

Cómo citar este artículo:

Martino Becerril, I. (2020). Implementación de un programa basado en mindfulness con pacientes con enfermedad mental del Centro de Rehabilitación Psicosocial Padre Menni de Torrelavega. *MLS Psychology Research* 3 (2), 57-72. doi: 10,33000/mlspr.v3i1.571

**IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA BASADO EN
MINDFULNESS CON PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL
DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL PADRE
MENNI DE TORRELAVEGA**

Iciar Martino Becerril

Fundación Universitaria Iberoamericana (Etiopía)

iciarmartino@gmail.com

Resumen. Las intervenciones basadas en Mindfulness cada vez son más utilizadas para intervenir en estrés, ansiedad o depresión; sin embargo, para trastorno mental grave aún se requiere de más investigación. El objetivo de este estudio es comprobar la eficacia de un programa de Mindfulness adaptado para enfermedad mental, sobre la ansiedad, depresión y calidad de vida de personas diagnosticadas de trastorno mental grave. Para comprobar su eficacia, se reclutó una muestra de 26 usuarios del Centro de Rehabilitación Psicosocial Padre Menni de Torrelavega, divididos en 2 grupos, 13 en grupo control, y 13 en grupo experimental. Se procedió al estudio recogiendo medidas en dos momentos diferentes, pretest y postest, a través de los instrumentos STAI, BDI y WHOQOL-BREF para medir ansiedad, depresión y calidad de vida, respectivamente. Se comprobó que la muestra de ambos grupos pertenecía a la misma población, y a través del análisis de varianza con medidas repetidas ANOVA, los resultados demostraron pequeñas diferencias estadísticamente significativas en ansiedad/rasgo y depresión, que sin embargo no fue así en la medición pre y post de las variables ansiedad/estado y calidad de vida, concluyendo finalmente que el programa de intervención atendió de manera parcial al objetivo de reducir la sintomatología más común de la enfermedad mental grave.

Palabras clave: Mindfulness, ansiedad, depresión, calidad de vida y trastorno mental grave.

**IMPLEMENTATION OF A MINDFULNESS-BASED PROGRAM
WITH PATIENTS WITH MENTAL ILLNESS OF THE PADRE
MENNI PSYCHOSOCIAL REHABILITATION CENTER OF
TORRELAVEGA**

Abstract. Mindfulness-based interventions are increasingly used to intervene in stress, anxiety or depression; however, for severe mental disorder more research is still required. The objective of this study is to verify the effectiveness of a Mindfulness program adapted for mental illness, on anxiety, depression

and quality of life of people diagnosed with mental disorder. To verify its efficacy, a sample of 26 users from the Padre Menni Psychosocial Rehabilitation Center in Torrelavega was recruited, divided into 2 groups, 13 in the control group, and 13 in the experimental group. The study was carried out by collecting measurements at two different moments, pretest and posttest, through the STAI, BDI and WHOQOL-BREF instruments to measure anxiety, depression and quality of life, respectively. It was found that the sample of both groups belonged to the same population, and through the analysis of variance with repeated measures ANOVA, the results showed the lack of statistically significant differences in the pre and post measurement of the variables, thus concluding that the intervention program did not meet the objective of reducing anxiety, depressive, and improving the quality of life of the participants.

Keywords: Mindfulness, anxiety, depression, quality of life, mental disorder.

Introducción

Las enfermedades mentales, que constituyen en Europa la causa de enfermedad más frecuente, suponen un problema de salud pública tanto en costes sociosanitarios generados, como en el impacto sobre la calidad de vida que causan (Formánek et al., 2019). La Organización Mundial de la Salud infiere que en algún momento determinado de la vida, 450 millones de personas padecerán algún tipo de problema mental que causa sufrimiento, además de una posible exclusión social. A su vez, estima que en el año 2030 la primera causa de morbilidad en los países desarrollados será la depresión (OMS, 2013).

Según datos publicados por el Ministerio de Sanidad a través de un estudio realizado mediante una Encuesta Nacional de Salud en el año 2017, el 10,8% de la población española refirió haber sido diagnosticada de algún problema de salud mental, cuyas cifras aumentan en el caso de las mujeres (14,1 %) frente a los hombres (7,2%). El 6,7% de los adultos refiere tener depresión, 9,2% mujeres, y 4% hombres; y en la misma proporción se declara la ansiedad crónica (6,7%), perteneciendo el 9,1% a las mujeres, y el 4,3% a los hombres. La prevalencia en Cantabria, cuya muestra estuvo compuesta por 23.089 personas, fue la siguiente: el 7,8% de la población cántabra tiene depresión, siendo el 10,6% mujeres y el 4,88% hombres; el 8,27% padece ansiedad, 10,95% mujeres y 5,43% hombres; y un 2,45% refiere tener otros problemas de salud mental, perteneciendo el 1,8% a mujeres y el 3,13% a hombres.

El trastorno mental grave no cuenta con una definición exacta que se haya consensuado entre expertos; sin embargo, el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos propone en 1987 una descripción que incluye tres dimensiones, y que es la que cuenta con una mayor aprobación (National Institute of Mental Health, 1987). Estas tres dimensiones son:

- Diagnóstico: incluyendo tanto a los trastornos psicóticos, como a los trastornos de personalidad.
- Cronicidad: enfermedad cuya duración y tratamiento supera los 2 años.
- Funcionamiento: cambios en el funcionamiento familiar, social y laboral, con presencia de discapacidad o disfunción moderada/grave.

Independientemente del diagnóstico, cualquier tipo de enfermedad mental prolongada en el tiempo genera síntomas comórbidos de tipo ansioso y depresivo, lo que impide a la persona llevar un correcto funcionamiento social, personal y laboral, lo que desencadena en una peor percepción subjetiva sobre su calidad de vida. La calidad de vida relacionada con la salud en un paciente expresa el impacto que una enfermedad y su tratamiento tienen sobre la percepción de la persona en su bienestar. La esencia de esta noción está en reconocer que la percepción del paciente sobre su estado de bienestar psíquico, físico y social depende de sus propias creencias y valores, su contexto cultural e historia personal (Rodríguez, Castro, Sanhueza, Valle y Martínez, 2011). La calidad de vida de las personas con diagnóstico de trastorno mental grave suele ser inferior a la del

resto de la población (Gómez y Botella, 2007), debido a factores como la dependencia de ayudas que muchas veces son insuficientes, al aislamiento social, la falta de medios económicos o las dificultades para acceder a un empleo. La petición principal de pacientes y familiares al empezar un tratamiento psicológico es que ayude a la mejora de la calidad de vida (Del Cura Bilbao y Vázquez, 2020).

