



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Ciencias de la Salud

Efectos de un programa de Mindfulness sobre la
depresión, ansiedad y calidad de vida en personas con
trastorno mental grave

Trabajo fin de máster presentado por: Alicia Cárdenas Hernández
Titulación: Máster Universitario en Psicología General Sanitaria.
Línea de investigación: Diagnóstico e Intervención en Adultos
Director/a: Dra. Raquel Balmaseda

Ciudad
[Seleccionar fecha]
Firmado por:

Resumen

Introducción: Las intervenciones basadas en Atención Plena o Mindfulness son cada vez más utilizadas para paliar trastornos como la depresión o la ansiedad y mejorar la calidad de vida, estos trastornos cada vez tienen mayor prevalencia en el mundo occidental, siendo causa principal de asistencia a centros sanitarios de atención primaria. **Objetivos:** El objetivo es estudiar la eficacia de un programa de Mindfulness sobre la depresión, ansiedad y calidad de vida en personas diagnosticadas de trastorno mental grave. **Metodología:** Para comprobar la efectividad del programa, se reclutó una muestra de 19 personas usuarias de un centro de rehabilitación psicosocial de salud mental y se aplicó un programa de Mindfulness basado en la Terapia Cognitiva. Se procedió al estudio mediante un diseño cuasiexperimental donde se recogieron medidas en dos momentos diferentes, pretest y postest, mediante los instrumentos WHOQOL-BREF, BDI Y STAI para medir la calidad de vida, depresión y ansiedad, respectivamente. En el estudio se analizaron los estadísticos descriptivos de las variables antes y después del tratamiento y se realizó el contraste de hipótesis para la comparación de las variables pre y post con la prueba no paramétrica de W de Wilcoxon. **Resultados:** Tras el análisis, los resultados demostraron la ausencia de diferencias estadísticamente significativas en las variables medidas pre y post. **Conclusiones:** Se concluyó que el programa de intervención no atendió al objetivo de reducir la sintomatología depresiva, ansiosa y mejorar en calidad de vida en los participantes.

Palabras Claves: Mindfulness, atención plena, depresión, ansiedad, calidad de vida, Trastorno Mental grave.

Abstract

Introduction: The interventions based on Mindfulness or Mindfulness are increasingly used to alleviate disorders such as depression or anxiety and improve the quality of life, these disorders are increasingly prevalent in the Western world, being the main cause of care centers Primary health care. **Objectives:** The objective is to study the effectiveness of a Mindfulness program on depression, anxiety and quality of life in people diagnosed with severe mental disorder. **Methodology:** To check the effectiveness of the program, a sample of 19 people using a psychosocial mental health rehabilitation center was recruited and a Mindfulness program based on Cognitive Therapy was applied. We proceeded to the study by means of a quasi-experimental design where measurements were collected in two different moments, pretest and posttest, by means of the WHOQOL-BREF, BDI and STAI instruments to measure the quality of life, depression and anxiety, respectively. In the study, the descriptive statistics of the variables before and after the treatment were analyzed and the hypothesis contrast was made for the comparison of the pre- and post variables with the non-parametric Wilcoxon W test. **Results:** After the analysis, the results showed the absence of statistically significant differences in the variables measured before and after. **Conclusions:** It was concluded that the intervention program did not meet the objective of reducing depressive, anxious symptomatology and improving the quality of life of the participants.

Key words: Mindfulness, depression, anxiety, quality of life, Mental Disorder.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	8
1.2 Justificación	9
1.2 Problemas y objetivos	10
2 MARCO TEÓRICO	12
2.1 Trastorno Mental Grave	12
2.1.1 Definición de Trastorno Mental Grave	12
2.1.2 Diagnóstico y Clasificación	13
2.1.3 Comorbilidad	16
2.1.4 Modelos de Intervención en el trastorno mental grave y Terapia de Tercera Generación	17
2.2 Mindfulness	22
2.2.1. Definición de Mindfulness	22
2.2.2 Fundamentación Teórica	24
2.2.3 Aplicación del Mindfulness	24
2.2.4 Eficacia del Mindfulness	25
2.3 Calidad de Vida	27
2.3.1 Calidad de Vida y Trastornos Mentales	27
2.4 ¿Cómo ayuda el Mindfulness en la mejoría de la depresión, ansiedad y calidad de vida?	28
3. MARCO METODOLÓGICO	30

3.1	Objetivos e Hipótesis	30
3.1.1	Objetivo General	30
3.1.2	Objetivos Específicos	30
3.1.3	Hipótesis	30
3.2	Diseño	31
3.3	Población y muestra	31
3.4	Variables medidas e instrumentos aplicados	34
3.5	Procedimiento	36
3.6	Análisis de datos	37
3.7	Programa de Intervención	38
3.7.1	Presentación del programa	38
3.7.2	Objetivos del Programa	38
3.7.3	Metodología	39
3.7.4	Evaluación del programa	39
3.7.5	Sesiones del programa de intervención	41
3.7.6	Cronograma	42
4.	RESULTADOS	43
4.1	Análisis Descriptivos	43
4.1.1	Análisis pretest de las variables depresión, ansiedad y calidad de vida	44
4.1.2	Análisis postest de las variables depresión, ansiedad y calidad de vida	45

4.1.3 Comparación pretest y postest de los estadísticos descriptivos de las variables	45
4.2 Análisis inferencial de hipótesis	46
4.2.1 Comparación de medidas pretest y postest	47
5. DISCUSIÓN	48
6. CONCLUSIONES	52
7. LIMITACIONES	53
8. PROSPECTIVA	55
9. BIBLIOGRAFÍA	56
10. ANEXOS	64

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Resumen de Tratamientos Eficaces_____	18
Tabla 2. Resumen de Terapias de Tercera Generación_____	21
Tabla 3. Definiciones de Mindfulness_____	22
Tabla 4. Descriptivos de la Muestra_____	32
Tabla 5. Frecuencias de trastorno mental en la muestra_____	33
Tabla 6. Resumen de Instrumentos Aplicados_____	36
Tabla 7. Cronograma del Programa de Intervención_____	42
Tabla 8. Estadísticos descriptivos de las variables pretest_____	43
Tabla 9. Descriptivos pretest de los dominios de la calidad de vida global_____	44
Tabla 10. Estadísticos descriptivos de las variables posttest_____	44
Tabla 11. Descriptivos posttest de los dominios de calidad de vida global_____	45
Tabla 12. Resumen de datos descriptivos pretest y posttest de depresión, ansiedad y calidad de vida_____	45
Tabla 13. Resumen de datos descriptivos pretest y posttest de los dominios de la variable calidad de vida_____	46
Tabla 14. Resumen prueba de “W de Wilcoxon” _____	47

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Descripción de la muestra_____	32
--	----

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) estima que 450 millones de personas en el mundo sufren en un momento determinado de sus vidas algún tipo de problema mental, neurológico o de comportamiento, siendo causa de sufrimiento y en muchos casos de exclusión social (Posada y Tervisi, 2004). Según la OMS existe una gran diversidad de trastornos con multitud de manifestaciones (OMS, 2017). El concepto de salud se define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946). El trastorno mental grave, aunque no cuenta con una definición consensuada entre clínicos se utiliza para definir aquellos casos de personas con diagnóstico de enfermedad mental que se prolonga en el tiempo y le impide llevar un correcto funcionamiento personal, social y laboral. En el presente trabajo se estudian la depresión y ansiedad, que suelen estar asociadas a otras enfermedades mentales, como en la esquizofrenia, y trastornos de personalidad.

En los últimos 20 años, “la atención plena” o Mindfulness está en auge, siendo de interés para multitud de clínicos. Kabat Zin (1990) define la atención plena como una forma particular de prestar atención, intencionalmente hacia el momento presente y sin llevar a cabo juicios sobre esa experiencia, por lo que brinda la posibilidad de poner el foco de atención al momento que se está viviendo, mejorando no solo la calidad en el proceso de la atención, sino aumentando así la consciencia de uno mismo, de los pensamientos, de las sensaciones corporales. Teasdale (1999) apunta que el Mindfulness tiene como base ser consciente de la atención para configurar el procesamiento de la información, definición que implica a la persona como un ser capaz de orientar su información, pensamientos y emociones y dirigirlos hacia una perspectiva positiva, en definitiva, hacer un análisis de los propios sentimientos y pensamientos, meta-cognición.

Los programas de Mindfulness se sitúan dentro de las terapias cognitivas de tercera generación, en concreto, se basan en un programa de reducción del estrés, que utiliza técnicas milenarias, influidas del budismo en los que sus principales prácticas son ricas en conocimiento personal, tanto a nivel cognitivo como corporal. Miguel Ángel Vallejo (2006) expone que es una experiencia reflexiva, en la que no se juzga, en la que la persona que lo practica tiene que estar abierta a la experiencia, y mantener apertura mental.

La meditación y una re-dirección de la atención hacia el momento presente hacen que la experiencia vital cobre mayor sentido en la vida de las personas. La práctica rutinaria es lo que llevará a la consecución de los objetivos a largo plazo, estos objetivos son conseguir efectos positivos en la vida de la persona que lo práctica, mejorar los síntomas depresivos y mayor satisfacción en la calidad de vida, entendida ésta como un reflejo del bienestar de la persona (Navarro et al. 2008).

Por último, aunque no existe una definición consensuada de calidad de vida, la Organización Mundial de la Salud la define como la percepción de los individuos de su posición en la vida con respecto a su cultura y su sistema de valores, expectativas, metas, etc. (Harper y Power, 1998).

1.1 Justificación

Diversos estudios manifiestan que cuando se utilizan técnicas basadas en la meditación se logra la reducción de síntomas depresivos en el tratamiento de patologías crónicas (Baer, 2003; Ma y Teasdale, 2004). En otro estudio realizado por Miguel Quintana et al. (2011) comprueban que tras la aplicación de un programa de reducción de estrés basado en Mindfulness (MBRS) de una duración de 8 semanas, se consigue un aumento del bienestar psicológico, (Rosenzweig et al., 2010), así como reducir los síntomas depresivos (Astin et al, 2003).

Según Miró et al. (2011) en un estudio realizado de revisión sistemática, concluyó que existen evidencias moderadas de mejora en los síntomas de depresión y ansiedad, en aquellos estudios que se interviene con un programa de Mindfulness, en una muestra con población clínica que padecen trastorno de ansiedad y depresión, así como problemas físicos. Skaer (2015) en su estudio utilizó la conciencia plena como intervención para el dolor crónico, y concluyó que los hallazgos de la revisión no son significativos en la mejoría del dolor crónico tras la aplicación de un programa de Mindfulness, pero si ayudó a que la muestra del estudio aceptara y se enfrentara mejor al manejo del dolor. También afinó, que la investigación futura debía poner el énfasis de estudio de las influencias físicas en la salud mental y calidad de vida. La mejora en síntomas ansiosos y depresivos la demostraron Roemer et al. (2008) tras aplicar un programa de Mindfulness en población clínica, en

concreto a personas diagnosticadas de trastorno de ansiedad generalizada al igual que concluyeron otros autores como Evans (2008) y Hoge (2013).

1.2 Problema y Objetivos

El objeto de la presente investigación tiene como fin comprobar los efectos de un programa de Mindfulness en un grupo de personas usuarios de un centro de rehabilitación psicosocial, diagnosticadas de trastorno mental grave, con diagnósticos muy diversos entre ellos, pero frecuentemente con sintomatología asociada, depresión y ansiedad. Todos ellos siguen un programa de terapia íntegro, donde los pacientes tienen apoyo psicológico, farmacológico y psiquiátrico. El investigador detectó la necesidad de aplicar un programa novedoso ya que las personas usuarias de este centro manifestaban en consulta y con frecuencia la desesperanza, inquietud, desasosiego e incertidumbre en la vida, exteriorizando la disconformidad con respecto a su bienestar o calidad de vida atribuyéndolo a la sintomatología que padecían. Por ello nos hicimos preguntas tales como, ¿puede mejorar la sintomatología depresiva y ansiosa un programa de Mindfulness? ¿Podría resolver la queja continua con respecto a la poca calidad de vida? Para la solución a estas preguntas se hizo un estudio de investigación cuasiexperimental, en el cual se aplicaron tres cuestionarios: el instrumento Breve de Evaluación en la Calidad de Vida de la OMS (WOQOL-BREF), Inventario de Depresión de Beck (BDI) e Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). Respectivamente miden la calidad de vida, la depresión y la ansiedad y fueron aplicados antes y después de recibir el tratamiento.

El objetivo principal de este estudio es comprobar la eficacia de un programa de Mindfulness sobre la depresión, ansiedad y calidad de vida en personas diagnosticadas de trastorno mental grave.

Los objetivos específicos que se plantearon fueron:

- Valorar en los sujetos que componen la muestra las siguientes variables; calidad de vida, ansiedad y depresión.
- Llevar a cabo un programa de Mindfulness de 7 semanas.

Cárdenas Hernández, Alicia

- Valorar las variables; calidad de vida global, ansiedad y depresión tras el programa de Mindfulness.
- Estudiar la eficacia del programa mediante la comparación de las medidas pre y post tratamiento.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Trastorno mental grave

2.1.1 Definición de trastorno Mental Grave

El trastorno mental grave (TMG) no cuenta con una definición consensuada entre expertos, se acuña el término TMG para referirse a aquellos casos con diagnóstico de enfermedad mental que son prolongados en el tiempo y sufren de discapacidad y disfunción social a consecuencia de la sintomatología de la enfermedad (Conejo et al. 2014). La definición que propone el Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU en 1987 (NIMH, 1987) es la que cuenta con mayor conformidad entre clínicos e incluye 3 dimensiones:

- Diagnóstico: incluye a los trastornos psicóticos y trastornos de personalidad.
- Duración de la enfermedad y tratamiento superior a 2 años.
- Presencia de discapacidad, disfunción moderada o severa del funcionamiento global (laboral, social y familiar).

