



# I Congreso Virtual Internacional de Psicología

*del 15 marzo al 14 de abril de 2017*

## **MINDFULNESS Y COMPASION EN TRASTORNO MENTAL GRAVE: ESTUDIO PILOTO EN EL CENTRO DE DÍA DE ARCADIA (HUESCA)** **MINDFULNESS AND COMPASSION IN SEVERE MENTAL DISORDER: PILOT STUDY IN THE CENTER OF DAY OF ARCADIA (HUESCA)**

Fernando Villalba Yuste, Sergio Benabarre Ciria, Ana Cristina Pérez Sanz, Eva Grasa Mairal.

[fenano10@gmail.com](mailto:fenano10@gmail.com)

Mindfulness, Compasión, Trastorno mental grave, Calidad de vida.

Mindfulness, compassion, serious mental Disorder, Quality of life.

### **RESUMEN**

Hay poca investigación sobre los efectos del mindfulness y la compasión aplicados al trastorno mental grave y esta se centra sobre todo en la disminución de los síntomas psicóticos, cuando estos pacientes, en muchas ocasiones, debido a múltiples factores, pero sobre todo a la medicación, no presentan estos síntomas. Este estudio piloto se ha realizado con usuarios del centro de rehabilitación psicosocial Arcadia de Huesca, y ha consistido en una investigación con un diseño pre-post sobre los posibles beneficios en la calidad de vida de estas personas. Hemos puesto en práctica las especificaciones de Chadwick para que su aplicación resulte segura y terapéutica, aunque hemos ido introduciendo modificaciones a lo largo de las sesiones. Estas han consistido en ocho sesiones de aprendizaje del mindfulness, nueve de consolidación de ese aprendizaje, y siete de compasión.

### **ABSTRACT**

There is few investigation on the effects of the mindfulness and the Compassion applied to severe mental disorder and it has a special focus on the decrease of the psychotic symptoms, when these patients, in many cases, owing to many factors, but especially to the medication, do not present these symptoms. This pilot study was conducted by users of the center for psychosocial rehabilitation of Arcadia in Huesca, and it was a research with a pre-post design about possible benefits in quality of life of these people. We have implemented Chadwick's specifications in order that his application turns out to be sure and therapeutic, though we have been introducing modifications along the sessions. These consisted of eight meetings of learning of the mindfulness, nine of consolidation of that learning, and seven of compassion.

# MINDFULNESS Y COMPASION EN TRASTORNO MENTAL GRAVE: ESTUDIO PILOTO EN EL CENTRO DE DÍA DE ARCADIA (HUESCA)

## INTRODUCCIÓN

### Mindfulness

Etimológicamente, el término inglés mindfulness es una traducción de la palabra "Sati" de la lengua Pali. Sati, en la terminología budista, y en la mayor parte de casos, se refiere al presente y como término psicológico general conlleva el significado de «atención» o «conciencia». En castellano se puede traducir por conciencia plena o atención plena, pero como defiende Simón (2007), es conveniente utilizar los términos inglés o pali que son los que mejor definen su esencia. Mindfulness también puede definirse como "la conciencia que aparece al prestar atención deliberadamente, en el momento presente y sin juzgar a cómo se despliega la experiencia momento a momento" (Kabat-Zinn, 1994).

En lo que atañe al mindfulness, el hecho más relevante fue la fundación en 1979 del "Center for mindfulness" en la Universidad de Massachusetts por Jon Kabat Zinn, donde desarrollo la técnica de "Reducción del estrés basado en la atención plena" (MBSR). Desde entonces ha habido gran cantidad de estudios en los que se han desarrollado muchas "Intervenciones Basadas en el Mindfulness" (IBM), estas intervenciones abarcan gran número de trastornos (dolor, estrés, ansiedad, depresión, fibromialgia, etc...), aunque todavía son muy pocos los trabajos de investigación sobre el tratamiento con mindfulness del Trastorno Mental Grave (TMG).

Ya hemos dicho que el mindfulness se podría definir como estar en el momento presente, pero ¿Qué características tiene este "momento presente"?, y, sobre todo, ¿Cómo puede ayudar todo esto a la psicoterapia? (Tabla 1)

Tabla 1

Características de la Atención Plena (Mindfulness)
1.- <i>No conceptual</i> : No basada en pensamientos
2.- <i>Centrada en el presente</i> : No pensamos en el pasado ni en el futuro, ni sobre el presente
3.- <i>Ausente de juicio</i> : No comparamos con nada
4.- <i>No verbal</i> : No se puede expresar con palabras
5.- <i>Intencional</i> : Al menos al principio
6.- <i>Liberadora</i> : Sensación de felicidad
<b>Una orientación abierta hacia la propia experiencia.</b>
<b>Mente de principiante.</b>

Hay varias terapias que utilizan el mindfulness, siendo las más conocidas: Reducción del estrés basado en la Atención Plena (MBSR) de Kabat Zinn. Terapia cognitiva basada en la Atención Plena (MBCT) de Williams, Teasdale y Segal. Terapia de Conducta Dialéctica (DBT) de Linehan y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) de Hayes.