Dentro de las intervenciones que se llevan a cabo con las personas con un diagnóstico de trastorno mental grave, la rehabilitación psicosocial busca como objetivo principal mejorar el desempeño funcional de los usuarios/pacientes, mediante actividades grupales e intervenciones de carácter individual que consigan, en último término, una mejor adaptación en la sociedad. Los estudios llevados a cabo indican que los programas que combinan el tratamiento farmacológico con la rehabilitación mejoran el funcionamiento, facilitan la integración social y laboral y reducen las recaídas (Rouse, Mutschler, McShane y Habal-Brosek, 2017). Sin embargo, son pocos aun los estudios que se preocupan de medir si estos resultados incluyen además mejoras en la calidad de vida, independientemente de aquellos que se centran tan solo en pacientes ya dados de alta tras largos periodos de hospitalización (Colillas-Malet, Prat, Espelt y Juvinyà, 2020).

Hasta los años 80-90, el tratamiento por excelencia para el trastorno mental grave era el de tipo farmacológico, debido al éxito de los fármacos antipsicóticos ante los síntomas positivos en el caso de psicosis (delirios, alucinaciones, etc.) y de los estabilizadores del estado anímico y antidepresivos en el de los trastornos del estado de ánimo (Park y Park, 2017). Sin embargo, a partir de la década de los 90 se vio necesario introducir un abordaje psicosocial, enfatizando la educación sobre la enfermedad en los pacientes, su aceptación del tratamiento y el reconocimiento de los síntomas, además del entrenamiento en habilidades sociales y la terapia interpersonal (Crider, 2020; Park y Park, 2017). El abordaje psicosocial incluyó la aplicación de terapias psicológicas, que se fueron implementando partiendo de los modelos de intervención y las teorías psicológicas predominantes en cada momento histórico. Tradicionalmente, las más utilizadas han sido las técnicas de modificación de conducta, estando en auge actualmente el uso de las terapias de Tercera Generación (Coutiño, 2012).

La primera generación de terapias, situada en los años 50 con la Terapia Conductual clásica basada en el condicionamiento, provocó una revolución ante el psicoanálisis, instaurando una terapia psicológica cuyas bases científicas provocaron un gran éxito ante la eficacia de los tratamientos propios de la ansiedad a través de la manipulación de variables conductuales, dejando de lado las cognitivas y afectivas (Hayes y Hofmann, 2017). La segunda generación, situada en los años 70 con la Terapia Cognitivo-Conductual, deja de lado el predominio tan sólo del ambiente como hacía la terapia conductual, y pone su énfasis en la cognición (creencias, pensamientos, atribuciones, etc.) como causa principal de los problemas conductuales y emocionales. Además, se reconoce la comparación entre el desarrollo de los tratamientos psicológicos y la medicación (David, Cristea y Hofmann, 2018). Esta terapia es un modelo de tratamiento para numerosas enfermedades mentales, la cual mediante diversas técnicas, como por ejemplo la reestructuración cognitiva, activación conductual, técnicas de resolución de problemas, etc., pretende buscar el objetivo de modificar los pensamientos, las conductas y las emociones disfuncionales de las personas (Hayes y Hofmann, 2018).

Sin embargo, durante los últimos años, nuevas aproximaciones terapéuticas se han ido desarrollando dejando atrás lo trascendental de la teoría cognitiva, entre las que se encuentra la terapia de tercera generación “Mindfulness”. Las terapias de tercera generación son aquellas que nacen debido a la necesidad de cambio de las dos anteriores, que poseen limitaciones que requieren modificaciones imprescindibles cada cierto tiempo para el avance de las mismas (Pérez-Álvarez, 2012). El Mindfulness, definido como “la

atención plena de la realidad, en el momento presente, sin juzgar y con aceptación” (Vásquez-Dextre, 2016), es una práctica que aunque su mayor desarrollo se está experimentando recientemente, en realidad no es novedosa. También denominada “atención plena”, trata de enseñar a observar la propia experiencia para aceptarla tal y como es, así como las sensaciones, pensamientos y emociones a medida que suceden (Chadwick, Hughes, Russell, Russell y Dagnan, 2009). Se empezó a utilizar en los años 70, aunque es una técnica oriental milenaria, que se desvinculó del contenido religioso para usarse como tratamiento en la reducción del estrés en Estados Unidos (Kabat-Zinn, 2011).

Sus orígenes budistas desde hace unos 2.500 años, se transforman como programa terapéutico por primera vez en la Universidad de Massachussets en 1979, donde John Kabat-Zinn lo utiliza para enfermos crónicos, con el fin de generar cambios tanto en la detección como en la gestión de pensamientos mediante una disciplina metódica (Kabat-Zinn, 1982). Posteriormente, Segal, Williams y Teasdale, en el año 2002, integraron la técnica desarrollada por Kabat-Zinn basada explícitamente en mindfulness en los tratamientos de corte cognitivo, creando así la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness, más conocida como MBCT por sus siglas en inglés (Mindfulness-based cognitive therapy). Estos autores, expertos en el tratamiento de la depresión, consideraban que el abordaje desde la terapia cognitiva no ofrecía ayuda a otra serie de elementos más allá de la reestructuración cognitiva, lo que les llevó a crear esta nueva terapia como respuesta a la alta tasa de recaídas que manifestaba esta enfermedad (Segal et al., 2002; Segal, Williams y Teasdale, 2015). El mindfulness también se ha integrado en otras terapias de tercera generación, siendo dos de las más difundidas la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Terapia Dialéctica Conductual. La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) de Hayes, Strosahl y Wilson (1999), también pretende educar a los pacientes a aceptar aquellas experiencias internas y actuar según sus valores, mostrando una actitud consciente, como difunde el mindfulness (Kashdan y Ciarrochi, 2013). Por su parte, en la terapia dialéctica conductual (DBT) desarrollada por Linehan (1993), llevada a cabo sobre todo para pacientes con trastorno de personalidad límite, se trabaja la conciencia y la atención de las emociones, así como de los pensamientos (Kocovski, Segal y Battista, 2009). Estos ejemplos demuestran que el mindfulness, perteneciente a las terapias de tercera generación, se utiliza desde un enfoque terapéutico y educativo, pudiendo estar implícito además en otros tratamientos.

