



**Universitat de les
Illes Balears**

Título: Personas con Trastorno Mental Grave y Mindfulness

Estudio de Investigación

NOMBRE AUTOR: José Luis Reig

DNI AUTOR: 78202999-D

NOMBRE TUTOR: Enric Munar Roca

Memoria del Trabajo de Fin de Grado

Estudios de Grado en Psicología

Palabras clave:

Trastorno Mental Grave (TMG), Mindfulness, Atención Plena, Calidad de Vida,
Meditación

de la

UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Curs Acadèmic 2013-2014

Cas de no autoritzar l'accés públic al TFG, marqui la següent casella:

RESUMEN

Desde hace más de dos décadas la psicología clínica y la experimental han abordado el tratamiento de diversos trastornos psicológicos mediante el entrenamiento en mindfulness. Su eficacia ha sido probada en multitud de estudios. Se presentan los resultados de un estudio llevado a cabo en un contexto comunitario con personas que sufren de Trastorno Mental Grave (TMG). El presente estudio tuvo como objetivo contrastar la existencia de una mejor calidad de vida como consecuencia del entrenamiento en mindfulness. Para ello se examinó el posible cambio experimentado en indicadores estadísticos como efecto de un entrenamiento en habilidades mindfulness. Participaron 25 usuarios diagnosticados de TMG de los cuales 9 formaron el grupo de intervención y 16 constituyeron el grupo control. El procedimiento consistió en 26 sesiones, una por semana, desde febrero hasta agosto de 2013. Los resultados muestran la eficacia del programa de entrenamiento en el aumento de la calidad de vida de los participantes del grupo experimental.

Palabras clave: Trastorno Mental Grave (TMG), Mindfulness, Atención Plena, Calidad de Vida, Meditación

ABSTRACT

For over two decades, both clinical and experimental psychology has addressed the treatment of various psychological disorders through training in mindfulness. Its effectiveness has been proven in many studies. The results of a study conducted in a community setting with people with Severe Mental Illness (SMI) are presented. This study aimed to test the existence of a better quality of life as a result of mindfulness training. This possible change experienced in statistics indicators as a result of training in mindfulness skills was examined. Participants were 25 members of the 9 diagnosed SMI which formed the intervention group and 16 constituted the control group. The procedure consisted of 26 sessions, one a week, from February to August 2013. The results show the effectiveness of the training program in mindfulness in increasing the quality of life of the participants in the experimental group.

Keywords: Severe Mental Illness (SMI), Mindfulness, Attention, Quality of Life, Meditation.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
MÉTODO.....	10
<i>Participantes</i>	10
<i>Instrumentos y medidas</i>	10
PANSS	10
MAAS	11
WHOQOL-BREF	11
COPE.....	12
STROOP	12
<i>Diseño</i>	12
<i>Procedimiento</i>	13
<i>Programa de intervención</i>	13
<i>Análisis estadístico</i>	15
RESULTADOS.....	16
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	21
REFERENCIAS	26
ANEXO 1	30

INTRODUCCIÓN

Para la ciencia y la cultura de este lado del mundo, la filosofía oriental ha sido desde siempre admirada con intriga, desde la lejanía, precedida por un aura de exotismo y acompañada de inespecífica incredulidad. La percepción de “su” literatura y “su” ciencia tienden a entremezclarse, dando paso a una concepción exotérica, intimidante, poco rigurosa y, por supuesto, inaccesible para los estándares occidentales. En psicología, no son muchos los investigadores que se han atrevido a experimentar el cambio de visión vital que le ofrece una cultura que, a través de su larga historia, parece haber demostrado su eficacia en numerosos ámbitos (medicina, astronomía, filosofía, física, ciencia en general). Se ha tendido a englobar en un mismo constructo todo aquello que tiene que ver con el Este geográfico, sin tener en cuenta que, dentro de esta generalización, se encuentran una serie de ciencias, filosofías, tradiciones, religiones...; obviando, al fin y al cabo, una inmensa riqueza empírica.

No obstante, algunos autores de la psicología de principios del siglo XX, incentivaron este interés. Williams James, con su obra *Las variedades de la experiencia religiosa* (1902), fue uno de los precursores de las técnicas budistas en la aplicación de la psicológica funcionalista. Por su parte, Carl G. Jung viajaría a la India para comprobar los verdaderos beneficios de la meditación y el yoga, además de haber sido uno de los principales fundadores del *Círculo Eranos* (1933), una asociación multicultural con el fin de acercar a occidente los conocimientos de la cultura oriental. Tanto James como Jung podrían ser considerados como los precursores de la recepción occidental de las técnicas budistas de mindfulness que, en la década de los 80', como se referencia a continuación, a través de un grupo de investigación de la Universidad de

Massachusetts (Kabat-Zinn, 1984), se instauraron definitivamente dentro del acervo psicológico occidental.

Desde hace más de 2500 años, la atención plena o mindfulness ha sido utilizada como una vía alternativa hacia el bienestar en algunas culturas orientales (siddha yoga, Sati en Pali, Ko-Kiu-Ho). Sin embargo, la integración a la cultura occidental de esta “filosofía de actuación”, cargada de connotaciones simbólicas, no ha estado exenta de críticas que le han sido perjudiciales. La introducción de una “esencia de vida diferente”, por una parte, ha conllevado algunas voces en contra de la utilización de estas estrategias en ciencia, y por otra, ha supuesto que su uso fuera desestimado durante muchas décadas en la mayoría de ámbitos socio-sanitarios. Fue gracias a una serie de investigadores que, a finales del siglo pasado, apostaron por esta diferente visión (Kabat-Zinn, Seagal, Teasdale, Linehan, Baer y Chadwick,), el que hoy tengamos la posibilidad de incluir las técnicas de atención plena en investigación experimental.