### Compasión

Se suele asociar con el mindfulness. La compasión se define en castellano como sentimiento de pena, de ternura y de identificación ante los males de alguien, es un sentimiento de arriba abajo. En cambio, su definición en si es como un sentimiento de igualdad, el deseo de que todos los seres sintientes estemos libres de sufrimiento. Hay un flujo que se origina en la empatía, ponernos en el lugar del otro, sigue con la bondad amorosa, como la motivación para ayudar,

## **MINDFULNESS Y COMPASION EN TRASTORNO MENTAL GRAVE: ESTUDIO PILOTO EN EL CENTRO DE DÍA DE ARCADIA (HUESCA)**

suspensión de juicio y el deseo de que todos podamos alcanzar la felicidad, y que culmina con la compasión, como la alegría por poder aliviar el sufrimiento.

Tiene varios componentes (Tabla 2)

Tabla 2

<b>Mindfulness</b>	<b>Humanidad compartida</b>	<b>Amabilidad con uno mismo</b>
<p>No aceptamos el dolor, nos sobre identificamos con él.</p> <p>Con el mindfulness aprendemos a distanciarnos de este sufrimiento, nos damos cuenta que somos algo más que el sufrimiento.</p> <p>Al hacernos conscientes de lo que pasa podemos establecer una distancia con el sufrimiento, y establecer distancia sin dejarnos engullir por él.</p>	<p>Es quizás el elemento más sabio de la Compasión.</p> <p>El sufrimiento es una característica universal e inevitable que nos une a todos los seres vivos.</p> <p>No somos diferentes a los demás cuando llega el sufrimiento, pero nos sentimos aislados.</p> <p>Al hacernos conscientes de esta humanidad cambiamos drásticamente nuestra experiencia.</p>	<p>Se trata de darnos consuelo y ayuda a nosotros mismos, igual que haríamos con un amigo que está pasando por momentos difíciles.</p> <p>Es el momento de activar el sistema de calma, de autocuidado</p> <p>Aunque el mundo entero se haya vuelto contra nosotros, somos capaces de darnos el aliento que necesitamos.</p>
<p><b><i>“tenemos un dolor o un sufrimiento, pero no somos ese dolor ni ese sufrimiento”</i></b></p>	<p><b><i>Conviene que cultivemos la humanidad compartida, que hará que nos sintamos como todos, como el resto de los seres humanos.</i></b></p>	<p><b><i>Comprensión hacia uno mismo cuando se siente sufrimiento, en lugar de ignorar el propio dolor (VOY A CUIDARME AHORA)</i></b></p>

- Los ejercicios formales del mindfulness, también se hayan en compasión, aunque modificados en parte.
- Ya no estamos tan centrados en el presente, sino que reescribimos nuestra narrativa, y nos proyectamos al futuro.
- Hay un muy importante trabajo con las emociones y los valores.

### Mindfulness y Compasión en el trastorno mental grave (TMG)

Con el uso del mindfulness en el trastorno mental grave, no se busca la eliminación del síntoma, sino el alivio del sufrimiento asociado a la psicosis. La reacción habitual es un aumento de la evitación, que provoca generalmente el efecto contrario, un incremento en la frecuencia y malestar de los síntomas, que provoca una espiral de rumiación persistente sin cambio alguno, (García-Montes 2003; Salkovsky 1994). Se busca con esta terapia que la persona aprenda a responder con atención plena a las experiencias indeseadas, que mediante la meditación se aprenda a observar estas experiencias como pasajeras. Lo importante en este caso, no es el síntoma, sino la relación que se establece con él. Se alienta a responder con atención plena frente a experiencias indeseadas.

Ha habido una serie de autores, que con estas premisas han efectuado estudios sobre el mindfulness en TMG, todos ellos basados en los efectos del mindfulness sobre los síntomas psicóticos (Chadwick 2005; Chadwick 2009; Davis 2007; Abba 2008)

Pero ¿Qué ocurre en aquellos pacientes, que debido a la medicación o a otras circunstancias no manifiestan estos síntomas?

## **MINDFULNESS Y COMPASION EN TRASTORNO MENTAL GRAVE: ESTUDIO PILOTO EN EL CENTRO DE DÍA DE ARCADIA (HUESCA)**

Un estudio de Emilio López-Navarro et al, en colaboración con la Unidad Comunitaria de Rehabilitación de Serralta sobre la eficacia del 'Mindfulness' para mejorar la calidad de vida y el bienestar psicológico de personas con Trastorno Mental Grave (TMG), aplicado a pacientes de esta institución, apunta a que tras la intervención, los participantes tenían "mejor autoestima, más emociones positivas, menor frecuencia de emociones negativas y mejor imagen corporal". Otra conclusión importante de este estudio es que dado "el bajo coste" de este tipo de intervención combinada con el tratamiento habitual en las Unidades Comunitarias de Rehabilitación (UCR), como dispositivos extra hospitalarios en los que se desarrolla un trabajo psicoterapéutico individual y grupal, "puede ser integrado dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS) como una opción de tratamiento complementaria".