Diferentes estudios han mostrado la eficacia del mindfulness en varios campos de la psicología y la medicina, reduciendo la sintomatología ansiosa y depresiva y mejorando la calidad de vida en pacientes con trastornos ansiosos y/o depresivos, (Kim et al., 2010; Ma y Teasdale, 2004; Roemer y Orsillo, 2007; Rosenzweig et al., 2010), así como en pacientes con fibromialgia (Grossman, Tiefenthaler-Gilmer, Raysz y Kesper, 2007). Finalmente, no solo demuestra su eficacia en variables como ansiedad, depresión o calidad de vida, sino que también hay estudios que avalan cambios en las estructuras cerebrales. Un ejemplo de ello es el descubrimiento que afirma que la experiencia en meditación y su práctica, compensa el decremento del espesor cortical producido con la edad (Lazar et al., 2005). Otro ejemplo son los hallazgos encontrados a través de un estudio realizado con meditadores zen, quienes gracias a la meditación, previnieron la pérdida de volumen de la sustancia gris cerebral (Pagnoni y Cekic, 2007).

Como se ha visto anteriormente, el estudio del mindfulness para ciertos trastornos (estrés, depresión, ansiedad, etc.) ha crecido rápidamente desde sus inicios; sin embargo, para personas con psicosis ha conllevado un ritmo mucho más lento, ya que en un primer momento se creía que esta práctica podría ser contraproducente para estos pacientes, debido a la existencia de ciertos aspectos que no son recomendables, como puede ser

permanecer quieto e inmóvil, mantener la mirada fija en un objeto, etc. En consecuencia, se llevó a cabo una adaptación del mindfulness para poder incorporar su práctica como componente terapéutico en psicosis (Cramer, Lauche, Haller, Langhorst y Dobos, 2016), existiendo evidencias de que los tratamientos llevados a cabo a través del mindfulness en trastorno mental grave son terapéuticos y seguros cuando se adaptan y se conducen por terapeutas expertos (Jacobsen, Morris, Johns y Hodkinson, 2011). Entre la evidencia científica más estudiada que avala la utilidad de la práctica de mindfulness en enfermedad mental, cabe destacar el estudio llevado a cabo por el equipo de Chadwick, quienes comenzaron hace más de 25 años a utilizarlo con pacientes psicóticos, interviniendo con personas que escuchaban voces perturbadoras, diagnosticados de paranoia, cuyos resultados mostraron una mejora significativa en el bienestar psicológico tras la práctica grupal en mindfulness (Hughes, Russell, Russell y Dagnan, 2009). Como resultado, Chadwick propone diversas adaptaciones para estos pacientes, entre las cuales se encuentra una menor duración de la meditación guiada, menor presencia de silencios prolongados (ya que esto podría aumentar las voces en caso de pacientes con alucinaciones auditivas), y no excluir ideas ni experiencias extrañas en la meditación, con el fin de normalizar las demás sensaciones percibidas (Chadwick, 2014). Las intervenciones basadas en mindfulness, por tanto, permiten a los pacientes observar sus síntomas y reacciones consecuentes de ellos, lo que disminuye así la convicción de estos y minimiza los efectos negativos en el estado anímico. Por otra parte, hay varias comparaciones con los tratamientos habituales que proponen esta alternativa como una intervención con mejor coste-beneficio, debido a la reducción de sesiones que conlleva frente a las recomendadas para otros tratamientos (Thomas et al., 2014).

Investigaciones recientes confirman los beneficios comentados hasta ahora y demuestran el potencial del mindfulness como tratamiento para la esquizofrenia grave a través de la intervención en las alucinaciones y los delirios (Sheng, Yan, Yang, Yuan y Cui, 2019), comprobando que el mindfulness también se muestra eficaz en enfermedad mental grave aplicado en un entorno hospitalario y reduciendo el riesgo de reingreso a corto plazo en pacientes dados de alta (Jacobsen, Peter, Robinson y Chadwick, 2020). Para finalizar, existen además varias revisiones sistemáticas actuales que concluyen que las intervenciones basadas en mindfulness en síntomas psicóticos, pueden recomendarse como tratamiento adicional para pacientes con psicosis (Cramer, Lauche, Haller, Langhorst y Dobos, 2016; Hodann-Caudevilla, Díaz-Silveira, Burgos-Julián y Santed, 2020).

En definitiva, la revisión bibliográfica llevada a cabo muestra que se da una mejoría en personas con trastorno mental grave cuando la práctica del mindfulness es diaria (convirtiéndose en hábito), lo que permite adquirir una serie de habilidades que pueden obtener efectos positivos en el funcionamiento normal del paciente (Moscoso, 2019).

Esto conduce a definir el objetivo principal del estudio, que es valorar la eficacia de un programa de entrenamiento grupal basado en mindfulness con pacientes con enfermedad mental grave.

Los objetivos específicos que se plantean son los siguientes:

- Reducir los síntomas característicos de la depresión
- Reducir los síntomas característicos de la ansiedad
- Mejorar el bienestar subjetivo

Método

Participantes

El estudio va dirigido a personas que sufren un trastorno mental crónico que afecta de manera negativa tanto a sus capacidades cognitivas como a aspectos personales y funcionales de su vida. La muestra estuvo compuesta por personas usuarias del centro de Rehabilitación Psicosocial Padre Menni de Torrelavega, que cuenta con un total de 50 usuarios de entre 18 y 65 años, quienes han perdido habilidades de funcionamiento psicosocial que se pretenden rehabilitar a través de programas específicos de estimulación cognitiva, educación para la salud, habilidades sociales u ocio terapéutico, así como mediante terapia individual y grupal. Se reclutó una muestra inicial de 28 personas, dos de las cuales rechazaron finalmente participar en el estudio debido a la desconfianza que mostraban ante el uso anónimo de los datos personales. Por tanto, la muestra final estuvo compuesta por 26 sujetos, asignados de manera aleatoria a los grupos control y experimental (13 en cada grupo).