Esta novedosa -para occidente- y a la vez ancestral -para oriente- vía de actuación ha dado lugar a trabajos en el ámbito del tratamiento de los trastornos de ansiedad (Brantley, 2010), en el desarrollo de la confianza y validación de la experiencia interna en el Trastorno Obsesivo Compulsivo (Didonna, 2011), en la depresión y las tendencias suicidas (Teasdale, 2000), en el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad (Linehan y Dexter-Mazza, 2007), en el Trastorno de la Conducta Alimentaria (Kristeller, Baer y Quilliam-Wolever, 2006), en el tratamiento del Dolor Crónico (Kabat-Zinn, 1982; Morone et al., 2008), y tantas otras psicopatologías que omitiremos por no extendernos en exceso.

La mayoría de estudios experimentales que en los últimos años han trabajado las técnicas de Atención Plena (mindfulness) suelen enfatizar al inicio de sus trabajos los intrínsecos beneficios de las llamadas terapias de tercera generación, algunas de las cuales están basadas en precedentes vinculados a la filosofía budista confeccionada 25 siglos atrás. Con la idea de aprovechar estos posibles beneficios intrínsecos relacionados con terapias de mindfulness iniciamos nuestro trabajo en el sufrimiento padecido por un colectivo, que en muchas ocasiones, ha estado desabastecido de soluciones que pudieran proveerles de instrumentos eficaces que mejoraran su calidad de vida. Nos referimos a las personas que sufren el conjunto de trastornos englobado en el denominado Trastorno Mental Grave (TMG). En el ámbito de la salud mental, este constructo desplaza a la estigmatizante cronicidad de estos trastornos, y refiere a un trastorno mental de larga duración.

La simple consideración del sufrimiento de las personas con TMG, relevante en nuestro estudio, va a ser reflejada durante todo el trabajo, abriendo una ventana a la clara concepción de nuestros objetivos, más acorde a lo que los cánones académicos nos sugieren que realicemos. No obstante, la integración de ambos aspectos, el del sufrimiento y el académico no ha sido sencilla, sobre todo para llevar a la práctica una intervención funcional dirigida precisamente hacia el objetivo de beneficiar la calidad de vida de estos pacientes.

En los albores del “mindfulness occidental”, cuando se plantearon los primeros trabajos empíricos desde la comunidad universitaria británica (Chadwick & Birchwood, 1994; Chadwick & Birchwood 1996; Birchwood & Chadwick, 1997), parte de la comunidad científica no vio con buenos ojos la proposición de intervención psicoterapéutica mediante atención plena. Sin embargo, la evidencia de los primeros resultados sirvió de apoyo a otras investigaciones posteriores en el ámbito del TMG y la

intervención experimental en la psicosis (Chadwick et al 2000; Chadwick, 2005; Chadwick et al. 2007; Chadwick et al. 2008; Chadwick et al 2009). Parece ser que falta mucho camino por recorrer en este ámbito y que los metanálisis y revisiones al respecto (Keng, 2011; Khoury, 2013) han considerado en sus conclusiones que la eficacia de estas intervenciones necesitan mejorar. Uno de los objetivos tiene que proyectarse hacia la identificación de elementos que aumente dicha eficacia. Éste es uno de los principales objetivos del presente trabajo: identificar los elementos beneficiosos de una intervención de mindfulness en personas con TMG.

Buscando una mejor calidad de vida para los usuarios con TMG de un centro de rehabilitación psicosocial, el proyecto cuajó en este trabajo con la idea que las conclusiones del mismo sean la base para la mejora de este tipo de intervenciones en personas con TMG. El objetivo principal, por tanto, es la de contrastar la potencial eficacia de la inclusión de ciertos elementos en la intervención con mindfulness en personas con TMG (Chi-Kung, determinada estructura de sesiones,...).

Nuestro propósito general, más allá de este trabajo, es proveer de un útil instrumento cotidiano a usuarios de centros de rehabilitación psicosocial aquejados de TMG. Este instrumento, sólo cuando sea preciso, debe permitirles hacer frente a las indefensiones de su trastorno, obteniendo con ello una específica y objetiva mejor calidad de vida.

Por otra parte, creemos que es de interés mencionar también que los conocimientos actuales en torno a la esencia de los procesos subyacentes del mindfulness son todavía imprecisos y que los estudios de correlación psicofisiológica al respecto no han hecho más que empezar. Estos menguados conocimientos proveen a la investigación psicológica de imprecisiones en las decisiones de adoptar la justa elección de un

instrumento de medida. Dificil cuestión que hemos simplificado midiendo la simple y subjetiva calidad de vida de los participantes.

El objetivo general de este trabajo de investigación ha sido comprobar la eficacia de un programa de entrenamiento basado en la práctica del mindfulness en TMG. Para ello, en primer lugar nos reunimos con otros investigadores que habían experimentado en este mismo ámbito. Al plantearles nuestro objetivo, por una parte nos aconsejaron que incluyéramos la práctica de algún tipo de ejercicios (como por ejemplo el Chi-Kung) para un mejor acceso de los participantes a la meditación guiada y, por otra también que finalizáramos las sesiones de mindfulness con las reflexiones y los comentarios de los participantes. También se nos aconsejó que los participantes tuvieran una breve preparación en relajación guiada. Para ello se desarrolló un programa de entrenamiento en habilidades de relajación de 24 sesiones.

MÉTODO

Participantes

En este estudio participaron 25 usuarios diagnosticados de TMG. El grupo de intervención estuvo formado por 9 usuarios, una mujer y 8 hombres de edades comprendidas entre 26 y 49 años, y el grupo control por 16 usuarios, cinco mujeres y once hombres de edades comprendidas entre 30 y 57 años. La selección de la muestra vino determinada, tanto en el grupo de intervención como en el grupo control por los criterios de elección de los profesionales en salud mental del Centro Serralta (Ib Salut), apoyados en todo momento por la actitud dispositiva y voluntaria de los mismos usuarios. De los 10 participantes del grupo de intervención, uno de ellos fue descartado por falta de disponibilidad horaria y poder ofrecer escaso seguimiento en el entrenamiento, quedando este grupo solo con nueve participantes. El grupo control al completo siguió en el proyecto hasta finalizar el programa.

Instrumentos y medidas

PANSS

La escala de los síntomas positivo y negativo (PANSS) fue desarrollada por Kay et al (1987) para la valoración de la severidad de los síntomas en el espectro esquizofrénico. Se utiliza algunas veces también para la evaluación del desarrollo de la respuesta al tratamiento, tanto farmacológico como psicológico. Consta de 30 ítems que se puntúan mediante una escala Likert desde el valor 1 (ausente) al valor 7 (extremo), mediante una entrevista semiestructurada de unos 30 a 40 minutos de duración. De los 30 ítems o

síntomas, siete constituyen la escala negativa (PANNS-N), siete la escala positiva (PANNS-P) y 16 la escala de psicopatología general (PANNS-PG).

Este instrumento también mide el grado de predominancia de un síntoma sobre otro (negativo sobre positivo o viceversa), mediante la resta de la puntuación de la escala negativa a la puntuación de la escala positiva (PANNS-C), pudiendo clasificar categorialmente a los pacientes esquizofrénicos con el predominio de unos síntomas u otros.

MAAS

La Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) es un instrumento que valora el grado de práctica en atención plena que el usuario ha llegado a desarrollar. Es un autoinforme de carácter unifactorial de 15 ítems que valora la consciencia de la atención.

WHOQOL-BREF

El Cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) es un instrumento de medida que contiene 26 preguntas, de las cuales dos son de carácter general sobre la satisfacción con el estado de salud y la calidad de vida del cliente, y donde las 24 preguntas restantes están agrupadas en cuatro áreas diferentes: Salud Física, salud Psicológica, Relaciones Sociales y Ambiente. Se puntúan mediante una escala Likert con cinco opciones de respuesta. Puntuaciones mayores indican una mejor calidad de vida.

COPE

12

El test de estimación al afrontamiento (COPE), es un instrumento desarrollado por Carver (1991, 1997) para medir las diferencias individuales en el afrontamiento al estrés. Se trata de un inventario multidimensional que consta de 15 escalas y 60 ítems. Los ítems se plantean en términos de respuesta de cuatro alternativas (de 0 a 3) entre “nunca hago esto” y “siempre hago esto”.

STROOP

El test STROOP (Stroop, 1935) se basa en el originalmente efecto Stroop, el cual se refiere a la interferencia que se produce cuando el usuario realiza una prueba en la cual tiene que indicar el color de la tinta con la que están escritas diversas palabras que referencian colores, pero que su significado no coincide con el color con que están escritas. En esta tarea el participante debe impedir la intrusión de un proceso automático (significado de la palabra) con la ejecución de un proceso controlado (mencionar el color de la tinta). Esta prueba mide la interferencia entre dos procesos cognitivos y por tanto la flexibilidad con la que se puede controlar.

Diseño

Se utilizó un diseño factorial mixto 2 X 2 siendo el primer factor de grupos independientes (grupo de intervención y grupo control), y el segundo factor de medidas repetidas con dos niveles, un primer nivel de evaluación previa a la intervención, y un segundo nivel de evaluación después de la intervención.

Procedimiento

Nuestro punto de partida fue una reunión con todos los miembros del equipo para obtener el consenso del desarrollo y los objetivos del programa. Se determinó solicitar el consentimiento informado a cada uno de los participantes y una cláusula de confidencialidad a cada uno de los profesionales que completarían el equipo.

Cada uno de los pacientes fue contactado por su psiquiatra habitual para realizar una entrevista personal. A través de la entrevista se informó a cada paciente sobre lo que es el mindfulness y lo que implicaría su participación en el ensayo. Al final de la entrevista cada paciente, o en su defecto su tutor legal, firmaron el consentimiento de participación.

Después de firmar el consentimiento informado, los pacientes fueron asignados a uno de los dos grupos del estudio basándose en consideraciones clínicas, recomendación psiquiátrica y horarios personales de cada paciente. Una vez asignados, los pacientes fueron evaluados por un psicólogo entrenado específicamente para manejar pacientes con TMG y coordinar ensayos clínicos el cual tenía condición ciega a la asignación del paciente. La evaluación psicológica se basa en un video de la entrevista PANSS, la WHOQOL –BREF (calidad de vida) y la MAAS. La entrevista PANSS fue evaluada por dos psicólogos clínicos (CC y MB); ambos no tuvieron ningún contacto con los pacientes y fueron asignados para la evaluación por el método de doble ciego.

Programa de intervención

La dinámica de las sesiones estuvo a cargo de tres especialistas (un psicólogo clínico, un psiquiatra y un monitor de Chi-Kung). El número de sesiones fue de 26, una a la

semana desde febrero hasta agosto de 2013. La media de participación en las sesiones fue de 8 participantes.

La práctica estuvo dividida en 13 sesiones en base a la práctica formal de mindfulness (tabla 1) y 13 sesiones de práctica formal + “Body scan” (tabla 2).

Tabla 1

Inicio	Breve explicación	Chi-Kung	Mindfulness	Chi-Kung	Comentarios
6 minutos	10 minutos	10 minutos	15 minutos	10 minutos	6 minutos

Tiempo



Tabla 2

Inicio	Breve explicación	Chi-Kung	Mindfulness+ “Body Scan”	Chi-Kung	Comentarios
6 minutos	10 minutos	10 minutos	30 minutos	10 minutos	6 minutos

- 1) Inicio de la sesión con habituación al lugar de práctica: ambiente de grupo, luz, temperatura. Nos quitamos los zapatos y entramos en un lugar que nos ofrece una suave flexibilidad de pensamiento. Unos 6 minutos.
- 2) Breve explicación de los ejercicios que realizaremos, con detalles de cómo estos nos van a ayudar a entendernos mejor a nosotros y a los demás. Unos 10 minutos.
- 3) Empezamos la sesión práctica con unos movimientos de Ko-kiu-ho (anexo 1) que nos ayudaran a sincronizar nuestro particular ISO (anexo 1) con el ISO

grupal consiguiendo el ritmo base para la preparación de la práctica formal.

Unos 10 minutos de Chi-kung (anexo 1)

- 4) En esta fase central vamos a realizar la práctica formal para aprender a percibir los pensamientos, aceptarlos y dejarlos pasar sin intentar controlarlos. Unos 15 minutos de mindfulness. En la segunda parte práctica formal + “body scan” unos 30 minutos.
- 5) Para volver al centro de nuestra identificación con el grupo vamos a reactivar nuestro tempo con el del resto de los compañeros con unos ejercicios de Chi-Kung. Unos 10 minutos de práctica.
- 6) Se comparte con los demás nuestra experiencia. Uno de los monitores regula las intervenciones. Se evitan excesivas expresiones emocionales de los que hayan podido conseguir una mejor práctica, aunando criterios y sentando bases positivas para próximas sesiones.

Análisis estadístico

Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS para Windows (versión 19). Los datos descriptivos se han generado para todas las variables y se expresan con su media y su error estándar. Antes de proceder a la realización del análisis sobre las variables de resultado, se puso a prueba el supuesto de normalidad y el de homogeneidad de varianzas. Las variables se compararon con la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para muestras independientes.

RESULTADOS

Para el análisis de datos se utilizó la diferencia entre las puntuaciones en la evaluación post-intervención y las puntuaciones en la evaluación pre-intervención (d), de forma que obtenemos un valor que representa la magnitud del cambio que se ha producido en el intervalo de la intervención tanto en el grupo experimental como en el control. De esta manera, los valores positivos significan que las puntuaciones han aumentado en la evaluación post-intervención, y los valores negativos que han disminuido.

PANSS

En la tabla siguiente se presentan los resultados d de los síntomas positivos y negativos de la entrevista semiestructurada PANSS en el grupo experimental y en el grupo control.

PANSS n=25	MEDIA CONTROL (d)	MEDIA EXPERIMENTAL (d)	PRUEBA U de Mann- Whitney	Valor significación <i>p</i>
Suma positivos	0,50(3,81)	1,44 (3,20)	64,5	0,668
Suma negativos	-0,75 (4,56)	-2,11 (5,57)	62,0	0,569

Tabla 3: Comparación entre el grupo experimental (n=9) y el grupo control (n=16). Medias (y desviaciones típicas) de las puntuaciones de la escala de los síndromes positivos y negativos donde aparece la prueba U de Mann-Whitney y el valor de su significación.

En esta tabla podemos comprobar que no se observan diferencias significativas en la comparación de los grupos en los factores de esta entrevista.

CALIDAD DE VIDA

En la tabla siguiente se presentan los resultados del WHOQOL-BREF para calcular los cambios en calidad de vida en el grupo experimental y en el control. Se encontraron efectos significativos en el factor calidad de vida psicológica mostrando un aumento a lo largo de las sesiones de la calidad de vida subjetiva de los participantes del grupo experimental. En la tabla podemos observar las medias en este factor donde la diferencia pre-post es significativa en esta comparación.

Calidad de Vida N=25	MEDIA CONTROL (d)	MEDIA EXPERIMENTAL (d)	PRUEBA U de Mann-Whitney	Valor significación <i>p</i>
Calidad de vida física	0,50 (2,92)	1,00 (3,08)	67,0	0,776
Calidad de vida psicológica	-0,25 (2,38)	3,77 (1,92)	11,0	0,000*
Relaciones sociales	0,31 (1,53)	0,77 (2,38)	64,5	0,666
Ambiente	0,75 (3,51)	1,77 (2,58)	58,5	0,442

Tabla 4: Comparación entre el grupo experimental (n=9) y el grupo control (n=16). Medias (y desviaciones típicas) de los cambios en calidad de vida donde aparece la prueba U de Mann-Whitney y el valor de su significación.

COPE

En la tabla siguiente se presentan los resultados de los cambios en estrategias de afrontamiento individuales. No se observan diferencias significativas en la comparación de los grupos en las diferencias pre-post en los factores de esta escala.

