

Trabajo de Final de Máster

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN SALUD
MENTAL COMUNITARIA**

CURSO: 2015-2016

**ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LAS INTERVENCIONES DE
REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA Y MINDFULNESS EN LA DISMINUCIÓN
DE ANSIEDAD Y AUMENTO DEL AUTOCONTROL EN PERSONAS CON
ESQUIZOFRENIA**

Autora: MÓNICA CÁCERES BONILLA

TUTOR: ALFONSO BARRÓS LOSCERTALES

Fecha de lectura: 22/11/2016



Resumen

La esquizofrenia es un trastorno grave e incapacitante, se conoce que el tratamiento farmacológico ha sido efectivo pero sin embargo un gran número de pacientes no obtienen los efectos esperados con los fármacos, por tal motivo las intervenciones psicológicas cumplen un papel fundamental en el tratamiento de este trastorno, lo que lleva a que se sigan realizando investigaciones y avances a través de otras intervenciones como el Mindfulness.

El objetivo de este Trabajo Final de Master es diseñar un proyecto para comparar los efectos de la reestructuración cognitiva y el mindfulness sobre la ansiedad y el autocontrol en pacientes con esquizofrenia. Consiste en realizar un estudio cuasi experimental con tres grupos de pacientes en el que un grupo recibirá un tratamiento en reestructuración cognitiva, el otro grupo una intervención basada en atención plena y el tercero será un grupo control con un tratamiento de rehabilitación integral, sin intervenir en las dos variables en estudio. Las dos intervenciones serán grupales, constaran de 12 sesiones una semanal con una duración de 60 minutos cada una,

Palabras clave: Mindfulness, ansiedad, autocontrol, reestructuración cognitiva.

Abstract:

Schizophrenia is a severe and disabling mental disorder, it is known that the use of drugs for the treatment has been effective, however, a large number of patients do not get the expected results with those drugs, therefore, psychological intervention play a key role in the treatment of this mental disorder, which leads to further research studies and progresses through other interventions such as Mindfulness.

The aim of this Master Final thesis, is to design a project in order to compare the effects of cognitive restructuring and mindfulness based on anxiety and self-control in patients with schizophrenia. It consists on making a quasi-experimental study with three groups of patients, where the first group will receive treatment based on cognitive restructuring, the second group an intervention based on mindfulness and the third one will be a control group

treatment comprehensive rehabilitation except the two types of intervention in this study. The two interventions will be done by groups, consisting on 12 sessions every week with a duration of 60 minutes each.

Keywords: Mindfulness, anxiety, self-control, cognitive restructuring.

Tabla de Contenidos

Introducción.....	1
Objetivos.....	5
Hipótesis.....	5
Metodología.....	5
Muestra.....	5
Aspectos éticos.....	6
Variables.....	7
Procedimiento.....	12
Intervenciones.....	13
Análisis estadístico.....	15
Impacto de la propuesta.....	16
Limitaciones.....	17
Cronograma.....	18
Bibliografía.....	19

Introducción

La esquizofrenia es un trastorno psicótico, crónico, severo e incapacitante, que ha afectado a los seres humanos a lo largo de la historia. Los síntomas de la esquizofrenia se clasifican en dos categorías principales que son los síntomas positivos y síntomas negativos, los primeros son las alucinaciones y los delirios, por esta razón las personas con esquizofrenia pueden escuchar voces que otras personas no escuchan o piensan que los demás pueden leer su mente, controlar sus pensamientos o conspirar para hacerles daño, estos síntomas ocasionan mucha irritabilidad, preocupación o ansiedad (García et al., 2016).

En la actualidad existe evidencia que las personas con psicosis tienen una alta prevalencia de alteraciones afectivas y de trastornos de ansiedad comórbidos. Por tal motivo las intervenciones que se realizan y se encuentran en las Guías de Práctica Clínica presentan intervenciones que están encaminadas a la disminución de la ansiedad como por ejemplo la terapia cognitivo conductual utilizando las técnicas de relajación, entrenamiento en habilidades sociales que ayudan a las personas a adquirir respuestas asertivas para ejecutarlas en distintos ambientes o situaciones que se sienten amenazados o que les ocasiona ansiedad.

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) a través de la Reestructuración Cognitiva lo que persigue es identificar aquellos pensamientos que le ocasionan ansiedad, preocupación, etc. al paciente y sustituirlos por otros más adaptativos; esta intervención es importante ya que cuando estos pensamientos no deseados alcanzan un nivel determinado llegan a obstruir un funcionamiento adaptado como sucede en algunas psicosis, en contraste a este planteamiento Marcks & Woods (citados en Barraca, 2012) a través de dos estudios empíricos señalaron que los métodos basados en la aceptación como el mindfulness son más recomendables que los de eliminación de pensamientos intrusos. Según su investigación los esfuerzos por evitar los pensamientos provocan mayor malestar subjetivo e incluso un efecto rebote de la repetición de los pensamientos, mientras que las personas que de forma natural los aceptan presentan menos ansiedad y menos obsesiones.