Good (1994) plantea separar el trastorno mental de la “incurabilidad” unido así al concepto de cronicidad, y convirtiéndolo en un fenómeno experiencial, de sensaciones y emociones conjuntamente que hace que la persona que lo padece sufra. En diferentes ocasiones, las personas que experimentan un trastorno mental grave son catalogadas como un “enfermo absoluto” en todas sus funciones (Correa Urquiza, 2009). Por ello, tras el diagnóstico de enfermedad mental, en el que todo comportamiento/conducta viene determinada por la enfermedad mental, es vital contar con el apoyo constante de una unión familiar o seguimiento social para integrar una terapia completa tanto con profesionales como con diferentes recursos (Martinez-Hernández, 2009).

Vila et al. 2007 en su artículo; Trastorno Mental Severo, hablan de las características comunes que presentan las personas con trastorno mental, que son las siguientes; mayor vulnerabilidad al estrés, dificultades para afrontar las demandas del ambiente; déficit en sus habilidades y capacidades para manejarse autónomamente; dificultades para la interacción social, pérdida de redes sociales de apoyo que, en muchos casos, se limitan solo a la

familia, y situaciones de aislamiento social; dependencia elevada de otras personas y servicios sanitarios y/o sociales; dificultades para acceder y mantenerse en el mundo laboral, lo que supone un obstáculo para su plena integración social y favorece la dependencia económica, la pobreza y la marginación.

La Organización Mundial de la Salud (2017) afirma que la prevalencia de los trastornos mentales sigue aumentando en el mundo, y esto conlleva graves consecuencias para las personas que lo sufren como un impacto socioeconómico en los países. Se estima que la depresión es un trastorno muy frecuente y una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo, afectando a más de 300 millones de personas en todo el mundo, con mayor prevalencia en las mujeres. Por otro lado, la cifra de prevalencia en la Esquizofrenia afecta a 21 millones de personas en el mundo. En España según estimaciones recientes, un 4% de la población experimenta un trastorno mental común, mientras que entre el 0.5 y 1% padecen un trastorno mental grave (Roca et al. 2009; Giner et al. 2014).

El trastorno mental grave se utiliza para sustituir las sugerencias de psicosis y cronicidad (Comelles y Martínez-Hernández, 1994), derivado de los esfuerzos de unificación diagnóstica del DSM y CIE-10 Asociación Americana de Psiquiatría (APA 2013; OMS 1992).

2.1.2 Diagnóstico y Clasificación

Existen muchos trastornos agrupados, como los trastornos psicóticos, y trastornos del estado de ánimo, por ello y para entenderlos mejor en mayo de 2013 fue publicada la 5ª edición del Manual Diagnóstico de enfermedades mentales (DSM-5) de la APA. En esta edición aparecen una serie de cambios con respecto a las anteriores ediciones, centrándose estos cambios en la denominación y estructuración del manual. (“DSM-5 Nueva clasificación de los trastornos mentales,” 2014).

A continuación, se describen los trastornos que presentan los participantes en este estudio que son esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno de depresión mayor, trastorno límite y ansiedad.

Se ha de puntualizar que la mayoría de los pacientes tienen una patología dual o síntomas asociados al diagnóstico principal, como se señaló anteriormente en sintomatología depresiva y ansiosa. Es por ello que se va a realizar un estudio de estas variables y se mencionan constantemente en el presente trabajo.

- Esquizofrenia.

La Esquizofrenia es uno de los prototipos de enfermedad mental y por consiguiente de los trastornos psicóticos. El trastorno se define, según el DSM-5 (2013) por la presencia de delirio, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado y/o síntomas negativos, tristeza, abulia, apatía, que se manifiestan de forma significativa al menos durante el período de 1 mes y ha habido alguna manifestación del trastorno durante al menos 6 meses. La diferencia más notable entre ambas clasificaciones DMS-5 y CIE-10 es la referida a la duración mínima del trastorno, pues la CIE-10 exige la presencia de la sintomatología durante al menos 1 mes mientras que en el DSM-5 son 6 meses. Otra de las novedades más importantes en el DSM-5 es la eliminación de los subtipos de esquizofrenia debido a su limitada estabilidad diagnóstica, su baja fiabilidad y su pobre validez, sin embargo, incluye una aproximación dimensional para la evaluación de la gravedad de los síntomas nucleares de la esquizofrenia que pretende dar cuenta de la gran variabilidad en cuanto al tipo de síntomas y su gravedad que presentan las personas con trastornos psicóticos. También incluyen una escala dimensional para la evaluación del deterioro cognitivo ya que muchas personas con trastornos psicóticos sufren deficiencias en varios dominios cognitivos, que repercuten en su capacidad funcional. Otro cambio del DSM-5 es la inclusión de un especificador de la catatonía para la esquizofrenia y cualquier otro trastorno psicótico. La catatonía se definiría por tres o más de los siguientes síntomas: Catalepsia, flexibilidad cética, estupor, agitación, mutismo, negativismo, posturas, manierismos, estereotipias, muecas, ecolalia o ecopraxia.

Los cambios en los criterios diagnósticos de esquizofrenia en el DSM-5 son escasos y en líneas generales mantiene la continuidad con el DSM-IV. En el DSM-5 se añade como requisito que, al menos uno de los síntomas requeridos para cumplir con el criterio A sea tener delirios, alucinaciones y pensamiento desorganizado. Este requerimiento es consecuente con el concepto de la esquizofrenia como un trastorno psicótico.

- Trastorno Esquizoafectivo.

El trastorno Esquizoafectivo, se incluye dentro del espectro de la esquizofrenia. Este trastorno se caracteriza principalmente por cursar simultáneamente con síntomas psicóticos y del estado de ánimo. En el DSM-5 el cambio más notorio que se realiza es en el criterio C del trastorno, es decir, para ser diagnosticado de un trastorno esquizoafectivo, un episodio del estado de ánimo mayor tiene que estar presente durante la mayor parte de la enfermedad.

- Trastorno Límite.

El trastorno límite es un trastorno de la personalidad, el DSM-5 ajusta este trastorno para aquellos individuos que fácilmente se altera bajo estrés, experiencia de falta de identidad o sentimientos crónicos de vacío. Con bastante dificultad para mantener relaciones cercanas o íntimas, debido también a las emociones cambiantes, intensas e impredecibles que experimentan. Sus relaciones se basan en una necesidad de dependencia hacia los demás, con temor al rechazo y abandono. Los rasgos emociones se asocian con disregulación cognitiva, en actitudes del todo o nada. Hay reacciones cuasi-psicóticas, que incluyen paranoia o disociación, que pueden provocar psicosis transitorias. Los individuos con estas características son impulsivos y pueden aparecer actos deliberados de inflingirse daños (cortándose o quemándose), así como ideación de actos suicidas en el contexto de situaciones de abandono. Los sentimientos de disforia y estrés intensos pueden llevar a otras conductas auto-agresivas, que incluyen abuso de sustancias, manejo irresponsable, atracones de comida o sexo promiscuo. (“DSM-5 Nueva clasificación de los trastornos mentales,” 2014).

- Trastorno Depresivo Mayor.

La depresión o trastorno Depresivo Mayor, se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global, psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva. Este diagnóstico se utiliza para personas

que cumplen los requisitos de un episodio Depresivo mayor y nunca han tenido un episodio de manía, hipomanía o mixto. En este trastorno se distingue dos subtipos, episodio único o episodio recurrente, si la persona que lo padece tiene varias recaídas, para considerar este criterio, entre un episodio y otro tienen que pasar al menos dos meses sin síntomas.

- **Ansiedad**

La ansiedad, es una emoción normal que aparece en el individuo como una señal de alarma que advierte al sujeto de algún peligro o infortunio. Se considera trastorno de Ansiedad Generalizada cuando ese estado de alarma aparece en un momento en el que no ocurre ningún peligro real, se caracteriza principalmente por preocupación excesiva, persistentes y que las personas tienen dificultades para controlar, sobre diferentes acontecimientos y actividades. Normalmente, este estado de preocupación excesiva es de cara a los acontecimientos del futuro y que se asocian a dos o más síntomas de sobre activación fisiológica. En el DSM-5 ha habido varios cambios en la clasificación de los trastornos de ansiedad, ya no incluye el trastorno obsesivo-compulsivo (que está en el nuevo capítulo “Trastorno obsesivo-compulsivos y relacionados”) o el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y el trastorno de estrés agudo (que están en el capítulo nuevo “Trastorno relacionado con el trauma y los estresores”. El criterio de duración de 6 meses se extiende a todas las edades, y no solo a los menores de 18 años. Por otro lado, los ataques de pánico, se nombran como un especificador que se puede aplicar a todos los trastornos del DSM-5.

2.1.3 Comorbilidad

La comorbilidad es entendida como la existencia de dos o más enfermedades que cursan simultáneamente. Este concepto plantea a menudo conflictos y solapamientos en los diagnósticos. Van Velzen y Emmelkamp (2000) indican que la mitad de los pacientes diagnosticados de trastornos de ansiedad, trastornos depresivos o trastornos de alimentación recibieron también, un diagnóstico de Trastorno de Personalidad. Con los trastornos de ansiedad, Flick, Roy-Byrne, Cowley y Dunner (1993), al estudiar a 352 pacientes ambulatorios encontraron que estas personas que estaban diagnosticados de diferentes cuadros ansiosos también sufrían trastorno de Personalidad de diferentes tipos, paranoides, narcisistas, límites, etc. Según Jiménez-Muro, 2012 en su estudio; La

comorbilidad de los trastornos de Personalidad, analizó que tras una muestra de 180 pacientes solo el 8% estaba diagnosticados de un trastorno de personalidad sin ningún otro diagnóstico más.

También existe una elevada comorbilidad entre los distintos trastornos de ansiedad, depresión, trastornos psicósomáticos, disfunciones sexuales y abuso de sustancias. La comorbilidad entre depresión y ansiedad es frecuente, siendo importantes en los servicios de sanidad públicos su atención primaria. En los pacientes con este tipo de comorbilidad se observa mayor gravedad de la sintomatología suicida y mayor impacto funcional, según hallazgos del estudio de Aragonés, Piñol y Labad (2009) determinan que en los trastornos de depresión es habitual la concominancia de otros trastornos mentales, especialmente en los trastornos de ansiedad.

Es por ello que existe un gran interés, cada vez mayor, por conocer mejor las relaciones que existen entre la comorbilidad de los trastornos.

2.1.4 Modelos de Intervención en el trastorno mental grave y Terapias de Tercera Generación.

Los modelos de intervención son aquellos que están ordenados según las diferentes teorías psicológicas que los sustentan, dándole forma a dicha teoría, la estructuran y a la vez especifican los componentes para que el proceso de intervención pueda ser lógico, por un lado, y eficaz en el tratamiento de los trastornos mentales. Estos problemas son abordados desde múltiples perspectivas de la psicología, siendo de las más habituales las técnicas de modificación de conducta. Dentro de estas técnicas son cada vez más frecuentes el uso de las terapias de Tercera Generación. Para situar las diferentes terapias psicológicas es importante contextualizarlas en la historia de la psicología. Aunque para este trabajo es primordial el programa de Mindfulness que pertenece a las Terapias de Tercera Generación, a continuación, se va situar la perspectiva de las generaciones u olas anteriores, ya que el nombramiento de la Tercera Generación presupone la existencia de dos anteriores.

La primera generación se sitúa, en la década de 1950, supuso una rebelión para el psicoanálisis y por otro lado la instauración de una terapia psicológica basada en principios científicos, sobre todo para la psicología del aprendizaje. Las técnicas utilizadas en esta

generación, de corte conductual, fueron muy eficaces para tratamientos propios de la ansiedad, sin embargo, su éxito estaba reducido a contextos concretos donde se podían manipular las variables que tienen que ver con la conducta haciendo caso omiso a otras variables cognitivas y afectivas del ser humano (Pérez, 2006).

La segunda generación se sitúa en 1970 con la Terapia Cognitivo Conductual, ya que no solo ponía el acento en el ambiente como lo hacía la Terapia Conductual, sino que la Terapia Cognitivo Conductual pone su énfasis en la cognición (pensamientos, creencias, atribuciones, etc) como causa de problemas emocionales y conductuales. Se reconoció el desarrollo de tratamientos psicológicos eficaces incluyendo la comparación con la medicación (Pérez et al.2003), siendo este paradigma uno de los predominantes en la actualidad. Seguidamente, se puntualizan las terapias más eficaces para el tratamiento de los diferentes trastornos que han participado en la muestra de la presente investigación, contando con aval empírico de su eficacia.

Tabla 1. *Resumen de tratamientos eficaces*

Trastorno	Terapias Eficaces
Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)	Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) Farmacoterapia
Trastorno de Depresión Mayor	Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) Farmacoterapia Terapia Interpersonal
Esquizofrenia	Farmacoterapia Entrenamiento en Habilidades Sociales Terapia Cognitivo Conductual (TCC)

(Adaptado de Santos, Ruiz y Muñoz, 2014, pp.173-316)

La terapia Cognitivo-conductual es un modelo de tratamiento para diversos trastornos mentales, común en la intervención de los diferentes trastornos definidos en este estudio (tabla.1). Mediante diferentes técnicas, como la activación conductual de Beck, reestructuración cognitiva, técnicas de resolución de problemas, se persigue el objetivo de cambiar los pensamientos, emociones y conductas disfuncionales en el sujeto. Como novedad se puede incluir la Terapia cognitiva con meditación consciente, Mindfulness, según estudio realizado por Melero y Yela (2014) demuestran la cantidad de estudios que

corroboran la tendencia de la psicología a su mayor uso en el tratamiento de trastornos relacionados o implicados en los síntomas de estrés, atención, etc.