### **Posibles problemas asociados al mindfulness en psicosis**

Existe una variada literatura científica sobre los posibles problemas asociados a la práctica de la meditación en el TMG, sobre todo en la esquizofrenia (Walsh y Roche 1979, Yorston 2001, Kuijpers et al 2007). Se les considera con frecuencia como pacientes vulnerables, preocupa la idea de que una práctica que conecta al paciente con experiencias en muchas ocasiones extrañas y aterradoras, precipite una crisis. Ante esto se plantea el reto de cómo aplicar el mindfulness con total seguridad a pacientes con trastorno mental grave.

Pacientes con los que estaría contraindicado la práctica del mindfulness, o con los que tendríamos que tomar especiales precauciones:

- Pacientes en fase aguda de cualquier trastorno (depresión severa, tr. Bipolar, psicosis, etc...).
- Pacientes con deterioro cognitivo, ya que en este caso podrían no comprender muchas de las instrucciones, ralentizando el progreso de la práctica. (Para este tipo de pacientes estaría indicado un mindfulness abreviado).
- Pacientes en riesgo o antecedentes de crisis disociativa (PTSD grave, tr. Personalidad limite, etc...).
- Personas con baja motivación, hipercríticas o con actitud opositora.
- Trastornos de personalidad, sobre todo los que corresponderían a los clúster A y B, teniendo en cuenta también su interferencia en una adecuada dinámica en los grupos.

La Misión de la Fundación Agustín Serrate, a la que pertenece Arcadia, es la rehabilitación psicosocial y la integración en la comunidad de las personas con problemas de Salud Mental, Todos ellos con TMG.

Objetivos del trabajo:

- Dadas las características de los pacientes de la Fundación, la mejora en su calidad de vida.
- Investigar adaptaciones diferentes a las recomendadas para la terapia habitual en TMG (Chadwick y Davis 2005, 2007 y 2009).
- Los efectos de la Terapia de Compasión en TMG (dada la poca investigación en ese campo).

## **MINDFULNESS Y COMPASION EN TRASTORNO MENTAL GRAVE: ESTUDIO PILOTO EN EL CENTRO DE DÍA DE ARCADIA (HUESCA)**

- Posible implantación del mindfulness y compasión como terapia habitual en Centros de Rehabilitación Psicosocial.

### **MÉTODO**

#### **Participantes**

Se escogieron a los posibles participantes, teniendo en cuenta sus posibilidades de asistencia (lunes de 11 a 12 horas), y no estar contraindicada la aplicación del mindfulness, según las premisas expuestas anteriormente, siendo todos ellos usuarios de Arcadia. De entre todos los usuarios que cumplían estos requisitos, se hizo una preselección aleatoria de 15 posibles participantes en el grupo, de los que se eliminó a uno, dado que durante la entrevista previa, no cumplió con las características requeridas para trabajar en grupo, pudiendo influir negativamente en el resto.

Las sesiones se basan en la Terapia cognitiva basada en la Atención Plena (MBCT) de Williams, Teasdale y Segal teniendo en cuenta también elementos de la Terapia Cognitiva basada en la persona para la psicosis perturbadora desarrollada por Chadwick (2007/2009).

Las sesiones de Compasión se basan en el programa de la Universidad de Zaragoza dirigido por Javier García Campayo con las aportaciones de Vicente Simón.

Se tuvieron en cuenta los consejos del propio Chadwick y Davis para la aplicación de mindfulness en personas con TMG:

- Sesiones de una hora de duración.
- Dos meditaciones con una duración máxima de diez minutos cada una.
- Evitar silencios prolongados.
- Grupos entre 8 y 10 personas.
- Uso de lenguaje sencillo, enfatizando metáforas y consejos.
- Reducir información.
- Se alienta la meditación diaria, pero no se exige.
- Constante retroalimentación.

Como criterio general, se aceptó que los participantes habían acabado la terapia cuando habían asistido al menos al 80% de las sesiones.. En la última sesión acudieron diez usuarios, faltando una de las integrantes del grupo por una indisposición, pero ya que había acudido antes a más del 90% de las sesiones, se dio por válida su asistencia a la terapia.

El programa se llevó a cabo en 24 sesiones, divididas en 8 de aprendizaje del mindfulness, 9 en profundización y práctica de este aprendizaje, y 7 más de autocompasión. Estas sesiones se llevaron a cabo a lo largo de 6 meses, de Abril a Octubre de 2016, considerando que el mes de Agosto cesaron las actividades en Arcadia...