El mindfulness lo que busca en la persona es que aprenda a responder con atención plena ante las experiencias indeseadas, es decir tener conciencia y aceptación que son sensaciones

pasajeras y que no definen a la persona. En este caso aprender a vivenciar la experiencia psicótica como un hecho más, sin juzgarlo, lo cual ocasionará una respuesta con atención plena siendo un testigo imparcial y no dando una respuesta ansiógena la cual estaría ocasionada por la evitación, la lucha contra esta y una evaluación pesimista de la misma (Chadwick et al., 2005)

En un estudio piloto Brown, Davis, La Rocco & Strasburger (2010) investigaron la viabilidad y aceptabilidad de la enseñanza de la meditación consciente en individuos con esquizofrenia como una forma de reducir el malestar relacionado con la ansiedad. La intervención desarrollada fue una adaptación del programa Mindfulness - Based Stress Reduction (MBSR: Kabat-Zinn, 1990, 2003), los participantes fueron 15 hombres con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo con una puntuación de ansiedad de al menos de una desviación estándar por encima de la media de la población medida por el inventario de ansiedad Estado-Rasgo de Spielgerber (1983) o el Cuestionario Multidimensional de Ansiedad (Reynolds, 1999), los 15 participantes asistieron en grupos de 5 a 2 clases de una hora a la semana durante un programa de 8 semanas, al terminar el programa se realizaron entrevistas que incluían preguntas como :mientras meditaba, ¿alguna vez ha experimentado cualquier síntoma, como alucinaciones o delirios? y también otras como ¿qué le pareció la duración del programa?, etc. Realizaron el análisis de las respuestas de la entrevista llegando en conclusión que los participantes del estudio piloto indican que una intervención basada en la atención plena era aceptable, y fue percibido como teniendo los efectos deseados de proporcionar alivio de los síntomas, iniciando cambios cognitivos y la disponibilidad para el manejo del estrés a través de la relajación. Las reacciones fueron en general positivas, y no hubo informes de empeoramiento de los síntomas psiquiátricos durante la meditación o como resultado del entrenamiento de la mente. Hofmann, Sawyer & Witt (2016), en una revisión de 39 estudios sobre los efectos del mindfulness sobre la ansiedad y la depresión, encontraron que los resultados sugieren que la terapia basada en la atención plena, es una intervención prometedora para el tratamiento de la ansiedad y la depresión en poblaciones clínicas.

En la psicosis también se encuentra afectada la capacidad para presentar conductas asertivas ya que en algunas ocasiones actúan de una manera impulsiva o con un bajo autocontrol debido al estrés en que se encuentran, o el vivir sumergidos en sus pensamientos o delirio obstaculiza para que puedan mantener una planificación de sus acciones, por tal motivo presentan comportamientos que evidencian un bajo autocontrol. En relación a lo expuesto es importante mencionar que un estudio piloto aleatorio sobre los efectos del mindfulness en los diferentes componentes de la impulsividad en el trastorno límite de la personalidad, en el que 64 participantes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad fueron asignados aleatoriamente a dos grupos de intervención entrenamiento en mindfulness y entrenamiento de efectividad interpersonal (EI), las intervenciones consistieron en sesiones grupales de 120 minutos una vez a la semana durante diez semanas para evaluar la impulsividad utilizaron la escala de impulsividad de BARRATT, los resultados indican que todas las subescalas del BIS-11 mejoraron después del entrenamiento de la atención plena mientras que no se encontraron diferencias significativas pre-post en el grupo de entrenamiento en efectividad interpersonal EI (Soler et al., 2015)

Por otro lado la TCC ha sido presentada por muchos estudios controlados como una intervención prometedora en el tratamiento de la esquizofrenia, la TCC establece que los problemas emocionales son producto de aprendizajes no adaptativos por lo que el objetivo de estas intervenciones es establecer patrones de comportamiento más adaptados. Los principales tipos de TCC son las terapias de afrontamiento y las racionales como la reestructuración cognitiva de acuerdo a esta la modificación de creencias disfuncionales o irracionales producirá cambios en la conducta y emociones de las personas. Esta terapia fue desarrollada para el tratamiento de la ansiedad y depresión durante los años 1960 y 1970; posteriormente se fue adaptando para intervenir en otros trastornos entre ellos la esquizofrenia.

Dentro de los estudios que se han realizado en relación a los efectos de la TCC en pacientes con esquizofrenia tenemos el de Muñoz et al. (2012) que es un estudio preliminar cuyo objetivo era comprobar la utilidad de un programa de tratamiento mediante psicoterapia cognitivo-conductual grupal a lo largo de un periodo aproximado de 9 meses. El programa de tratamiento cognitivo-conductual propuesto se basa en el modelo ABC propuesto por

Albert Ellis pero en este caso fue una intervención grupal. Participaron en el estudio 8 pacientes varones diagnosticados de trastornos psicóticos (esquizofrenia paranoide, residual y trastorno delirante), los instrumentos que se utilizaron para la evaluación fueron Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la esquizofrenia (PANSS), Inventario de Actitudes hacia la Medicación (DAI), Inventario de Interpretación de las Voces (IVI), Escala de Evaluación de las Alucinaciones Auditivas (PSYRATS) y Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG). La comparación entre la evaluación pre y postratamiento de las variables analizadas mostró resultados favorables en cuanto a la utilidad de las intervenciones cognitivo-conductuales realizadas. Respecto a las alucinaciones auditivas, las puntuaciones en el IVI señalan mejoría en creencias metafísicas de las voces, en “interpretación sobre pérdida de control” y en la puntuación total en la prueba.