En el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y su replanteamiento en el concepto desde el DMS- III ha dado lugar a nuevos modelos explicativos, que centran y hacen especial hincapié en el componente cognitivo de la preocupación tal y como afirma Wells (1999) en su estudio; Un modelo cognitivo y la terapia del trastorno de ansiedad generalizada, este replanteamiento conceptual va a tener grandes repercusiones tanto en la intervención como para la investigación de los resultados (Dugas, Ladouceur, Boisvert y Freeston, 1996). El tratamiento cognitivo en el trastorno de Ansiedad Generalizada está formado por las siguientes estrategias terapéuticas eficaces; relajación, programas de meditación y terapia cognitiva basada en resolución de conflictos interpersonales, estrategias de afrontamiento de estrés, etc. Algunos estudios como el de (Barlow et al. 1984; Borkovec et al.,1987; Borkovec y Costello, 1993) revelan que la reestructuración cognitiva aporta beneficios importantes a la relajación. Según Butler et al.1987 en su estudio, Manejo de la ansiedad generalizada persistente, muestra que la combinación de la exposición con la reestructuración cognitiva parece ser también un tratamiento útil, aunque ambos procedimientos son igualmente eficaces cuando se administran por separado (White, Keenan y Brook, 1992). Los estudios también demuestran que, aunque existe una gran mejoría sigue habiendo preocupaciones excesivas y síntomas somáticos que no se controlan con totalidad, y que los tratamientos cognitivos conductuales son más eficaces que el tratamiento cognitivo por separado del tratamiento conductual. Por otro lado, con respecto al tratamiento de farmacoterapia en los trastornos de ansiedad, Gould, Otto, Pollack y Yap (1997), en un metaanálisis que revisa los resultados de 35 estudios, llegan a la conclusión que tanto el TCC como la terapia farmacológica ofrecen buenos resultados, no encontrándose diferencias significativas entre ambas modalidades de tratamiento cuando los comparan en distintas medidas de ansiedad”. (Caballo y Mateos, 2000). Asimismo, se demuestra que a largo plazo el tratamiento farmacológico disminuye su eficacia una vez que se suprime la medicación.

En los Trastornos Depresivos, un estudio de metaanálisis realizado en 1994, estudió y concluyó que la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la terapia interpersonal son más eficaces que otro tipo de psicoterapias, incluso que la eficacia de estas terapias no varía en función de si toman o no tratamiento farmacológico. Otro estudio realizado en 1995 “Psicoterapia versus medicación para la depresión” cuestiona la utilización de los

medicamentos farmacológicos en el tratamiento de la depresión, en su estudio encontraron que la TCC tenía mayor eficacia incluso en los trastornos más graves, y que los pacientes que tomaban fármacos tenían mayores tasas de recaídas. Actualmente, se puede hallar la terapia del bienestar y la Terapia Cognitiva basada en la atención (TCBA). La primera de ellas, ayuda a los pacientes a desvincularse de los momentos de estrés emocional y aprender a ser más conscientes de los espacios y momentos que reportan bienestar, trabajando lógicamente con la cognición. La segunda terapia (TCBA) es una intervención que se realiza de forma grupal dirigida a que los pacientes aprendan a ser más observadores y críticos en la evaluación de sus pensamientos y emociones utilizando la meditación y técnicas propias de la TCC.

En la esquizofrenia, hasta hace relativamente poco el tratamiento por excelencia era de tipo farmacológico, el éxito del tratamiento con fármacos en los síntomas positivos de la esquizofrenia; alucinaciones, delirios, etc, trajo consigo otras terapias de apoyo para paliar los síntomas negativos, así como reducir las futuras recaídas, dando cobijo a síntomas propios de la ansiedad, así el auge y a la vez éxito empírico en las terapia cognitivo-conductual, los programas más utilizados son el entrenamiento en habilidades sociales, terapia interpersonal y terapia cognitivo-conducutal (Keegan, 2007). Todo este tratamiento integral viene dado por un enfoque bio-psicosocial, haciendo de vital hincapié el modelo explicativo de la esquizofrenia de vulnerabilidad estrés. Dentro del enfoque cognitivo conductual es importante destacar terapias como la de Beck, que en los síntomas psicóticos no solo se centra la intervención en aspectos de la cognición disfuncionales, sino que sufre diferencias para tratar la sintomatología de los trastornos de la esquizofrenia, diferenciando especialmente los siguientes aspectos relevantes según Garety, Fowler y Kuipers (2000).

- Importancia de una fuerte alianza terapéutica.
- No confrontar la experiencia psicótica.
- Intervención en el delirio, disminuyendo el malestar, aunque persista las creencias anómalas.

El énfasis en esta terapia viene por el significado que se le da a la experiencia psicótica y no al cuestionamiento de esa experiencia (keegan, 2007). Por otro lado, también se adapta la terapia ABC de Albert Ellis a los síntomas psicóticos, según Chadwicks, Taylor y Abba (2005). Ubican a las alucinaciones como hechos activantes en (A); las ideas delirantes, definidas como una interpretación posible de los hechos activantes son ubicadas en B;

mientras que C, incluye las respuestas emocionales y conductuales secundarias a la interpretación delirante ubicada en B.

Como novedad, Trevé y Pousa (2012) afirman que en los últimos años han aumentado otras aproximaciones terapéuticas que trascienden de la teoría cognitiva, entre ellas y de especial mención es la terapia de tercera generación “Mindfulness” y “entrenamiento en mente compasiva”. Las terapias de tercera generación son aquellas que como su nombre dice vienen dadas porque hay dos anteriores, se sitúa el nombramiento como “terapias de tercera generación” en el artículo de 2004 de la revista Behavior Therapy (Hayes, 2004) aunque comienzan a necesitar un cambio desde la década de 1990. El surgimiento de esta nueva generación no es más que por el desarrollo del análisis de conducta y el conductismo radical, las limitaciones en las terapias de primera y segunda generación y cambios necesarios en la ciencia a cada cierto tiempo necesarios por y para el avance de la misma (Pérez, 2006). Las limitaciones con las que se encuentre la psicología hace que haya un replanteamiento contextual en la que actualmente siguen en debate el “modelo médico” y “modelo contextual”. Este replanteamiento surge como una forma de desmedicalizar la naturaleza de los trastornos mentales. Por lo que aquí respecta, se ha de señalar la desmedicalización de la depresión propuesta por Jacobson y Gortner (2000), precisamente a partir de una de las terapias que constituyen la “terapia de conducta de tercera generación” como es la terapia de activación conductual (Jacobson, Martell y Dimidjian, 2001). A continuación, se expone una tabla resumen de las Terapias de Tercera Generación.

Tabla. 2. Resumen de Terapias de Tercera Generación

Nombre de la Terapia	Autor y Fecha
Terapia de Aceptación y Compromiso	(Hayes, McCurry, Afan y Wilson, 1991)
Psicoterapia Analítica Funcional	(Kohlenberg y Tsai, 1991)
Terapia de Conducta Dialéctica	(Lineham, 1993)
Terapia Conductual Integral de Pareja	(Jacobson y Christeasen, 1996)
Terapia de Activación Conductual	(Jacobson et al. 2001)
Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness	(Segal, Teasdale y Williams, 2004)

(Adaptado de Moreno, 2012)

2. 2 MINDFULNESS

2.2.1 Definición de Mindfulness

El Mindfulness, como se ha mencionado anteriormente y como novedad en la psicoterapia desde los últimos 20 años, no tiene una definición universal ya que proviene de la lengua Pali denominándose “sati”, que implica conciencia, atención y recuerdo; traducido al inglés “Mindfulness”. Las definiciones más importantes según diferentes autores expuestas por orden cronológico son las siguientes;

Tabla3. *Definiciones de Mindfulness*

"Mindfulness es mantener viva la conciencia en la realidad del presente"	(Trich Naht Hanh, 1975)
"Prestar atención de un modo particular a propósito, en el momento presente y sin establecer juicios de valor"	(Jon kabat-Zinn, 1990)
"Una forma de conciencia centrada en el presente no elaborativa, no juzgadora en la que cada pensamiento, sentimiento o sensación que surge en el campo atencional es reconocida y aceptada tal y como es"	(Bishop et al., 2004)
"La observación no enjuiciadora de la continua corriente de estímulos internos y externos tal y como ellos surgen"	(Baer, 2003)
"Mindfulness captura una cualidad de la consciencia que se caracteriza por claridad y vividez de la experiencia y del funcionamiento actual en contraste con estados de menor conciencia, menos despiertos, del funcionamiento automático o habitual que puede ser crónico para muchas personas"	(Brown y Ryan, 2003)
"Conciencia momento a momento"	(Germer, 2005)
"Conciencia de la experiencia presente con aceptación"	(Germer, 2005)
"Tendencia a ser consciente de las propias experiencias internas y externas en el contexto de una postura de aceptación y no enjuiciamiento hacia esas experiencias"	(Cardaciotto et al., 2008)
"Es una capacidad humana universal y básica, que consiste en la posibilidad de ser conscientes de la mente momento a momento"	(Simón, 2007)

Parra et al. (2012)

En resumen, el Mindfulness se puede definir tal y como concluye Vásquez (2016) en su artículo; Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas, que es una

práctica que no es novedosa, proviene de la tradición budista y no es sinónimo de meditación sino una forma de ella. “Es la atención plena de la realidad, en el momento presente, sin juzgar y con aceptación” (Vásquez, 2016).

Por otro lado, Vásquez (2016), explica los diferentes enfoques terapéuticos donde se utilizan algunos elementos del Mindfulness, éstos son: Psicoterapia Gestáltica, Terapia Conductual Dialéctica (TCD), Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), Terapia Breve Relacional (TBR). Se integra el Mindfulness en su totalidad en los siguientes programas; Reducción del Estrés Basado en Mindfulness (MBSR) desarrollado por Jon Kabat Zin en 1982 y Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (MBCT) desarrollado por Segal, Williamns y Teasdale en 2002.

Siguiendo con Vásquez (2016), expone diferentes prácticas clínicas del Mindfulness en diversas problemáticas, como tratamiento para afrontar el estrés, en trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastorno de somatización, de conducta alimentaria, trastorno de personalidad, etc. Siendo el resultado positivo en la mayoría de aplicaciones clínicas, no obstante, se observa en la redacción de este artículo que la terapia basada en Mindfulness es más eficaz cuando tiene componentes de una terapia cognitiva, y no solo se basa en la meditación y practicas zen. Es decir, MBSR es eficaz para reducir los niveles de ansiedad, pero la MBCT tiene mayor eficacia comprobada para reducir sintomatología depresiva y mantenerla en el tiempo.

Siendo objetivo del presente estudio reducir los niveles de ansiedad y sintomatología depresiva, se considera que lo más efectivo para conseguir estos efectos es la aplicación de un programa de Mindfulness basado en la terapia cognitiva ya que los participantes de la investigación son personas con enfermedad mental, tratadas tanto a nivel farmacológico como psicoterapéutico, orientación cognitivo-conductual.

En la participación de este estudio hay diversa sintomatología clínica, pero común entre ellas son los niveles elevados de ansiedad, elevada sintomatología depresiva y como consecuencia de ello y de lo incapacitante que puede resultar su día a día una percepción de la calidad de vida baja. Es por ello, que la psicología y todos los que se dedican a esta profesión hagan esfuerzos por investigar diferentes métodos que puedan paliar dicha sintomatología no solo con terapias cognitivas y conductuales puras, sino con apertura a nuevas terapias que poco a poco evidencian su eficacia si se lleva a cabo con rigurosidad y comprensión por ambas partes, tanto del terapeuta como del paciente.

2.2.2 Fundamentación teórica

Tiene sus orígenes en la tradición budista hace unos 2.500 años, aunque su aplicación no tenga nada que ver con una religión en sí. Su origen como programa terapéutico fue en 1979 donde se establece en la Universidad de Massachussets, en el programa de John Kabat Zin para enfermos crónicos. El budismo pretende generar cambios en la detección y gestión de pensamientos mediante disciplina diaria y metódica. La meditación, es la forma práctica de conseguir dichos objetivos. Santachita et al. (2015)

El Mindfulness se esboza como una herramienta que cualquier persona con enfermedad mental o no, se puede utilizar para mejorar diferentes aspectos psicológicos como la atención, regulación emocional y de ansiedad, capacidad de atención, etc.

Desde la corriente cognitiva hay un programa que se basa explícitamente en Mindfulness, (MBCT), Fue Segal y Williams (1979) quienes utilizarán la técnica desarrollada por Kabat-Zin.

Desde la corriente conductista, asociada a Pavlov y B.F Skinner, describen este programa como una herramienta en la que puede funcionar como los principios básicos del modelo conductista, que el comportamiento puede ser manipulado para crear efectos positivos en el paciente.

2.2.3 Aplicación del Mindfulness

Los programas de Mindfulness se utilizan desde un enfoque terapéutico y educativo. Como se ha explicado anteriormente, forma parte de las terapias de tercera generación.

La aplicación del programa Mindfulness está dirigido principalmente hacia grupos de personas, dividido en 8 sesiones. Por otro lado, su aplicación puede estar implícita en otros programas de tratamiento o bien de manera explícita como un programa individual. Dentro de las terapias que utilizan componentes del Mindfulness se puede explicar las siguientes;

Teoría Dialéctica Comportamental (DBT) (Lineham, 1993) principal terapia para los trastornos de personalidad límite, donde se trabaja la conciencia, y atención de las emociones, así como de los pensamientos (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon y Heard, 1991).

Terapia cognitiva basada en Mindfulness (MBTC) (Segal, Williams y Teasdale, 2002) en la cual se combina un programa de Mindfulness con reestructuración cognitiva para prevenir recaídas en la depresión. Es utilizado como un programa de reducción de estrés y de ansiedad, debido al ritmo acelerado que actualmente presenta la sociedad, en el que no se es consciente del momento en el que se vive, en el presente, sino más bien las personas rigen su funcionamiento tanto cognitivo como comportamental de manera automática.

Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999) en la cual se forma a los pacientes a actuar conforme a sus valores y a aceptar aquellas experiencias internas donde hay que mostrar una actitud consciente, la que promulga el Mindfulness.

2.2.4 Eficacia de Mindfulness.

La eficacia de la práctica de Mindfulness se ha demostrado en muchos campos de la psicología y la medicina como en el tratamiento de la depresión en el que demostró Ma y Teasdale (2004) que tras aplicar un programa de Mindfulness basado en la terapia cognitiva en pacientes con trastorno depresivo grave, se encontró que sirve como programa de recaídas en pacientes que han tenido más de dos episodios, interrumpiendo así el proceso cognitivo de rumiación en momentos de riesgo de recaída.

Roemer y Orsillo (2007) en un estudio controlado con 31 sujetos, tras un programa de Mindfulness encontraron mejorías en los niveles de ansiedad y calidad de vida, estos cambios se mantuvieron en el seguimiento a los 3 y 9 meses. Por otro lado, Kim et al. (2009) publicaron un estudio controlado aleatorizado utilizando un programa de Mindfulness con 46 pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, comparándolo con un grupo control sometido a un programa de psicoeducación sobre la ansiedad. En los resultados de este estudio se señalan una reducción significativa de los síntomas de ansiedad y depresión en el grupo donde se utilizó Mindfulness como programa de intervención.

Otros autores como Rosenzweig et al. (2010) han comprobado que tras la aplicación de un programa de Mindfulness se conseguía aumentar el bienestar psicológico de los pacientes y paliar la sintomatología depresiva.

En otro estudio cuasiexperimental realizado con un grupo control de pacientes con fibromialgia, tras pasar por un programa de Mindfulness se incrementó la calidad de vida,

manteniendo la mejoría en dos meses e incluso 3 años desde que finalizó dicho programa (Grossman et al. 2007).

Por otro lado, no solo se demuestra la eficacia en las variables depresión, ansiedad y calidad de vida, sino que otros dos estudios han demostrado cambios en las estructuras cerebrales.

Meikei Lung et al (2013) hallaron en personas que meditan mayor densidad gris en el cerebro, lo que presupone un descenso de las emociones negativas. Por otro lado, el segundo estudio, encontraron mayor aumento cortical en regiones anteriores del cerebro, la mayor parte de las que se halló engrosadas tenían que ver con la regulación de los estados emocionales (Sanchita et al. 2015).

2.3. Calidad de vida

Muchos de los trastornos mentales comenzaron a entenderse desde el punto de vista psicológico a partir de la Segunda Guerra Mundial en Estados Unidos (Sánchez, 2017), desde ese momento el término calidad de vida comenzó a utilizarse con mayor frecuencia, los investigadores intentaron conocer mediante este concepto la percepción que tenían las personas acerca de su vida (Campbell, 1981). Este concepto fue importante en la investigación de salud con el objetivo de distinguir resultados relevantes, pero actualmente se asocia con otras variables que forman parte del concepto. Tal como comenta Meeberg (1993) términos como bienestar subjetivo, estado de salud, salud mental, felicidad, valores vitales son usados para designar calidad de vida.

La Organización Mundial de la Salud en un intento de aunar las diferentes clasificaciones propuso una definición propia (The WHOQOL Group, 1995). Algunas características del constructo son; la calidad de vida es subjetiva, tiene naturaleza multidimensional e incluye funcionamientos positivos como dimensiones negativas (The WHOQOL Group, 1995). Bajo este marco, la calidad de vida se define como una percepción que depende de la cultura y sistema de valores propios y está relacionado con metas y expectativas en la vida. La OMS, además, señala que es un concepto extenso, que incorpora una serie de dimensiones relacionadas entre sí, como son la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y entorno, y las creencias religiosas. El grupo de

trabajo de la OMS identificó 10 factores que influyen en el nivel global de calidad de vida del individuo. Estos 10 factores resultaron ser sentimientos positivos, actividades de la vida diaria, energía y fatiga, sentimientos negativos, capacidad de trabajo, autoestima, actividades de ocio, relaciones personales, dolor y disconfort, sueño y descanso.

2.3.1 Calidad de Vida y trastornos mentales.

Algunos autores han dudado de si los enfermos crónicos son capaces de autoevaluar su calidad de vida, debido a la falta de conciencia de enfermedad y dificultades cognitivas. Skantze et al. (1990) demostraron que los pacientes esquizofrénicos sienten y son capaces de comunicar sus déficits sociales, con lo cual se avala la tesis de que la calidad de vida es evaluada de forma subjetiva.

Por otro lado, es importante estudiar la calidad de vida en los trastornos mentales graves, ya que ésta es un resultado final de salud percibida de la persona, independientemente del diagnóstico, para el clínico es importante saber cómo se percibe el paciente más allá de las pruebas clínicas

El impacto del estudio de la calidad de vida en los trastornos mentales es importante ya que:

- Las escalas clínicas actualmente no evalúan objetivamente la situación de los pacientes. Se ha demostrado una escasa correlación entre psicopatología y calidad de vida, por lo tanto, se confirma que la calidad de vida es un concepto totalmente independiente de la enfermedad.
- Hay existencia de un feedback positivo y resultados terapéuticos, es decir, mientras mejor se encuentra la persona de la enfermedad mayor es la calidad de vida percibida por el sujeto.
- Tanto el paciente como familiares exigen una mejora en la calidad de vida del paciente en la intervención terapéutica.

2.4 Eficacia del Mindfulness sobre la depresión, ansiedad y calidad de vida

En este marco teórico se ha desarrollado las diferentes variables objetos de este estudio, por un lado, las que medimos depresión, ansiedad y calidad de vida, y por otro el programa Mindfulness, que es la variable con la que intervenimos.

La petición principal de enfermos y familiares al empezar un tratamiento psicológico, psiquiátrico o farmacológico, es que el tratamiento ayude a mejorar la calidad de vida del paciente. Tras la revisión bibliográfica expuesta se ha encontrado una mejora en relación a nuestras variables tras aplicar un programa de Mindfulness.

Hay estudios que muestran su utilidad en trastornos de ansiedad (Kabat-Zin, Massion, Kristeller, Peterson, Fletcher y Pbert, 1992). Por otro lado, estudios como el de Roemer et al. (2008) demuestran mejorías en síntomas de depresión y ansiedad en personas diagnosticadas de trastorno mental. Por ello, la actividad clínica del Mindfulness ha constatado su eficacia y utilidad en programas para modificar ciertas funciones fisiológicas e inmunitarias (Davidson et al. 2003). El uso de la meditación se ha integrado como procedimiento en reducción del estrés, y han aportado evidencia empírica tanto en la terapia dialéctico comportamental, como en la terapia cognitiva para la depresión basada en Mindfulness (Teasdale et al. 2000, Teasdale, Segal y Williams, 1995).

Se puede conseguir la mejoría en depresión, ansiedad y calidad de vida cuando las prácticas del Mindfulness son diarias y se convierten en hábitos. La importancia del Mindfulness radica en poner atención a todo aquello que pertenece al presente, a las sensaciones corporales, a pensar. Se entiende que al igual que la relajación, el entrenamiento y práctica permite la adquisición de ciertas habilidades que pueden tener efectos positivos en el funcionamiento normal de la persona. Quintana et al (2001) demostraron mayor bienestar psicológico tras la práctica de Mindfulness. También Grossman et al. (2007) demostraron la mejoría en la calidad de vida en personas que padecían fibromialgia mediante un estudio cuasiexperimental con grupo control donde se aplicó Mindfulness y se comprobó la eficacia incluso años después de haber pasado por el programa de intervención.

Con el auge e incremento de los trastornos mentales, debido al estilo de vida del mundo occidental, las personas se ven sometidas a mayores niveles de estrés provocando daños

Cárdenas Hernández, Alicia

psicológicos, afectando así a diferentes áreas, personal, laboral y social. Por ello, la psicología se ve en la obligación de tener que plantearse nuevas terapias alternativas, para paliar las consecuencias que provoca en las personas una vida con estrés, donde todo gira en torno a obligaciones olvidándose así del cuerpo, del sentir el presente, etc, es por esto que el Mindfulness recuerda los beneficios que nuestros antepasados utilizaban para sentirse en armonía y después de más de 2000 años las practicas budistas resurgen como programa de intervención psicológico para paliar la sintomatología depresiva y ansiosa, mejorando así la calidad de vida como afirmaban Bobes, González y Suárez (1993).

Se reconoce, por tanto, tras los diferentes estudios expuestos en este marco teórico, que el Mindfulness ayuda a mejorar niveles de depresión, ansiedad y calidad de vida.

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Objetivos e hipótesis

3.1.1 Objetivo General:

Estudiar la eficacia de un programa de Mindfulness sobre la depresión, ansiedad y calidad de vida en personas diagnosticadas de trastorno mental grave.

3.1.2 Objetivos Específicos:

- Valorar en los sujetos que componen la muestra las siguientes variables; calidad de vida, ansiedad y depresión.
- Llevar a cabo un programa de Mindfulness de 7 semanas.
- Valorar las variables; calidad de vida global, ansiedad y depresión tras el programa de Mindfulness.
- Estudiar la eficacia del programa mediante la comparación de las medidas pre y post tratamiento.

3.1.3 Hipótesis

Las hipótesis de estudio son:

1. La muestra presentará menores niveles de ansiedad después de la aplicación del programa de Mindfulness.
2. La muestra presentará menores niveles de depresión después de la aplicación del programa de Mindfulness.
3. La muestra presentará mayores niveles en la calidad de vida tras el programa de Mindfulness.

3.2 Diseño

En el presente trabajo se ha empleado un tipo de diseño cuasiexperimental. La elección de este diseño se ha basado en el hecho de que no hay control total de todas las variables. Atendiendo a la dimensión temporal, se trata de un diseño longitudinal, ya que se analizan las variables mediante diferentes instrumentos en dos momentos temporales diferentes, antes del programa de intervención y después del mismo. En cuanto al tipo de análisis que se ha realizado corresponde a una comparación entre las puntuaciones pretest y posttest para la comprobación de las hipótesis de las diferencias en los dos momentos.

3.3 Población y muestra

El estudio va dirigido principalmente a personas que sufren de un trastorno mental crónico y que afecta negativamente a varios niveles tanto en capacidades cognitivas, funcionales y personales en la vida de las personas. Entre los trastornos mentales estudiados, incluimos; esquizofrenia, trastorno depresivo, trastorno de ansiedad, trastorno de la personalidad como el trastorno límite y esquizoafectivo. Las características centrales de la población son las siguientes; residencia en un ámbito rural, edad adulta entre 25 y 55 años, tratamiento clínico en los servicios de salud.

Se reclutó una muestra de 21 personas, de las cuales asistieron con total voluntariedad a la charla informativa y firma del consentimiento informado 19 personas. Por lo tanto, la muestra se compone de 19 sujetos con diagnóstico de enfermedad mental, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno límite, trastorno de ansiedad y depresión.

La muestra corresponde a personas usuarias del centro de Rehabilitación Psicosocial Feafes-Zafra, cuyo rango de edad oscila desde los 32 y 55 años. Como se aprecia en la tabla 3 la muestra de estudio está compuesta por 8 hombres (42,10%) y 11 mujeres (57,89%).

Tabla 4. Descriptivos de la muestra.

		Frecuencia	%	Media	Desviación Típica
Sexo de la muestra	Masculino	8	42,1		
	Femenino	11	57,9		
Edad				43,95	7,58

Figura 1. Descripción de la muestra.

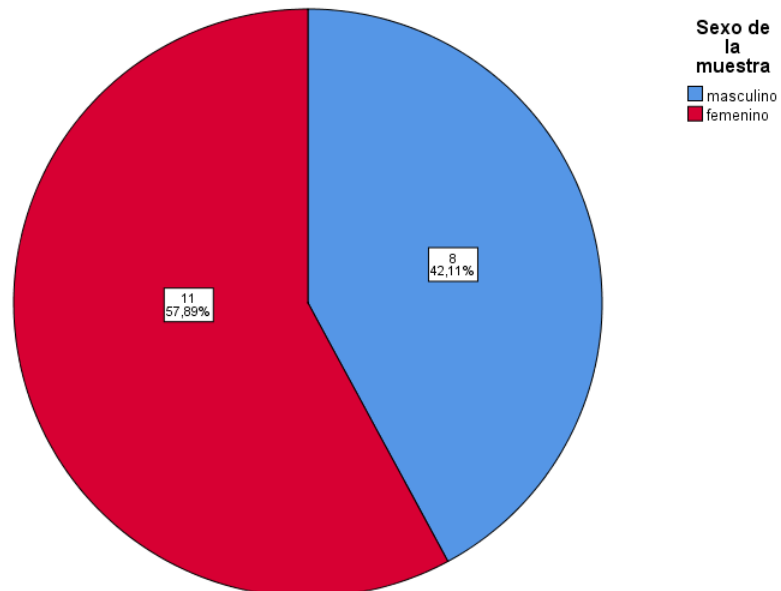


Tabla 5. Frecuencia de trastorno mental de la muestra

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	esquizofrenia	2	10,5	10,5	10,5
	ansiedad	3	15,8	15,8	26,3
	depresión	5	26,3	26,3	52,6
	esquizoafectivo	3	15,8	15,8	68,4
	esquizofrenia	2	10,5	10,5	78,9
	tno limite	4	21,1	21,1	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

- Criterios de inclusión.
 - Tener una edad comprendida entre los 25 y 55 años.
 - Pacientes diagnosticados de alguna enfermedad mental grave.
 - Firmar el consentimiento informado para la realización de este estudio.
- Criterios de exclusión.

Se estableció un único criterio que impedía la correcta aplicación del programa, presentar sintomatología activa de la enfermedad en los momentos de reclutamiento o diferentes fases del programa.