Entre los criterios de inclusión se encontraron: tener una edad comprendida entre los 18 y 65 años y ser usuario diagnosticado de algún trastorno mental grave. Por otra parte, el único criterio de exclusión fue presentar un deterioro cognitivo grave, lo que imposibilitaría hacer la práctica del mindfulness. Debido a las restricciones de aforo provocadas por el COVID-19, el CRPS ya había dividido a los usuarios en 4 grupos teniendo en cuenta su funcionamiento cognitivo, de manera que 3 grupos tienen capacidades cognitivas medias o altas y un cuarto grupo presenta capacidades cognitivas bajas. Esta división fue establecida a través de las puntuaciones cognitivas del test Barcelona, por lo que el programa se llevó a cabo en los 3 grupos con capacidades cognitivas altas o medias.

Se informó a los usuarios con una charla previa sobre los objetivos de la investigación, así como una explicación breve del estudio y firma del consentimiento informado, que cuenta con la aprobación del comité de ética de la Universidad Europea del Atlántico. Además, se mencionó que no existía retribución económica por la participación en el estudio, así como el posible abandono del estudio en caso de así desearlo, sin tener esto ningún tipo de consecuencia para su tratamiento.

Instrumentos

Las variables analizadas en este estudio son: ansiedad, depresión y calidad de vida, medidas en dos momentos diferentes, antes y después del tratamiento, y comparadas entre dos grupos diferentes, grupo experimental y grupo control. A continuación se exponen los instrumentos utilizados para medir cada una de estas variables.

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)

Sus autores son Spielberg, Gorsuch y Lushene (1970), y se trata de un cuestionario autoadministrado que evalúa dos conceptos independientes de la ansiedad: el nivel de ansiedad, condición emocional transitoria (ansiedad estado, “ahora mismo, en este momento”) y la predisposición de la persona a responder ante la ansiedad relativamente estable (ansiedad rasgo, “en general, en la mayoría de ocasiones”). Cada subescala está compuesta por un total de 20 ítems con un sistema de respuesta de tipo Likert de 4 puntos (0= casi nunca/nada; 1= algo/a veces; 2= bastante/a menudo; 3= mucho/casi siempre), cuya puntuación total oscila en cada una de las subescalas entre 0 y 60 puntos. Su adaptación al español fue realizada en 1986 por Buéla-Casal, GuillénRiquelme y Seisdedos Cubero, y en cuanto a sus propiedades psicométricas, posee una consistencia interna de 0.94 en ansiedad estado, y 0.90 en ansiedad rasgo (Riquelme y Casal, 2011).

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Sus autores son Beck, Rush, Shaw y Emery (1978), y se trata de un cuestionario también autoadministrado que consta de 21 ítems con cuatro alternativas de respuesta, ordenadas de manera creciente en cuanto a gravedad de los síntomas, de 4 puntos numerados de 0 a 3, perteneciendo 0 a ausencia de sintomatología, y 3 a intensidad

máxima de sintomatología. Una puntuación total menor de 9 indicaría ausencia de depresión, entre 10-16 depresión leve, depresión moderada si las puntuaciones se encuentran entre 17-29 y desde 30-63, indicaría depresión grave. En cuanto a su adaptación al español, fue traducido en 1994 por Bas y Andrés, con una consistencia interna de 0.83 (Vázquez y Sanz, 1997).

Instrumento Breve de Evaluación de la Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL-BREF)

Creado en 1993 por WHOQOL Group, se trata de un instrumento que consta de 26 ítems, generando un perfil de calidad de vida que se divide en cuatro dimensiones: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. El WHOQOLBREF se centra en grados de satisfacción que tiene la persona frente a diversas situaciones cotidianas, en donde cada pregunta posee 5 posibles respuestas que puntúan entre 1 y 5. Su cumplimentación también es autoadministrada, interpretándose a mayor puntuación, mejor calidad de vida subjetiva. Su versión española fue creada por LucasCarrasco en 1998, obteniendo una consistencia interna de entre 0.69 y 0.90 entre las diversas áreas (Lucas-Carrasco, 1998).

Procedimiento

Este trabajo presenta un estudio piloto en el que se ha utilizado un diseño experimental, con asignación aleatoria de los sujetos de la muestra a los grupos control y experimental (cada uno con $n = 13$), y con un análisis comparativo entre puntuaciones pretest y posttest para la comprobación de las diferencias entre los dos momentos.

En primer lugar, se realizó una reunión con el equipo de profesionales del CRPS de Torrelavega, con el fin de explicarles el proyecto de investigación y objetivos, determinando junto a una de las profesionales expertas en mindfulness, el perfil de usuario que más se podría beneficiar de un taller de estas características.

Se organizó la agenda de ambos grupos (control y experimental), y se concluyó que los viernes de cada semana, durante 4, se llevaría a cabo el taller de mindfulness en el horario de relajación establecido por el centro para el grupo experimental. Por otra parte, el grupo control siguió con el tratamiento habitual que tenía establecido por el centro, en el que se incluían los siguientes programas: psicoeducación, estimulación cognitiva, educación para la salud, desarrollo personal y habilidades sociales. Por tanto, el grupo control siguió el procedimiento TAU (treatment as usual), siendo la única diferencia entre ambos grupos que los pacientes del grupo experimental recibieron el entrenamiento en mindfulness además de los grupos mencionados para los sujetos control. Previo a la aplicación del programa en mindfulness, se pasaron todos los test necesarios para las medidas pretest de la investigación a ambos grupos, repitiéndose la evaluación 4 semanas más tarde después de dar por finalizado el entrenamiento.

En la presentación del taller, se informó a los usuarios sobre el carácter de la investigación, donde se iba a hacer un estudio de la técnica de mindfulness aplicado a enfermedad mental, recalcando el tema de la confidencialidad. Después de resolver dudas, se pasaron a los participantes cuatro documentos para ser cumplimentados: un consentimiento informado de participación en el estudio, y los 3 instrumentos expuestos con anterioridad: STAI, BDI y WHOQOL-BREF. Los documentos se administraron en presencia de la autora, con el fin de resolver posibles dudas que pudiesen surgir por parte de los participantes. En todo momento hubo conocimiento y consentimiento para el uso de datos con fines de investigación. Durante la implementación del programa, se ofreció antes de cada práctica una pequeña explicación sobre qué era mindfulness, y al final de cada sesión se indagó sobre las experiencias personales durante la realización de la práctica.

