 11**), nos podemos cerciorar de que el valor de R cuadrado nos indica el peso de cada modelo. En este caso sólo hay un modelo, puesto que es el único significativo (sig. = 0,06 < $p=0,05$), y es el que pertenece a la predicción de *Ansiedad Estado 2* por medio de la variable independiente *Ansiedad Estado 1*. Esto quiere decir que el peso de la primera variable sobre la segunda es de un 24,1%. Y, como se aprecia en la **Tabla 12**, el peso de la variable *adhesión* al procedimiento no es relevante a nivel poblacional, por lo que ha sido excluida del análisis (sig. = 0,117).

En la columna para el estadístico de colinealidad comprobaremos que el valor es muy cercano a 1, por lo que no se da colinealidad y, por lo tanto, no hay confusión.

Podemos apreciar por otro lado que la correlación entre *Grado de adhesión* y *Ansiedad Estado 2* es de -0,298, una correlación mediana y negativa, aunque irrelevante por no ser significativo.

Tabla 12 Variables excluidas

Modelo	En beta	t	Sig.	Correlación parcial	Estadísticas de colinealidad
1 Grado Adhesión	-,261 ^b	-1,621	,117	-,298	,991

En la **Tabla 13** podemos observar cómo el nivel de significación nos indica que el coeficiente de *AE 1* es distinto de cero, y su valor es de 0,356. Por medio de estos datos se construirá matemáticamente la recta de regresión ($AE2=6,358+0,356*AE1$).

Tabla 13 Coeficientes de la regresión lineal

Modelo	B	t	Sig.
1 (Constante)	6,358	2,298	,029
Aniedad Estado 1	,356	2,984	,006

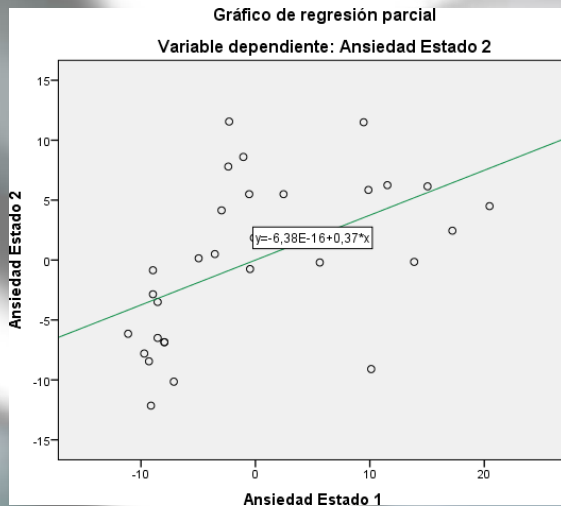


Figura 6 Recta de regresión entre Ansiedad Estado 1 y 2

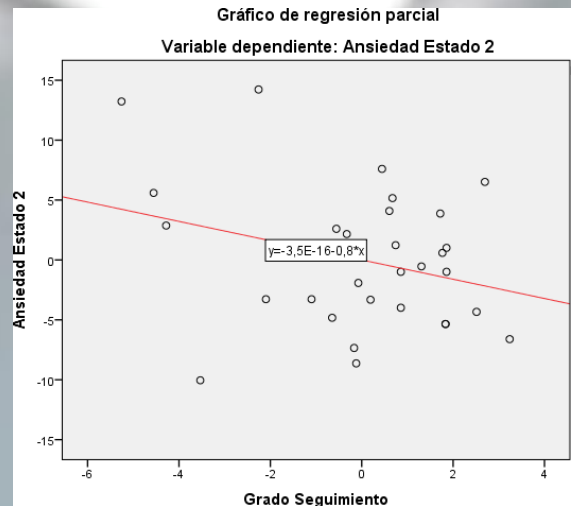


Figura 7 Recta de regresión entre Grado de adhesión al programa y Ansiedad Estado

Como podemos observar por medio de estas dos últimas gráficas (**Figura 6 y 7**), la relación que existe entre *Ansiedad Estado 1* y *2* es más acusada que la existente entre *Grado de adhesión* y *Ansiedad Estado 2*. Siendo la primera de tendencia positiva (a más *Ansiedad Estado 1*, mayor será *Ansiedad Estado 2*) y la segunda negativa (a mayor *Grado de adhesión al tratamiento* menores serán los valores de *Ansiedad Estado 2*, al menos en la distribución muestral).