COPE N=25	MEDIA CONTROL (d)	MEDIA EXPERIMENTAL (d)	PRUEBA U de Mann-Whitney	Valor significación <i>p</i>
Positive reinterpretation and growth	0,56 (2,36)	0,32 (5,67)	47,0	0,148
Mental disengagement	0,12 (2,12)	-0,22 (1,64)	68,0	0,816
Focus on and venting of emotions	-0,31 (2,05)	-0,66 (2,06)	61,0	0,526
Use of instrumental social support	0,50 (3,03)	-1,22 (4,11)	58,5	0,439
Active coping	-0,06 (3,29)	0,02 (3,70)	70,0	0,909
Denial	-0,50 (2,50)	0,44 (1,66)	56,5	0,375
Religious coping	0,18 (2,97)	0,44 (2,06)	70,5	0,931
Humor	-0,56 (2,65)	1,22 (3,52)	55,0	0,332
Behavioral disengagement	0,06 (2,61)	-0,77 (1,48)	60,0	0,487
Restraint	-0,12 (3,59)	-0,55 (1,94)	68,5	0,841
Use of emotional social support	-0,06 (2,37)	-1,66 (1,80)	60,0	0,492
Substance use	0,18 (0,54)	1,00 (1,22)	46,5	0,053
Acceptance	-0,37 (2,91)	1,00 (1,80)	52,0	0,253
Suppression of competing activities	-0,37 (2,91)	-1,11 (4,28)	70,5	0,932
Planning	0,06 (2,14)	0,66 (2,17)	53,5	0,287

Tabla 5: Comparación entre el grupo experimental (n=9) y el grupo control (n=16). Medias (y desviaciones típicas) de las puntuaciones del test de estimación al afrontamiento donde aparece la prueba U de Mann-Whitney y el valor de su significación.

MAAS

En la tabla siguiente se presentan los resultados sobre el cambio en el grado de práctica obtenido en atención plena en el grupo experimental y en el control.

MAAS N=25	MEDIA CONTROL (d)	MEDIA EXPERIMENTAL (d)	PRUEBA U de Mann-Whitney	Valor significación <i>p</i>
MAAS dif	-3,00 (8,27)	2,66 (6,89)	41,5	0,083

Tabla 6: Comparación entre el grupo experimental (n=9) y el grupo control (n=16). Medias (y desviaciones típicas) de las puntuaciones de la escala Mindful Attention Awareness Scale donde aparece la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney y el valor de su significación

La comparación de los grupos en los factores de esta escala muestra no significación, aunque la diferencia se acerca a esa significación. En dicha diferencia el grupo experimental obtiene una mejora respecto a evaluación pre-intervención, mientras que el grupo de control obtiene un empeoramiento.

STROOP

En la tabla siguiente se presentan los resultados de la tarea de interferencia Stroop. En la tabla 7 podemos observar que las diferencias entre las medidas tipificadas pre-post en el factor P es significativa en esta comparación

STROOP N=25	MEDIA CONTR. (d)	MEDIA EXP. (d)	PRUEBA U de Mann-Whitney	Valor significación <i>p</i>
STROOP Palabras	-3,87 (5,34)	0,66 (3,46)	32,0	0,022
STROOP Colores	-4,75 (4,55)	-2,22 (5,69)	46,0	0,136
STROOP PXC	2,00 (5,16)	0,66 (4,12)	56,0	0,360
STROOP Interferencia	5,12 (4,37)	1,33 (5,29)	42,0	0,087

Tabla 7: Comparación entre el grupo experimental (n=9) y el grupo control (n=16). Medias (y desviaciones típicas) de las puntuaciones tipificadas (en percentiles) de la tarea Stroop donde aparece la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney y el valor de su significación

En la siguiente tabla de puntuaciones directas se puede apreciar mejor dicho efecto significativo en el factor P, tiempo de lectura de palabras de los colores que se utilizan en la prueba (rojo, verde y azul).

20

	Grupos	N	Media	(DS)
STROOP PRE	Grupo Control	16	92,81	16,09
	Grupo experimental	9	91,33	22,23
STROOP POST	Grupo Control	16	85,25	14,13
	Grupo experimental	9	92,77	19,72

Tabla 8: Comparación entre el grupo experimental (n=9) y el grupo control (n=16). Medias (y desviaciones típicas) de las puntuaciones directas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Puesto que el objetivo de este trabajo es la contrastación del programa de intervención y, en su caso, la propuesta de mejoras de dicho programa de intervención, a continuación se realizan los comentarios en dos líneas. En la primera nos remitiremos básicamente a los resultados estadísticos presentados en el apartado anterior, y en la segunda se realizará un análisis más cualitativo de los diferentes aspectos del programa. En todo momento, estos comentarios se tienen que comprender y enmarcar en el propósito general de la búsqueda de una mayor calidad de vida en los pacientes con TMG atendidos en un centro de rehabilitación psicosocial.

En esta primera parte de discusión de los resultados estadísticos podemos inferir que un entrenamiento en habilidades mindfulness en personas que presentan TMG resulta beneficioso para obtener una mejor calidad de vida. Este beneficio no solo se ve reflejado en el aumento de la media de calidad de vida psicológica del grupo experimental (+3,7778), sino que supone una diferencia considerable respecto al grupo control, el cual experimenta un descenso en este constructo durante el tiempo que se realiza el estudio (-0,2500).

