



**Universitat de les
Illes Balears**

Facultad de psicología

Trabajo de Fin de Grado

La relación entre el *mindfulness* disposicional y la calidad de vida en personas con experiencias psicóticas desde una perspectiva de género

Marina Ricco Pérez

Grado de Psicología

Año académico 2022-2023

Trabajo tutelado por Emilio Ramón López-Navarro

Departamento de psicología

Palabras claves: *Mindfulness* disposicional, calidad de vida, trastornos psicóticos, bienestar, género.

Índice

Resumen	2
Introducción	3
Método	6
Diseño.....	6
Participantes	7
Instrumentos y variables.....	7
Procedimientos	8
Análisis estadístico.....	8
Resultados	9
Discusión	14
Referencias	17

Resumen

Los trastornos psicóticos suponen un deterioro en la calidad de vida de la persona y en su funcionamiento social. Desde el enfoque de tercera generación de terapia de conducta y desde el modelo contextual se conceptualizan las experiencias psicóticas como cualquier otro fenómeno psicológico. En este sentido, se ha propuesto el concepto de mindfulness disposicional (MD) que alude a la capacidad de aceptar la experiencia sin juzgarla. El MD se ha relacionado positivamente con la calidad de vida, aunque los estudios en psicosis y con una perspectiva de género son escasos. El objetivo del trabajo fue estudiar la relación entre la calidad de vida y el MD diferenciando por géneros en una muestra de personas con psicosis. Se reclutaron un total de 53 participantes. Los instrumentos utilizados fueron la WHOQOL-BREF para evaluar la calidad de vida, la entrevista PANSS para evaluar síntomas psicóticos, y la escala MAAS para evaluar el *mindfulness disposicional*. Encontramos diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en la relación de las puntuaciones de la WHOQOL-BREF con la MAAS. En los hombres las puntuaciones de la MAAS se relacionaron significativamente con la dimensión física ($p = .045$) y en las mujeres con la dimensión psicológica ($p = .04$). Considerar las experiencias psicóticas como fenómenos mentales abre la puerta a interpretar los hallazgos desde un punto de vista sociocultural. Las diferencias en la educación entre hombres y mujeres provocarían que éstas sean más eficaces nombrando emociones. Este estudio también resalta la necesidad de adoptar una perspectiva de género en las psicosis.

Introducción

Los trastornos psicóticos son un diagnóstico cuya prevalencia a lo largo de la vida se estima en un 3% de la población en países desarrollados (Sullivan et al., 2020). Muchos individuos presentan a su vez comorbilidad con otros trastornos como la ansiedad y/o la depresión favoreciendo así el deterioro en la calidad de vida (Bergmann et al., 2021); La Organización Mundial de la Salud -WHO, por sus siglas en inglés- define calidad de vida como un estado de bienestar físico, mental y social. Los trastornos psicóticos se caracterizan por la presencia de síntomas psicóticos persistentes pudiendo ser estos de carácter positivo - delirios, alucinaciones, y pensamiento desorganizado- o negativo - aplanamiento afectivo y pensamiento estereotipado, entre otros- además de un deterioro en el funcionamiento social, laboral, y académico (Fonseca-Pedrero et al., 2019). De acuerdo con la guía NICE, las personas con psicosis presentan un funcionamiento social deteriorado en comparación al que presentaban antes del diagnóstico. Esto es debido a que su capacidad para enfrentarse a estresores cotidianos, así como su habilidad para poner en marcha estrategias adaptativas de afrontamiento, está alterada y desalineada de su contexto por lo que ambas facilitan el deterioro de su calidad de vida (Velthorst et al., 2017). En este sentido, las guías de práctica clínica establecen que el tratamiento recomendado, toda vez que las experiencias psicóticas han sido estabilizadas, debe orientarse hacia el incremento de la calidad de vida y el funcionamiento social (Vallina-Fernández et al., 2019; Fonseca-Pedrero, 2021).

El tratamiento recomendado por las guías de práctica clínica al uso (Bobes-Bascarán et al., 2019) consiste, en un primer momento, en la administración de fármacos antipsicóticos. Éstos han demostrado ser eficaces tratando los síntomas psicóticos -positivos- es por ello, que durante muchos años la terapia farmacológica ha sido el tratamiento de elección. Sin embargo, el tratamiento farmacológico presenta los inconvenientes de la falta de adherencia al tratamiento, altas tasas de interrupción de la medicación y una gran variedad de efectos

secundarios (Bobes-Bascarán et al., 2019). Asimismo, la mayoría de pacientes -incluso aquellos que responden bien a la medicación- continúan sufriendo síntomas residuales incapacitantes, deterioro social y laboral, además de un riesgo de recaída elevado (Bobes-Bascarán et al., 2019). En definitiva, el tratamiento farmacológico no es suficiente para cubrir las demandas de esta problemática pues, no elimina los síntomas psicóticos, aumenta las probabilidades de presentar efectos secundarios, y no busca mejorar la funcionalidad del paciente (Vallina-Fernández et al., 2019). Puesto que los síntomas psicóticos persisten tras el tratamiento, y que la terapia farmacológica no aborda aspectos relacionados con la funcionalidad del paciente, el enfoque terapéutico debe cambiar dándole importancia a la necesidad de aplicar intervenciones que promuevan el bienestar (Vallina-Fernández et al., 2019). En este sentido, las intervenciones basadas en mindfulness para los síntomas psicóticos han demostrado ser una alternativa terapéutica a tener en cuenta (López-Navarro 2015, 2020, 2022; Louise, 2018).