El objetivo que se persiguió al adaptar el programa, fue tanto reducir la ansiedad y la depresión de los usuarios del CRPS, como mejorar su calidad de vida. La idea fue

crear 4 talleres, donde cada sesión presentara una misma estructura, compuesta por: una parte de meditación analítica, donde se explica la parte teórica de la meditación; otra parte práctica, donde se desarrollan prácticas cortas de atención plena; un espacio para la indagación o puesta en común de las experiencias vividas durante las prácticas; y propuestas de trabajo para casa. Esta estructura se ideó inspirándose en el libro de El arte de la compasión de Dalai Lama (Dalai Lama, 1999) y el programa de reducción del estrés basado en mindfulness (Stahl, Goldstein, Kabat-Zinn y Santorelli, 2010). El cambio de rutina de los programas habituales establecidos en el CRPS, así como la demanda constante del programa de realizar prácticas diarias individuales en casa, llevó a la solución de la reducción del programa de 8 a 4 semanas, con el fin de observar si tras una pequeña aproximación al mindfulness, que no agotara a los usuarios, se mostraban mejorías en las variables.

Las sesiones fueron pensadas para durar los 50 minutos correspondientes a cada sesión de programa habitual llevado a cabo en el centro, donde los usuarios, además de recibir el contenido del taller, tenían tiempo y espacio para dialogar, resolver dudas, y poner en común sus propias experiencias. El número final de sesiones presenciales fueron 4, sin embargo, durante la semana los usuarios debían poner en práctica lo aprendido en el programa de manera individual en sus casas.

Las dos prácticas que se realizaron en el primer taller fueron la meditación de la pasa (tomada de la primera sesión del MBSR) (Stahl et al., 2010), y una meditación guiada de 5 minutos de duración. La meditación de la pasa consiste en entregar a cada usuario dos uvas pasas, de las cuales la primera se pide que se coma como normalmente la persona realice esta acción, y la segunda pasa se come con atención plena. De esta manera, se exploran las sensaciones que la pasa genera en los cinco sentidos. Por ejemplo, el tacto de la pasa en la mano, el olor, el sonido que genera cuando se presiona ligeramente, la vista al ver la pasa al contraluz, y por último el gusto, la sensación al introducirse la pasa en la boca, masticar con conciencia, tragar con conciencia, etc. Al final de esta práctica, el grupo comentaba sus experiencias y se extrapolaba esta actividad tan sencilla a la vida diaria.

En cuanto a la segunda meditación, fue guiada por la autora de este estudio. Se generaba un estado de relajación, se calmaba la mente y cuerpo, y se transportaba mentalmente al usuario a un lugar mental seguro, de paz y tranquilidad. Esto servía como introducción a la práctica meditativa, cuya duración fue en torno a 5 minutos. Las tareas para casa fueron dos: realizar cada día una meditación informal, esto es, prestar atención y con consciencia a, por lo menos, una actividad cotidiana (por ejemplo, ducharse, comer, caminar, etc.), y establecer un estado meditativo formal cerrando los ojos y transportándose al estado mental de paz y tranquilidad generado durante la segunda práctica (Bowen et al., 2018).

En las siguientes sesiones, se siguió la estructura de una parte de meditación analítica (teórica), seguida de otra parte práctica, puesta en común y propuestas de trabajo para casa. Se hizo especial hincapié en las últimas 3 sesiones, sobre la importancia de realizar en casa un escáner corporal diario, siendo éste un tipo de meditación que centra el foco de atención en el recorrido de las diferentes partes del cuerpo, haciendo una revisión del mismo, dando cuenta de lo que pasa en un momento concreto, en una zona determinada del cuerpo. Esto permite considerar al cuerpo como un lugar clave para enseñarnos a relacionarnos de manera diferente con la experiencia. Los objetivos que perseguía cada sesión y cada propuesta de prácticas para casa fueron, en primer lugar, dar a conocer a los usuarios las características del piloto automático, siendo este un problema cuando se convierte en una forma constante de funcionar, impidiendo así desconectarlo en momentos que requieren de toda nuestra atención focalizada. Si los

pensamientos gobiernan la mente, se crea un círculo vicioso inundado de autocríticas anclado en el pasado, que no permite avanzar hacia el futuro, atrayendo así sentimientos de angustia y depresión. En segundo lugar, aprender a estar presente en la experiencia y conseguir darle un sentido, ya que permanecer en el momento promueve los avances, así como la mejora de la capacidad de concentración, manteniendo lejos las distracciones. Asimismo, también se pretendía lograr una gestión más eficaz de pensamientos y emociones, ya que el mindfulness ayuda a mejorar la autoconsciencia, y por tanto, el autoconocimiento, aumentando así en el reconocimiento de las emociones tanto propias como ajenas, derivando en una progresión de las relaciones inter e intrapersonales. En definitiva, potenciar la inteligencia emocional, con la intención de que redunde en prevenir los síntomas de ansiedad, depresión y una mejor visión subjetiva de la calidad de vida. Finalmente, practicar mindfulness en cada sesión y de manera individual, ayuda a combatir el estrés y la ansiedad, ya que invita a estar en un estado de serenidad, calma y claridad mental que hace reducir y ayuda a detectar las respuestas de ansiedad y estrés en sus primeras fases.

Análisis de datos

Para conocer las características de la muestra se utilizaron los siguientes estadísticos descriptivos: frecuencias para las variables cualitativas (género y diagnóstico principal) y media y desviación típica para las cuantitativas (edad y variables clínicas pretratamiento). Para valorar si había diferencias entre los grupos experimental y control en las variables género y diagnóstico principal se utilizó la chi cuadrado. Las posibles diferencias en las variables edad y variables clínicas se analizaron con la t de Student para muestras independientes.

Por su parte, para conocer si había diferencias significativas relacionadas con la aplicación del programa de mindfulness en las variables valoradas, se utilizó el análisis de varianza con medidas repetidas (ANOVA) con un factor intra-sujeto (medidas pre y post-tratamiento) y un factor entre sujetos (grupos experimental vs control).

El análisis estadístico fue realizado con el programa JASP.

Resultados

La muestra total del estudio ha sido de 26 personas usuarias de Centro de Rehabilitación Psicosocial de Torrelavega, 13 en cada grupo (grupo experimental y grupo control). La mayoría de los sujetos fueron mujeres (61,5%), con una media de edad de 43,8 años, y cuyo diagnóstico principal más frecuente fue el de esquizofrenia (57,7%). Las características sociodemográficas y clínicas de cada grupo, así como la comparación entre ambos, se detallan en la Tabla 1. Como se ve en la tabla, no hubo diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables valoradas.