También podemos deducir con los resultados obtenidos, que el entrenamiento en mindfulness preserva a los participantes en atención y rapidez en la tarea de lectura de palabras en el test de Stroop (Stroop, 1935). Se ha observado en el grupo control una mayor latencia de respuesta durante esa lectura (-7,56 palabras leídas) respecto al grupo experimental (+1,44 palabras leídas).

Estudios anteriores al nuestro han demostrado que la lectura simple de palabras (la tarea P) en la prueba de Stroop puede verse alterada a causa de disfunciones en el

cortex prefrontal (Pujol, Vendrell, Deus, Junqué, Bello, Martí y Cabdebila, 2001). Otros estudios (Salgado, Román, Sánchez, López, Bargalló, Ramírez y Caldú, 2003) analizan esta tarea con la medida de activación cerebral durante la ejecución de esta prueba con participantes que padecen disfunciones en esta estructura ejecutiva. Por otro lado, la dificultad de mantener la atención en la tarea es común en pacientes con TMG (Sitskoorn et al., 2004; Freudenreich et al., 2004; Milev et al., 2005; Bishop, 2009) por tanto, los datos obtenidos pueden explicar que el entrenamiento de mindfulness en personas que presentan TMG puede resultar beneficioso para preservar las habilidades atencionales en esta tarea.

Por otra parte y por lo que hace a la segunda línea expositiva de comentarios, nos parecen claves la actitud del usuario y la comprensión del momento presente por parte de éste. Esto es, por una parte la actitud positiva y proactiva en la búsqueda del propio “insight”, y, por la otra, el refuerzo constante que estar en el momento presente les provee. Un binomio difícil de conseguir en TMG y que podría considerarse como un logro destacable en la práctica del mindfulness.

Sin embargo, hay algunos aspectos relevantes a reseñar sobre el programa realizado. Ello se realiza con la idea de que estas observaciones puedan ser de ayuda para próximos trabajos de investigación en el ámbito del mindfulness y el trastorno mental Grave.

De acuerdo con algunos comentarios de nuestros colaboradores externos –personas expertas en mindfulness-, todo parece indicar que el número de participantes en las sesiones es demasiado elevado., así como también demasiado heterogeneo ya que parece haber reducido la eficacia en el entrenamiento de “insight”. En concreto, este hecho ha disminuido las posibilidades de un “diálogo” más profundo dentro del espacio final de comentarios. En este mismo aspecto, la inclusión en algunas de las sesiones de

personas ajenas al proyecto también ha restado intimidad en los comentarios finales de los usuarios.

Por otro lado, sesiones paralelas para la formación de coterapeutas proveería de mayor eficacia al entrenamiento. Esto es, formar a familiares o a tutores de los usuarios aumentaría la frecuencia de la práctica con el consecuente aumento de su eficacia. Con esta ayuda se podría integrar la práctica informal en la vida cotidiana del usuario.

Ligado con lo anterior, para la obtención de un instrumento práctico de utilización diaria (práctica informal), debería reducirse el espacio temporal entre ellas. Esto es, parece más adecuado una cadencia de dos sesiones semanales.

Además, de cara a su eficiencia (coste-resultado) podría ser conveniente la reducción del programa a sólo ocho semanas. Esto es, la práctica debe ser más reducida e intensa. Para ello, la utilización de los coterapeutas es fundamental.

El tiempo dedicado a la parte final de comentarios, además de aumentar, debe ser orientada por parte de los terapeutas. Relatar la propia experiencia en grupo puede aumentar la eficacia de la práctica mindfulness.

En cuanto a la dinámica de la estructura de la sesión, a nuestro parecer la inclusión del Chi-Kung ha sido, por una parte, acertada en el hecho de que los mismos usuarios informan posicionarse más rápido en la meditación mindfulness. Pero, por otra parte, añadir esta práctica no nos permite valorar los resultados de los efectos “puros” del mindfulness en los practicantes, siendo dos variables las que influyen en los resultados. Por ello, creemos conveniente reestructurar las sesiones con una breve sesión de estiramientos inicial y suprimir la práctica del Chi-kung del programa.

Consideramos que el espacio habilitado para la práctica es el idóneo, ya que reúne todos los requisitos necesarios para las sesiones, esto es, luz adecuada, ausencia de ruidos exteriores, agradable temperatura y fácil acceso para los usuarios. El único inconveniente que ha presentado ha sido la dificultad para poder contar con este mismo espacio en otros horarios o días, ya que, al ser de uso público sólo se puede contar con él una vez a la semana.

En lo que se refiere a los aspectos de asistencia/ausencia de los usuarios a las sesiones también es fundamental. La ausencia de una sola sesión suprime la práctica en un espacio de tiempo demasiado largo para poder recuperar la eficacia de la meditación mindfulness. Ligado a ello, los monitores/terapeutas deben ser siempre los mismos y con un mínimo de dos para que, en el caso de que uno no pudiera asistir, el otro terapeuta siguiera en la línea de confianza construida.

Con todo ello, nuestra propuesta de mejora es un nuevo programa de intervención de ocho semanas de duración con dos sesiones semanales y dos terapeutas. La nueva estructura incluiría una primera parte dedicada al estiramiento muscular que desplazaría al Chi-Kung. Se potencia la parte final del programa, ampliando el tiempo dedicado a las valoraciones e incluyendo intervención/orientación por parte de los terapeutas.

Nuestra propuesta para una futura intervención es:

Inicio	Breve explicación	Estiramiento	Mindfulness	Comentarios	Saludo de despedida
6 minutos	10 minutos	5 minutos	20 minutos	10 minutos	5 minutos

Tabla 8: propuesta de nueva estructura de las sesiones.