El mindfulness pretende que las personas se centren en el momento presente de una forma activa, procurando no interferir, ni dar un valor sin juzgar lo que se siente o piensa, que los aspectos emocionales y pensamientos sean vividos como se presentan sin querer cambiarlos ni evitarlos, además no busca que las personas controlen sus reacciones y emociones sino que se vivan tal como se presentan. Sin embargo esto no quiere decir que los elementos de regulación emocional, fisiológica y comportamental no se produzcan sino que se busca de manera indirecta (Moñivas & García, 2012) lo cual se relacionaría con que las personas al no juzgarse por sus pensamientos intrusos como en el caso de la esquizofrenia ayudaría a disminuir su preocupación, ansiedad, estrés lo cual también favorecería a que actúen de una manera más controlada y asertiva, por este motivo me pareció importante el plantearme este trabajo en estas dos variables específicas como son la ansiedad y el autocontrol.

Partiendo de los estudios que muestran evidencia de los efectos positivos tanto del mindfulness como de la TCC en pacientes con esquizofrenia, el desarrollo de este trabajo nos puede permitir contrastar que tratamiento es más efectivo para intervenir sobre las variables de ansiedad y autocontrol en pacientes con esquizofrenia.

Objetivos

Objetivo General

Analizar el efecto del Mindfulness y la Reestructuración Cognitiva sobre la ansiedad y autocontrol en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

Objetivos Específicos

Comparar los resultados del Mindfulness y Reestructuración Cognitiva sobre la ansiedad y el autocontrol.

Conocer el grado de eficacia en el mantenimiento de las mejorías logradas después de las dos intervenciones.

Hipótesis

La intervención basada en mindfulness será más efectiva que la reestructuración cognitiva para disminuir la ansiedad y mejorar el autocontrol en pacientes con esquizofrenia.

Metodología

Muestra

Para calcular la muestra se utilizará el programa STATS® que permite obtener una muestra representativa de la población, con un nivel de confianza de 95% y un margen de error de 5% y un porcentaje estimado de muestra de 50%, en este caso se trabajará con los usuarios del Servicio de Rehabilitación Comunitaria de Les Corts en Barcelona que tengan un diagnóstico de esquizofrenia y presenten altos niveles de ansiedad y bajo autocontrol.

El número de usuarios que asisten al servicio con diagnóstico de esquizofrenia son en total 44, de acuerdo a este dato y con los datos especificados anteriormente la muestra para que sea representativa será de 40 participantes, se dividirá en 3 grupos de forma aleatoria: un grupo control y 2 grupos que participaran en las dos intervenciones.

Los usuarios que participarán cumplirán los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Edad entre 40 a 60 años

Diagnóstico de Esquizofrenia de acuerdo a los criterios del DSM IV para lo cual previamente todos los participantes ya habrán sido aplicados la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I) (First et al., 1999).

- Estar en una fase estable de la enfermedad: corresponde a los 6-12 meses posteriores a un episodio agudo, predominio de sintomatología negativa y reactividad emocional.
- Consentimiento de participación firmado por el paciente.

Criterios de exclusión:

- Deterioro cognitivo significativo que se evaluara a través del Mini Mental State Examination de Folstein y el test de colores de STROOP.
- Enfermedad en fase aguda: presencia de sintomatología positiva delirios y alucinaciones, lenguaje desorganizado, alteraciones conductuales.
- Comorbilidad con drogodependencias.

Aspectos éticos

Se considerara en este proyecto el cumplimiento de los principios establecidos en la Declaración de Helsinki de 1964; así como también se cumplirá con la Ley Orgánica 15/1999

de Protección de Datos de Carácter Personal durante todo el estudio para garantizar la confidencialidad así como también el derecho de los participantes en conocer los resultados del trabajo.

Variables del estudio

Variables independientes: son las intervenciones que se realizarán:

Mindfulness: El programa que se ejecutará, seguirá los lineamientos teóricos y prácticos del modelo de Reducción del Estrés Basado en Mindfulness (MBSR) de Kabat Zinn (1990) y también se tomará en cuenta ciertos aspectos de la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena (MBCT) de Segal, Teasdale y Williams (2002).

Durante las sesiones se realizaran practicas formales y se enseñara también practicas informales que ayudaran al desarrollo de la atención plena. La primera sesión será destina a explicar que es el mindfulness, discusión sobre conciencia y piloto automático, y en las sesiones siguientes se realizaran las practicas formales como: escáner o exploración corporal, meditación sentado, ejercicios de estiramiento yoga, respiración de tres minutos, ejercicio de la uva pasa. Al final de cada sesión se instruirá para que los participantes realicen las prácticas informales como realizar actividades tales como comer, cepillarse los dientes o caminar, en una actitud de presencia y atención hacia la experiencia presente.