Diferencia de medias entre las medidas pre- y post-tratamiento en ANSIEDAD RASGO

Hemos realizado los mismos análisis para estudiar este factor y, al igual que sucedía con el análisis de varianza para la *Ansiedad Estado*, en el caso de la *Ansiedad Rasgo*, se producen diferencias significativas entre las mediciones pre- y post-tratamiento (**Tabla 14**: sig.=0,004 < $p=0,05$). También se aprecia interacción entre los niveles de *Ansiedad Rasgo* y el *Grado de adhesión* (sig.=0,027 < $p=0,05$). El valor del tamaño del efecto es mayor si nos fijamos en la interacción de las variables ($\text{Eta}^2=0,556 < 0,343$), por lo tanto es posible que el *Grado de adhesión* al procedimiento tenga cierta importancia a la hora de explicar las diferencias entre la primera y última medición de la *Ansiedad* como rasgo de personalidad.

Tabla 14 *Análisis de varianza de medidas repetidas para Ansiedad Rasgo*

Efecto	F	Sig.	Eta parcial al cuadrado
Ans_RAS	10,460	,004	,343
Ans_RAS * Grado_Adhesión	2,785	,027	,556

Por medio de la **Tabla 15** podemos estudiar cuáles son las diferencias muestrales entre la media inicial en AR (20,514) y la media final de la misma (16,61), siendo la divergencia de 3,905 puntos. Pero, al igual que en el caso de la *Ansiedad Estado*, ¿serán estas diferencias significativas a nivel poblacional? Para comprobarlo, hemos llevado a cabo el mismo procedimiento, una regresión lineal que pasaremos a explicar un poco más adelante.

Tabla 15 *Estimaciones*

Ans_RAS	Media	Diferencia de medias (I-J)	Intervalo de confianza al 95%	
			Límite inferior	Límite superior
1 (I)	20,514	3,905	14,817	26,212
2 (J)	16,610		12,176	21,043

Tabla 16 *Prueba de efectos inter-sujetos*

Origen	Tipo III de suma de cuadrados	Cuadrático gl promedio	Eta parcial al cuadrado	
			F	Sig.
Interceptación	11576,689	1	11576,689	61,259 ,000 ,754
Grado_Adhesión	1217,088	9	135,232	,716 ,689 ,244

Por medio de la **Tabla 16** volvemos a comprobar que la variable *Grado de adhesión* no es capaz de explicar por sí sola las variaciones que se dan en la *ansiedad* como rasgo de personalidad. Esto lo podemos contrastar por medio de su nivel de significación (0,689). Al igual que en el caso de la *Ansiedad* como estado de ánimo, en esta ocasión, la intersección entre *AR* y *Grado de adhesión* al programa tiene un tamaño del efecto bastante grande (0,754), lo que quiere decir que el 75,4% de las variaciones en *Ansiedad Rasgo* vienen explicadas por la interacción entre ambas variables.

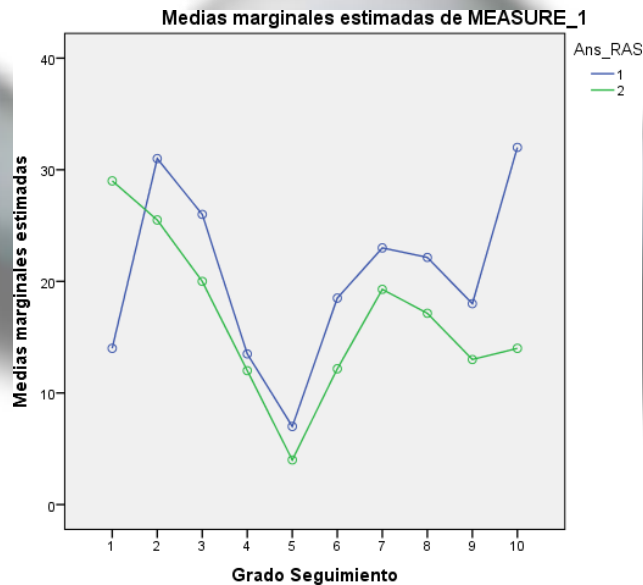


Figura 8 Niveles de Ansiedad Rasgo en las medidas pre- y post- tratamiento según el grado de adhesión al tratamiento.

En la gráfica que aparece en la **Figura 8** podemos observar la tendencia de la muestra a puntuar en *AR1* y *AR2* según el grado de adhesión al programa. Aún sin ser el *Grado de adhesión* la variable que explique mayoritariamente esta tendencia, es posible que tenga cierto peso, lo cual comprobaremos por medio de una regresión lineal.

Tabla 17 Resumen del modelo y ANOVA

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	F	Sig.
1	,816	,666	,654	5,176	55,827	,000
2	,855	,732	,712	4,722	36,849	,000

- a. Predictores: (Constante), Ansiedad Rasgo 1
- b. Predictores: (Constante), Ansiedad Rasgo 1, Grado Adhesión
- c. Variable dependiente: Ansiedad Rasgo 2

Al crear una recta de regresión múltiple, hemos utilizado el método “pasos sucesivos” para la introducción de las variables predictoras. Es por ello que en la **Tabla 17** observaremos dos modelos, ambos pretenden explicar cómo se construye *Ansiedad Rasgo 1*. El primer modelo estudia la variable independiente *Ansiedad Rasgo 1*, que posee un peso importante en la predicción de *Ansiedad Rasgo 2* (0,666), lo que nos indica que la segunda depende en un 66,6% de la primera. El modelo mejora cuando se incluye la variable *Grado de adhesión*, en cuyo caso explicaría un 73,2% de la puntuación final en *Ansiedad Rasgo* ($R^2=0,732$).

Por otro lado en esta misma tabla, podemos comprobar que ambos modelos son significativos, por lo que sabremos que es cierto que explican gran parte de la variable dependiente ($\text{sig.} = 0,001 < p=0,05$).

Tabla 18 Coeficientes de la recta de regresión

Modelo		B	t	Sig.
1	(Constante)	2,381	1,125	,270
	Ansiedad Rasgo 1	,673	7,472	,000
2	(Constante)	8,628	2,783	,010
	Ansiedad Rasgo 1	,685	8,325	,000
	Grado Adhesión	-1,027	-2,576	,016

Si estudiamos los niveles de significación por separado observaremos que, en esta ocasión la variable *Grado de adhesión* sí es significativa a nivel poblacional ($\text{sig.} = 0,016 < p=0,05$), lo que quiere decir que su peso es mayor sobre la *Ansiedad Rasgo* que sobre la *Ansiedad Estado*. El porqué de estas averiguaciones lo discutiremos en la discusión de los resultados.

Como la primera medición de *Ansiedad Rasgo* predice muy bien los valores de *Ansiedad Rasgo 2*, se ha excluido la variable *adhesión*. Aun así, en la **Tabla 19** observaremos que el valor de la correlación parcial que posee esta variable sobre la última media de *AR* es un valor importante (-0,444). Se trata de una relación negativa y medianamente importante que es significativa a nivel poblacional. Se puede extraer de aquí que el 44,4% de la *Ansiedad Rasgo* post-tratamiento viene explicada por el grado de adhesión al tratamiento, en modo negativo. Es decir, cuanto mayor es el *Grado de adhesión* al programa, menores son las puntuaciones en *Ansiedad Rasgo 2*.

Tabla 19 Variables excluidas

Modelo	En beta	t	Sig.	Correlación parcial	Estadísticas de colinealidad Tolerancia	
1	Grado Adhesión	-,257 ^b	-2,576	,016	-,444	,997

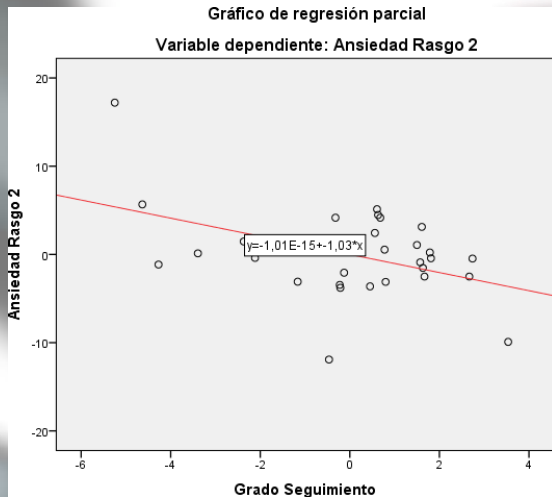


Figura 9 Recta de regresión entre Grado de adhesión al tratamiento y Ansiedad Rasgo 2

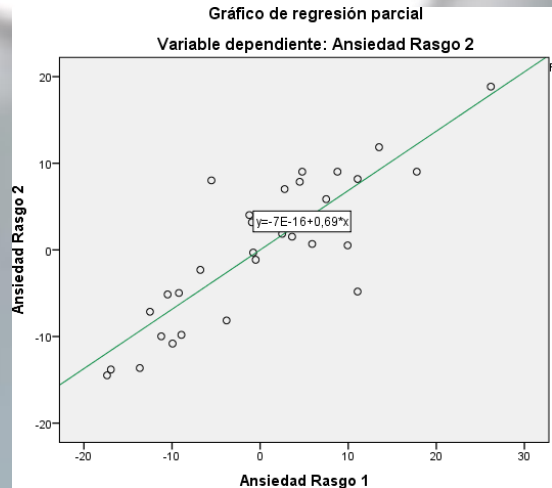


Figura 10 Recta de regresión entre Ansiedad Rasgo 1 y 2

La relación existente entre *Grado de adhesión* y *Ansiedad Rasgo 2*, o *Ansiedad Rasgo 1* y *Ansiedad Rasgo 2*, se puede ver ilustrada en las **Figuras 9** y **10**, que se presentan más abajo. En las que se observa claramente cómo el grado de adhesión al tratamiento provoca la disminución de las medidas finales de *Ansiedad Rasgo*. Mientras que, por otro lado, a mayor nivel de *Ansiedad Rasgo* inicial mayor *Ansiedad Rasgo* final.

Por medio de la inclinación de la recta vemos que es claramente más acusado el efecto que posee *Ansiedad Rasgo 1* que *Grado de adhesión* al procedimiento, pero esto era algo que suponíamos, iba a suceder, pues la personalidad y sus rasgos son bastante estables. Lo interesante es que se hayan producido efectos del tratamiento hasta tal alcance en tan corto periodo de tiempo.

6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Como era esperable, se obtuvieron diferencias significativas entre las medidas pre- y post-tratamiento con respecto a las medias en AE y AR. Es normal y esperable que se dé cierta variación, sobre todo en el factor AE, que puede fluctuar según las circunstancias. Lo que no imaginábamos es que las diferencias en AR se explicaran, a nivel poblacional, por el programa basado en *mindfulness* y aplicado vía e-mail.

De hecho, en un periodo de tiempo tan corto, y tratándose de un factor que se supone asociado a la personalidad, creíamos que se mantendría estable y que, en todo caso, obtendríamos estos resultados en AE.

Por el contrario, hemos llegado a la conclusión de que, probablemente lo que explica la variación en AE se deba más bien a circunstancias externas y ajenas al sujeto. Y, por ello, el efecto de la “conciencia plena” sea, por ejemplo, menos relevante que el hecho de que se diera un atentado en Barcelona una semana antes de la recogida de datos final.

En el caso de AR, sin embargo, al tratarse de una variable interna al sujeto, menos permeable a los factores externos, es posible que el *mindfulness*, al tratarse de una filosofía de vida, un cambio en el procesamiento del mundo (variables internas igualmente), sí haya tenido un peso relevante a la hora de explicar las variaciones en AR.

De cualquier modo, parece evidente que la “atención plena” tiene un efecto positivo en la disminución de la ansiedad-rasgo.

Por otro lado, uno de los puntos importantes que no debemos olvidar es conocer a qué se debe el grado de adhesión al tratamiento. Según los resultados obtenidos, no parece que esta variable se deba al sexo, la edad o el nivel de estudios (aunque sólo 1 individuo con nivel de estudios de E.S.O. se presentó a la medida post-tratamiento, de los 6 que se presentaron en la medida pre-tratamiento). Es posible que, el simple hecho de tener que pagar algo a cambio del “curso”, subsanará este problema disminuyendo en gran medida el porcentaje de abandono.