- 1) Inicio de la sesión con habituación al lugar de práctica: ambiente de grupo, luz, temperatura. Nos quitamos los zapatos y entramos en un lugar que nos ofrece una suave flexibilidad de pensamiento. Unos 6 minutos.
- 2) Breve explicación de los ejercicios que realizaremos, con detalles de cómo estos nos van a ayudar a entendernos mejor a nosotros y a los demás. Comentarios sobre la sesión anterior. Unos 10 minutos.
- 3) Empezamos la sesión práctica con unos breves y suaves estiramientos. Unos cinco minutos.
- 4) En esta fase central vamos a realizar la práctica formal para aprender a percibir los pensamientos, aceptarlos y dejarlos pasar sin intentar controlarlos. Unos 20 minutos de mindfulness.
- 5) Compartir con los demás nuestra experiencias es la base para poder llegar a comprender. Uno de los monitores regula las intervenciones, evitando excesivas expresiones emocionales de los que hayan podido conseguir una mejor práctica, aunando criterios y sentando bases positivas para próximas sesiones. Unos diez minutos que se irán incrementando a medida que el terapeuta crea conveniente.
- 6) Saludo final de agradecimiento. Unos cinco minutos.

- Kristeller, J.L., Baer, R.A. y Quilliam-Wolever, R. (2006). Mindfulness-based approaches to eating disorders. En R.A. Baer (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches*. Oxford, U.K.: Academic Press (Elsevier)
- Linehan, M. y Dexter-Mazza, L (2007). Dialectical Behavior Therapy for borderline personality disorder. En D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorder* (4ª edición). Nueva York: Guilford press.
- Brantley, J. (2010). Calmar la ansiedad: descubre como el mindfulness puede liberarte del miedo y la angustia. Barcelona: Oniro.
- Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Ridgeway, V.A., Solulsby, J.M. y Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623.
- Didonna, F. (2011). Manual Clínico de Mindfulness. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Kabat-Zinn, J. (1990). Full Catastrophe Living: the program of the stress reduction clinic at the University of Massachusetts Medical Centre. New York: Dell.
- Kabat-Zinn, J. (2011). *La práctica de la Atención plena*. Barcelona: Ed. Kairós, S.A.
- Chadwick, P. D. J. and Birchwood, M. J.(1994). The omnipotence of voices: a cognitive approach to auditory hallucinations. *British Journal of Psychiatry*, 164, 190–201.

Chadwick, P. D. J., Birchwood, M. J. and Trower, P. (1996). *Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia*. Chichester: Wiley.

Birchwood, M. J. and Chadwick, P. D. J. (1997). The omnipotence of voices: testing the validity of a cognitive model. *Psychological Medicine*, 27, 1345–1353.

Chadwick, P. D. J., Lees, S. J. and Birchwood, M. J. (2000). The revised Beliefs about Voices Questionnaire (BAVQ-r). *British Journal of Psychiatry*, 177, 229–232.

Brown, K. W. and Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822–848.

Chadwick, P. D. J., Newman-Taylor, K. and Abba, N. (2005). Mindfulness groups for people with distressing psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 351–359.

Chadwick, P. D. J. (2006). *Person-Based Cognitive Therapy for Distressing Psychosis*. Chichester: Wiley.

Chadwick, P. D. J., Barnbrook, E. and Newman-Taylor, K. (2007). Responding mindfully to distressing voices: links with meaning, affect and relationship with voice. *Journal of the Norwegian Psychological Association*, 44, 581–588.

Chadwick, P. D. J., Hember, M., Symes, J., Peters, E., Kuipers, E. and Dagnan, D. (2008). Responding mindfully to distressing thoughts and images: reliability and validity of the Southampton Mindfulness Questionnaire (SMQ). *British Journal of Clinical Psychology*, 47, 451–455.

Keng, S.-L., Smoski, M.J., Robins, C.J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychological Review*. Volume 31, 1041-1056.

Khourny, B., Lecomte, T., Gaudiano, B.A., Paquin, K. (2013). Mindfulness Interventions for psychosis: A meta-analysis (review). *Schizophrenia Research*, Volume 150, 176-184.

Morone, N.E., Greco, C.M., Weiner, D.K. (2008). Mindfulness meditation for the treatment of chronic low back pain in older adults: A randomized controlled pilot study. *Pain*, 134, 310-319.

James, W. (1986). *Las variedades de la experiencia religiosa*. Barcelona: Ed. Península.

Kay, S.R., Fiszbein, A. y Opler, L.A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bull*, 1987; 13: 261-276.

Stroop, J.R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 18, 643-662.

Woodward, T.S. et al. (2003). Methodological considerations regarding the association of Stroop and verbal fluency performance with the symptoms of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 61 (2-3), 207-214.

Pujol, J., Vendrell, P., Deus, J., Junqué, C., Bello, J., Martí – Vilat, J.L. y Capdevila, A. (2001). The Effect of Medial Frontal and Posterior Parietal Demyelinating Lesions on Stroop Interference. *NeuroImage*, 13(1), 68 – 75.

Salgado, Román, F., Sánchez, J.P., López, F., Bargalló, N., Falcón, C., Ramírez, B., Caldú, X. y Martínez, J. (2003). Activación cerebral durante el test de Stroop en

una caso de lesión cerebral focal temprana. *Revista de Neurología*, 36 (4), 343 –
346.