Los resultados del ANOVA de medidas repetidas mostraron que se daba una interacción significativa grupo*tiempo tanto en la variable depresión [$F(1) = 7.60$, $p = 0.01$, $\eta^2 = 0.24$], como en la variable ansiedad/rasgo [$F(1) = 5.41$, $p = 0.02$, $\eta^2 = 0.24$]. El análisis más detallado de las puntuaciones, tanto del BDI como del STAI (rasgo), reflejó que en el grupo experimental se daba una disminución entre las puntuaciones pre y post-tratamiento, mientras que se observó la tendencia contraria en el grupo control. No se observó un efecto principal en ninguna de estas variables ni del factor grupo ni del factor tiempo. En el resto de variables: ansiedad-estado y calidad de vida, no se obtuvo ninguna diferencia significativa en función de los factores grupo, tiempo ni en la interacción grupo*tiempo. Los resultados se muestran en la Tabla 2.

Tabla 1

Características sociodemográficas y clínicas de los usuarios.

Características	Grupo control (n = 13)	Grupo experimental (n = 13)	Estadístico
Edad	42.69 ± 10.53	44.77 ± 11.01	$t = 0.49^*$
Género			
Mujer	9 (69.23%)	7 (53.85%)	$\chi^2 = 0.65^*$
Hombre	4 (30.77%)	6 (46.15%)	
Diagnóstico principal			
Esquizofrenia sin especificar	7 (53.8%)	8 (61.5%)	$\chi^2 = 6.40^*$
Esquizofrenia paranoide	2 (15.4%)	0 (0%)	
Trastorno esquizoafectivo	0 (0%)	2 (15.4%)	
Trastorno límite de la personalidad	1 (7.7%)	2 (15.4%)	
Trastorno bipolar	2 (15.4%)	0 (0%)	
Trastorno depresivo mayor	1 (7.7%)	1 (7.7%)	
Variables clínicas			
Ansiedad-Estado	56.85 ± 33.50	69.77 ± 28.30	0.29*
Ansiedad-Rasgo	59.77 ± 33.42	72.69 ± 30.72	0.31*
Depresión	11.92 ± 10.35	19.62 ± 14.18	0.13*
Calidad de vida	2.96 ± 0.74	2.57 ± 0.64	0.17*

Nota: * $p > 0.05$

Tabla 2

Resultados del ANOVA de medidas repetidas para las variables clínicas.

Variabes¹	Grupo control	Grupo experimental	Factor grupo	Factor tiempo	Tiempo * Grupo
Ansiedad					
Estado	68.54 ± 26.79	60 ± 30.61	$F = 0.28$	$F = 2.25$	$F = 2.25$
Rasgo	71 ± 29.30	69.77 ± 31.79	$F = 0.04$	$F = 0.18$	$F = 5.41^*$
Depresión	14.31 ± 11.28	15.69 ± 13.43	$F = 0.92$	$F = 0.45$	$F = 7.60^*$
Calidad de vida	2.96 ± 0.87	2.79 ± 0.59	$F = 1.05$	$F = 3.16$	$F = 2.74$

Nota: ¹ Puntuaciones post-tratamiento para cada una de las variables

* $p < 0.05$

Discusión y conclusiones

El objetivo de este estudio fue comprobar la efectividad un programa de Mindfulness adaptado para enfermedad mental, que tenía el fin de mejorar los niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida, de los usuarios del Centro de Rehabilitación Psicosocial de Torrelavega.

Los resultados muestran efectividad del programa Mindfulness para reducir los síntomas de depresión, ya que el grupo experimental reduce su puntuación a un 15.69, equivalentes a los resultados informados por otros estudios que utilizaron una intervención similar. Por otra parte, el grupo control aumentó su puntuación en la medida post-test en esta variable, que al igual que el grupo experimental se situó en situación de depresión leve. Un metaanálisis llevado a cabo en 2012, en el que se estudian 39 investigaciones, confirmó al igual que este estudio piloto, que las intervenciones basadas en la atención plena son eficaces para aliviar los síntomas depresivos en adultos con trastornos mentales (Klainin-Yobas, Cho y Creedy, 2012). El aumento de puntuaciones del grupo control en la medida posttest, que le sitúa en una categoría peor a la obtenida en un momento inicial, podría ser debido a la situación provocada por el COVID-19, que generó un gran malestar en los usuarios, así como sentimientos de desesperanza, ligado a la falta de herramientas en comparación con el grupo experimental, en este caso de técnicas de mindfulness.

Por otra parte, en cuanto a la variable ansiedad, existen dos resultados diferentes si se comparan las medidas de ansiedad/estado por una parte, y ansiedad/rasgo por otra. En cuanto a la variable ansiedad estado, no existen diferencias estadísticamente significativas, que varía si se habla de la variable ansiedad rasgo. Sin embargo, la tabla refleja que la mejora en el grupo experimental es mínima, y que el empeoramiento del grupo control es importante en cuanto a la medida pre-post, decayendo estas considerablemente en la segunda medición, lo que advierte de que la significación tras el análisis estadístico, corresponde a esta segunda valoración. En cambio, a pesar de que no hubo mejorías notables por parte del grupo experimental, tampoco empeoró, lo que podría explicarse debido a que el mindfulness parece que pudo al menos, contener el aumento de ansiedad en el grupo experimental en un momento de pandemia como es el actual. Sin embargo, el grupo control al tener la falta de herramientas proporcionadas por el programa para la gestión de la ansiedad, pudo aumentar sus niveles debido a esta situación de pandemia generada por el COVID-19 en el centro con los cambios más estrictos generados en las fechas de la investigación, tras un verano más calmado. Revisando las investigaciones estudiadas previas a la creación de este programa, se encuentra que en la mayoría de los casos el mindfulness demuestra mejorías en personas con síntomas de ansiedad, (Hodann-Caudevilla y Serrano-Pintado, 2016). Sin embargo, a pesar de que este estudio no avale estos resultados, respalda aquellos que recomiendan la necesidad de practicar mindfulness para controlar la ansiedad en tiempos de pandemia por el COVID-19 (Sánchez y Águila, 2020), ya que confirman que aprender a tener una meditación regular, ayuda a aceptar los miedos, las circunstancias y los pensamientos en este período de la vida, que al igual que otros, ha demostrado un cambio constante que también pasará (Behan, 2020).