Todas las sesiones al inició contarán con el componente psicoeducativo en relación a lo que se realizará en cada sesión.

Reestructuración Cognitiva: el programa de tratamiento se basará en el modelo ABC antecedentes, creencias y consecuencias, propuesto por Ellis se abordaran las diferentes distorsiones cognitivas que a los participantes les podría provocar alteración en las variables en estudio como son la ansiedad y el autocontrol. El programa consistirá de los siguientes pasos:

Se iniciará presentando el esquema principal del modelo ABC a través de ejemplos neutros. Estos se realizara en la primera sesión sin embargo a lo largo de todas las sesiones se ira reforzando el modelo ABC.

Se trabajará en la identificación de las distorsiones cognitivas (inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobregeneralización, personalización etc.) motivando a los participantes a que identifiquen sus propias distorsiones cognitivas.

Identificación de emociones y conductas problemáticas las cuales se enlazarán con las creencias distorsionadas.

Refutar las creencias distorsionadas, e identificación de creencias alternativas racionales. Los pacientes realizarán ejercicios de “papel y lápiz” con el modelo ABC intentando generar conductas alternativas que lleven a diferentes consecuencias ante situaciones problemáticas.

Afianzar las creencias racionales a través de la ejecución de tareas.

Variables dependientes: son aquellas sobre las que se realizará las intervenciones como son la ansiedad y el autocontrol.

Evaluación de variables:

Ansiedad: que se evaluara con los siguientes instrumentos:

Escala de Ansiedad Estado/Rasgo STAI (Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E., 1982): la cual evalúa el nivel actual de ansiedad y la predisposición de la persona a responder al estrés, son un total de 40 ítems de los cuales la mitad pertenecen a la subescala Estado, formada por frases que describen como se siente la persona en ese momento. La otra mitad de los ítems corresponden a la subescala Rasgo, que identifican como se siente la persona habitualmente.

Propiedades psicométricas:

Fiabilidad: consistencia interna: 0.90-0.93 (subescala Estado), 0.84-0.87 (subescala Rasgo), fiabilidad test-retest: 0.73-0.86 (subescala Rasgo).

Validez: 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).

Inventario de Ansiedad de Beck BAI (Aaron T. Beck, Norman Epstein, Gary Brown & Robert A. Steer, 1988): se construyó con la intención de disponer de una medida de ansiedad

clínica que a su vez permitiera discriminar la ansiedad de la depresión, 14 de sus 21 ítems (el 67%) se refieren a síntomas fisiológicos, mientras que sólo 4 de sus ítems evalúan aspectos cognitivos y 3 aspectos afectivos. Por otro lado, 19 de los 21 ítems del BAI (el 90%) se refieren a síntomas característicos de las crisis de angustia o pánico. Teniendo en cuenta un concepto de ansiedad clínica tan consensuada como el que aparece reflejado en el DSM-IV, el BAI cubre 13 de los 37 síntomas distintos que definen los trastornos de ansiedad primarios en el DSM-IV.

Propiedades psicométricas:

Fiabilidad: En el estudio original se encontró, con una muestra de 160 pacientes ambulatorios con trastornos psicopatológicos, un índice elevado de consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,92), el cual ha sido posteriormente replicado en otras muestras clínicas y no clínicas. La adaptación española de Sanz y Navarro ha obtenido un coeficiente alfa de 0,88 en una muestra de 590 estudiantes universitarios españoles y de 0,93 en una muestra de 249 adultos de la población general española. La fiabilidad test-retest al cabo de una semana que se obtuvo en el estudio original con una muestra de 83 pacientes ambulatorios con trastornos psicopatológicos fue de 0,75, mientras que el meta-análisis de De Ayala et al. (2005) informa de una correlación test-retest media de 0,66, aunque con un intervalo de tiempo medio mayor (32 días).

Validez: Existe una abundante literatura empírica que ha obtenido buenos índices de validez convergente del BAI al mostrar que el instrumento correlaciona de forma moderada con otras medidas de ansiedad en distintos tipos de. Por ejemplo, en el estudio original el BAI correlacionó 0,51 con la Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton en una muestra de pacientes psicopatológicos, mientras que en el estudio de Creamer, Foran y Bell (1995) con estudiantes universitarios el BAI mostró correlaciones de 0,57-0,68 y de 0,56-0,64 con las escalas Estado y Rasgo, respectivamente, del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de Spielberger. En cuanto a la validez discriminante respecto a la depresión, aunque la literatura muestra también correlaciones moderadas entre el BAI y diferentes medidas de depresión como, por ejemplo, ocurre en los estudios de la adaptación española en los que el BAI correlacionaba 0,63 y 0,58 con el Inventario para la Depresión de Beck-II en población general y estudiantes universitarios, respectivamente, sin embargo, los análisis factoriales de

los ítems del BAI y del BDI-II revelaban en tales estudios dos factores claramente diferenciados de ansiedad y depresión en los que saturaban los ítems respectivos y, por tanto, sugieren que las correlaciones entre los dos instrumentos pueden deberse más a la relación entre los constructos de ansiedad y depresión que a un problema de falta de validez discriminante por parte del BAI. Finalmente, el BAI ha demostrado sensibilidad al cambio tras un tratamiento y, de hecho, ha sido usado en multitud de estudios para evaluar la respuesta al tratamiento de grupos de pacientes con trastornos de ansiedad, especialmente con trastorno de pánico y con trastorno de ansiedad generalizada, y para comprobar qué tratamiento es el más eficaz.