Finalmente, como ya hemos comentado en los comentarios de ciertas tablas, los índices de significación, en algunos casos, son muy cercanos al punto de corte. Esto quiere decir que, con investigaciones de mayor alcance y muestras mayores, es posible que las decisiones estadísticas varíen o, por el contrario, se afiancen con más fuerza. De cualquier modo, es necesaria mayor investigación al respecto de estas temáticas, pues no es mucha la bibliografía existente.

7. CONCLUSIONES

Debemos partir de la base de que existen problemas para delimitar lo que es la personalidad neurótica, aunque está claro que existen ciertos tipos de personalidad tendentes a sufrir más angustia o afecto negativo que otros.

Como los factores AR y AE están bien delimitados y pueden relacionarse directamente con el concepto psicoanalítico de neurosis, hemos hecho uso de éstos para estudiar el efecto del *mindfulness* en características de la personalidad que no parecían muy permeables al cambio.

Mindfulness no es una técnica tan nueva como parece, originándose hace cientos de años con la meditación budista *vipassana*, está siendo actualmente incorporada a ciertas disciplinas, tales como la Psicología y ciertas Ciencias de la Salud, como una alternativa terapéutica a las ya conocidas técnicas. Resumiendo lo que hemos comentado anteriormente sobre qué es y que no es la “atención plena”, podemos decir que se trata de establecer una relación determinada (diferente a la que conocemos) con nuestros eventos privados, con nosotros mismos y, por ello, con la manera en la que vivimos y nos relacionamos con el resto.

Mindfulness nos ayuda a ser conscientes de estos eventos privados y, así, poder diferenciarnos de ellos. Esta técnica genera autoconocimiento (nos ayuda a discriminar nuestra propia conducta), pues implica observar sin juzgar ni juzgarnos, aceptando las experiencias tal cual son, tal cual vienen y se van, con una actitud de serenidad.

Como bien dice Mañas (2009), “practicar, desarrollar y mantener una conducta (actitud) ecuánime ante cierto tipo de estimulación mientras meditamos sentados en una habitación, podría suponer desarrollar un repertorio que pudiera aplicarse en otros contextos y condiciones muy diferentes”.

Es por esto mismo por lo que el *mindfulness* tiene un alto grado de eficacia y eficiencia, porque se trata de una técnica que podemos utilizar en nuestra vida diaria y que, por medio de la práctica, podrá generalizarse a cualquier tipo de situación.

Hemos de hacer hincapié además, en que la técnica utilizada ha sido completamente impartida por medio del correo electrónico. Lo que no sólo apoya el *mindfulness* como una técnica adecuada para el tratamiento de AR sino que, además, justifica el uso de la psicoterapia online como una herramienta eficaz.

Debemos comentar que existen ciertas limitaciones. Por lo pronto, hemos de recomendar que, como bien comentan algunos autores (Vallejo y Jordán, 2007; Giles, 2001), la

psicoterapia online debería utilizarse como un complemento de la terapia clásica “cara a cara”, no por sí sola. Por otro lado, como bien mencionamos en el apartado dedicado a la discusión de resultados, la muestra obtenida es poco representativa, sobre todo por el alto grado de abandono (65%), cuestión que debería solventarse (¿quizá poniendo un precio al programa y provocando así que los participantes valoren más el tratamiento?). Por estas cuestiones, los resultados pueden variar en investigaciones más representativas, aunque también pueden afianzarse con mayor seguridad, es algo que sólo se podrá comprobar con más estudios al respecto.

Es imprescindible que se siga investigando el uso de *mindfulness* como tratamiento para niveles extremos de AE y AR, la influencia de la psicoterapia online en estudios de mayor alcance y con posteriores medidas de seguimiento a lo largo del tiempo, se podría estudiar también la influencia de la extraversión en los niveles de afecto negativo, además de qué se podría hacer para mejorar la adhesión al tratamiento.