## **MINDFULNESS Y COMPASION EN TRASTORNO MENTAL GRAVE: ESTUDIO PILOTO EN EL CENTRO DE DÍA DE ARCADIA (HUESCA)**

Todas las sesiones contaban con Terapeuta y Coterapeuta no participante, permitiéndose en algunas de ellas la incorporación de observadores pertenecientes al equipo que llevo a cabo el estudio.

En las ocho primeras sesiones, se utilizó un proyector, para informar en todo momento a los pacientes de en qué consistían, tanto las explicaciones, como los ejercicios que estaban realizando. Estas sesiones estaban enfocadas en el aprendizaje del mindfulness, cumpliéndose estrictamente, como ya hemos comentado antes, los requerimientos de Chadwick para mindfulness en TMG, salvo en el número de participantes, que fue de catorce (aunque solo asistieron todos juntos en la primera y segunda sesión, variando en las demás su número entre diez y doce asistentes).

Durante las siguientes 9 sesiones, se suprimió el proyector, y se profundizó en los ejercicios aprendidos anteriormente, incorporando algunos nuevos, incluso al final se practicaron algunos cuya misión era servir de puente a la compasión. Se hicieron algunas modificaciones respecto a los requerimientos de Chadwick:

- En siete de las sesiones hubo más de dos ejercicios, que normalmente consistían en dos prácticas formales y una informal.
- En dos de ellas hubo un ejercicio que duró más de diez minutos, que consistió una de las veces en un body-scan (duración 25 minutos), y otra un mindfulness de movimiento (duración ½ hora).
- Se prolongaron los silencios, procurando una mayor introspección en los pacientes, como puente hacia los ejercicios de Compasión.

Al final de estas nueve sesiones, se dio paso a un periodo de un mes de descanso, coincidiendo con el periodo vacacional del mes de agosto.

En septiembre empezamos con la Compasión. Esta, aunque estaba previsto que durara seis sesiones, hubo que prolongarla a siete, ya que en algunas ocasiones, al haber muchas intervenciones de los pacientes, había que aplazar algunos de los ejercicios para sesiones posteriores. No se utilizó proyector, y también hubo un mínimo de tres ejercicios por sesión, aunque en ningún caso, dadas las características de la Compasión, duraba cada uno de ellos más de quince minutos.

Previamente al inicio de las sesiones fueron evaluados con los siguientes cuestionarios (que también se pasaron una vez acabados los ejercicios):

- MINDFUL ATTENTION AWARENESS SCALE (MAAS). Autor: Kirk Warren Brown, Ph.D. & Richard M. Ryan, Ph.D, Traducción al español y validación Soler J, Tejedor R, Feliu A, Pascual JC, Cebolla A, Soriano J, Álvarez E, Pérez V. (2012). El MAAS es un cuestionario con quince ítems diseñados para valorar una característica de la atención plena disposicional; esto es, la conciencia abierta o receptiva y la atención a lo que está ocurriendo en el presente. El

## **MINDFULNESS Y COMPASION EN TRASTORNO MENTAL GRAVE: ESTUDIO PILOTO EN EL CENTRO DE DÍA DE ARCADIA (HUESCA)**

cuestionario muestra fuertes propiedades psicométricas y ha sido validado con muestras de estudiantes de universidad, comunidades y pacientes de cáncer. Estudios de laboratorio correlacionales y cuasi-experimentales han mostrado que el MAAS descubre una característica única de la conciencia que está relacionada con y es predictiva de varios constructos de la autorregulación y el bienestar. A mayor puntuación indica mayor atención.

- ESCALA DE CALIDAD DE VIDA (QLS) Autores: Heinrichs, Hanlon y Carpenter, 1984). Versión española por A. Rodríguez Fornells, A. Rodríguez Martínez, A. Jarne Esparcia y cols., 1992. Los autores diseñaron esta escala de calidad de vida para pacientes esquizofrénicos no hospitalizados, con la intención de estandarizar y cuantificar los juicios sobre los síntomas de defecto que habitualmente realizan los clínicos al tratar a este tipo de pacientes. Por ello, la escala se desarrolla tomando como constructo base la importancia de las manifestaciones de déficit en el proceso esquizofrénico.
- Su objetivo es la evaluación de la disfunción del paciente esquizofrénico debido al defecto durante el último mes, valorando una dimensión intrapsíquica (funciones intrapsíquicas) y tres dimensiones funcionales (relaciones interpersonales, roles instrumentales, objetos y actividades), que se exploran mediante los 21 ítems (puntuables de 1 a 7 puntos) de que consta la escala, y que indican una relación directa entre la puntuación y la mayor calidad de vida.
- SCREENING DEL DETERIORO COGNITIVO EN PSIQUIATRÍA (SCIP-S). Autores: O. Pino, G. Guilera, J. E. Rojo, J. Gómez-Benito y S. E. Purdon. El SCIP-S es una prueba de screening cognitivo específicamente desarrollada para detectar los principales déficits cognitivos que presentan las personas con algún tipo de enfermedad mental, aunque también puede utilizarse para evaluar el estado cognitivo de adultos sin enfermedad mental. Está compuesta por 5 pruebas breves que exploran la memoria, la atención, la función ejecutiva y la velocidad de procesamiento. Los resultados permiten obtener un perfil de los déficits cognitivos del paciente, además de una puntuación total que resume su estado actual, Hay puntuaciones totales, adaptadas, bien a la enfermedad mental, bien a la población general, también existen puntuaciones T y puntuaciones centiles. A la hora del resultado, se ha tenido en cuenta la puntuación T, y a mayor puntuación, mayor nivel cognitivo.
- TERMOMETRO DE SALUD (TS). Se trata de que definan en la imagen de un termómetro, con una escala de 0 a 100, su estado de salud en el día de hoy. 0 = el peor estado posible, 100 = el mejor estado posible.
- Al finalizar las sesiones, se les paso a los participantes que acabaron, un cuestionario en el que se incluían diversas preguntas sobre su satisfacción general sobre el grupo de Mindfulness y Compasión.

## MINDFULNESS Y COMPASION EN TRASTORNO MENTAL GRAVE: ESTUDIO PILOTO EN EL CENTRO DE DÍA DE ARCADIA (HUESCA)

Se aplicaron todas estas pruebas a los pacientes antes iniciar las sesiones, y otra vez cuando acabaron estas, por lo que el diseño consiste en un pre-post para dos muestras relacionadas. Se aplicó el paquete estadístico SPSS en su versión 18. Dada la escasez de la muestra, se evaluó al principio si cumplían los criterios para pruebas paramétricas, por tanto se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov de bondad de ajuste, dando un resultado positivo. Aun así, y ante, como ya he dicho anteriormente, la escasez de elementos de la muestra, se aplicaron los contrastes estadístico t de student, y la prueba de rangos de Wilcoxon. El grado de significación estadística se determinó en  $p < 0,05$ .

### RESULTADOS y DISCUSIÓN

Como ya he dicho anteriormente al principio en el grupo había catorce integrantes, de los que abandonaron tres, en las sesiones tres, cinco y dieciocho. Su distribución por sexos fue de 11 hombres y tres mujeres. Con una edad media de 45,6 años (rango 35/65). Todos ellos tomaban medicación, estando estabilizados medicamente, y ninguno de ellos manifiesta tener delirios ni alucinaciones en el momento de hacerles la prueba previa. Los datos de los pacientes se pueden observar en la tabla 3 (Los nombres se han omitido)

Edad	Estudios	Sexo	Diagnóstico	Convivencia	Años evolución	MASS 1	MASS 2	QLS 1	QLS 2	SCIP 1	SCIP 2	TS 1	TS 2
48	Primarios	Varón	Esquizofrenia	Compañero	25	44	75	21	72	39	50	60	80
43	Secundarios	Varón	Esquizofrenia	Solo	15	41		26		49		50	
46	Primarios	Mujer	Esquizoafectivo	P. tutelado	20	69	69	81	68	54	52	80	90
39	Primarios	Varón	Esquizofrenia	Solo	15	59	31	49	93	39	34	80	80
54	Primarios	Varón	Esquizofrenia	P. tutelado	30	46	45	43	67	37	46	50	40
47	Secundarios	Varón	Esquizofrenia	P. tutelado	25	65	64	48	43	56	58	50	50
35	Primarios	Varón	Esquizofrenia	Compañero	15	59	57	28	67	43	47	30	40
46	Primarios	Varón	Esquizofrenia	Solo	20	77	80	15	55	43	46	80	60
40	Superiores	Varón	Esquizoafectivo	Familia	10	62	68	61	83	54	51	70	80
35	Superiores	Varón	Esquizoafectivo	Familia	17	71	71	39	73	52	56	91	80
65	Primarios	Varón	T. Personalidad	Otros	20	62	51	60	78	<27	<27	90	90
50	Primarios	Mujer	T. Personalidad	P. tutelado	20	89		40		26		50	
62	Primarios	Mujer	Bipolar	Familia	25	49	61	60	63	52	45	90	50
36	Primarios	Varón	T. Personalidad	P. tutelado	15	54	66	18	58	29	41	25	50

TABLA 3.