Finalmente, los resultados advierten que en la variable calidad de vida tampoco hubo cambios significativos. El grupo experimental obtiene puntuaciones similares en ambas medidas, 2.6 en pretest y 2.8 en posttest; es decir, simplemente se eleva de manera muy ligera esa subjetividad en cuanto a calidad de vida. En la interpretación del test se encuentra que una puntuación de 2 a 3, significa poco satisfecho con su calidad de vida, llegando a una máxima puntuación que sería el 5. En definitiva, tanto en la primera como en la segunda medición, los usuarios estaban poco satisfechos con su calidad de vida, no habiendo mostrado cambios significativos en esta variable tras la intervención del mindfulness, de igual manera que el grupo control.

Estos resultados no son congruentes con los hallazgos encontrados en otras investigaciones, que confirman la mejoría de la calidad de vida tras practicar mindfulness (Roemer y Orsillo, 2007). Sin embargo, cabe destacar que el haber acortado el programa

a 4 semanas puede que haya tenido sus consecuencias en cuanto a encontrar cambios significativos.

En conclusión, en base a los resultados obtenidos en este estudio, se concluye que el programa adaptado para enfermedad mental basado en Mindfulness para los usuarios del Centro de Rehabilitación Psicosocial Padre Menni de Torrelavega, tan solo ha tenido efectos significativos en la variable depresión, no siendo así en las variables ansiedad y calidad de vida tras hacer una comparación estadística en las medidas pretest y postest.

Con respecto a su aplicación, cabe destacar las limitaciones de la investigación, ya que la muestra era pequeña y el programa se desarrolló en poco tiempo (4 semanas). Se puede deducir que hubiera sido probablemente más eficaz si se hubiese llevado a cabo tal y como Kabat-Zinn, su autor, propone, con una duración de 8 sesiones, en vez de 4, y 3 horas semanales con un día intensivo entre la semana 6 y 7.

Por otra parte se encuentra la variabilidad de la muestra, ya que los usuarios tienen diferentes trastornos principales, y puede existir comorbilidad e influencia con las medidas de ansiedad, depresión y calidad de vida.

En cuanto al seguimiento de la práctica diaria, los participantes mencionaban en cada sesión su realización de tareas propuestas para casa, en donde solo unos pocos entregaban las hojas de registro que se les proporcionaba, con lo que se puede deducir que un gran porcentaje de usuarios no ejercitaba lo aprendido en las distintas sesiones del programa.

Como futuras líneas de investigación, en primer lugar, cabe destacar la importancia de ampliar la muestra y de no recortar el programa en cuanto al tiempo en el que se desarrolla.

Además, tras los resultados encontrados en cuanto a las variables ansiedad estado y ansiedad rasgo, sería importante incidir más en intervenir la ansiedad del “ahora mismo”, sin dejar por ello de darle importancia a su vez a la ansiedad “general”. Por otra parte, hubiera sido interesante estudiar el motivo real de por qué los cambios a peor en las variables ansiedad y depresión del grupo control en la medición postest, así como encontrar explicación de por qué esos cambios no han afectado en su calidad de vida subjetiva.

Se afirma pues, tras los resultados, que el programa de intervención basado en mindfulness no ha atendido a las necesidades planteadas como objetivo principal de la investigación, el cual mejoraría los niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida de los usuarios participantes tras el programa.

De cara a nuevas investigaciones sobre esta línea, sería fundamental incidir en la verificación de la práctica diaria del mindfulness, ya que es imprescindible entrenar el cerebro, buscando así diferencias existentes en diseños longitudinales, estudiando la eficacia una vez pase un tiempo superior a varios meses, habiendo adquirido ya un hábito de la práctica.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Behan, C. (2020). The benefits of Meditation and Mindfulness practices during times of crisis such as Covid-19. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 1-8.
- Bowen, S., Chawla, N., y Marlatt, G. A. (2018). *Prevención de recaídas en conductas adictivas basada en Mindfulness: Guía clínica: 183* (R. Á. Fernández, Trad.; Edición: 2). Desclée De Brouwer, Bilbao.

- Carrasco, A. E. (2017). Modelos psicoterapéuticos para la depresión: hacia un enfoque integrado. *Interamerican Journal of Psychology*, 51(2), 181-189.
- Carvalho, A. F., Firth, J., & Vieta, E. (2020). Bipolar disorder. *New England Journal of Medicine*, 383(1), 58-66.
- Chadwick, P., Hughes, S., Russell, D., Russell, I., & Dagnan, D. (2009). Mindfulness groups for distressing voices and paranoia: a replication and randomized feasibility trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(4), 403.
- Chadwick, P. (2014). Mindfulness for psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 204(5), 333-334.
- Colillas-Malet, E., Prat, G., Espelt, A., & Juvinyà, D. (2020). Gender differences in health-related quality of life in people with severe mental illness. *PloS one*, 15(2), e0229236.
- Coutiño, A. M. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): la atención plena/mindfulness. *Revista Internacional de Psicología*, 12(01), 1-18.
- Cramer, H., Lauche, R., Haller, H., Langhorst, J., & Dobos, G. (2016). Mindfulness-and acceptance-based interventions for psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Global advances in health and medicine*, 5(1), 30-43.
- Crider, A. (2020). *Schizophrenia: A biopsychological perspective*. Routledge.
- Dalai Lama (1999). *El Arte de la Compasión*. Debolsillo, Barcelona.
- David, D., Cristea, I., & Hofmann, S. G. (2018). Why cognitive behavioral therapy is the current gold standard of psychotherapy. *Frontiers in psychiatry*, 9, 4.
- Del Cura Bilbao, A., & Vázquez, M. S. (2020). Activos para la salud y calidad de vida en personas diagnosticadas de enfermedad mental grave. *Gaceta Sanitaria*.
- Dorofeikova, M., Neznanov, N., & Petrova, N. (2018). Cognitive deficit in patients with paranoid schizophrenia: its clinical and laboratory correlates. *Psychiatry Research*, 262, 542-548.
- Formánek, T., Kagström, A., Cermakova, P., Csémy, L., Mladá, K., & Winkler, P. (2019). Prevalence of mental disorders and associated disability: Results from the cross-sectional CZEch mental health Study (CZEMS). *European psychiatry*, 60, 1-6.
- Gómez, A. M., & Botella, L. (2007). Efecto de una intervención psicosocial sobre calidad de vida, estado sintomático y construcción del sí mismo en pacientes diagnosticados de esquizofrenia paranoide. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 349-367.
- Grossman, P., Tiefenthaler-Gilmer, U., Raysz, A., & Kesper, U. (2007). Mindfulness training as an intervention for fibromyalgia: evidence of postintervention and 3-year follow-up benefits in well-being. *Psychother. Psychosom.* 76, 226-233.
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (Eds.). (2018). *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry*, 16(3), 245.
- Hodann-Caudevilla, R. M., & Serrano-Pintado, I. (2016). Revisión sistemática de la eficacia de los tratamientos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad. *Ansiedad y Estrés*, 22(1), 39-45.
- Hodann-Caudevilla, R. M., Díaz-Silveira, C., Burgos-Julián, F. A., & Santed, M. A. (2020). Mindfulness-Based Interventions for People with Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), 4690.