Aun se deben responder a muchas preguntas, tales como: ¿qué factores influyen en el grado de adhesión al tratamiento?, ¿qué se podría hacer para reducir el nivel de abandono de la terapia?, ¿los resultados obtenidos en esta investigación se mantendrán en el tiempo?, ¿llegarán investigaciones a mayor escala a las mismas conclusiones que en este escrito se presentan?

Para responder estas y otras cuestiones que se nos pueden plantear al revisar este estudio, sería recomendable seguir investigando sobre el asunto. Es posible que, de aquí a unos años, no sean pocos los que comiencen a investigar sobre terapias de tercera generación y psicoterapia online.

Para finalizar, nos gustaría hacerlo con la idea general que hemos concluido tras la investigación realizada; y es que, probablemente, el único control real que poseemos sobre nuestra vida y sus circunstancias está en cómo decidimos tomárnosla.

Además, la tecnología está en nuestras vidas, y cada vez lo estará más, no tiene por qué sustituir los métodos tradicionales, pero sí complementarlos de forma eficaz. Es nuestro deber como psicólogos actualizarnos y comenzar a formar parte de este inevitable hecho. Por lo pronto diversos métodos de psicoterapia han llegado al mundo virtual, y no parece que vayan a desaparecer.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, M., Galarsi, M. y De Andrea, N. (2009). Rasgos de personalidad, estrés percibido y ansiedad estado-rasgo. Un estudio realizado en alumnos de la facultad de ciencias humanas de la Universidad Nacional de San Luis, Argentina. / *Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVI Jornadas de Investigación, Quinto Encuentro de investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*
- Cirone, M (2016). *Stress and Cancer: what is the connection?* Recuperado el 2 de Junio, 2017 de <http://integrativecancer.org/the-cancer-journey/stress-cancer/>
- Costa, P. and McCrae, R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 38(4), 668-678.
- Ey, H., Bernard, P. y Brisset, C. (1978). *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Masson.
- Fernández-Berrocal, P. y Extremera, N. (2006). La investigación de la inteligencia emocional en España. *Ansiedad y Estrés*, vol. 12(2-3), 139-153.
- Freud, S. (1979). Neurosis y psicosis (1924 [1923]). *En Obras completas de Sigmund Freud*, vol. XIX (pp. 151-160). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1985). Más allá del principio del placer. *En Biblioteca fundamental de nuestro tiempo* (pp. 81-138). Madrid: Alianza editorial.
- Giles, M. (2001). Internet y Psicoterapia: desarrollos de las aplicaciones clínicas de la Telesalud. Recuperado el 20 de Julio, 2017 de <http://psiqu.com/2-1137>
- González, O. (2004). Ansiedad y personalidad: un estudio comparativo en universitarios. *En 5º Congreso virtual de psiquiatría de Interpsiquis, Febrero 2014.* Psiquiatria.com
- Guarino, L. y Roger, D. (2005). Construcción y validación de la Escala de Sensibilidad Emocional (ESE): Un nuevo enfoque para medir neuroticismo. *Psicothema*, vol. 17(3), 465-470.
- Labrador, F. (2012). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Larsen, R. and Ketelaar, T. (1989). Extraversion, neuroticism and susceptibility to positive and negative mood induction procedures. [Electronic Version]. *Personality and Individual Differences*, vol. 10(12), 1221-1228.

Mañas, I. (2009). Mindfulness (Atención plena): La meditación en Psicología Clínica. *Gaceta de Psicología*, 50, 13-29.

Reynolds, D. & Stiles, W. (2007). *Online Data Collection for Psychotherapy Process Research. CyberPsychology & Behavior*, Vol. 10 (1), 92-99.

Spielberg, R., Gorsuch, R. & Lushene, R. (1982). *State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologist Press, Inc., California, USA. Adaptación española de Buela, G., Guillén, A., y Seisdedos, N. (2015). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. TEA Ediciones, Madrid, España.

Stahl, B. y Goldstein, E. (2010). *Mindfulness para reducir el estrés. Una guía práctica*. Barcelona, España: Kairós.

Vallejo, J. (2011). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Elsevier Masson

Vallejo, M. y Jordán, C. (2007). Psicoterapia a través de Internet. Recursos tecnológicos en la práctica de la psicoterapia. *Boletín de Psicología*, vol. 91(11), 27-42.

9. ANEXOS