- Aspectos éticos.

Se informó a los participantes con una charla previa del objetivo del estudio, así como de una breve explicación del programa y firma del consentimiento informado (Anexo 1) que cuenta con la aprobación de la comisión ética de UNIR.

3.4 Variables medidas e instrumentos aplicados

Las variables que se miden en el estudio son; ansiedad, depresión y calidad de vida en 2 momentos diferentes, antes y después del tratamiento.

Los cuestionarios que se utilizaron para medir las anteriores variables son los siguientes:

- Inventario de Depresión de Beck (BDI-I): Los autores son; Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown

Es un autoinforme con 21 ítems de respuesta tipo Likert que mide la depresión, mediante ítems relacionados con la sintomatología propia del trastorno como el llanto, la tristeza, la pérdida de placer, etc. Dentro de las respuestas existe una valoración de 0 a 3 en las que el sujeto debe puntuar la opción que crea más útil con respecto a su estado de ánimo. La versión original permite marcar varias opciones, en este caso, para mayor fiabilidad en la corrección se les planteó la idea de marcar una única opción que estimarán más conveniente. Con respecto a su fiabilidad, los índices psicométricos han sido estudiados, mostrando una buena consistencia interna (α de Cronbach, 0.76-0.95). La fiabilidad del test oscila alrededor de $r=0.8$. Con respecto a la validez, muestra una correlación semejante a otras escalas.

- Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). Los autores son; Spielberg, C.D, Gorsuch, R.L y Lushene, R.E.

Es un cuestionario autoadministrado. Evalúa el nivel actual de ansiedad (ansiedad estado) y la predisposición de la persona a responder al estrés (ansiedad rasgo). Para medir los diferentes estados emplea 40 preguntas, la mitad de los ítems pertenece a la subescala Estado, formada por frases que describen como se siente la persona en ese momento, la otra mitad a la subescala rasgo, que identifica como se siente la persona habitualmente.

Para su interpretación cada escala puede oscilar de 0 a 30, indicando las puntuaciones más altas, mayores niveles de ansiedad. Existen baremos en puntuaciones cantiles para adultos y adolescentes. Se puede aplicar en evaluación pre-tratamiento, durante el tratamiento y post-tratamiento.

Cárdenas Hernández, Alicia

Con respecto a sus propiedades psicométricas tiene una consistencia interna en la subescala estado de 0.90-0.93, y subescala Rasgo de 0.84-0.87. Teniendo una fiabilidad test-retest de 0.73-0.86.

Muestra correlaciones con otras medidas de ansiedad, como la Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor y la Escala de Ansiedad de Cattell (0.73-0.85).

- El Instrumento Breve de Evaluación de la Calidad de Vida de las OMS (WHOQOL-BREF) ha sido diseñado a partir de uno más amplio, el WHOQOL-100, con objeto de valorar la calidad de vida en diferentes grupos poblacionales de distintos países. El WHOQOL-BREF ha sido ampliamente estudiado, demostrando su utilidad para la valoración de la calidad de vida. Consta de 26 cuestiones, 24 que exploran las siguientes facetas de la calidad de vida; salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente y otras dos cuestiones que valoran la calidad de vida global y el estado de salud general. Cada pregunta tiene 5 posibles respuestas que puntúan entre 1 y 5. Se obtienen 6 resultados: uno de calidad de vida global (ítem 1) y otro de salud general (ítem 2) y cuatro más de las áreas anteriormente citadas.

Su cumplimentación es autoadministrada, la versión que presentamos es la de Lucas Carrasco.

Con respecto a sus propiedades psicométricas proporciona una puntuación fiable en cada una de las áreas estudiadas, aunque los autores no proponen puntos de corte. Debe interpretarse a mayor puntuación, mayor calidad de vida. La consistencia interna es de 0.84 para el dominio de “salud física”, 0.75 para la “salud psicológica”, 0.66 para “relaciones sociales” y 0.80 para ambiente. Con respecto a la validez, su correlación con las puntuaciones del WHOQOL-100 son muy elevadas, por dominios oscilan entre 0.89 y 0.95.

Tabla 6. Resumen de Instrumentos Aplicados

Instrumento	Variable Que Mide	Resultados/Interpretación
Inventario de Depresión de Beck (BDI)	Depresión	Ordena las puntuaciones de 0-3. No depresión- puntuaciones obtenidas en el test entre (0-9), depresión leve (10-18), moderada (19-29) y grave (>29).
Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo	Ansiedad	Dos subescalas, cada una de ellas con puntuación directa de 0-30 pero con baremos en centiles con respecto a la población. A mayor puntuación más ansiedad
WHOQOL-BREF	Calidad de Vida	Se valora cada ítem de 1 a 5. A mayor puntuación mayor calidad de vida

3.5 Procedimiento.

El procedimiento seguido en esta investigación ha durado varios meses, desde junio de 2018 hasta enero de 2019. En primer lugar, se hizo la propuesta para el Trabajo Fin de Máster al detectar la necesidad en el centro de prácticas de aplicar un programa novedoso que pudiera ayudar a los usuarios. Tras comunicarlo a la dirección del Centro de Rehabilitación Psicosocial Feafes Zafra y tener su apoyo y aprobación, comenzó el proceso de autorización con la Comisión Ética de Unir, para que esto fuera efectivo, se cumplimentó una serie de documentos, imprescindibles para la aprobación de la propuesta, estos documentos son;

-Formulario de propuesta, en el que se explica y justifica el porqué de la elección de dicho diseño, así como la metodología a seguir.

-Autorización del Centro (Anexo 1), este documento aprueba el desarrollo del estudio en el centro donde se realizó la investigación.

-Compromiso de Confidencialidad de los Alumnos (Anexo 2) en el que el estudiante del Máster Universitario en Psicología General Sanitaria está conforme y se compromete a la confidencialidad y protección de los datos que utilizará en su estudio.

A continuación, el curso de la investigación sigue su ritmo, con el retraso de una semana para el inicio a lo propuesto en el documento "formulario de propuesta", hasta tener el informe de valoración de la comisión ética (anexo 3). El primer día se procedió a explicar la programación y el programa de Mindfulness como tal, objetivos y finalidad del mismo. Tras ésta, se procedió al reparto del consentimiento informado (Anexo 4), documento en el que el paciente acepta su participación en el estudio de investigación, y seguidamente el reparto de test, que estaban identificados mediante códigos, por lo que se protegía la confidencialidad de los datos en toda la investigación.

El programa de Mindfulness se desarrolló con normalidad tal y como estaba previsto. En la última sesión se repartieron los test postratamiento, una vez cumplimentados. Se procedió al posterior análisis estadístico.

3.6 Análisis de datos

El análisis estadístico fue realizado por el programa estadístico SPSS versión 25 para Window. El nivel de significación bilateral para todas las pruebas estadísticas se estableció en $\alpha = 0.05$

Para describir y conocer las características de la muestra se utilizó los siguientes estadísticos descriptivos; media y desviación típica o estándar.

Al tratarse el presente estudio de un experimento cuasiexperimental con una muestra menor de 30 sujetos y variables cuantitativas, así como de un grupo con dos medidas en diferentes momentos, se manipuló en el programa pruebas no paramétricas como la W de Wilcoxon

para conocer las diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas antes y después del tratamiento.

3.7 Programa de intervención

3.7.1 Presentación del Programa

Para el presente trabajo se llevó a cabo un programa de intervención, Mindfulness basado en la Terapia Cognitiva (TCBM). El autor Kabat-Zin (1982, 1990, 2013) desarrolló el programa para pacientes de dolor crónico, y otros trastornos relacionados con el estrés. En su formato original el curso transcurre con un total de 8 semanas, de dos a tres horas semanales y un día intensivo de meditación entre la semana 6 y 7. Se aplica de manera grupal con menos de 30 personas. En este caso hay una diferencia en el formato debido a limitaciones de tiempo con respecto a la realización del trabajo fin de Máster (TFM) y por las características de los sujetos que componen la muestra. Se adaptó de tal manera que todos los participantes pudieran sentirse cómodos en la realización y nos supusiera un esfuerzo extra. Se realizó en 7 semanas, dos horas a la semana. El lugar de realización fueron las instalaciones del Centro de Rehabilitación Psicosocial Feafes- Zafra, las cuales cedieron a demanda de las actividades a realizar.

A continuación, se detallan los objetivos del programa, metodología seguida, temas de sesiones y cronograma, así como la evaluación del mismo.

3.7.2 Objetivos del Programa

Las personas diagnosticadas de enfermedad mental grave, se quejan con frecuencia en las consultas sobre la ansiedad que le genera diferentes situaciones, y el estado de ánimo bajo que les dificulta la capacidad de sentir placer en lo que hacen y ser más dinámicos en diferentes aspectos de su vida personal. Tras esta apreciación en las consultas realizadas en las prácticas del máster Psicología General Sanitaria, los objetivos principales que se plantearon fueron mejorar la calidad de vida de los participantes, así como reducir los niveles de ansiedad y depresión tras su paso por el programa de intervención.

3.7.3 Metodología

El planteamiento del programa fue resultado de la propuesta del trabajo fin de máster (TFM) que se hizo en fecha de mayo y junio de 2018 en la Universidad Internacional de la Rioja. Al estar realizando las prácticas en el Centro de Rehabilitación Psicosocial Feafes-Zafra les comuniqué mi objetivo para dicho TFM y desde la dirección del centro dieron su autorización para poder realizar el estudio de investigación. Tras la asignación del director del TFM y la posterior aceptación de la comisión ética, empezó la andadura en la investigación, en octubre de 2018.

Previamente, los psicólogos/tutores del centro, tras reunirnos, empezaron su trabajo de reclutamiento de la muestra, en el que con total voluntariedad se reclutó una muestra de 21 personas, aunque solo decidieron participar finalmente 19 personas.

El programa de intervención se realizó en 7 semanas consecutivas, se inició el 23 de octubre de 2018 y finalizó el 4 de diciembre del mismo año. Los cuestionarios, así como la firma del consentimiento informado, por el cual autorizaban a la recogida de datos se hizo el primer día de la programación. Los cuestionarios post tratamiento se le dieron al finalizar la última jornada del programa, el cual podía administrarse en ese mismo momento o hacerlo en otro momento pero que tenían que hacer llegar a sus tutores de referencia.

La metodología utilizada en las sesiones fue unánime entre ellas, se exponía breves reseñas de Mindfulness, beneficios de la práctica, meditación, etc mediante el programa de exposición “power point” en el que se incluían audios y vídeos. Al final de cada sesión se debatía entre todos los beneficios o limitaciones que habían visto en las prácticas realizadas en la sesión.

3.7.4 Evaluación del programa

Para evaluar la eficacia del programa en personas diagnosticadas de enfermedad mental se partió de tres hipótesis, que mediante la evaluación de diferentes variables, depresión, ansiedad y calidad de vida se valoró en diferentes momentos, antes del desarrollo del programa de intervención y después del mismo. La evaluación inicial o pretest establece la línea de la que se parte en la investigación, proporciona información sobre el estado de estas variables antes de intervenir. La evaluación durante el programa se observa

directamente, mediante la asistencia a las sesiones, el grado de bienestar que se observa al entrar y salir de la sesión, y mediante preguntas directas de cómo se han sentido y qué beneficios les ha reportado las prácticas realizadas. Por último, en la evaluación final se administraron los mismos cuestionarios que se aplicaron en el primer momento, de esta manera podemos verificar si aceptamos o rechazamos las hipótesis planteadas.

3.7.5 Sesiones del programa de intervención

A continuación, se detallan temas, objetivos y prácticas principales que se vieron en las siete sesiones que duró el programa de Mindfulness basado en la terapia cognitiva (MBCT).

Primera sesión. Se presentó el proyecto de investigación y se explicó la documentación necesaria que debían cumplimentar. Seguidamente se presentó el programa con una presentación power point (ppt). Se inicia una introducción al Mindfulness con prácticas propias del Mindfulness, observación del cuerpo y la práctica de la uva pasa.

- Segunda sesión.

Mediante ppt se expone el tema principal de esta sesión, como son, las características del piloto automático, algunas técnicas para aprender a estar en el presente, que beneficios se obtienen tras la práctica apoyado con evidencias empíricas. Después se introduce a los sujetos a la meditación guiada por parte del investigador y a continuación la práctica de escáner corporal mediante un audio. Otra técnica utilizada fue probar sensaciones nuevas en la que los sujetos, con los ojos tapados, comprobaban al beber un poco de limón, se les hacía caricias con una pluma y comían chocolate. Tras esta práctica tenían que describir tanto las sensaciones como la emoción que le había provocado. Las prácticas principales para seguir introduciéndose en el mundo del Mindfulness fueron observar el cuerpo mediante escáner bien imaginado o guiado con un audio, identificar 3 emociones diarias y registrarlas.

- Tercera sesión.

El tema cumbre de esta sesión fue aprender a estar presente en la experiencia. Para ello, se meditó, se realizó la práctica del caminar consciente, y relajación guiada. Se explicó la técnica del stop mediante intercambio de experiencias. Los ejercicios para casa en esta

ocasión fueron dibujar mandalas mientras respiro al compás, meditar entre 3 y 5 minutos diarios y caminar consciente todos los días.

- Cuarta sesión.

El tema de la sesión fue permanecer presente y buscar sentido a la experiencia, para ello se volvieron a utilizar técnicas propias del Mindfulness, escáner corporal, meditación guiada. Se realizó un ejercicio de crítica hacia uno mismo donde se trabajan conceptos como “vive, ama y deja un legado”, también se utilizó un diario de situaciones agradables y desagradables. Como ejercicios para casa se recomendó seguir meditando diariamente y centrarse en situaciones agradables y desagradables y rellenar el diario.

- Quinta sesión.