Autocontrol: se evaluará utilizando los siguientes instrumentos:

Escala de Modos de Afrontamiento Revisada (WOC-R Lazarus & Folkman, 1984): evalúa los diferentes modos de afrontamiento o coping: afrontamiento, apoyo, negociación, escape/evitación, planificación y solución de problemas, reevaluación positiva, aceptación de responsabilidad y autocontrol. Se utiliza este instrumento ya que el autocontrol se encuentra directamente relacionado con la forma de afrontamiento de las personas ya que estos se refieren a un “proceso de esfuerzos dirigidos a manejar del mejor modo posible (reduciendo, minimizando, tolerando o controlando) las demandas internas y ambientales.”

Propiedades psicométricas:

Fiabilidad: consistencia interna: 0.61-0.79

Validez: el análisis factorial distingue entre factores dirigidos a la resolución de problemas (búsqueda de soluciones alternativas, búsqueda de información y realización de un plan de acción) y factores dirigidos a la emoción (búsqueda de apoyo social emocional, distanciamiento, evitación, acentuación, de los aspectos positivos de la situación y autorreproche).

Escala de Impulsividad de Barratt (BIS - 11): es un cuestionario de 30 ítems para evaluar los rasgos de impulsividad, mide tres aspectos de la impulsividad: (1) la impulsividad motora (en funciones sin premeditación); (2) la impulsividad atencional (la tendencia a tomar

decisiones rápidas, no reflexivos); y (3) sin fines de planificación de la impulsividad (falta de preparación para la eventos futuros).

Características psicométricas:

Validez: Para evaluar la validez concurrente de la BIS-11, se correlacionó su puntaje total con el puntaje obtenido en la escala de Impulsividad-DSM-IV. Se encontró una correlación directa, altamente significativa entre ambas escalas ($r(761) = 0,55, p < 0,001$). La validez de constructo de la BIS-11 total se evaluó por medio del estudio de su correlación con otras características psicopatológicas que se suelen relacionar con impulsividad, tales como conducta suicida (intentos de suicidio) y consumo de alcohol.

Variables de control:

Diagnóstico de esquizofrenia: a los participantes del trabajo previamente se les habrá aplicado la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I) (First et al., 1999) es una entrevista semiestructurada que permite establecer los diagnósticos más importantes del eje I del DSM-IV de una forma totalmente estandarizada. Consta de seis módulos relativamente independientes, el modulo C corresponde a los trastornos psicóticos entre los que se encuentran la esquizofrenia. La entrevista está diseñada de forma que la mayor parte de las preguntas pueden ser contestadas con un Sí/No, aunque en la mayoría de las ocasiones es necesario que el paciente explique con detalle. Permite establecer si el trastorno es actual (último mes) o prevalente a lo largo de la vida.

Funcionamiento cognitivo: para determinar este aspecto se utilizara el Mini Mental State Examination de Folstein, evalúa brevemente el estado mental y permite observar la progresión del estado cognitivo, evalúa las siguientes áreas orientación en el espacio, en el tiempo, codificación, atención y concentración, memoria, lenguaje y construcción visual. Esto ayudara para asegurarnos que los participantes no presentan deterioro cognitivo. También se utilizara el Test de Stroop sirve para evaluar procesos cognitivos muy diversos relacionados con la función ejecutiva, funciones tales como flexibilidad y la capacidad de inhibición de respuestas automáticas, capacidad propia y específicamente vinculada al lóbulo frontal

Procedimiento

Descripción de la Intervención

Es un diseño cuasi-experimental que consistirá en comparar los efectos en un grupo del Mindfulness y en otro grupo de la Reestructuración Cognitiva sobre las variables en estudio como son la ansiedad y el autocontrol, los dos grupos de usuarios presentan diagnóstico de esquizofrenia, con problemas de ansiedad y déficit para afrontar las situaciones de una forma acertada lo cual se traduce en falta de autocontrol, impulsividad o déficit de conductas asertivas

Reclutamiento de los participantes

Se planteará una reunión con el equipo del Servicio de Rehabilitación Comunitaria de Les Corts con el propósito de identificar a los usuarios que podrían participar de las intervenciones, cada referente se encargará de explicar a cada usuario o representante legal en que consiste el trabajo a realizar al finalizar la entrevista se les motiva para su participación y se les solicita que firmen el consentimiento firmado si así lo desean.

Una vez que se obtenga el consentimiento firmado de los participantes, se realizará una asignación al azar a los dos tipos de intervenciones y al grupo control.