- Jacobsen, P., Morris, E., Johns, L., & Hodkinson, K. (2011). Mindfulness groups for psychosis; key issues for implementation on an inpatient unit. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39(3), 349.
- Jacobsen, P., Peters, E., Robinson, E. J., & Chadwick, P. (2020). Mindfulness-based crisis interventions (MBCI) for psychosis within acute inpatient psychiatric settings; a feasibility randomised controlled trial. *BMC psychiatry*, 20, 1-12.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4(1), 33–47.
- Kabat-Zinn, J. (2011). Some reflections on the origins of MBSR, skillful means, and the trouble with maps. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 281-306.
- Kashdan, T. B., & Ciarrochi, J. V. (Eds.). (2013). *Mindfulness, acceptance, and positive psychology: The seven foundations of well-being*. New Harbinger Publications.
- Kim, B., Lee, S. H., Kim, Y. W., Choi, T. K., Yook, K., Suh, S. Y., & Yook, K. H. (2010). Effectiveness of a mindfulness-based cognitive therapy program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(6), 590-595.
- Klainin-Yobas, P., Cho, M. A. A., & Creedy, D. (2012). Efficacy of mindfulness-based interventions on depressive symptoms among people with mental disorders: A meta-analysis. *International journal of nursing studies*, 49(1), 109-121.
- Kocovski, N. L., Segal, Z. V., & Battista, S. R. (2009). Mindfulness and psychopathology: Problem formulation. In *Clinical handbook of mindfulness* (pp. 85-98)., New York: Springer
- Lazar, S. W., Kerr, C. E., Wasserman, R. H., Gray, J. R., Greve, D. N., Treadway, M. T., & Rauch, S. L. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport*, 16(17), 1893.
- Lucas-Carrasco, R. (1998). Versión española del WHOQOL. Madrid: Ergón, DL.
- Ma, S. H., & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(1), 31.
- Martorell, A., Gutiérrez-Recacha, P., Irazábal, M., Marsà, F., & García, M. (2011). Family impact in intellectual disability, severe mental health disorders and mental health disorders in ID. *A comparison. Research in Developmental Disabilities*, 32(6), 2847-2852.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2017). *Encuesta Nacional de Salud ENSE*. Retrieved from <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>
- Morales, N. N., Sancho, M., Martínez, B. G., & Rahola, J. G. (2019). Trastorno límite de la personalidad (TLP): características, etiología y tratamiento. *Psiquiatría Biológica*, 26(3), 85-98.
- Moscoso, M. S. (2019). Hacia una integración de mindfulness e inteligencia emocional en psicología y educación. *Liberabit*, 25(1), 107-117.
- National Institute of Mental Health. (1987). Towards a model for a comprehensive community based mental health system. Washington DC: NIMH
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra, Suiza: OMS

- Otte, C., Gold, S. M., Penninx, B. W., Pariante, C. M., Etkin, A., Fava, M., & Schatzberg, A. F. (2016). Major depressive disorder. *Nature reviews Disease primers*, 2(1), 1-20.
- Pagnoni, G., & Cekic, M. (2007). Age effects on gray matter volume and attentional performance in Zen meditation. *Neurobiology of aging*, 28(10), 1623-1627.
- Park, J. W., & Park, K. H. (2017). The Efficacy of Group-Cognitive Behavior Therapy for Patients with Bipolar Disorder Based on Psychological Behaviorism. *J Depress Anxiety*, 6(257), 2167-1044.
- Pérez-Álvarez, M. (2012). Third-generation therapies: Achievements and challenges. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(2), 291-310.
- Riquelme, A. G., & Casal, G. B. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23(3), 510-515.
- Rodríguez, M., Castro, M., Sanhueza, V., Valle, A. D., & Martínez, J. (2011). Calidad de vida en pacientes esquizofrénicos. *Aquichan*, 11(1).
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2007). An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior therapy*, 38(1), 72-85.
- Roemer, L., Orsillo, S. M., & Salters-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(6), 1083.
- Rosenzweig, 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, 29-36.
- Rouse, J., Mutschler, C., McShane, K., & Habal-Brosek, C. (2017). Qualitative participatory evaluation of a psychosocial rehabilitation program for individuals with severe mental illness. *International Journal of Mental Health*, 46(2), 139-156.
- Sánchez, M. V., & Águila, H. D. (2020). COVID-19: respuestas psicológicas y maneras de gestionarlas. *Revista del Hospital "Dr. Emilio Ferreyra"*, 1(1), e33-e34.
- Segal, Z. V., Williams, M., y Teasdale, J. (2015). *El camino del mindfulness: Un plan de 8 semanas para liberarse de la depresión y el estrés emocional*. Barcelona: Paidós.
- Segal, Z.V., Williams, M., y Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Nueva York: Guilford.
- Sheng, J. L., Yan, Y., Yang, X. H., Yuan, T. F., & Cui, D. H. (2019). The effects of Mindfulness Meditation on hallucination and delusion in severe schizophrenia patients with more than 20 years' medical history. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 25(1), 147.
- Stahl, B., Goldstein, E., Kabat-Zinn, J., y Santorelli, S. (2010). *Mindfulness para reducir el estrés: Una guía práctica*. Barcelona: Editorial Kairós,
- Thomas, N., Shawyer, F., Castle, D. J., Copolov, D., Hayes, S. C., & Farhall, J. (2014). A randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy (ACT) for psychosis: study protocol. *BMC psychiatry*, 14(1), 198.
- Vázquez, C., & Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del inventario para la depresión de Beck de 1978. *Clínica y salud*.
- Vásquez-Dextre, E.R. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuropsiquiatría*, 79(1), 42-51.

Fecha de recepción: 28/12/2020
Fecha de revisión: 07/01/2021
Fecha de aceptación: 08/01/2021