La sesión se centró en la importancia de establecer un sentido a la vida mediante un vídeo motivacional. Se aplicaron técnicas vistas en las sesiones anteriores para interiorizarlas como la meditación, la práctica más relevante en esta sesión fue un audio motivador y relajante a la vez en el que incentiva el ser consciente del aquí, ahora y dejar un legado. Como técnica cognitiva se describen las emociones que provoca el audio.

- Sexta sesión.

Aprender a gestionar pensamientos y emociones fue el tema principal de esta sesión, la meditación fue guiada para identificar y reavivar estos aspectos cognitivos. Se practicó la escucha consciente, escuchando experiencias en el grupo e identificar las emociones y pensamientos que provocaba cada experiencia mediante una puesta en común. Otra práctica propuesta en este momento del programa fue mirarse al espejo y sonreír. La puesta común final fue relacionada con emociones y pensamientos que se vivieron en la sesión.

- Séptima Sesión.

Se trabajó la importancia de la ocupación y respeto hacia uno mismo. Se practicó la meditación y como broche final se realizó un ejercicio de autocompasión, escribir una carta para uno mismo, Se reflexionó sobre los beneficios y buenos hábitos que se habían adquirido durante el programa de intervención. Y nos despedimos con la entrega de los test postratamiento.

3.7.6 Cronograma

Tabla 7. Cronograma del programa de intervención.

	1 ^a 23/10/201 8	2 ^a 30/10/201 9	3 ^a 6/11/201 8	4 ^a 13/11/201 8	5 ^a 20/11/201 8	6 ^a 27/11/201 8	7 ^a 4/11/201 8
Firma Consentimien to informado y test	X						X
Teoría de Mindfulness	X	X	X		X	X	
Ejercicios de Terapia Cognitiva		X		X	X	X	X
Principales Prácticas de Mindfulness	X	X	X	X	X	X	X
Otras prácticas de Mindfulness	X	X	X	X	X	X	X
Ejercicios de Terapia Cognitiva	X	X	X	X	X	X	X
Puesta en común	X	X	X	X		X	X

4. RESULTADOS

4.1 Análisis descriptivos

En este apartado se muestran diferentes tablas con los resultados obtenidos en los análisis estadísticos, media y desviación típica. La media para saber cuál es el valor promedio de una variable y la desviación típica para saber hacia dónde se orienta la media de una variable. En primer lugar, se procede a describir el análisis pretest de cada variable importante en este estudio, depresión, ansiedad y calidad de vida y a continuación los análisis posttest de las mismas tres variables.

4.1.1 Análisis pretest de las variables depresión, ansiedad y calidad de vida

La Tabla 7 muestra los estadísticos descriptivos de las diferentes variables que son objeto de interés en este estudio; depresión, ansiedad estado y calidad de vida global. A continuación, se indica la media de las puntuaciones obtenidas en el momento pretest de la investigación, así como la desviación típica, mínimo y máximos de la puntuación obtenidas en los test.

	Media	Desviac. Típ	Min	Máx
Depresión	21,68	9,328	7	36
Ansiedad	78,42	19,437	25	99
Calidad de Vida	2,53	1,02	1	5

Tabla 8. Estadísticos descriptivos de las variables dependientes pretest.

Por otro lado, no se valora la dimensión ansiedad-rasgo, porque no es objeto de interés, aunque fuera medida en el test STAI.

A continuación, se hacen descriptivos de los diferentes dominios de calidad de vida, al ser ésta una variable multidimensional. Estos dominios no están sujetos al contraste de hipótesis porque no son objeto de estudio, pero resultan interesantes describir los resultados en el momento pretest y posttest.

	media	desviac. Tip	min	máx.
Salud General	2,11	1,24	1	5
Salud física	2,68	0,69	1,57	4,14
salud Psicológica	2,37	0,67	1,33	3,5
Relaciones Sociales	2,4	0,78	1,17	3,67
Ambiente	2,84	0,55	2	3,75

Tabla 9. Descriptivos pretest de los dominios de la calidad de vida global

4.1.2 Análisis posttest de las variables depresión, ansiedad y calidad de vida

La Tabla 10 muestra los estadísticos descriptivos de las diferentes variables que son objeto de interés en este estudio; depresión, ansiedad y calidad de vida, indica la media de las puntuaciones obtenidas en el momento posttest de la investigación, así como la desviación típica, mínimo y máximos de la puntuación obtenidas en los test.

	Media	Desviac. T	Mín.	Máx.
Depresión	21.47	11.316	1	46
Ansiedad	76.53	24.941	11	99
Calidad de Vida	2.614	1.122	1	5

Tabla10. Estadísticos descriptivos de las variables posttest.

En la siguiente tabla se muestran los estadísticos descriptivos de los dominios de calidad de vida global en el segundo momento, posttest.

	desviac.			
	media	Tip	min	máx.
Salud General	2,03	1,14	1	4,43
Salud física	2,72	0,63	1,6	3,86
salud Psicológica	2,4	0,78	1,35	3,67
Relaciones Sociales	2,41	0,86	1	3,67
Ambiente	2,84	0,55	2	3,75

Tabla 11. Descriptivos postest de los dominios de calidad de vida global.

4.1.3 Comparación pretest y postest de los estadísticos descriptivos de las variables

A continuación, se exponen dos tablas comparativas de las medias y desviación típica de las variables depresión, ansiedad y calidad de vida. Como se observa las medias entre la medida pretest y postest no difieren mucho entre ellas. No obstante, al ser nuestras variables importantes en el estudio se realizarán un contraste de hipótesis.

	Desviac.			
	Media Pretest	Media Postest	Desv. Típica Pretest	Típica Postest
Depresión	21,68	21,57	9,32	11,31
Ansiedad	78,42	76,53	19,35	24,94
Calidad de Vida	2,53	2,61	1,02	1,12

Tabla 12. Resumen de datos descriptivos pretest y postest de depresión, ansiedad y calidad de vida

En la siguiente tabla se resumen los datos descriptivos pretest y postest de los dominios de la variable calidad de vida, que, aunque no se someterán a estudio de comparación de hipótesis al no tratarse del objeto principal de estudio, se observa que los datos no difieren de manera significativa en los momentos antes y después del tratamiento.

	Media	Media	Desviación	Desviación
	Pretest	Posttest	Típica Pre	Típica Posttest
Salud General	2,11	2,03	1,24	1,14
Salud física	2,68	2,72	0,69	0,63
salud Psicológica	2,37	2,4	0,67	0,78
Relaciones Sociales	2,4	2,41	0,78	0,86
Ambiente	2,84	2,84	0,55	0,55

Tabla 13. Resumen de estadísticos descriptivos pretest y posttest de los dominios de la variable calidad de vida

4.2 Análisis inferencial de hipótesis.

El análisis inferencial se utiliza para hacer afirmaciones sobre unas hipótesis a partir de los datos de la muestra y generalizarlos a la población que se estudia. En este caso las hipótesis que se deberían afirmar son las siguientes:

1. La muestra presentará menores niveles de ansiedad después de la aplicación del programa de Mindfulness.
2. La muestra presentará menores niveles de depresión después de la aplicación del programa de Mindfulness.
3. La muestra presentará mayores niveles en la calidad de vida tras el programa de Mindfulness.

Para analizar las variables, depresión, ansiedad y calidad de vida antes y después del tratamiento se utiliza el método no paramétrico con la prueba W de Wilcoxon al tener una muestra menor de 30 sujetos.

4.2.1 Comparación de medidas pretest y postest.

En la tabla 14 aparecen los resultados obtenidos con la prueba no paramétrica “W de Wilcoxon”, con la que se midió pretest y postest las variables; depresión, ansiedad y calidad de vida para conocer las diferencias existentes entre cada una de las variables y comparar las puntuaciones obtenidas antes y después del tratamiento. Tal y como indica la tabla, no existen diferencias estadísticamente significativas entre las variables antes y después del tratamiento, al ser la significación arrojada por la prueba mayor que el alfa fijado a priori ($\alpha=0.5$) por lo que no se pueden afirmar nuestras hipótesis ya que no existen diferencias después del programa en las tres variables que se comparan.

	z	p
Depresión Pretest-Postest	-0,284	0,776
Ansiedad estado Pretest- Postest	-0,155	0,877
Calidad de Vida global Pretest-Postest	-0,393	0,694

Tabla 14. Resumen Prueba “ W de Wilcoxon”.

5. DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue aplicar un programa de terapia cognitiva basado en Mindfulness (TCMB) para mejorar los niveles de depresión, ansiedad y calidad de vida.

Los resultados de este estudio no muestran diferencias estadísticamente significativas entre las variables; ansiedad, depresión y calidad de vida, pretest y postest. A continuación, se pasa a discutir los objetivos planteados en base a los resultados obtenidos.

El primer objetivo, fue valorar en los sujetos de la muestra las variables depresión, calidad de vida y ansiedad. Los datos de la media en el primer momento de medida antes del programa de intervención en la variable depresión fue de (21,68), que según el instrumento utilizado BDI se considera que los sujetos que participaron en la muestra tienen niveles de depresión moderados. En un metaanálisis de 39 estudios como el de Klainin-Yobas, Cho y Creedy (2012) se evaluó la eficacia de intervenciones basadas en Mindfulness en síntomas depresivos en personas con patologías mentales. Los datos de ansiedad estado, ya que no nos interesa la ansiedad como rasgo, que se midieron en el primer momento de recogida de datos fue de (78,42) este resultado según el STAI, instrumento utilizado para medir la ansiedad, indica que los sujetos están por encima de la media presentando más ansiedad que el 78,42 % de la población. Un estudio de Evans (2008) para probar la eficacia de Mindfulness midió la ansiedad donde demostraban que pacientes con trastorno de ansiedad generalizada redujeron los niveles de ansiedad con respecto de la línea base que partían en la primera medición. La valoración de la variable calidad de vida antes del tratamiento fue de (2,53), que según el WHOQOL-BREF que calcula la calidad de vida de 1 a 5 mayor puntuación mayor calidad de vida, se situaría a la muestra con una calidad aceptable, fue el grupo de Cohen et al. (2011) el que estudió la calidad de vida en pacientes oncológicos poniendo de manifiesto que tras el programa se mejoraba en calidad de vida y bienestar general.

El segundo objetivo fue aplicar un programa de Mindfulness de 7 semanas. En estudios como el de Cohen et al. (2011) y Romer et al. (2008) se aplicó un programa de Mindfulness basado en la reducción del estrés en su versión original con una duración de 8 semanas tal y como propuso Kabat-Zin (1982). Demostrando eficacia en los resultados obtenidos. El programa de Mindfulness basado en la terapia Cognitiva (Segal, Teasdale y Williams, 2004) el cual se aplicó en el presente trabajo también ha demostrado su eficacia en la prevención

de recaídas en pacientes depresivos tras un programa de Mindfulness basado en Terapia Cognitiva (MBCT) (Teasdale et al. 2002).

El tercer objetivo, fue valorar las variables depresión, ansiedad y calidad de vida después del tratamiento. Los resultados no reflejaron diferencias con respecto al primer momento de medida. Para la variable depresión se obtuvo una media en las puntuaciones de (21,57) considerándose que la muestra presenta unos niveles de depresión moderados. En la variable ansiedad, se obtuvo que la muestra está por encima de la media de la población con un percentil de (76,53). Con respecto a la variable calidad de vida se sitúa la media de las puntuaciones en (2,61), que según el instrumento utilizado se puede valorar como calidad de vida aceptable. Estos resultados no muestran congruencias con los hallazgos encontrados en Martínez, Miró y Sánchez (2016) en los que tras un metaanálisis de 11 estudios la Terapia Basada en Mindfulness consiguió mejorías en la calidad de vida y depresión en pacientes con fibromialgia.

El cuarto objetivo, fue estudiar la eficacia del programa de Mindfulness con la comparación de medidas pre y post tratamiento. Tras analizar estas comparaciones con el método no paramétrico de W de Wilcoxon, se concluye que no hay diferencias estadísticamente significativas, ya que la significación para cada una de las variables depresión ($p= 0,77$), ansiedad ($p= 0,87$) y calidad de vida ($p= 0,69$) pre y posttest es mayor que el alfa fijado ($\alpha= 0,5$).

A continuación, se va a proceder a aceptar o rechazar las tres hipótesis planteadas en este trabajo.

Primera hipótesis:

Ho (nula): No existen diferencias estadísticamente significativas entre el pretest y posttest en la variable depresión.

H1 (alternativa): Existen diferencias estadísticamente significativas entre el pretest y posttest en la variable depresión.

No existen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,0776$) por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alternativa que plantea el investigador. Contrario a los resultados que ofrece el presente estudio, otros autores Cebolla y Miró (2006) demostraron que tras la aplicación de un programa, Terapia Cognitiva basada en

Mindfulness (TCBM) en población clínica con sintomatología depresiva fue viable en la reducción de síntomas de depresión y estrés, comprobando también que este programa reduce el pensamiento ruminador tan propio de la sintomatología depresiva aumentando también un estilo de afrontamiento efectivo. Klainin-Yobas, Cho y Creedy (2012) demostraron la eficacia de la intervención de un programa de Mindfulness en personas con patologías mentales, pues tras realizar un estudio de metaanálisis de 39 estudios concluyeron que existía notables mejoras en los síntomas depresivos, pero el que también pudo demostrar en su estudio las diferencias existentes en la mejora de los síntomas psicológicos, relacionados con sintomatología depresiva, en pacientes con artritis reumatoide tras la aplicación de un programa de Mindfulness fue Pradhan et al. (2007). Según Kuyken et al. (2008) descubrieron que el programa de terapia cognitiva basada en Mindfulness (TCBM) era igual de efectivo que los antidepresivos de mantenimiento para evitar recaídas en un período de un año en pacientes en remisión, tras un análisis secundario se dedujo que la autocompasión es un mediador clave de los efectos de mejora de la TCBM en la prevención de recaídas depresivas (Kuyken et al. 2010). La TCBM parece efectiva en personas con depresión en remisión inestable, es decir, con picos intermitentes de los síntomas depresivos (Segal et al. 2010).