Datos de los pacientes

A los pacientes dos y doce, por diversas circunstancias, no fue posible pasarles el post, siendo además los que más pronto abandonaron la prueba. (Sesiones tres y cinco). Los resultados del contraste estadístico se pueden apreciar en las Tablas 4 y 5., así como en el gráfico 1



**MINDFULNESS Y COMPASION EN TRASTORNO MENTAL GRAVE: ESTUDIO PILOTO EN EL CENTRO DE DÍA DE ARCADIA (HUESCA)**

TABLA 4

Resultados de la prueba de rangos de Wilcoxon

		N	Rango promedio	Suma de rangos	Z	Sig. asintót. (bilateral)
MASS2 - MASS1	Disminución de la atención	5	4,20	21,00	-,663	,507
	Incremento de la atención	5	6,80	34,00		
	Igualdad	2				
QLS2 - QLS1	Disminución de la calidad de vida	2	2,50	7,50	-2,668	,008
	Incremento de la calidad de vida	10				
SCIP2 - SCIP1	Incremento del déficit cognitivo	4	5	6,57	-1,158	,247
	Disminución del déficit cognitivo	7				
	Igualdad	1				
TS2 - TS1	Disminución de la salud percibida	4	5,75	4,40	-,060	,952
	Incremento de la salud percibida	5				
	Igualdad	3				

GRAFICO 1.

Representación gráfica en columnas agrupadas de la prueba de rangos de Wilcoxon.

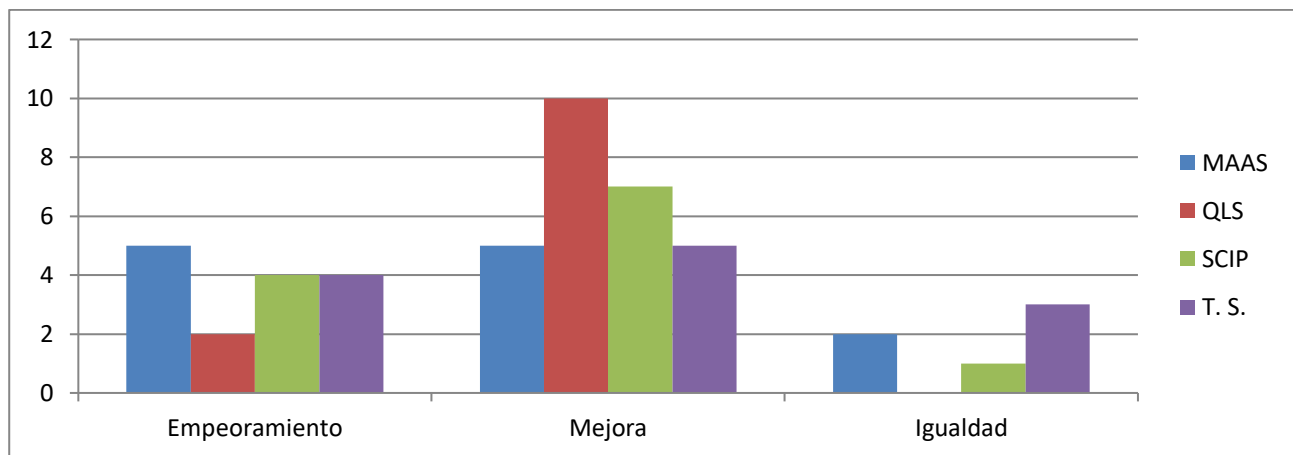


TABLA 5.

Resultados de la prueba t de student en los diversos cuestionarios pre-post tratamiento.

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
MASS1 -MASS2	-1,750	14,040	4,053	-10,670	7,170	-,432	11	,674
QLS1 -QLS2	-24,750	20,561	5,935	-37,814	-11,686	-4,170	11	,002
SCIP1 -SCIP2	-2,333	6,125	1,768	-6,225	1,558	-1,320	11	,214
TS1 -TS2	,500	17,947	5,181	-10,903	11,903	,097	11	,925

## **MINDFULNESS Y COMPASION EN TRASTORNO MENTAL GRAVE: ESTUDIO PILOTO EN EL CENTRO DE DÍA DE ARCADIA (HUESCA)**

La evaluación de los resultados por parte de los pacientes fue:

- Satisfacción global con la terapia, en una puntuación de 0 a 10, los usuarios informaron de una puntuación media de 7,3.
- En la satisfacción global con el resto de los participantes en la terapia, los pacientes informaron de una puntuación media de 7.
- En la satisfacción con la labor de los terapeutas, los pacientes informaron con una puntuación media de 7,5.
- Uno de los pacientes informó que confiaba más en otras terapias, y cuatro de ellos informaron que debería haber durado más tiempo, no siendo evaluada negativamente por ninguno de ellos.

Los contrastes estadísticos, tanto en la prueba de rangos de Wilcoxon, como en la t de student, han resultado muy parecidos.

En la evaluación inicial, se observa un fuerte contraste entre los cuestionarios auto administrados, MAAS puntuación centil 68 y Termómetro de Salud, puntuación centil 64, y los administrados por los terapeutas, en los que los resultados fueron, QLS, puntuación centil 33, y SCIP, puntuación centil 46. Esto parece reflejar una mayor sensación de atención y bienestar de los usuarios de lo que refleja la realidad.