Evaluación pre-tratamiento

La evaluación estará a cargo de la autora de este trabajo y de otro profesional que la Coordinadora del Servicio de Rehabilitación Comunitaria designe, se utilizará la Escala de Ansiedad Estado/Rasgo STAI (Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E., 1982), Inventario de Ansiedad de Beck BAI (Aaron T. Beck, Norman Epstein, Gary Brown & Robert A. Steer, 1988), la Escala de Modos de Afrontamiento Revisada (WOC-R Lazarus & Folkman, 1984) y Escala de Impulsividad de Barratt (BIS – 11) se aplicarán los instrumentos de manera individual para tener mayor confiabilidad en los resultados, ya que los participantes frente alguna duda sobre alguna pregunta podrán aclararla con el/la profesional que realice la evaluación.

Posteriormente se utilizarán los mismos instrumentos para la evaluación post tratamiento y a los 3 meses de culminadas las intervenciones para realizar un seguimiento. Estos instrumentos serán aplicados también al grupo control.

Intervenciones

Mindfulness: se llevará a cabo la intervención durante tres meses una vez por semana cada sesión durará una hora, durante las intervenciones se utilizarán las siguientes técnicas:

- Ejercicio de la uva pasa: que consiste en que cada participante toma una uva pasa, primero tienen que observar las características de la misma como color, textura, olor, etc. Posteriormente se les solicita que se pongan la pasa en la boca y que sientan los movimientos de su boca y de su cuerpo en general, se les invita para que la mastiquen lentamente, y que vayan apreciando el sabor y los movimientos de boca al masticar. Asimismo se les dice que observen sus pensamientos pero sin juzgarlos y que vuelvan a centrar la atención en el ejercicio. Al terminar el ejercicio los participantes se darán cuenta que no es lo mismo comerse una uva pasa con atención plena que hacerlo en piloto automático como se suele hacer la mayoría de cosas en la vida cotidiana. Finalmente se motiva a los participantes que en casa realicen el ejercicio cuando efectúen una de sus comidas.

- Contemplación de las sensaciones corporales o Body Scan: consiste en que los participantes recostados en el suelo vayan explorando con sensibilidad pero sin modificar nada todo su cuerpo, los participantes tienen que primero centrar la atención sobre una parte del cuerpo y sentir como es la sensación en ese momento en esa parte del cuerpo si no hay ninguna sensación se continúa con otra parte del cuerpo pero siempre se irá recalcando que no hay que modificar ninguna sensación sino solo observarlas. En este ejercicio practicar mindfulness consiste en poner en práctica las siguientes habilidades: a) dirigir la atención hacia una parte del cuerpo con curiosidad y receptividad b) notar las sensaciones sin reaccionar a ellas de forma crítica, independientemente de que éstas sean agradables o desagradables y c) notar cuando la atención se ha desviado y retornar con amabilidad y suavidad al momento presente. Este ejercicio se practicará en algunas de las sesiones y se animará a los participantes para que practiquen en casa por medio de una grabación en audio.

- Hatha Yoga: Se trata de unos sencillos ejercicios de yoga que pueden ser practicados por la mayoría de las personas. Se instruye a los participantes a realizar los ejercicios de yoga muy lentamente, siendo conscientes de la respiración y notando los límites del cuerpo sin traspasarlos. Cuando se tensa el cuerpo en una postura, es natural retener la respiración. Entonces, se instruye a los participantes a observar estos cambios y a notar la respiración mientras llevan a cabo los ejercicios. De este modo, se cultiva una actitud de atención plena hacia el cuerpo y las posturas corporales, momento a momento, siguiendo los mismos principios de observar sin juzgar, aceptación, curiosidad, etc. que ya se han comentado. Las posturas se llevan a cabo muy lentamente.

- Atención plena a la respiración: los participantes sentados cómodamente en una silla, apoyando la planta de los pies en el suelo y la columna erguida cómodamente, cierran los ojos, el/la profesional va dando instrucciones primero que dirijan su conciencia a las sensaciones físicas de las zonas en que el cuerpo tiene contacto con el suelo o silla, luego que procedan como lo hicieron en el escáner corporal que dediquen un momento a explorar las sensaciones del cuerpo. Posteriormente que dirijan la atención hacia la parte inferior del abdomen mientras la respiración entra y sale de su cuerpo, pueden apoyar la palma de la mano al abdomen, no tienen que controlar la respiración sino simplemente contemplar la respiración como sigue su curso natural, cuando la mente se distraiga en pensamientos lo cual es lo natural, no pensar que es un error ni un fracaso, sino que amablemente se reconoce en que estaba pensando y llevarse amablemente a centrar su atención en la respiración esto se realizará durante 10 o 15 minutos.

- Meditación caminando: se trata de ser conscientes del caminar, se practica con lentitud poniendo atención a las sensaciones corporales, el contacto del pie con el suelo, el doblar con la rodilla, etc. Si la atención se distrae como en los ejercicios anteriores amablemente se vuelve la atención al ejercicio. Esta práctica se motiva a los participantes para que realicen en su vida diaria.

- La atención plena en la vida cotidiana: se instruye y motiva a los participantes a que realicen con atención plena las actividades de la vida diaria como cepillarse los dientes, comer, lavar los platos, etc. Como por ejemplo al despertar cada mañana dirige tu atención, antes de levantarte, a la respiración y realiza, plenamente consciente, cinco respiraciones, Advierte

los cambios que se producen en tu postura. Date cuenta del modo en que sientes tu cuerpo y tu mente cuando pasas de la postura acostada a la sedente, y luego a ponerte en pie y caminar, advierte cada paso de la transición que conduce de una postura a la siguiente. Utiliza, cada vez que escuches el timbre del teléfono, el canto de un pájaro, el paso de un tren, una risa, el claxon de un coche, el viento o el ruido de una puerta al cerrarse. Escucha totalmente despierto y presente. Dedicar, a lo largo del día, varios momentos para dirigir tu atención a la respiración y observa, plenamente atento, cinco respiraciones. Cada vez que comas o bebas algo, tómate un minuto y respira.

Todas las sesiones tendrán un componente psicoeducativo en relación al ejercicio empleado en cada una de las sesiones.

Reestructuración Cognitiva: se realizarán 12 sesiones grupales una semanal de una hora de duración.

Se trabajará con el modelo A-B-C de Ellis siguiendo los siguientes pasos:

- Identificación de las emociones y conductas problemáticas, enlazarlas con las creencias irracionales que las sustentan.
- Refutar las creencias contraproducentes e identificar las creencias alternativas racionales.
- Afianzar las alternativas racionales

Para ello se emplearán diferentes recursos didácticos y técnicas como: trabajar autorregistros, utilizar ilusiones ópticas frente a los que cada miembro del grupo percibe cosas diferentes (la misma situación puede percibirse de manera diferente), discusión y debate de creencias, autoinstrucciones racionales, imaginación racional, emotiva, etc.

Análisis estadístico

Se presentarán en tablas y gráficos los resultados de las puntuaciones de los participantes componentes de la muestra que serán intervenidos terapéuticamente a través del Mindfulness, la Reestructuración Cognitiva y el grupo control, comparando valores pre-tratamiento ,post-

tratamiento y posteriormente versus el seguimiento que se realizara a los 3 meses, para lo cual se aplicarán en tres momentos como ya hemos mencionado la Escala de Ansiedad (STAI), Inventario de Ansiedad de Beck(BAI), la Escala de Modos Afrontamiento Revisada (WOC-R) y la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS - 11) que respectivamente nos permitirán conocer la condición individual de cada participante en las variables: Ansiedad como Estado y como Rasgo correspondiente al (STAI), ansiedad clínica, síntomas fisiológicos, aspectos cognitivos y aspectos afectivos correspondientes al (BAI), Afrontamiento, Apoyo, Negociación, Escape/Evitación, Planificación y Solución de problemas, Reevaluación Positiva, Aceptación de Responsabilidad y Autocontrol correspondientes al (WOC-R) e impulsividad motora, cognitiva y no planeada correspondiente al (BIS- 11).

Con los datos se construirá tablas de doble entrada donde las filas serán los casos, las columnas variables y las celdas serán valores o datos. Esta información permitirá elaborar cálculos estadísticos como media aritmética y desviación standard para mostrar características numéricas de los grupos en los tres momentos evaluados.

Se utilizará el análisis de varianza ANOVA con un diseño mixto incluyendo los tres grupos analizados y las evaluaciones pre, post tratamiento y seguimiento. Posteriormente los datos serán sometidos a la prueba estadística inferencial de la t de Student para medidas repetidas con la cual se pretenderá conocer si las diferencias entre las medidas aritméticas pre versus post-intervención y seguimiento a los 3 meses son significativas con una probabilidad de error de $p < 0,05$.

Impacto esperado de la propuesta.

Los resultados de este trabajo servirán para conocer el impacto del mindfulness que tiene sobre la ansiedad y el autocontrol en personas con esquizofrenia en comparación con la reestructuración cognitiva, es importante e interesante realizar esta comparación ya que permitirá identificar si la atención plena, el aceptar y tolerar los pensamientos como es la base del Mindfulness permite obtener mejores resultados que el cambiar pensamientos como lo hace la Reestructuración Cognitiva, en la ansiedad y el autocontrol, es importante investigar los mejores resultados que se obtendrían para trabajar sobre estas variables ya que como conocemos la ansiedad y la dificultad para controlarse o afrontar situaciones

estresantes trae un grave problema a las personas con esquizofrenia y psicosis ya que estas dificultades intervienen en el deterioro psicosocial.

Si los resultados fueran realmente significativos en mostrar una disminución de la ansiedad y un mejorar autocontrol en los participantes, pues en el SRC de Les Corts posiblemente la intervención de elección para intervenir sobre estas variables sería el Mindfulness, asimismo también los resultados obtenidos nos darían oportunidad para realizar un estudio en el que las dos intervenciones se pudieran integrar para identificar si juntas nos dan mejores resultados.

Además los resultados permitirán identificar a que usuario le resulta mejor uno de los dos tipos de intervención que estamos estudiando lo cual así ayudará para que reciban una intervención ajustada a sus necesidades, ya que los tratamientos depende de los beneficios según la persona, esto sería importante ya que estaríamos realizando un trabajo enfocándonos en las necesidades de cada usuario lo que realmente es el objetivo que se persigue en las intervenciones en salud mental.

También los resultados pueden revelar que no existe una diferencia significativa entre el grupo que fue intervenido a través del Mindfulness y el de Restructuración Cognitiva lo que a la vez nos permitirá ejecutar los dos tipos de intervenciones con una mayor confiabilidad sobre las variables estudiadas.

Así también puede darnos información si a alguno de los participantes una de las intervenciones ocasiona una desmejora lo cual será de mucho valor para los profesionales ya que podrán buscar una mejor opción para el paciente.

Limitaciones

Existe literatura científica sobre los efectos adversos que puede ocasionar el mindfulness, especialmente en personas con psicosis provocando angustia, ansiedad y aumento de sintomatología positiva esto podría deberse a que existiría una mayor autoconciencia es sus dificultades durante la práctica del mindfulness y a una reducción de las barreras mentales, por eso es importante que exista un control al respecto lo que se realizaría a través de un diario en el cual los participantes irán llenando sus experiencias con la práctica del Mindfulness.

Sin embargo la mayoría de estudios concluyen que es una técnica bastante segura con escasos riesgos, si bien existen estudios sobre exacerbación de cuadros psicóticos o bien de nueva aparición de psicosis así como de sintomatología afectiva. La mayoría de éstos episodios se presentan tras largos períodos de meditación y con aislamiento sensorial importante (García et al., 2012); por tal motivo la intervención a ejecutarse será a través de sesiones de una hora y los ejercicios que se realizaran duraran máximo 10 minutos.

Otra de las limitaciones que podríamos encontrar es que existan participantes que encuentren dificultades para realizar los ejercicios de mindfulness ya que quizá la angustia que sienten no les permite realizarlos.

Cronograma

ACTIVIDADES	FECHAS
Selección de los participantes	1 al 15 de enero de 2016
Información del proyecto y firma de consentimiento	16 al 31 de enero de 2016
Evaluación pre-intervención	febrero 2016
Intervención Mindfulness, Reestructuración Cognitiva y grupo control con intervención psicosocial (sin intervención sobre variables en estudio)	1 de marzo al 30 de junio de 2016
Evaluación post-intervención	julio de 2016
Análisis de resultados	julio 2016
Evaluación de seguimiento a los 3 meses de culminadas las intervenciones	octubre 2016
Análisis de resultados	octubre 2016

Bibliografía

- Ayers, C. R., Sorrell, J. T., Thorp, S. R., y Wetherell, J. L. (2007). Evidence based psychological treatments for late life anxiety. *Psychology and Aging*, 22, 8 17.
- Barraca Mairal, J. (2012). ¿Aceptación o control mental? Terapias de aceptación y mindfulness frente a las técnicas cognitivo-conductuales para la eliminación de pensamientos intrusos. *Análisis y Modificación De Conducta*, 37(155-156). Recuperado de <http://www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/view/1317>
- Chadwick, P., Newman, K., & Abba, N. (2005). Mindfulness groups for people with psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33 (351-359). doi: 10.1017/S1352465805002158
- García, J., Hurtado, M., Nogueras, E., Quemada, C., Rivas, F., Gálvez, L., Bordallo, A., & Morales, J. (2016). Guía de práctica clínica para el tratamiento de la psicosis y la esquizofrenia: Manejo en atención primaria y en salud mental. Málaga: Hospital Regional de Málaga.
- Hofmann, S., Sawyer, A. & Witt, A. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. 78 (2). doi 10.1037/a0018555
- Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Cougleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T. & Lazar, S. N. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 191, 36-43.

López-Navarro, E., et al., Mindfulness improves psychological quality of life in community-based patients with severe mental health problems: A pilot randomi..., *Schizophr. Res.* (2015), <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2015.08.016>

Linda F. Brown, Louanne W. Davis, Valerie A. LaRocco & Amy Strasburger (2010) Participant Perspectives on Mindfulness Meditation Training for Anxiety in Schizophrenia, *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 13:3, 224-242 To link to Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1080/15487768.2010.501302>

Pérez, M., & Botella, L. (2006). Conciencia plena (Mindfulness): Concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Psicoterapia*. 18

Moñivas, A., García, G., & García, R. (2012). Mindfulness (atención plena): Concepto y teoría. *Portularia*, 11(83-89), 1578- 0236. doi: 10.5218/2012.0009

Segal, Z., Williams, J., & Teasdale, J. (2015). *Terapia cognitiva basada en el mindfulness para la depresión*. Barcelona: Kairós.

Siegel, D. (2012). *Mindfulness y psicoterapia*. Barcelona: Paidós.

Vallejo, A. (2006). Mindfulness. *Papeles del psicólogo*, 27(2). Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1340.pdf>.