La segunda hipótesis planteada:

Ho: no existen diferencias estadísticamente significativas entre el pretest y posttest de la variable ansiedad.

H1: Existen diferencias estadísticamente significativas entre el pretest y posttest de la variable ansiedad

Según los resultados de los análisis estadísticos, tal y como se indica en la tabla 7, se debe rechazar la hipótesis alternativa y aceptar la hipótesis nula ($p < 0,877$) con lo cual no existen diferencias estadísticamente significativas en la hipótesis que plantea el investigador. Estudios como el de Rosenzweig et al. (2009) tampoco obtuvo diferencias estadísticamente significativas en la mejora de la sintomatología ansiosa en personas que padecían dolor crónico tras la práctica diaria de Mindfulness. Contra estos datos destacan estudios como el de Roemer, Orsillo (2007) y Roemer, Orsillo y Salters-Pedneault (2008) en el que hay evidencias representativas en la mejora de síntomas ansiosos y depresivos tras la aplicación del programa de Mindfulness en pacientes diagnosticados de trastorno de ansiedad generalizada. Fue Evans (2008) que tras el estudio de 11 pacientes demostró que las

intervenciones basadas en Mindfulness reducían notablemente la sintomatología ansiosa en pacientes con trastornos de ansiedad generalizada tras un estudio pre y post tratamiento, al igual que el estudio realizado por Hoge (2013). Más aún, Lee et al. (2007) introdujo dos programas uno de reducción del estrés basado en Mindfulness y otro programa de tipo educativo en pacientes con trastorno de ansiedad, siendo el grupo que recibió el tratamiento de Mindfulness el que manifestó mejorías claras en la reducción de síntomas propios de la ansiedad.

Con respecto a los datos anteriormente citados, el objetivo de Kabat-Zinn et al. (1992) era determinar la eficacia del programa de reducción del estrés basado en Mindfulness (MBRS) en problemas patológicos ansiosos, determinando en un estudio que 21 de los 24 participantes que componían su muestra disminuyeron considerablemente la sintomatología ansiosa, al igual que se redujeron los ataques de pánico. Asimismo, a pesar de no estar diagnosticados de depresión también comprobó que tras administrar el cuestionario BDI para la depresión se reducían los síntomas depresivos.

Con respecto a la tercera hipótesis planteada:

Ho: no existen diferencias estadísticamente significativas en la variable calidad de vida pretest y postest.

H1: Existen diferencias estadísticamente significativas en la variable calidad de vida pretest y postest.

Los resultados de este estudio no arrojan diferencias estadísticamente significativas en la variable calidad de vida tras el programa de Mindfulness, a pesar de que otros estudios recogen efectos positivos en la percepción de calidad de vida de los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada que pasan por un programa de Mindfulness (Roemer, Orsillo y Salters-Pedneault, 2008)

6. CONCLUSIONES

Partiendo de los resultados obtenidos en esta investigación, se concluye que el programa de Mindfulness no ha tenido efectos en la depresión, ansiedad y calidad de vida en la población a la que iba dirigido tras hacer una comparación estadística pretest y postest de las variables; depresión, ansiedad y calidad de vida.

- La media de las puntuaciones pretest en depresión son moderadas, la muestra presentaba mayores niveles de ansiedad con respecto a la población general y percibían una calidad de vida aceptable.
- Con respecto a la aplicación de un programa de Mindfulness se puede afinar que probablemente hubiera sido más eficaz si se hubiera llevado a cabo tal y como su autor, Kabat-Zin propone, con una duración de 8 sesiones, 3 horas semanales y un día intensivo entre las semanas 6 y 7.
- Tras los resultados obtenidos en las medidas postest de las variables depresión, ansiedad y calidad de vida, se concluye que no hubo diferencias en las puntuaciones con respecto al primer momento, se mantuvieron estables en las dos medidas sin grandes alteraciones en la media de los resultados, puede ser consecuencia de la falta de algunos usuarios en diferentes sesiones y a la falta de interiorización del programa de intervención, intercediendo la duración del programa y la falta de tiempo para valorar los resultados en otro momento postest, por ejemplo, a los 3 meses.
- Se afirma tras los resultados que el programa de intervención, Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (TCBM) no ha atendido a las necesidades que se planteó como objetivo principal del estudio, el cual suponía la mejora de la calidad de vida, depresión y ansiedad de los participantes tras el programa.

Para concluir, la TCBM es un programa de intervención que ofrece una alternativa diferente a lo que ha ofrecido la psicología a la cultura occidental, que sirve para ayudar a las personas con enfermedad mental, a alcanzar los beneficios que se obtienen en la práctica Mindfulness, a cuestionar y entender las sensaciones corporales, a meditar y aprender a relacionarse con todo aquello que le rodea de una manera sana y buscar los porqués de ese estado.

7. LIMITACIONES

Los resultados del presente estudio hay que observarlos con mesura, pues está sujeto a muchas limitaciones que merecen la pena mencionar.

Una limitación importante es la variabilidad de la muestra, pues tienen diferentes trastornos y por lo tanto hay comorbilidad e influencia de los trastornos diagnósticos principales sobre las medidas de depresión, ansiedad y calidad de vida.

Partimos de la base de un estudio sin grupo control, no por esto menos válido, pero si debido a ello existen una serie de factores externos que influyen en los datos obtenidos y de los que el investigador no ha podido tener en cuenta en el estudio ni compararlo con una muestra control. También, fue decisión del investigador plantearlo sin grupo control, ya que durante el proceso de prácticas percibió la necesidad de plantear un programa diferente y novedoso para los usuarios, y que todos aquellos con sintomatología estable que quisieran participar en el estudio tuvieran la oportunidad de conocer y experimentar otro tipo de intervención psicológica el cual con constancia en las prácticas pudiera reportar una mejora en la calidad de vida global.

Por un lado, debido a temas logísticos y de tiempo no se ha podido realizar con mayor exhaustividad el diseño que se ha planteado, pues requisitos imprescindibles en el programa de intervención, como es el seguimiento en la práctica diaria, no se ha podido estudiar de manera objetiva más allá de la exposición que los participantes mencionaban en cada sesión. Muchos de los sujetos participaban de las sesiones, pero debido a las características de la muestra y a la poca motivación percibida hacia el cambio sabemos que no ejercitaban lo aprendido en las diferentes sesiones del programa.

Con respecto al tamaño muestral, se observa que para la realización de este proyecto se contaba con una muestra reducida, el reclutamiento fue complicado debido a las características de la población que iba dirigido el presente estudio, incluidos los criterios de inclusión y exclusión. En general, la mayoría de los participantes asistieron a cada una de las 7 sesiones propuestas en la programación, aunque otros tantos declinaron su asistencia de una o varias sesiones, pudiendo ser éste motivo de un cambio poco significativo en los resultados finales tras la intervención.

Cárdenas Hernández, Alicia

Antes de seguir con líneas futuras de investigación es importante destacar la percepción subjetiva de los test utilizados, en concreto el cuestionario WOQOL-BREF el cual es un test totalmente contestado por la muestra con una subjetividad total de los dominios que investiga, pudiendo llevar a sesgos en los resultados. Por ello y no menos importante aquí, hay que tener en cuenta las características de la población en la que se estudia, ya que la mayoría posee una distorsión total o al menos parcial de la realidad.

8. PROSPECTIVA

Con respecto a líneas futuras de investigación que se puede seguir en esta línea son estudiar otros factores importantes de la calidad de vida, como por ejemplo la salud psicológica percibida. En poblaciones con estos rasgos es importante mantenerse estables psicológicamente, percibirse así y no tener recaídas es un factor protector a la vez para ellos en los que ganan seguridad y fortalece su autoestima.

Asimismo, se puede apreciar que el programa de Mindfulness más que una intervención en sí misma como reducción de sintomatología activa y de estrés se debe encauzar en una línea de estudio donde se centre en la prevención de recaídas de dicha población, evitando mediante el mismo el aumento o cambio en tratamiento farmacológicos o bien ingresos hospitalarios.

De cara a nuevas investigaciones en ésta línea, es fundamental verificar la práctica diaria del programa, pues el cerebro es “como un músculo que hay que entrenar” al igual que se entrena cualquier músculo del cuerpo realizando ejercicio constante, y habría que ver las diferencias que pudieran existir en diseños longitudinales de 3 medidas repetidas, pretratamiento, postratamiento y una vez que pase un tiempo superior a 6 meses, donde el hábito de la práctica esté adquirido para poder comprobar las diferencias encontradas.

9. BIBLIOGRAFÍA

Referencias bibliográficas

- Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Revista Universitaria de Investigación* ,1, pp. 93-107.
- Aragonés, E., Piñol, J.L., y Labad, A. (2009). Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria. *Atención Primaria* 41(10), pp. 545-551.
- Astin, J. A., Shapiro, S.L., Eisenberg, D.M. y Forsys, K.L. (2003). Mindbody medicine: State of the science, implications for practice. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 16, pp. 131-147.
- Baer, R. (2017). *Técnicas de tratamiento basadas en Mindfulness*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Baer, R.A. (2003) Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.
- Barlow, D. H., Cohen, A. S., Waddell, M. T., Vermilyea, B. B., Klosko, J. S., Blanchard, E. B. y DiNardo, P. A. (1984). Panic and generalized anxiety disorders: nature and treatment. *Behavior Therapy*, 15, pp. 431-449.
- Beck, A. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Nueva York: Harper and Row.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford.
- Bobes J, González MP, Bousoño M, Suárez E. (1993) Desarrollo histórico del concepto de calidad de vida. *Monografías de Psiquiatría*, 5(6), pp. 5-9.

- Borkovec, T. D. y Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, pp. 611-619.
- Borkovec, T. D., Mathews, A. M. Chambers, A., Ebrahimi, S., Lytle, R. y Nelson, R. (1987). The effects of relaxation training with cognitive therapy or nondirective therapy and the role of relaxation-induced anxiety in the treatment of generalized anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, pp. 883-888.
- Butler, G., Cullington, A., Hibbert, G., Klimes, I. y Gelder, M. (1987). Anxiety management for persistent generalized anxiety. *British Journal of Psychiatry*, 151(4), pp. 535-542.
- Caballo, V., Mateos, P.M. (2000). El tratamiento de los trastornos de ansiedad a las puertas del siglo XXI. *Psicología conductual*, 8(2), pp. 173-215.
- Campbell, A. (1981) *The sense of well-being in america*. McGraw-Hill, New York.
- Cebolla, A., Miró, M.T. (2006). Eficacia de la Terapia Cognitiva basada en la atención plena en el tratamiento de la depresión. *Revista de Psicoterapia*, 17 (66/67), pp. 133-155.
- Chadwick, P., Taylor, K. N., y Abba, N. (2005). Mindfulness groups for people with psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33(3), pp. 351-359.
- Comelles, J. M. y Martínez-Hernández, À. (1994). The dilemmas of chronicity: the transition of care policies from the authoritarian state to the welfare state in Spain. *International Journal of Social Psychiatry*, 40(4), pp. 283-295.
- Conejo, S., Moreno, P., Morales, J.M, Alot, A., García-Herrera, J.M., Gonzalez, M.J., Quemada, C., Requena, J. y Moreno, B. (2014). Opiniones de los profesionales del ámbito sanitario acerca de la definición de trastorno mental grave. Un estudio cualitativo. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 37(2), pp. 223-233.
- Correa-Urquiza, M. (2009). *Radio Nikosia: La rebelión de los saberes profanos. (Otras prácticas, otros territorios para la locura)* (tesis doctoral). Universidad Rovira i Virgili.

- Cuesta, M.J, Peralta, V. y Zarzuela, A. (2000). Neuropsicología y esquizofrenia. *Anales Sis San Navarra*, 23, pp. 51-62.
- Dugas, M., Ladouceur, R., Boisvert, J. M. y Freeston, M. (1996). Generalized anxiety disorder. Fundamental elements and psychological intervention strategies. *Canadian Psychology*, 37(1), pp. 40-53.
- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C. y Haglin, D (2008). Mindfulness- based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, pp. 716-721.
- Flick, S., Roy-Byrne, P., Cowley, D., Shores, M. y Dunner, D. (1993). DSM-III-R personality disorders in a mood and anxiety disorders clinic: prevalence, comorbidity, and clinical correlates. *Journal of Affective Disorders*, 27, pp. 71-79.
- Garety, P, Fowler, D. y Kuipers, E. (2000). Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), pp. 73-86.
- Good, B. J. (1994). El cuerpo, la experiencia de la enfermedad y el mundo de vida: Una exposición fenomenológica del dolor crónico. Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica. *La representación narrativa de la enfermedad*, pp. 247-297 Madrid: Ediciones Bellaterra.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. y Walach, H. (2004). Mindfulness-Based Stress Reduction and health benefits: a meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, pp. 35-43.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy and the new behaviour therapies. En S. C. Hayes, V. M. Follette y M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 1-29). Nueva York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, pp. 639-665.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy*. New York: The Guilford Press.