Aunque en la mayoría de los cuestionarios se observe un incremento de los resultados positivos una vez acabadas las sesiones, estos solo adquieren el nivel de significación estadística en la escala de calidad de vida (QLS), que era uno de los objetivos del estudio. Parece indicar que los objetivos se han cumplido, y que hay una mejora de la calidad de vida real entre las personas que se ejercitan en mindfulness y compasión. Aunque dadas las limitaciones del estudio, que indicaremos más adelante, este efecto podría haberse visto influido por otras variables.

También cabe reseñar que el aumento que se produjo en calidad de vida medido por el QLS, no se aprecia en un aumento equiparable en la sensación de bienestar medida con el termómetro de salud. Aunque también cabe destacar que en el post, las dos puntuaciones (objetiva y subjetiva), tienden a igualarse.

En la prueba del SCIP, también se observa una mejoría en muchos pacientes (aunque sin llegar a la significación estadística), lo que podría ser interpretado como que esta prueba la hacen con mayor atención. Han pasado ya más de siete meses desde la vez anterior en que la hicieron, por lo que cabría suponer que los efectos del aprendizaje se han disipado.

En el test de atención plena (MAAS), ocurre algo similar al del termómetro de salud, que el incremento ha sido mínimo. Esto puede deberse, como ya hemos comentado anteriormente, a que estas dos medidas, al ser autoadministradas, pudieran tener un fuerte sesgo en la apreciación de los pacientes.

## **MINDFULNESS Y COMPASION EN TRASTORNO MENTAL GRAVE: ESTUDIO PILOTO EN EL CENTRO DE DÍA DE ARCADIA (HUESCA)**

Las modificaciones efectuadas en las recomendaciones de Chadwick para la aplicación de mindfulness en TMG, fueron bien recibidas por los pacientes, tanto en el incremento de los ejercicios, como en su duración, según informaron ellos verbalmente.

En cuanto a la terapia de Compasión, los resultados han sido contradictorios, mientras alguno de los pacientes mostraban su agrado con esta terapia, a otros (los psicóticos más graves), les producía algún malestar, teniendo que abandonar alguna vez los ejercicios y salir de la sala para relajarse. Esto puede ser debido a un mayor nivel de insight que se exige en esta terapia, y que en algunos pacientes, sobre todo entre los que aplican mecanismos de defensa más rígidos, es mal recibida. Hay que tener en cuenta que en algunas de las meditaciones de Compasión, se pide a los pacientes que retrocedan en el tiempo a unas edades de infancia o juventud, lo que provoca un fuerte rechazo por el propio componente evitativo que en la mayor parte de las ocasiones provoca la psicosis. Esto se aprecia también en la observación del comportamiento de los propios pacientes, y sobre todo en la información que ellos mismos transmitían.

La mayoría de ellos, también informaron verbalmente, que la duración les había parecido escasa, y que sería una terapia para hacer a lo largo de todo el año.

Durante las sesiones, cuando se les preguntaba por los efectos del mindfulness y la compasión, hablaban de una mayor relajación, respuestas que coinciden con estudios previos en los que se manifiesta que de los posibles beneficios del mindfulness, los pacientes con TMG, solo incorporan los más superficiales, como es la relajación. Siendo utilizada por la mayoría de ellos para conseguir dormir mejor.

Pocas veces hicieron los ejercicios para casa, lo que también corrobora los estudios realizados hasta la fecha.

Este estudio presenta varias limitaciones, entre las que cabría destacar:

- El propio tamaño de la muestra, muy reducida.
- La selección de participantes, que aunque fue aleatoria, se tenían que cumplir unos requisitos, que excluyeron a los pacientes más graves, y que, como se ha visto después en los resultados, pudieron introducir un sesgo, sobre todo en la Compasión.
- La duración de la terapia fue muy larga, y había muchos condicionantes externos, que pudieron afectar a los resultados, entre ellos el que más destacaba era la propia dinámica de Arcadia, ya que tiene otras actividades que podría influir sobre la apreciación de los pacientes en su calidad de vida, a ese aspecto puede deberse el fuerte aumento en el pre-post del cuestionario QLS, ya que los pacientes informaban de un fuerte incremento en sus actividades cotidianas, y una mayor satisfacción general, junto con una mayor motivación. Durante esa época, como ya he dicho antes, se realizaron en Arcadia otras actividades, de teatro, musicales, excursiones, que probablemente influyeron en la apreciación sobre la calidad de vida. Aunque en el termómetro de salud no se viera reflejado.

# **MINDFULNESS Y COMPASION EN TRASTORNO MENTAL GRAVE: ESTUDIO PILOTO EN EL CENTRO DE DÍA DE ARCADIA (HUESCA)**

## **CONCLUSIONES**

Hacen falta más estudios sobre los posibles beneficios del mindfulness en el tratamiento del TMG, aunque una de las conclusiones de este, es que podría tener un efecto positivo en la calidad de vida de los pacientes, lo que les puede ayudar a una mejor integración social.