Las intervenciones basadas en mindfulness implican entender las experiencias psicóticas como parte de la diversidad humana y ser consideradas, por lo tanto, como cualquier otro fenómeno psicológico (Cooke, 2014). Por ejemplo, la experiencia de escuchar voces se entiende como una forma de responder a los problemas consustanciales de la vida. Por lo tanto, si asumimos que se trata de una experiencia personal única que no puede separarse -consustancial- del carácter humano, sería interesante sería dotar a la persona de habilidades adaptativas para la gestión de estas, y no tanto tratar de eliminarlas. Más aún, el intento por bloquear el malestar, las emociones, o el estrés, altera de forma física y/o psicológica a los mecanismos adaptativos de regulación emocional de la persona. Los nuevos enfoques terapéuticos animan a la persona a aceptar las experiencias -incluidas las psicóticas- tal y como ocurren, sin buscar su control (Vallejo-Pareja, 2006). La capacidad de centrarse en el momento presente, de forma consciente, aceptando la experiencia tal y como ésta se da, es decir, sin

juzgarla se denomina conciencia plena o *mindfulness* en el original inglés. Recientemente se ha conceptualizado y estudiado como un estado -condición momentánea- o como un rasgo -característica estable- (Tomilson et al., 2018). Este último, denominado *mindfulness* disposicional (MD) (Brown et al., 2007), ha generado un creciente interés por su relación con la salud mental. Entre los hallazgos más destacables, investigaciones realizadas con población general revelan una relación inversa entre *mindfulness* disposicional y determinados síntomas psicopatológicos tales como síntomas depresivos (Barnhofer et al., 2011; Bränström et al., 2011; Jimenez et al., 2010; Marks et al., 2010), síntomas del trastorno estrés postraumático (Smith et al., 2011), síntomas del trastorno límite de la personalidad (Fossati et al., 2011), y sintomatología propia de los trastornos de la conducta alimentaria (Adams et al., 2012; Lavender et al., 2011; Masuda et al., 2012). En esta misma línea, la evidencia muestra la existencia de una relación negativa entre *mindfulness* disposicional, estrés, y ansiedad (Brown et al., 2012; Hou et al., 2015).

Los datos encontrados en lo que respecta al bienestar son prometedores, la revisión sistemática llevada a cabo por Tomlinson y cols. (2018) reportan una relación positiva entre el MD, y el bienestar psicológico. Este mismo trabajo encontró una relación negativa entre MD y determinados patrones cognitivos, por ejemplo, la rumiación. Como se ha mencionado con anterioridad, el MD puede entrenarse; estudios revelan que el cultivo de este repercute tanto en el nivel de conciencia que muestran los individuos hacia sus pensamientos como, en la capacidad para dejarlos fluir sin la necesidad de juzgarlos (Brown et al., 2007). Permitir que sigan su curso natural favorece a la regulación automática, y reduce las probabilidades de que se active el sistema de alerta; pues al no valorarla como algo negativo, no se percibe como una amenaza (Vallejo-Pareja, 2006). La relación negativa hallada entre el MD, y la rumiación ha sido un dato revelador, estudios posteriores han querido ir un poco más allá e indagar qué efectos tiene dicha relación. Petrocchi y Ottaviani (2016), encontraron que es precisamente el

entreno del MD lo que actúa como agente protector hacia los procesos rumiativos. En el caso de los trastornos psicóticos, uno de los aspectos que interfiere en que la persona posea una buena calidad de vida según Velthorst, es la dificultad para enfrentarse a estresores del día a día. Investigaciones recientes sugieren que el MD se relaciona con la selección y el uso de técnicas adaptativas de afrontamiento al estrés (Weinstein et al., 2009). Además, la mera práctica del *mindfulness* también se ha relacionado con el aumento de los niveles basales del MD, lo cual mejora el bienestar subjetivo, y psicológico de la persona, además de dotarlos con estrategias de regulación emocional saludables (Quaglia et al., 2016; Tomilson et al., 2018).

Por ello, en el presente trabajo tenemos como objetivo determinar la relación entre el MD y la calidad de vida en personas con experiencias psicóticas. Tal y como mencionamos anteriormente, las intervenciones basadas en *mindfulness* cambian el paradigma de las experiencias psicóticas al considerarlas como cualquier otro fenómeno mental. Por lo tanto, es importante tomar conciencia de la influencia que tiene el contexto sociocultural en la vivencia, e interpretación de estas. Creemos relevante estudiar la relación entre el MD y la calidad de vida desde una perspectiva de género con el fin de explorar si el contexto sociocultural, influye a través de los roles de género en esa relación.

Método

Diseño

El presente trabajo es un análisis secundario de la tesis doctoral de López Navarro (2018). Se trata de un diseño naturalista con una muestra incidental. Es decir, no ha habido una estrategia de muestreo determinada y se ha recabado la información basándose en la población que acude a los servicios de rehabilitación. El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad de las Islas Baleares. Todos los participantes –o tutor legal– dieron su consentimiento. Los datos fueron anonimizados.

Participantes

La muestra estaba compuesta por 53 participantes pertenecientes a un centro de rehabilitación público con diagnóstico de trastorno psicótico. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: (1) edades comprendidas entre 18-65 años, (2) tener un diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, o trastorno delirante, (3) ni hospitalizaciones, ni cambios en la medicación en el último mes, (4) haber firmado el consentimiento informado, y (5) ser capaz de leer y entender el español. Los criterios de exclusión fueron: (1) deterioro cognitivo significativo el cual se evaluó mediante la historia clínica, y (2) rechazar la participación en el estudio o la firma del consentimiento informado.

Mediante los criterios de inclusión, la muestra incluye trastornos donde predominan la presencia de experiencias psicóticas. Los 53 participantes del estudio eran desempleados, y no presentaban ninguna condición médica que pudiese alterar el tratamiento, estaban llevando a cabo un tratamiento farmacológico, y no mostraban comorbilidad con otros trastornos.

Instrumentos y variables

Se diseñó un formulario de historia clínica específico, encargado de recoger datos como: edad, sexo, trastorno psicótico diagnosticado, la edad de inicio de este, y los años de educación. Es decir, datos demográficos y características clínicas; los diagnósticos se obtuvieron mediante la historia clínica. Se hizo una evaluación previa al tratamiento y otra una vez finalizado este.

Para medir las variables relacionadas con los síntomas psicóticos, con el MD y con la calidad de vida hicimos uso de 3 instrumentos de medida siendo estos: el PANSS - Escala de Síntomas Positivos y Negativos-, el MAAS - Escala de Conciencia de Atención Plena- y el WHOQOL-BREF. Mediante la adaptación española del PANSS obtuvimos datos relacionados con la frecuencia, y la intensidad de los síntomas psicóticos presentes en cada uno de los participantes. El MAAS es una escala de 15 ítems que puede aplicarse a individuos con o sin

experiencia en meditación. Se usó con el fin de detectar cambios en la capacidad general para estar atento y consciente en el momento presente de la vida diaria. La versión española del MAAS muestra buenos índices de fiabilidad y buena estabilidad temporal (Soler et al., 2012). Finalmente, la aplicación de WHOQOL-BREF nos permite determinar el índice de calidad de vida de los participantes mediante la evaluación de 4 dominios: física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente (Mas-Expósito et al., 2011).

Procedimientos

Los participantes del estudio fueron seleccionados por sus psiquiatras en base a los criterios de inclusión, y exclusión previamente establecidos. Mediante una entrevista personal se les explicó que es, y en que consiste el mindfulness, así como las implicaciones que supondría la participación en el estudio, y la necesidad de firmar un consentimiento informado en el caso de querer participar. Una vez firmado se asignó a cada participante una identificación aleatorizada, se creó un listado para reflejar dichas identificaciones y la asignación correspondiente al tipo de tratamiento. Los participantes fueron evaluados por un psicólogo formado específicamente para tratar este tipo de casos. Fue ciego a la asignación de pacientes para garantizar la fiabilidad de los resultados.

Análisis estadístico

El presente trabajo se caracteriza por ser un estudio transversal con un diseño explicativo y correlacional, en el que se van a tener en cuenta las siguientes variables: MD, y calidad de vida desde una perspectiva de género.

En primer lugar, es necesario determinar si la muestra sigue -o no- una distribución normal; Recordemos que uno de los objetivos es analizar los datos obtenidos desde una perspectiva de género, para ello consideramos *mujeres* como una variable y *hombres* como otra. El estudio de la normalidad lo hacemos bajo la prueba de Shapiro Wilk ya que la muestra

no supera los 60 sujetos ($n=53$). A continuación, mediante la prueba de correlación de Spearman -no sigue una distribución normal- vamos a determinar si existe, o no algún tipo de correlación estadísticamente significativa entre las variables MD -resultados obtenidos en el MAAS- y la calidad de vida -WHOQOL-BREF- así como la fuerza de asociación.

Resultados

En el presente estudio participaron un total de 53 sujetos ($n = 53$), el grupo lo conformaban 36 hombres (67.92) y 17 mujeres (32.08) como vemos, la proporción de hombres fuese mayor. La edad de los participantes oscila entre los 18 y los 65 años dando como resultado una media de 39.47 años ($DT = 8.39$). Las variables relacionadas con el nivel educativo, los años de diagnóstico y el diagnóstico en sí nos gustaría exponer tanto los resultados totales como aquellos relativos a las mujeres, y a los hombres con el fin de determinar las posibles diferencias. En el caso del nivel educativos, los resultados totales muestran que 23 (43.3) finalizaron la primaria, 11 (20.8) completaron la secundaria y los 19 (35.8) restantes no lograron terminar la secundaria. Si nos detenemos a observar los resultados por sexo vemos que 7 (41.2) de las 16 mujeres acabaron la primaria, 2 completaron la secundaria (11.8) y las 8 restantes (47.1) no lograron acabar la secundaria. En el caso de los hombres, obtenemos que de los 36, 16 lograron finalizar la primaria (44.4), 9 finalizaron la secundaria (25) y 11 no terminaron la secundaria. La media total de los años desde el diagnóstico es de 14.74 (7.03), si nos detenemos en cada grupo observamos que las mujeres presentan 3 años más de diagnóstico siendo la media de 16.47 (6.48) mientras que la de los hombres de 13.92 (7.22). Finalmente, mediante el historial clínico encontramos que 33 (62.3) de los 53 sujetos presentaba un diagnóstico de esquizofrenia, 14 (26.4) esquizoafectivo y 6 (11.3) delirante. Al hacer la diferenciación entre hombres, y mujeres observamos que 11 (62.7) mujeres tenían un diagnóstico de esquizofrenia y las otras 6 restantes, 3 (17.6) esquizoafectivo y 3 (17.6) delirante. En el caso de los hombres, 22 (61.1) esquizofrenia, 11 (30.6) esquizoafectivo y 3

(8.3) delirante. En ninguna de las variables clínicas o sociodemográficas se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres (ver Tabla 1).

Respecto a las características sintomatológicas obtenidas tras la aplicación del PAANS, la media de las puntuaciones de los síntomas positivos es de 15.85 ($DT = 6.74$), la de los negativos es de 20.26 ($DT = 5.77$) siendo la media de los síntomas generales -incluyen sintomatología depresiva y ansiosa- 37.81 ($DT = 9.31$). Si desglosamos estas puntuaciones encontramos que en el caso de las mujeres la media de los síntomas positivos es de 14.82 ($DT = 7.15$), la de los negativos es de 20.29 ($DT = 5.68$) y la general 36.94 ($DT = 10.74$). Mientras que en los hombres los síntomas positivos muestran una media de 16.33 ($DT = 6.59$), los negativos de 20.25 ($DT = 5.89$) y los generales de 38.22 ($DT = 8.69$). La calidad de vida de los participantes se midió mediante la administración del WHOQOL-BREF; como se ha mencionado anteriormente, encontramos 4 dominios. Las puntuaciones totales indican una media de 22.7 ($DT = 3.17$) en la dimensión física, de 8.7 ($DT = 2.29$) en la de relaciones sociales, 26.77 ($DT = 3.7$) en aquella relacionada con aspectos ambientales, y finalmente una media de 19.77 ($DT = 3.18$) en la dimensión psicológica. Si nos detenemos en las puntuaciones obtenidas por las mujeres encontramos en la dimensión física una media de 23.41 ($DT = 3.37$), en la de relaciones sociales de 9.71 ($DT = 1.65$), siendo de 27.47 ($DT = 3.84$) en la ambiental y de 20.47 ($DT = 3.32$) en la psicológica. En el caso de los hombres las puntuaciones son bastante similares pues, en la física encontramos una media de 22.47 ($DT = 3.07$), en la de relaciones sociales de 8.22 ($DT = 2.42$), en la dimensión ambiental de 26.44 ($DT = 3.65$) y finalmente en la psicológica la media es de 19.44 ($DT = 3.11$). Concluimos este apartado con las puntuaciones obtenidas en el MAAS -aquellas relacionadas con el MD-, como hemos hecho hasta ahora, vamos a exponer en primer lugar las puntuaciones de la muestra sin hacer diferenciación entre sexos y a continuación aquellas obtenidas por cada uno de los grupos siendo estos mujeres y hombres. Así pues, la media del MAAS es de 42.96 ($DT = 11.96$); los

cambios observados cuando diferenciamos entre sexos son sutiles pues, la media de las mujeres es de 41.24 ($DT = 9.78$) siendo la de los hombres 43.78 ($DT = 12.91$). En ninguna de las variables clínicas se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres. A continuación, en la Tabla 1 se muestra información acerca de las características sociodemográficas, y técnicas de la muestra.

Tabla 1. Características clínicas y demográficas de la muestra.

	Total ($N= 53$)	Hombres ($n = 36$)	Mujeres ($n = 17$)	Estadísticos
Edad (M, DT)	39.47 (8.39)	39.39 (8.48)	39.65 (8.45)	$t = -0.11$ $p = .918$
Años desde diagnóstico (M, DT)	14.74 (7.03)	13.92 (7.22)	16.47 (6.48)	$t = -1.24$ $p = .22$
Diagnóstico ($n, \%$)				$\chi^2 = 1.64$
Esquizofrenia	33 (62.3)	22 (61.1)	11 (64.7)	$p = .441$
Esquizoafectivo	14 (26.4)	11 (30.6)	3 (17.6)	
Delirante	6 (11.3)	3 (8.3)	3 (17.6)	
Educación ($n, \%$)				$\chi^2 = 1.88$
Primaria	23 (43.4)	16 (44.4)	7 (41.2)	$p = .391$
Secundaria	11 (20.8)	9 (25)	2 (11.8)	
Secundaria no completa	19 (35.8)	11 (30.6)	8 (47.1)	
PANSS (M, DT)				
Positivo	15.85 (6.74)	16.33 (6.59)	14.82 (7.15)	$t = 0.76$ $p = .452$
Negativo	20.26 (5.77)	20.25 (5.89)	20.29 (5.68)	$t = -0.02$ $p = .98$
General	37.81 (9.31)	38.22 (8.69)	36.94 (10.74)	$t = 0.464$ $p = .645$
WHOQOL-BREF (M, DT)				
Física	27.77 (3.17)	22.47 (3.07)	23.41 (3.37)	$t = -1.01$ $p = .318$
Psicológica	19.77 (3.18)	19.44 (3.11)	20.47 (3.32)	$t = -1.09$ $p = .278$
Relaciones Sociales	8.7 (2.29)	8.22 (2.42)	9.71 (1.65)	$t = -1.29$ $p = .205$
Ambiental	26.77 (3.7)	26.44 (3.65)	27.47 (3.84)	$t = -0.94$ $p = .351$
MAAS (M, DT)	42.96 (11.96)	43.78 (12.91)	41.24 (9.78)	$t = 0.72$ $p = .475$

La comprobación de los supuestos paramétricos arrojan que los datos obtenidos en la dimensión psicológica de la prueba WHOQOL no siguen una distribución normal ($W(53) = .913; p < .001$). Observamos el mismo efecto con los datos obtenidos en la dimensión social de esta misma prueba ($W(53) = .952; p = .03$). Asumimos por lo tanto la no normalidad de ambas variables y las tratamos bajo la correlación de Spearman. En la Tabla 2 queda reflejada la información obtenida en relación con los supuestos paramétricos.

Tabla 2. Comprobación del supuesto de normalidad de las puntuaciones en las escalas WHOQOL-BREF y MAAS mediante la prueba de Shapiro-Wilk.

Variable	W	Valor p
WHOQOL-BREF		
Física	.965	.120
Psicológica	.903	<.001
Rel. Sociales	.951	.030
Ambiental	.985	.725
MAAS	.97	.208

En el caso de las mujeres, el análisis estadístico de correlación encontró una asociación estadísticamente significativa entre las puntuaciones de la prueba MAAS y aquellas obtenidas en la dimensión psicológica de la prueba WHOQOL ($r_s(53) = .502; p = .04; 95\% \text{ CI } [.02, .559]$). Respecto a la relación encontrada entre la prueba MAAS, y la dimensión física observamos un cumplimiento marginal de correlación ($r_s(53) = .462; p = .062; 95\% \text{ CI } [.02, .559]$); no obstante, asumimos que entre dichos valores existe una correlación estadísticamente significativa. En el caso de los hombres el cumplimiento marginal de correlación lo encontramos entre la prueba MAAS, y la dimensión física -no con la psicológica como ocurre con las mujeres- ($r_s(53) = .316; p = .06; 95\% \text{ CI } [.02, .559]$); del mismo modo, asumimos la existencia de una correlación estadísticamente significativa. Al comparar la dimensión física del WHOQOL con la MAAS encontramos también una asociación estadísticamente

significativa ($r_s(53) = .336; p = .045; 95\% \text{ CI } [.02, .559]$). En la Tabla 3 se muestra información detallada sobre las correlaciones.

Tabla 3. Relación entre las puntuaciones en las escalas WHOQOL-BREF y MAAS en función del género.

WHOQOL-BREF	Hombres		Mujeres	
	r_s	p	r_s	p
Física	.336	.045	.462	.062
Psicológica	.316	.06	.502	.04
Rel. Sociales	.139	.417	.341	.18
Ambiental	.094	.585	.006	.983

Respecto a la fuerza de asociación ligada a estas correlaciones estadísticamente significativas podemos afirmar que se trata de un tamaño de fuerza media. Pues, tanto en el caso de las mujeres, como de los hombres ubicamos los coeficientes de correlación de Spearman dentro de la horquilla de 0.3 y 0.5; mujeres ($r_s = .462$ y $r_s = .502$), hombres ($r_s = .336$ y $r_s = .316$). La Figura 1 muestra la comparativa de los mapas de calor entre hombres y mujeres.

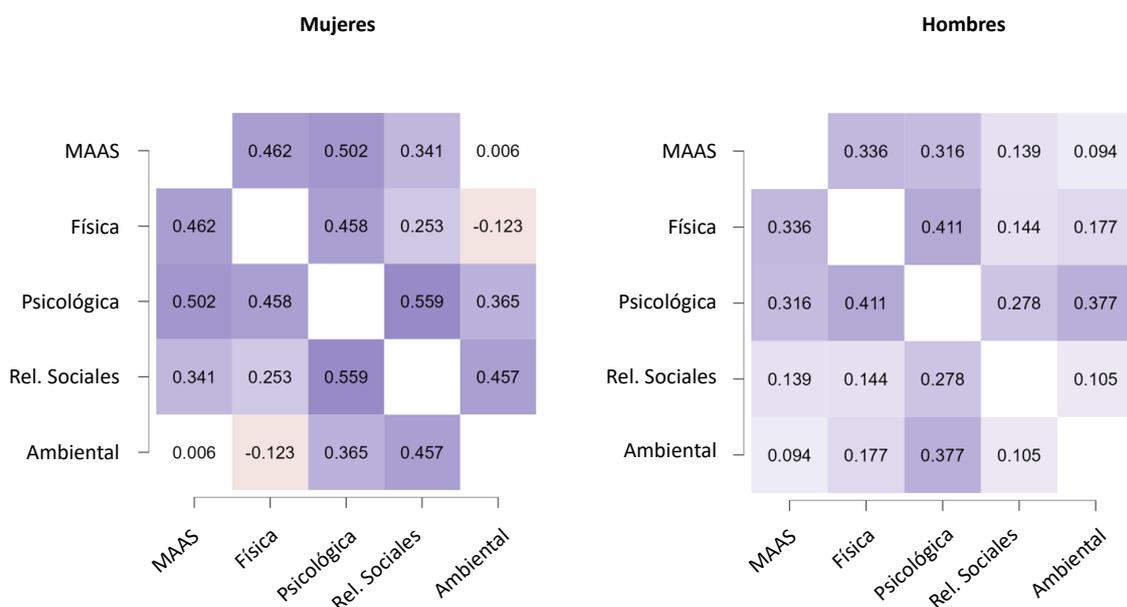


Figura 1. Mapa de calor entre las puntuaciones en las escalas WHOQOL-BREF y MAAS.

Discusión

El objetivo del estudio consistió en determinar si el MD se relaciona con la calidad de vida de personas con un diagnóstico de trastorno psicótico. Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas entre el MD y la calidad de vida. De acuerdo con nuestros datos, el MD se relaciona positivamente con la calidad de vida. Como se ha mencionado anteriormente, el MD está compuesto de varios factores tales como la observación de las propias experiencias mentales, la conciencia de éstas, y la capacidad de centrarse en el momento presente sin juzgar su tonalidad afectiva (Vallejo-Pareja, 2006). Bodenlos y cols. (2015) proponen que es, precisamente, el desarrollo y el cuidado de estos factores los que influyen en el bienestar psicológico y emocional a través de una mejora en la calidad de vida. Esto abre la posibilidad de que entrenar el MD de personas con trastorno psicótico devenga en una mejora de su calidad de vida a través de un afrontamiento consciente de las experiencias psicóticas. Es decir, incrementar el MD supondría incrementar la probabilidad de un afrontamiento más adaptativo de las experiencias patognomónicas que llevan al diagnóstico y al sufrimiento psicológico. La lógica que subyace a esta explicación se basa en que, si las personas con psicosis tienen la capacidad de interpretar lo que ocurre, piensan, y/o sienten tal y como se da, sin la necesidad de establecer ningún tipo de juicio, la persona no percibiría ninguna amenaza, y los sistemas de alarma no se activarían. Recordemos, que nos encontramos ante personas que “[...] su capacidad para enfrentarse a estresores del día a día, así como la habilidad para poner en marcha estrategias adaptativas de afrontamiento, están alteradas lo que facilita el deterioro de su calidad de vida” (Bergmann et al. 2021). En definitiva, estudios recientes sugieren que el cultivo del MD dificulta el desarrollo de la depresión, y de otros síntomas patológicos ya que, aumenta la capacidad de generar respuestas más adaptativas en momentos estresantes, además, de reducir la reactividad emocional en situaciones adversas. (Brown et al., 2012; Bullis et al., 2014; Gilbert y Christopher, 2010; Hertz et al., 2015; Laurent

et al., 2013). En base a la evidencia empírica, y a nuestros resultados, podemos asumir que el desarrollo del MD influye en la calidad de vida de quien lo cultive.