Sitskoorn M M, Aleman A, Ebisch S J, Appels M C, Kahn R S. (2004). Cognitive deficits in relatives of patients with schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res*; 71: 285-95.

Freudenreich O, Dekersbach T, Goff D C. Insight into current symptoms of schizophrenia. Association with frontal cortical function and affect. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110: 14-20.

Milev P, Ho B-C, Arndt S, Andreasen N C. Predictive Values of Neurocognition and Negative Symptoms on Functional Outcome in Schizophrenia: A Longitudinal First-Episode Study With 7-Year Follow-Up. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 495-506

Bishop, S.J. (2009). Trait anxiety and impoverished prefrontal control of attention. *Nature Neuroscience*, 12(1), 92-98. doi: 10.1038/nn.2242.

ANEXO 1

Chi-Kung. Breve descripción.

1) Originario de China (4.000 años a. de C.). Su traducción literal es: trabajo (Kung) de la energía vital (Chi). “Entrenamiento sobre la energía vital del universo”.

2) Su teoría se fundamenta en la fluidez de los canales de energía que recorren nuestro cuerpo . Las patologías psicofísicas provendrían del funcionamiento defectuoso de estos canales:

Doce pares de canales principales (distribuyéndose a cada lado del cuerpo) y dos vasos mayores que se sitúan en la parte ventral y dorsal del nuestro cuerpo (vaso Concepción y vaso Gobernador respectivamente).

3) Otra de las características es que existen tres almacenes de energía que proveen a estos canales: el Tan Ten inferior situado cerca del ombligo, el Tan ten medio en el plexo solar y el Tan Ten superior situado en el centro del cráneo y que se relaciona con los procesos emocionales.

4) Se ha relacionado en muchas ocasiones con el Tai Chi Chuan y con el yoga ya que en ambas dinámicas también se combinan los ejercicios suaves con la meditación. La dinámica de regulación energética es la misma, diferenciándose solamente la forma de acceder a ella.

5) La práctica correcta pasa por una serie de etapas, las cuales tienen como premisa básica la persistencia, ya que la eficacia de estos ejercicios depende de muchos factores (sobre todo del tiempo dedicado a ello), por este motivo la comprensión de su dinámica por parte del terapeuta va a ser de vital importancia para poder motivar la perseverancia a sus pacientes.

6) La dinámica para el principiante se debe establecer desde el criterio de la capacidad particular, que irá desde el paseo terapéutico, donde simplemente se prestará atención a una conducta tan automatizada como el caminar, hasta la complicación de la dinámica completa, la cual formará con el tiempo el instrumento que utilizará el cliente para su completa rehabilitación.

Chi-Kung. Práctica.

La práctica del Chi-kung estaría aconsejada en usuarios que al principio de la terapia tuvieran algún tipo de problema para acomodarse a la postura estática que demanda la práctica formal del mindfulness. En esta parte del estudio se detalla de que manera esta “danza” oriental puede ayudar a este tipo de usuario, identificándola paso a paso para la rigurosa información del practicante no olvidando que en la naturalidad del movimiento está la clave de su efectividad.

La duración de la dinámica en su totalidad es de unos 25 minutos, aunque, para la facilitación del aprendizaje se puede empezar con movimientos básicos que más tarde serán conjuntados formando la práctica completa.

La primera parte (la que hemos considerado ejercitar en nuestro estudio) consta de ejercicios para la apertura de canales de energía (más concretamente ejercicios suaves de calentamiento para dar elasticidad al cuerpo y para calmar la mente). Estos pueden variar en intensidad o duración dependiendo de las características del ambiente donde estamos practicando (ej. temperatura). El objetivo básico es preparar el cuerpo y la mente para el mindfulness.

Ko-kiu-ho. Breve descripción.

Técnicas de tradición japonesa para iniciar la entrada a la práctica del Aikido (arte marcial japonés de orientación pacífica). Se trata de unos movimientos de vaivén proyectando las manos desde la cadera hasta el frente de cada uno de los participantes, y que se realizan para conjuntar en una misma acción a todos los miembros de la sesión.

ISO. Breve explicación

Para desarrollar este concepto nos basaremos en un vocablo más común como es el de ritmo, el cual todos llevamos integrado dentro de nuestra propia existencia. Bastaría con una informal observación en cualquier situación social para darnos cuenta que cada uno de nosotros nos dejamos llevar por un ritmo diferente, a la vez que, también podemos identificar con facilidad que este ritmo interno, puede cambiar con el acontecimiento social en el que estamos inmersos, es decir, nuestro propio ritmo se va acoplando y “aconsejando” inconscientemente de los otros “ritmos” que tenemos a nuestro alrededor.

Orientándolo de esta forma, podemos comprobar que, en muchas ocasiones, es esta falta de acoplamiento la que desentona y nos hace pensar que estamos fuera del acontecimiento social en cuestión, circunstancia que seguramente nos ha pasado a todos alguna vez (“el ritmo de este equipo de trabajo es muy lento” o “llevas un ritmo de trabajo demasiado acelerado” serían ejemplos básicos que pueden suceder, cualquier día, en el ambiente de trabajo en el que estamos inmersos). Pero ¿cuándo este contra ritmo se vuelve desadaptativo? ¿De qué manera podemos ayudar a superar esta desadaptación? Las respuestas están en la conjunción del ISO personal con el ISO o ritmo grupal

Este acercamiento a los ritmos intrínsecos de cada uno de los participantes en la sesión nos va a dar unos beneficios a corto plazo en la realización de la práctica del mindfulness.