Puede ser un ejercicio bien recibido por la mayor parte de estos pacientes, por lo que su inclusión como terapia habitual, tanto en el sistema nacional de salud, como en los centros de rehabilitación psicosocial, podría estar recomendada.

Los pacientes crónicos menos graves, podrían estar incluidos, para la práctica del mindfulness, junto con otros pacientes que no tuvieran TMG, ya que se ha comprobado en este estudio que la mayor parte de las recomendaciones de Chadwick para TMG, sirven para los más graves, o que están en un estado más agudo del trastorno.

La Compasión tiene otros componentes muy diferentes al del mindfulness, entre ellos, un recuerdo de experiencias pasadas hace varios años, que produce en algunos pacientes un fuerte malestar, con lo que hay que tener más cuidado al aplicar esta terapia, vigilando mucho por parte de los terapeutas las emociones que surjan entre los pacientes, pudiendo no ser recomendable para algunos de ellos, por lo menos como terapia grupal.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Álvaro I. Langer et al. (2012) análisis de las experiencias de un grupo de participantes en una intervención basada en mindfulness. 13 Congreso Virtual de Psiquiatría.com. Interpsiquis 2012 [www.interpsiquis.com](http://www.interpsiquis.com) - Febrero 2012.
2. Álvaro I. Langer, Estela Salcedo y Adolfo J. Cangas. Nuevas perspectivas en el tratamiento del trastorno mental grave Adolfo J. Cangas autor-editor, 2010.
3. Brown, K.W. & Ryan, R.M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
4. Christopher K. Germer. *El Poder del Mindfulness*. Barcelona, Espasa (2012).
5. Christopher E. Germer; Ronald D. Siegel. *Mindfulness y Psicoterapia*. Desclee de Brouwer, Bilbao (2015 )
6. Emilio López Navarro et al. (2015) Mindfulness improves psychological quality of life in community-based patients with severe mental health problems: A pilot randomized clinical trial. 2015 Elsevier B.V.
7. Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT. The quality of life scale: An instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophrenia Bulletin* 1984; 10 (3): 388-398.
8. Israel Mañas. Mindfulness (Atención Plena): La meditación en psicología clínica. *Gaceta de Psicología* nº 50, pp. 13-29.
9. Javier García Campayo, Marcelo de Marzo. *Mindfulness, Curiosidad y Aceptación*. Barcelona, Singlatana (2015).

## **MINDFULNESS Y COMPASION EN TRASTORNO MENTAL GRAVE: ESTUDIO PILOTO EN EL CENTRO DE DÍA DE ARCADIA (HUESCA)**

10. Javier García Campayo, Ausías Cebolla, Marcelo Demarzo. La Ciencia de la Compasión, más allá del Mindfulness. Alianza Editorial, Madrid 2016.
11. Linehan, M. M. (1993). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press.
12. María Teresa Miró et al. (2016) Mindfulness en la psicosis, un estudio piloto. Revista de psicoterapia 103, 42-56.
13. Parra Delgado, M., Montañés Rodríguez, J. Montañés Sánchez, m. y Bartolomé Gutiérrez, r.: "Conociendo mindfulness", en ensayos, Revista de la Facultad de Educación de Albacete, Nº 27, 2012.
14. Paul Chadwick. Mindfulness groups for people with psychosis. Behavioural and Cognitive Psychotherapy 2005, 33, 351-359.
15. Paul Chadwick Terapia cognitiva basada en la persona para la psicosis perturbadora. Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis, (2009).
16. Pino, O., Guilera, G., Rojo, J. E., Gómez-Benito, J. y Purdon, S. E. (2014). SCIP-S, Screening del Deterioro Cognitivo en Psiquiatría. Madrid: TEA Ediciones.
17. Rodríguez Fornells, Rodríguez Martínez, A. Jarne Esparcia y Cols., Escala de Calidad de Vida (QLS).1992) 211-224 J.R. Prous Editores, Barcelona. España.
18. Segal,Z. V., Williams J.M.G. & Tesdale, J.D.(2013), El camino del Mindfulness Barcelona, Paidos (2015).
19. Soler J, Tejedor R, Feliu A, Pascual JC, Cebolla A, Soriano J, Álvarez E, Pérez V. (2012). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). Actas Españolas de Psiquiatría, 40(1):19-26.
20. Sophia Vinogradov; Irvin D. Yalom, Guia breve de la psicoterapia de grupo. Paidos Iberica, Barcelona 1996.
21. Steven C. Hayes, Kirk Strosahl, Kelly G. Wilson. Terapia de aceptación y compromiso Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness). Desclee de Brouwer, Bilbao (2014).
22. Vallejo M.A. (2006). Mindfulness. Papeles del Psicólogo, 27, 92-99.
23. Vicente Simón. La Compasión: el corazón del mindfulness. Barcelona, Sello editorial (2015)