Nuestro estudio, además, ha analizado el efecto que el género tiene sobre la relación comentada en el párrafo anterior encontrando ciertos matices. En el caso de las mujeres la correlación estadísticamente significativa ocurre entre el MD y la dimensión psicológica de la calidad de vida, mientras que en el caso de los hombres sucede con la dimensión física de ésta. Hasta el momento, no hay estudios que se centren en dar una explicación a este fenómeno, por ello sugerimos que el motivo de estas diferencias encontradas entre hombres y mujeres se deba a aspectos socioculturales. En las sociedades modernas de países industrializados existe una tendencia a enseñar a los niños a no verbalizar y exponer sus emociones lo que suele asociarse con signos de debilidad y fragilidad que en ocasiones son castigados socialmente por ello (Bosch et al., 2006; Hoggi y Vaughan, 2010). En el caso de las niñas ocurre lo contrario pues desde pequeñas son instruidas en poder mostrar y expresar sus emociones (Cuadrado et al., 2006). Esta diferencia en cómo se nombra la experiencia del mundo, dentro de la que se incluye la experiencia psicótica y su sufrimiento asociado, modifica la relación que esta pueda tener con el MD. El motivo de esto reside en la estrecha relación que mantienen el lenguaje con cómo los humanos viven y construyen su realidad (Merleau-Ponty, 1964), la cual puede diferenciar las manifestaciones psicopatológicas entre hombres y mujeres (Castellini, 2016).

La relevancia de este hallazgo es resaltada en el marco de los resultados de López-Navarro y cols. (2018). Estos autores pusieron de manifiesto que cómo se afrontan los sentimientos de ansiedad a eventos contextuales pueden modular el efecto de las experiencias psicóticas en la calidad de vida. (López-Navarro et al., 2018). Es decir, hay una estrecha relación entre las experiencias psicóticas y la gestión emocional que tiene el sujeto; de hecho, algunos autores sugieren que el MD hace uso de la gestión emocional para reducir el impacto negativo que tiene el estrés sobre el bienestar psicológico (Cludius et al., 2020). Tomar en

consideración el efecto diferenciador del género en la relación entre el MD y la calidad de vida en las psicosis, puede ayudar a los profesionales a guiar la intervención. Así, por ejemplo, si tras la administración de la MAAS se observan niveles bajos de MD sería interesante hacer hincapié en el desarrollo, y el cultivo de esta habilidad. El motivo es, además de los múltiples beneficios físicos, psicológicos y emocionales que aporta la práctica del MD, un nivel elevado de éste aumenta la probabilidad de presentar un afrontamiento más adaptativo, el cual media el efecto de las experiencias psicóticas sobre la calidad de vida.

El trabajo tiene limitaciones y fortalezas que merecen ser mencionadas. El pequeño tamaño de la muestra puede ser una limitación a la generalización de los resultados, así como la falta de proporcionalidad entre hombres y mujeres que la conforman. Si bien es cierto que esta distribución es congruente con los datos epidemiológicos de los trastornos psicóticos en España. Entre las fortalezas del estudio destaca su carácter naturalista en el que las medidas se tomaron en el entorno cotidiano de los participantes, el uso de instrumentos de medida contrastados, y en la novedad de la consideración de la variable género como relevante en el estudio del DM en psicosis. Los estudios futuros deberían tener en cuenta las limitaciones señaladas más arriba, así como profundizar en aspectos como: MD como rasgo, como se cultiva, y que implicaciones tiene en la calidad de vida tanto en la población clínica, como de la población general. Para ello sería interesante promover la realización de estudios longitudinales con el fin de observar los efectos del MD a lo largo del tiempo o incluso de cohortes para determinar si hay aspectos generacionales que puedan estar influyendo tanto en el MD, como en la forma de afrontar situaciones desagradables.

Finalmente, es interesante remarcar que no abunda la evidencia sobre el efecto que tiene el MD en aquellas personas que presentan un trastorno psicótico. Afortunadamente, la toma de conciencia de los múltiples beneficios que supone la práctica del *mindfulness* ha despertado curiosidad en la comunidad científica, que ha devenido en un interés por seguir investigando.

Es necesario mantener este impulso y más aún, dirigirlo hacia un marco que contemple la perspectiva de género con el fin de optimizar las futuras intervenciones. Dado que las mujeres y los hombres disponen de habilidades de afrontamiento diferentes, y que, en el caso de los trastornos psicóticos, se ha demostrado que la forma de afrontar el sufrimiento afecta a las experiencias psicóticas, es de esperar que la vivencia de dichas experiencias sea diferente entre ambos sexos siendo necesaria una conceptualización del caso y una intervención distinta entre hombres y mujeres.

Referencias

- Adams, C. E., McVay, M. A., Kinsaul, J., Benitez, L., Vinci, C., Stewart, D. W., & Copeland, A. L. (2012). Unique relationships between facets of mindfulness and eating pathology among female smokers. *Eating Behaviors*, *13*(4), 390–393. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2012.05.009>
- Bränström, R., Duncan, L. G., & Moskowitz, J. T. (2011). The association between dispositional mindfulness, psychological well-being, and perceived health in a Swedish population-based sample. *British Journal of Health Psychology*, *16*(2), 300–316. <https://doi.org/10.1348/135910710x501683>
- Barnhofer, T., Duggan, D. S., & Griffith, J. W. (2011). Dispositional mindfulness moderates the relation between neuroticism and depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, *51*(8), 958–962. <https://doi.org/10.1016%2Fj.paid.2011.07.032>
- Bergmann, N., Hahn, E., Hahne, I., Zierhut, M., Ta, T. M. T., Bajbouj, M., ... & Böge, K. (2021). The relationship between mindfulness, depression, anxiety, and quality of life in individuals with schizophrenia spectrum disorders. *Frontiers in Psychology*, *12*, 708–808. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.708808>

- Bodenlos, J. S., Wells, S. Y., Noonan, M., & Mayrsohn, A. (2015). Facets of dispositional mindfulness and health among college students. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 21(10), 645–652. <https://doi.org/10.1089/acm.2014.0302>
- Bobes-Bascarán, T., González-Blanco, L., Alonso-Fernández, I, Morales, R., Bobes-García, J. (2019). Tratamiento combinado de las psicosis. En E. Fonseca-Pedrero (Ed.), *Tratamientos psicológicos para las psicosis* (pp. 347-362). Pirámide
- Bosch, E., Ferrer, V., & Alzamora, A. (2006). *El laberinto patriarcal. Reflexiones teórico prácticas sobre la violencia contra las mujeres*. Antrophos.
- Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18(4), 211–237. <https://doi.org/10.1080/10478400701598298>
- Brown, K. W., Weinstein, N., & Creswell, J. D. (2012). Trait mindfulness modulates neuroendocrine and affective responses to social evaluative threat. *Psychoneuroendocrinology*, 37(12), 2037–2041. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2012.04.003>
- Bullis, J. R., Bøe, H. J., Asnaani, A., & Hofmann, S. G. (2014). The benefits of being mindful: trait mindfulness predicts less stress reactivity to suppression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(1), 57–66. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2013.07.006>
- Castellini, G. (2016). Language of Self-Definition in the Disorders of Identity. *Journal of Psychopathology*, 22, 39-47
- Cludius, B., Mennin, D., & Ehring, T. (2020). Emotion regulation as a transdiagnostic process. *Emotion*, 20(1), 34–42. <https://doi.org/10.1037/emo0000646>
- Cook, A. (2014). *Comprender la psicosis* (M. Valverde, Trans.). The British Psychological Society.

- Cuadrado, I., Navas, M. & Molero, F. (2006). *Mujeres y liderazgo. Claves psicosociales del techo de cristal*. Sanz y Torres Editorial.
- Espinoza, I., Osorio, P., Torrejón, M. J., Lucas-Carrasco, R., & Bunout, D. (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Revista médica de Chile*, *139*(5), 579–586.
- Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Álvarez, M., Al-Halabí, S., Inchausti, F., Muñiz, J., López-Navarro, E., Pérez de Albéniz, A., Lucas Molina, B., Debbané, M., Bobes-Bascarán, M. T., Gimeno-Peón, A., Prado-Abril, J., Fernández-Álvarez, J., Rodríguez-Testal, J. F., González Pando, D., Díez-Gómez, A., García Montes, J. M., García-Cerdán, L., Osmá, J., ... Marrero, R. J. (2021). Evidence-Based Psychological Treatments for Adults: A Selective Review. *Psicothema*, *33*(2), 188–197. <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.426>
- Fonseca-Pedrero, E., Díez-Gómez del Casal, A., Pérez de Albéniz, A. (2019). En E. Fonseca-Pedrero (Ed.), *Tratamientos psicológicos para las psicosis* (pp. 79-117). Pirámide.
- Fossati, A., Feeney, J., Maffei, C., & Borroni, S. (2011). Does mindfulness mediate the association between attachment dimensions and borderline personality disorder features? A study of Italian non-clinical adolescents. *Attachment & Human Development*, *13*(6), 563–578. <https://doi.org/10.1080/14616734.2011.608993>
- Gilbert, B., & Christopher, M. (2010). Mindfulness-based attention as a moderator of the relationship between depressive affect and negative cognitions. *Cognitive Therapy and Research*, *34*(6), 514–521. <https://doi.org/10.1007/s10608-009-9282-6>.
- Hertz, R. M., Laurent, H. K., & Laurent, S. M. (2015). Attachment mediates effects of trait mindfulness on stress responses to conflict. *Mindfulness*, *6*(3), 483–489. <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0281-7>

- Hoffman, C. (2010). Does mindfulness increase wellbeing?. *Journal of Holistic Healthcare*, 7(1), 45–48.
- Hogg, M. A., Vaughan, G. M. (2010). *Psicología Social* (5ª edición). Panamericana.
- Hou, W. K., Ng, S. M., & Wan, J. H. Y. (2015). Changes in positive affect and mindfulness predict changes in cortisol response and psychiatric symptoms: A latent change score modelling approach. *Psychology & Health*, 30(5), 551–567. <https://doi.org/10.1080/08870446.2014.990389>
- Howell, A. J., Digdon, N. L., & Buro, K. (2010). Mindfulness predicts sleep-related self-regulation and well-being. *Personality and Individual Differences*, 48(4), 419–424. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.11.009>
- Howell, A. J., Digdon, N. L., Buro, K., & Sheptycki, A. R. (2008). Relations among mindfulness, well-being, and sleep. *Personality and Individual Differences*, 45(8), 773–777. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.08.005>
- Jimenez, S. S., Niles, B. L., & Park, C. L. (2010). A mindfulness model of affect regulation and depressive symptoms: Positive emotions, mood regulation expectancies, and self-acceptance as regulatory mechanisms. *Personality and individual differences*, 49(6), 645–650. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.05.041>
- Laurent, H., Laurent, S., Hertz, R., Egan-Wright, D., & Granger, D. A. (2013). Sex-specific effects of mindfulness on romantic partners' cortisol responses to conflict and relations with psychological adjustment. *Psychoneuroendocrinology*, 38(12), 2905–2913. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2013.07.018>
- Lavender, J. M., Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2011). Exploring the relationship between facets of mindfulness and eating pathology in women. *Cognitive Behaviour Therapy*, 40(3), 174–182. <https://doi.org/10.1080/16506073.2011.555485>

- López-Navarro, E., Del Canto, C., Belber, M., Mayol, A., Fernández-Alonso, O., Lluís, J., Munar, E., & Chadwick, P. (2015). Mindfulness improves psychological quality of life in community-based patients with severe mental health problems: A pilot randomized clinical trial. *Schizophrenia Research*, *168*(1–2). <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.08.016>
- López-Navarro, E. (2018). *Person-centered approximation to psychoses: effectiveness and outcomes* [Doctoral thesis, University of Balearic Islands]. The University of Balearic Islands. <http://hdl.handle.net/11201/149222>
- López-Navarro, E., del Canto, C., Mayol, A., Fernández-Alonso, O., & Munar, E. (2018). Psychotic symptoms and quality of life: A mediation analysis of daily-life coping. *Psychiatry Research*, *262*, 505–509. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.034>
- López-Navarro, E., Del Canto, C., Mayol, A., Fernández-Alonso, O., Reig, J., & Munar, E. (2020). Does mindfulness improve inhibitory control in psychotic disorders? A randomized controlled clinical trial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *20*(3), 192–199. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.07.002>
- López-Navarro, E., Fonseca-Pedrero, E., Errasti, J., & Al-Halabí, S. (2022). Mindfulness improves theory of mind in people experiencing psychosis: A pilot randomized clinical trial. *Psychiatry Research*, *310*, 114440. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114440>.
- Louise, S., Fitzpatrick, M., Strauss, C., Rossell, S. L., & Thomas, N. (2018). Mindfulness- and acceptance-based interventions for psychosis: Our current understanding and a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, *192*, 57–63. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.05.023>
- Marks, A. D., Sobanski, D. J., & Hine, D. W. (2010). Do dispositional rumination and/or mindfulness moderate the relationship between life hassles and psychological

- dysfunction in adolescents. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(9), 831–838. <https://doi.org/10.3109/00048674.2010.487478>
- Mas-Expósito, L., Amador-Campos, J.A., Gómez-Benito, J., Lalucat-Jo, L. (2011). The World Health Organization quality of life scale brief version: a validation study in patients with schizophrenia. *Quality Life Research*, 20(7), 1079–1089.
- Masuda, A., Price, M., & Latzman, R. D. (2012). Mindfulness moderates the relationship between disordered eating cognitions and disordered eating behaviors in a non-clinical college sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(1), 107–115. <https://doi.org/10.1007/s10862-011-9252-7>
- Merleau-Ponty, M. (1964). “*On the phenomenology of Language*”. Northwestern University Press
- Quaglia, J. T., Braun, S. E., Freeman, S. P., McDaniel, M. A., & Brown, K. W. (2016). Meta-analytic evidence for effects of mindfulness training on dimensions of self-reported dispositional mindfulness. *Psychological Assessment*, 28(7), 803–818. <https://doi.org/10.1037/pas0000268>
- Sullivan, S. A., Kounali, D., Cannon, M., David, A. S., Fletcher, P. C., Holmans, P., Jones, H., Jones, P. B., Linden, D. E. J., Lewis, G., Owen, M. J., O'Donovan, M., Rammos, A., Thompson, A., Wolke, D., Heron, J., & Zammit S. (2020). A population-based cohort study examining the incidence and impact of psychotic experiences from childhood to adulthood, and prediction of psychotic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 177(4), 308–317. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19060654>
- Sirois, F. M., & Tosti, N. (2012). Lost in the moment? An investigation of procrastination, mindfulness, and well-being. *Journal of Rational- Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 30(4), 237–248. <https://doi.org/10.1007/s10942-012-0151-y>.

- Smith, B. W., Ortiz, J. A., Steffen, L. E., Tooley, E. M., Wiggins, K. T., Yeater, E. A., ... & Bernard, M. L. (2011). Mindfulness is associated with fewer PTSD symptoms, depressive symptoms, physical symptoms, and alcohol problems in urban firefighters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*(5), 613–617. <https://doi.org/10.1037/a0025189>
- Tomlinson, E. R., Yousaf, O., Vittersø, A. D., & Jones, L. (2018). Dispositional mindfulness and psychological health: A systematic review. *Mindfulness, 9*(1), 23–43. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0762-6>
- Vallejo Pareja, M. Á. (2006). Mindfulness. *Papeles del Psicólogo, 27* (2), 92–99.
- Vallina-Fernández, O., Pérez-Álvarez, M., Fernández-Iglesias, M. P., García-Montes, J. M. (2019). En E. Fonseca-Pedrero (Ed.), *Tratamientos psicológicos para las psicosis* (pp. 453-509). Pirámide
- Velthorst, E. Fett, A.K., Reichenberg, A., Perlman, G., van Os, J, Bromet, E.J., & Kotov, R. (2017). The 20-Year Longitudinal Trajectories of Social Functioning in Individuals With Psychotic Disorders. *American Journal of Psychiatry, 174*(11), 1075–1085. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15111419>
- Weinstein, N., Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2009). A multi-method examination of the effects of mindfulness on stress attribution, coping, and emotional well-being. *Journal of Research in Personality, 43*(3), 374–385. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2008.12.008>