- Ibáñez Cuadrado Á, Ibáñez Guerra E, López S, Morán P, Palao DJ. y Romacho M (2014) Development Group Recommendations on Physical Health in Patients with Depression Spanish consensus on the physical health of patients with depressive disorders. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7, pp. 195-207.
- Jacobson, N. S. y Gortner, E. T. (2000). Can depression be de-medicalized in the 21st century: scientific revolutions, counter-revolutions and the magnetic field of normal science. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 103-117.
- Jacobson, N. S., Martell, C. R. y Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 255-270.
- Jarret, R. y Rush, A. (1994). Short-term psychotherapy of depressive disorders: Current status and future directions. *Psychiatry*, 57(2), pp. 115-132.
- Jiménez-Muro, A. (2012). La comorbilidad de los trastornos de la personalidad. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2(3), 1-8.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A.O., Kristeller, J., Peterson, L.G., Fletcher, K.E. y Pbert, L. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 149, pp. 936-943.
- Keegan, E. (2007). Terapia Cognitivo-Conductual de la esquizofrenia. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 17, 423-427.
- Kim, Y. W., Lee, S. H., Choi, T. K., Suh, S. Y., Kim, B., Kim, C. M., et al. (2009). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 26, pp. 601–606.
- Klainin-Yobas P, Cho MA, Creedy D. (2012). Efficacy of mindfulness-based interventions on depressive symptoms among people with mental disorders: a meta-analysis. *Int J Nurs Stud*, 49(1), pp. 109-21.
- Korman, G.P y Garay, C.J. (2012). El modelo de terapia cognitiva basada en la conciencia plena (mindfulness). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 12(1), pp. 5-13.

- Lee, S.H., Ahn, S.C., Lee, Y.J., Choi, T.K., Yook, K.H., y Suh, S.Y. (2007). Effectiveness of a meditation-based stress management program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with anxiety disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 62, pp. 189-195.
- Leung MK, Chan CC, Yin J, Lee CF, So KF, Lee TM. (2013). Increased gray matter volume in the right angular and posterior parahippocampal gyri in loving-kindness meditators. *Soc Cogn Affect Neurosci*, 8(1), pp. 34-99.
- Linehan, M. M (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A., Allman, D. & Heard, H.L. (1991). Cognitive - behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Ma, S. H. y Teasdale, J. D. (2004). Mindfulnessbased cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, pp. 31-40.
- Martínez, À. (2009). Más allá de la rehabilitación psicosocial. Metáforas de exclusión y tareas de inclusión. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1(1).
- Meeberg, G.A. (1993). Quality of life: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 32 – 38.
- Melero, A.R. y Yela, J.R. (2014). Análisis de la investigación sobre Mindfulness entre 2008-2012: Una aproximación a través del análisis bibliométrico. *Revista INFAD de Psicología*, 1(4), pp. 63-72.
- Miró, M.T., Perestelo-Pérez, L., Pérez, J., Rivero, A., González, M., De la Fuente, J. y Serrano, P. (2011). Eficacia de los tratamientos basados en Mindfulness para los trastornos de ansiedad y depresión: Una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(1), pp. 1-14.
- Moreno, A. (2012). Terapias Cognitivo-Conductuales de tercera generación: La atención plena. *Revista Internacional de Psicología*, 12(1).

- National Institute of Mental Health. (1987). Towards a model for a comprehensive community based mental health system. Washington DC: NIMH
- Navarro, D., García- Heras, S., Carrasco, o y Casas, A. (2008). Calidad de vida, apoyo social y deterioro en una muestra de personas con trastorno mental grave. *Intervención Psicosocial*, 17(3), pp. 321-336.
- Oblitas, L., Turbay, R., Soto, K., Crissien, T., Fernando, O., Puello, M., & Ucrós, M. (2017). Incidencia de *mindfulness* y *qi gong* sobre el estado de salud, bienestar psicológico, satisfacción vital y estrés laboral. *Revista Colombiana de Psicología*, 26(1), 99-113. doi: 10.15446/ rcp. v26n1.54371
- OPS/OMS. Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias. Guía para el nivel local, 2002.
- Organizacion Mundial de la Salud (1992). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*.
- Organización Mundial de la Salud (1993). *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades CIE-10*. Washington D. C.: Autor.
- Parra Delgado, M., Montañés Rodríguez, J. Montañés Sánchez, M. y Bartolomé Gutiérrez, R. (2012). Conociendo mindfulness. *Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 27.
- Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo, I. (Eds.). (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces* (3 vol.). Madrid: Pirámide.
- Pérez, M. y Botella L. (2006). Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: Concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de Psicoterapia*, 17, pp 77-120.
- Peterson, C., Maier, S. y Seligman, M. (1993). *Learned helplessness. A theory for the agemof personal control*. Nueva York: Oxford University Press.
- Posada-Villa, J.A y Trevisi, C. (2004). Prevalencia, severidad y necesidades no satisfedchas del tratamiento de los trastornos de ansiedad, relacionados con

- sustancias, del estado de ánimo y del control de los impulsos en adultos según el Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003. *MedUnab*, 7(20), 65-72.
- Pradhan, E.K., Baumgarten, M., Langenberg, P., Handwerker, B., Gilpin, A.K. y Magyari, T (2007). Effects of Mindfulness Based stress reduction in the rheumatoid arthritis patients. *Arthritis Care & Research*, 57, pp. 1134-1142.
- Puerta, J., y Padilla, D. (2011). Terapia Cognitiva-Conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del arte. *Duazary: Revista Internacional de Ciencias de la Salud*, 8(2), pp. 251-257.
- Quintana, M y Rincón, M. E. (2011). Eficacia del entrenamiento en Mindfulness para pacientes con fibromialgia. *Clínica y Salud*, 22(1), pp. 51-67.
- Roca M, Gili M, Garcia-Garcia M, Salva J, Vives M, Garcia Campayo J. y Comas A. (2009). Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 119, pp. 52-58
- Roemer y Orsillo, L., Orsillo, S. M y Saletrs- Pedneault, K. (2008). Efficacy of an acceptance based behavior therapy for generalized anxiety disorder. Evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, pp. 1083-1089.
- Roemer, L. y Orsillo, S. M. (2007). An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 38, pp. 72–85.
- Rosernzweig, S., Greeson, J.M., Reibel, D.K., Green, J.S., Jasser, S.A. y Beasley, D. (2010). Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, pp. 29-36.
- Segal, Z.V, Williams, J.M G. y Teasdale, J. D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventig relapse, Nueva York: Guilford.
- Skaer, T.L. (2015) Research Findings Using Mindfulness-Based Interventions for Chronic Pain. *Pain Studies and Treatment*, 3, pp. 38-45

- Teasdale, J.D., Moore, R.G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., & Segal, Z.V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, pp. 275-287.
- The WHOQOL Group, (1995) The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the world health organization. *Social Science and Medicine*, 41, pp. 1403 – 1409.
- Travé, J. y Pousa, E. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual en pacientes con psicosis de inicio reciente: Una revisión. *Papeles del Psicólogo*, 33(1), pp. 48-59.
- Urzúa, A y Casqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30(1), pp. 61-71.
- Vallejo, M. A. (2006). Mindfulness. *Papeles del Psicólogo*, 27, pp. 92-99.
- Van Velzen, C., Emmelkamp, P. y Scholing, A. (2000). Generalized social phobia versus avoidant personality disorder: differences in psychopathology, personality traits, and social and occupational functioning. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(4), pp. 395-411.
- Vásquez-Dextre, E.R (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuropsiquiatría*, 79(1), pp. 42-51.
- Wells, A. (1999). A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavior Modification*, 23(4), pp. 526-555.
- Wells, A. (1999). A metacognitive model and therapy generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6(2), pp. 86-95.
- White, J., Keenan, M. y Brooks, N. (1992). Stress control. *Behavior Psychology*, 201, pp. 97-114.

ANEXO 3. Informe favorable de la Comisión

unir LA UNIVERSIDAD EN INTERNET 2018_192

INFORME DE VALORACIÓN DE TFG/TFM

La Comisión de investigación de TFG/TFM de la Universidad Internacional de la Rioja, y los miembros que lo conforman exponen que:

El proyecto de TFG/TFM titulado ***"Efectos en la calidad de vida tras la aplicación de un programa de mindfulness en personas con enfermedad mental grave."*** presentado por D/Dña. ***"Alicia Cárdenas Hernández"*** en el que consta como autor/a, ha sido valorado en Madrid a fecha del día ***30 de octubre de 2018.***

Entendiendo que este estudio se ajusta a las normas éticas esenciales y criterios deontológicos que rigen en esta institución, el proyecto presentado es valorado como **FAVORABLE** con las siguientes **observaciones:**


- Debido a las características de la muestra, se recomienda que todos los Consentimientos Informados sean firmados por los tutores legales de los participantes.

Firmado. Comisión TFM.
Facultad Ciencias de la Salud.



Madrid a 30 de octubre de 2018.

ANEXO 4. Consentimiento Informado para los participantes

**UNIVERSIDAD
INTERNACIONAL
DE LA RIOJA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Trabajo:
"EFECTOS EN LA CALIDAD DE VIDA TRAS LA APLICACIÓN DE MINDFULNESS EN PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE"

Estudiante TFM:
ALICIA CÁRDENAS HERNÁNDEZ

Lugar de realización:
CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL FEAFES-ZAFRA

Introducción:
Antes de dar consentimiento para participar en este estudio, es importante leer y entender la siguiente explicación.
El Mindfulness o Atención Plena se define como atención consciente en el momento presente en el que no se juzga el sentimiento o pensamiento, sino que se deja estar.
El Programa Mindfulness, ha sido incorporado en los últimos años en diversos programas de salud, así como en terapias psicológicas para reducir los niveles de ansiedad y mejorar así la calidad de vida. Estudios han demostrado su eficacia tal y como nos lo presenta el siguiente estudio que lleva por título Eficacia de los tratamientos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad y depresión: Una revisión sistemática
Esta hoja de consentimiento informado puede contener información que usted no comprenda en su totalidad, por lo que no dude en solicitar cualquier duda que se le plantee al respecto.

Propósito del estudio:
Hay varios objetivos en la realización de este estudio, en primer lugar centrar la investigación con la intención de mejorar la calidad de vida de personas con Trastorno Mental Grave, comprobar así la eficacia de la terapia Mindfulness y disminuir la ansiedad.
Con respecto a los beneficios que se pueden obtener en la participación de este estudio son múltiples: ayudar a la investigación y avance de la psicología, en segundo lugar y en lo que se refiere a lo personal obtener mejoras clínicas, mejorar la ansiedad, y por tanto la calidad de vida, ayudando esta terapia a centrarnos en el momento presente y a disfrutar tanto de las sensaciones corporales, sonidos que produce la naturaleza etc, pequeñas cosas que quedan olvidadas en el estrés del día y que está fuertemente incrementado cuando hay una preocupación por la salud, en este caso mental.
Entre los riesgos que podemos encontrar son mínimos. Podemos hablar de dificultades en la concentración, que se puede ir entrenando conforme vayamos avanzando en la terapia, obteniendo buenos resultados.
El participante que elige libremente la colaboración con este proyecto podrá abandonar la terapia si así lo desea en cualquier momento de la misma.

Procedimientos/explicación del estudio:

Con este objetivo, solicitamos la colaboración de adultos con trastorno diagnosticado de (esquizofrenia, trastorno límite de la personalidad, trastorno depresivo, otros...) que será participante de la muestra "población diana" que acude al CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE FEAFES-ZAFRA.

El programa tendrá 7 semanas de duración. Comenzará el martes 16 de octubre en el que se explicará en primer lugar el objetivo del programa, y se resolverán las dudas. Se introducirá definición y pequeñas prácticas de meditación de dicho programa. Las siguientes sesiones serán los martes posteriores (días totales del programa Mindfulness 16-23-30 de octubre y 6-13-20-27 de noviembre) de 12.30 a 13.30 horas.

Con respecto a las variables que se pretenden medir, hay dos evaluaciones con 3 test. Los test que se van a administrar son;

BDI: mide la presencia de depresión

STAI: mide la ansiedad como rasgo y estado.

WHOQOL-BREF: sirve para conocer la opinión personal acerca de su calidad de vida.

La primera evaluación se llevará a cabo bajo la supervisión del tutor del CRPS-ZAFRA de cada participante antes de la asistir al programa de Mindfulness. La segunda administración tras finalizar el programa, se realizará el 28 y 29 de noviembre. Además se realizarán todas las visitas necesarias por motivos clínicos durante el tiempo que dure la intervención terapéutica.

Riesgos/beneficios:

Los participantes no se beneficiarán directamente de este estudio, salvo la oportunidad de poder contribuir al avance científico que puede beneficiar en el futuro a personas con estos trastornos. No existe riesgo alguno derivado de la participación en este estudio (Ejemplo: salvo la molestia ocasionada por el cansancio derivado de la administración de las entrevistas clínicas y la evaluación psicológica....

Confidencialidad:

Ni los nombres, ni cualquier otro dato que pueda llevar a la identificación de los participantes que colaboren en el estudio serán publicados en ninguno de los trabajos que se deriven de esta investigación. Todos los datos de carácter personal necesarios para el desarrollo del estudio están sujetos a la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, legislación vigente en nuestro país. Cada uno de los participantes en el estudio, recibirá un código con el que será identificado, ningún otro dato de carácter personal será difundido o utilizado a lo largo del estudio.

Coste/compensación:

No existe ningún coste por participar en este estudio. Todas las entrevistas y pruebas que se realicen no supondrán coste alguno. Tampoco recibirán compensación económica por participar en el estudio.

Alternativas a la participación:

Su participación es completamente voluntaria.

Derecho al abandono del estudio:

Cada uno de los participantes será libre de retirarse en cualquier momento de éste estudio sin que esto afecte, en caso correspondiente, a su tratamiento o cuidados recibidos por parte del profesional de referencia del centro. Serán informados sobre cualquier dato relevante del estudio que pudiera condicionar su permanencia o abandono del mismo.

Nombre del participante:

(si el participante es un menor, este consentimiento será firmado por sus padres o tutores legales)

Nombre del estudiante:

Firma del participante

Firma del padre/madre o tutor legal (si procede)

He leído y comprendido este consentimiento informado
La información de este consentimiento informado me ha sido explicada.

Firma del estudiante

Fecha

NOTA: Se harán dos copias del consentimiento informado: una será para el estudiante TFM y la última para el participante o sus familiares.

Abandono del estudio

Marque esta opción si quiere abandonar el estudio

Fecha y firma: