

**Treball de Final de Grau/Màster / Trabajo de Final de Grado/Máster**

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

**INTERVENCIONES COGNITIVO-  
CONDUCTUALES BASADAS EN MINDFULNESS  
EN PERSONAS CON PSICOSIS.  
¿Aportan algo nuevo?**



**Autora:** Tábata Baeza Mor

**Tutor Supervisor:** Josep Pena Garijo

**Fecha de lectura:** 27 / 09 / 18

## **Resumen**

Las terapias de tercera generación que incluyen el componente Mindfulness representan, desde hace años, una alternativa al enfoque terapéutico tradicional para la psicosis. El objetivo del presente trabajo será comparar los resultados obtenidos con intervenciones basadas en la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) tradicional con intervenciones de TCC que incluyeron el componente de mindfulness, en pacientes con psicosis. Se realizó una búsqueda en diferentes bases de datos sobre la eficacia de ambas intervenciones (PUBMED, Dialnet, Redalyc y Google Académico) con los términos '*psicosis/psychosis*', '*mindfulness*', '*terapia cognitivo-conductual/cognitive behavioural therapy*'. Se compararon los resultados en diferentes variables. Los hallazgos indican que las intervenciones basadas en Mindfulness producen efectos beneficiosos sobre los síntomas en personas con trastornos psicóticos. Sin embargo, no podemos afirmar con claridad que mejoren los resultados de las TCC tradicionales. Por todo ello, se requiere más investigación para determinar los componentes activos en el resultado de las intervenciones descritas.

**Palabras clave:** *Mindfulness, terapia cognitivo-conductual, psicosis, rehabilitación psicosocial.*

## **Abstract**

The third generation therapies that includes the Mindfulness component represent, for years, an alternative to the traditional therapeutic approach for psychosis. The aim of this study is to compare the results obtained with interventions based on traditional Cognitive Behavior Therapy (CBT) with CBT interventions that included the mindfulness component in patients with psychosis. A search was made in different databases on the effectiveness of both interventions (PUBMED, Dialnet, Redalyc and Google Scholar) with the terms '*psychosis*', '*mindfulness*', '*cognitive behavioural therapy*'. The results were compared in different variables. The findings indicate that interventions based on Mindfulness produce beneficial effects on symptoms in people with psychotic disorders. However, we can not state clearly that the results of traditional TCCs improve. Therefore, more research is required to determine the active components in the results of the interventions described.

**Key words:** *Mindfulness, cognitive behavioural therapy, psychosis, psychosocial rehabilitation.*



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

**INTERVENCIONES COGNITIVO-CONDUCTUALES BASADAS  
EN MINDFULNESS EN PERSONAS CON PSICOSIS.**

**¿Aportan algo nuevo?**

**ÍNDICE**

<b>1. Introducción.....</b>	<b>Pag. 4 - 10</b>
<b>2. Metodología.....</b>	<b>Pag. 11 - 12</b>
<b>3. Resultados.....</b>	<b>Pag. 12 - 19</b>
<b>4. Conclusiones.....</b>	<b>Pag. 20 - 21</b>
<b>5. Referencias bibliográficas.....</b>	<b>Pag. 22 - 24</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

La terapia cognitivo-conductual es uno de los enfoques más utilizados y extendidos en el trabajo con pacientes con psicosis, dada su demostrada eficacia en la mejora de diferentes variables clínicas, sobre todo, en los llamados síntomas positivos. Sin embargo, hace apenas unos años comenzaron a emerger nuevos enfoques: las llamadas ‘terapias de tercera generación’, caracterizadas por ser intervenciones que integran tanto el enfoque cognitivo-conductual de las terapias tradicionales como el componente del *Mindfulness*. Estas nuevas terapias se focalizan en comportamientos y cogniciones (igual que las terapias de primera y segunda generación) pero sin querer influir directamente en síntomas o fenómenos psicológicos desagradables, sino en la manera que tienen las personas de relacionarse con ellos. Para ello, una de las herramientas que utilizan es la práctica del mindfulness, con el que se busca la aceptación de los síntomas y la relación con ellos, más allá de la reducción de estos.

El *mindfulness*, aunque surge de una tradición muy antigua asociada al budismo, es relativamente nuevo en las ramas científicas. Podríamos definirlo, por ejemplo, como el ‘ser consciente de la experiencia presente con aceptación’ (Germer, 2000) o como ‘[...] es la habilidad de centrar la atención de un modo particular: en un objeto, en el momento presente y sin juzgar’ (Jon Kabat-Zinn, 1990).

El componente clave del *mindfulness*, y en el que se basa toda la intervención posterior, es la conciencia o atención plena. Este componente incide en la importancia de vivir el presente con plena atención, en lugar de vivir con el ‘piloto automático’. Se trata, pues, de focalizar la atención en el propio cuerpo para experimentar de manera real cualquier emoción o pensamiento que se experimente, pero sin juzgar ni valorar esas experiencias; es decir, es una forma particular de atención donde se pretende permanecer imparcial ante las experiencias sentidas, sin imponer nuestras ideas o creencias hasta llegar a la aceptación de estas.

Es, por tanto, una habilidad que choca contra el habitual automatismo de nuestros pensamientos y a la rapidez con la que la gente vive, sin pararse a pensar en el aquí y el ahora. Sin embargo, mediante el cultivo de ciertas actitudes como la práctica, la paciencia y la constancia, podemos llegar a estar abiertos en todo momento, sin dejar que los pensamientos arrasen nuestra percepción del mundo actual.

Siguiendo esta línea, el *mindfulness* puede practicarse en diferentes situaciones y podemos dividir los tipos de prácticas existentes en dos grandes bloques:

1. Prácticas formales.
  - Escáner corporal: exploración de las sensaciones del propio cuerpo desde los pies hasta la cabeza.
  - Meditación sentada.
  - Pausas como la Respiración de tres minutos.

- Técnica de “la uva pasa”: análisis de una uva pasa antes de comérsela. Se trata de tocarla, chuparla, olerla... como si fuera la primera vez que vemos una. Se considera una de las técnicas de iniciación para entender el concepto de piloto automático.
- Auto-registros: identificación de los diferentes pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales que se generan de manera automática como respuesta a experiencias agradables o desagradables.

## 2. Prácticas informales.

Estas prácticas consisten en cultivar las actitudes básicas del mindfulness a través de cualquier actividad rutinaria para generalizar la habilidad en todos los contextos en los que la persona se desenvuelve.

Las tres fases por las que la persona transcurre practicando el *mindfulness* son las siguientes:

1. Suspender la actividad mental: se trata de dejar a un lado los pensamientos negativos automáticos habituales respecto al mundo. Esto se consigue dejando ir el flujo del pensamiento, tarea complicada que se consigue mediante práctica.
2. Redirigir la atención del exterior al interior: se trata de prestar atención a la experiencia que, en ese momento, se vive pero de un modo ‘pasivo’. No hay que hacer nada, simplemente dejar que esa experiencia pase y ser consciente de ella.
3. Aceptar o soltar la experiencia.

Finalmente, es importante conocer y esquematizar los componentes del *mindfulness*, que son:

1. Atención al momento presente  
Hay que centrarse en el aquí y el ahora en lugar de centrarse en los problemas pasados o en el futuro, como las expectativas y los miedos. Se trata de mantener la atención en procesos internos que experimentas en ese instante.
2. Apertura de la experiencia  
Es la capacidad de observar la experiencia vivida sin interponer tus creencias o ideas previas. Aquí podemos mencionar la técnica llamada “mente del principiante”, en la cual debes experimentar la situación que vives como si fuera la primera vez.
3. Dejar pasar

La persona no debe apegarse ni identificarse con ninguna emoción, pensamiento o sensación que experimente. Debe concebirlos como eventos pasajeros y no como un reflejo del self.

4. Aceptación

Como dice Hayes (1994), ‘experimentar los eventos plenamente y sin defensas, tal como son’. Se trata de no juzgar nada de lo que se experimenta, simplemente aceptar que está.

5. Intención

Cada persona persigue algo cuando practica el mindfulness, que debe ir evolucionando a medida que la intervención también lo haga. Esta intención no significa que tratemos de conseguir un propósito inmediato, sino tener una actitud predispuesta al objetivo concreto de cada etapa de la intervención.

Una vez repasadas las nociones básicas del *mindfulness*, es importante conocer las diferentes intervenciones en las que este está integrado, así como las técnicas utilizadas en cada una de ellas. Sin embargo, antes de comenzar cabría destacar ciertos aspectos comunes que tienen todas ellas.

Por un lado, estas estrategias buscan que la persona se acepte tal y como es, y que sea capaz de orientar su vida hacia el camino que desee (sus propios valores). Se trata pues, de ser flexible y admitir que los síntomas se experimentan, pero no por ello intentar hacerlos desaparecer. Para ello, se otorga gran importancia al contexto, entendido como la persona, el ambiente y la relación existente entre paciente-terapeuta; entendida esta última como la herramienta más útil para el cambio. Gracias a esta relación terapéutica, y teniendo en cuenta el punto de vista funcional de la conducta, en la intervención se trata de hacer salir a la luz el problema que sufre el paciente para poder dirigirlo hacia otra dirección.

Entenderemos por tanto que el malestar no proviene necesariamente de una enfermedad, problema o déficit que se encuentra dentro de la persona, sino que la persona se encuentra en una situación que es problemática para ella y a la que hay que encontrarle solución, teniendo en cuenta su personalidad y el pasado que le define.

Por otro lado, las terapias basadas en Mindfulness tienen también como objetivo el de *desmedicalizar* a las personas, siendo para ello más importante en la intervención, la relación terapéutica y el ambiente creado para conseguir un buen ajuste psicosocial y una total recuperación.

## **Intervenciones psicológicas que integran el componente *mindfulness*:**

### **1. Reducción del estrés basado en la conciencia plena (Kabat-Zinn).**

Este enfoque es el pionero en integrar técnicas de meditación en la medicina y la psicología. En pacientes con estrés crónico como población diana en concreto, esta intervención tiene como objetivo la eliminación del piloto automático en la vida cotidiana mediante la adopción de actitudes, como: no juzgar, tener paciencia, tener confianza en la bondad, aceptar, dejar pasar... procedentes del Zen. Las cuatro técnicas principales son:

- Meditación estática: es una forma de meditación en la que debes estar sentado en el suelo o en una silla, con la cabeza, el cuello y la espalda alineados de manera vertical. Primeramente se observa la propia respiración y, a medida que avanza la práctica, se redirige la atención al cuerpo, algún sonido o los sentimientos experimentados ese momento.
- Atención en la vida cotidiana: es una técnica que permite convertir la calma en parte de la vida diaria si se practica de forma habitual, mediante la atención del momento presente en cualquier lugar en cualquier momento del día.
- Meditación caminando: es otra forma de meditación, en la que prestas atención a cada paso, girando en círculos o caminando el línea recta. Se trata de experimentar plenamente el caminar.
- Revisión atenta del cuerpo (Body Scan): es un tipo de meditación que tiene como objetivo principal reestablecer el contacto con el cuerpo y obtener flexibilidad para enfocar la atención, mediante la observación de las sensaciones de cada parte del cuerpo.

Mediante estas técnicas, y tareas para casa como los auto-registros, esta intervención se lleva a cabo en ocho semanas consecutivas y con reuniones grupales de dos horas y media.

### **2. Terapia cognitiva basada en la conciencia plena (Segal, Williams y Teasdale).**

En esta intervención se fusionan los principios teóricos y las técnicas de un enfoque cognitivo conductual con el *mindfulness*, con el objetivo de impedir la reactivación de patrones de pensamiento negativo cuando surgen estados de ánimo disfóricos, que es lo que le ocurre a personas que sufren depresión o que tienden a sentirla. A diferencia de la terapia cognitivo-conductual tradicional (que se centran en el cambio de contenido de los pensamientos), esta terapia trata de enfatizar la importancia de la relación entre la persona y sus propios pensamientos. Una de las actitudes clave en esta intervención es

la técnica del *descentramiento*, una técnica para potenciar el proceso de afrontamiento.

### **3. Terapia de aceptación y compromiso (Hayes, Stroschal y Wilson).**

Esta terapia parte de la base de que un problema no es la existencia o no de síntomas en la persona, sino la manera que esta tiene de reaccionar ante eventos privados negativos, como sentimientos o pensamientos. La importancia recae, entonces, en la función que realizan estos comportamientos llevados a cabo por la persona, porque seguramente cumplan un papel central en su vida. En relación con esto, existe un fenómeno llamado la “evitación experiencial”, que se pone en marcha cuando la persona no quiere ponerse en contacto con sus sentimientos y pensamientos negativos, huyendo del contexto o circunstancias que le producen vivirlo. Así, y utilizando la evitación como medio para no llegar a sentirlo, la persona no corta de raíz la situación problema, volviendo a realizar lo mismo una y otra vez. Por ello, en esta modalidad de terapia se plantea la utilización de diferentes técnicas como: (1) el lenguaje metafórico, (2) los ejercicios sobre “experiencias” y (3) las paradojas; con la finalidad, en última instancia, de que la persona adquiera y mantenga hábitos de comportamiento y valores saludables en todas las áreas de su vida, obteniendo así una buena salud psicológica. Por último, en esta terapia el *mindfulness* es crucial como herramienta para trabajar la fusión cognitiva y la flexibilidad.

### **4. Terapia dialéctica conductual (Linehan)**

Esta terapia bio-social, representada por Linehan, tiene como meta central que los pacientes vivan vidas que valgan la pena ser vividas (Linehan, 1993), y fue específica y utilizada como solución a personas que sufrían un Trastorno Límite de la Personalidad. Los autores ponían el énfasis en el TLP como un trastorno en el que existen alteraciones en la regulación de las emociones, provocado por una deficiente interacción entre el sistema de regulación emocional y el ambiente. A esto se añade que: (1) por una parte el sistema de regulación emocional presenta deficiencias de regulación debidas a la intensidad y velocidad de las respuestas afectivas, además de la lentitud con la que desciende hasta una situación “normal”; y (2) por otra parte, el ambiente suele invalidante, pasando por alto o negando permanentemente ciertos comportamientos de la persona, sin tener en cuenta la validez actual (Juanita Gempeler, 2008). Reformulando la expresión, se trata de que el sujeto no es capaz de identificar y vivir sus emociones, pensando que nunca son las adecuadas. Los pilares básicos de TDC son: la aceptación (aquí es donde el componente *mindfulness* está más presente), el cambio y la comprensión dialéctica. Con esto se busca un cambio en la conducta del paciente, que debe realizarse mediante la validación de la persona y su activación, haciéndole ver que debe aceptarse como es y querer desarrollar la



vida que desee. Cabe destacar que, durante el proceso de búsqueda de cierto “equilibrio” entre la aceptación y el compromiso y utilizando técnicas de análisis del comportamiento y entrenamiento en habilidades sociales, hay que poner énfasis en que el paciente entienda que la aceptación no excluye el cambio.

#### **5. Terapia breve relacional (Safran y Muran).**

Este es un enfoque psicodinámico desarrollado por Safran y Muran (2005), que incorpora el entrenamiento en conciencia plena como una forma más de abordar las sesiones. El *mindfulness* es el elemento clave para poder desarrollar el concepto central de esta intervención: los esquemas relacionales. Mediante la meditación, la aceptación y todos los principios teóricos que sustentan el *mindfulness*, se pretende que la persona se cuestione sus esquemas relacionales (representaciones del self del otro) a la vez que se aumenta la capacidad de prescindir de una auto-imagen para simplemente ‘ser’.

Con esto quedan expuestas las cinco principales terapias que integran el *mindfulness* en su desarrollo, siendo generales y efectivas para una amplia gama de trastornos mentales.

Sin embargo, cuando la población diana son pacientes con psicosis, existen ciertos aspectos a tener en cuenta. Tal y como señala Paul Chadwick (2014), quien utilizó el *mindfulness* con pacientes que tenían experiencias psicóticas perturbadoras, las modificaciones específicas que hay que tener en cuenta al practicar *mindfulness* cuando se utiliza en el marco de la psicosis son:

- Explicar los objetivos y la dinámica de las sesiones, haciendo hincapié en la idea principal: disminuir la molestia que generan los síntomas positivos, más que la reducción de estos.
- Duración de las sesiones de aproximadamente una hora, no extendiendo la práctica de meditación más de 20 minutos (10’ y 10’).
- Lenguaje sencillo y concreto, enfatizando con metáforas y ejemplos.
- Evitar los silencios prolongados. En estos silencios, el paciente puede empezar a rumiar o a experimentar sensaciones o percepciones difíciles.
- Grupos reducidos entre 6 y 8 personas.
- La guía verbal que se utiliza debe hacer referencia explícita a las sensaciones psicóticas para normalizarlas.

Aún con esto, las terapias basadas en mindfulness son intervenciones que sugieren altas expectativas para su uso con pacientes psicóticos, ya que ayudan a:

- (1) regular la atención mediante la instrucción básica,
- (2) aumentan la conciencia corporal mediante la focalización de la atención en experiencias internas,
- (3) regulan las emociones: revalorización, extinción o re-consolidación mediante la exposición a lo que ocurre en el presente sin juzgar y
- (4) provocan cambios en la perspectiva del self, ya que el mindfulness fomenta el desapego de la idea de que el self tiene un estado estático, que nunca cambia.

Para terminar este apartado del trabajo me gustaría destacar la lentitud con la que se ha desarrollado el mindfulness en el ámbito de la psicosis, ya que se pensaba que podía ser contraproducente. Actualmente existen investigaciones, como las de Bach y Hayes (2002) que llevaron a cabo un estudio comparativo entre un grupo con tratamiento habitual (TCC tradicional) y otro grupo con tratamiento TCC habitual más mindfulness, en las que los resultados de su utilización son significativamente positivos, aunque todas estas intervenciones expresan las adaptaciones que se deben hacer para que no resulte perjudicial.

## 2. METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica entre junio y octubre de 2018.

Nos centramos, sobre todo, en la selección de revisiones teóricas, meta-análisis y estudios aleatorizados (aunque se amplió a otros trabajos relevantes).

Los criterios de inclusión iniciales fueron los siguientes:

1. Revisiones, meta-análisis y estudios aleatorizados en castellano e inglés.
2. Revisiones, meta-análisis, estudios aleatorizados o cualquier bibliografía que hablara sobre el componente *mindfulness*, tanto en general como específicamente para pacientes con psicosis.
3. Revisiones, meta-análisis, estudios aleatorizados o cualquier bibliografía sobre la TCC tradicional, tanto en general como específicamente para pacientes con psicosis.
4. Revisiones, meta-análisis, estudios aleatorizados o cualquier bibliografía que tratara la comparación entre TCC tradicionales y TCC de tercera generación, con componente *mindfulness*.

Se utilizaron como criterios de búsqueda las siguientes palabras clave:

*'psicosis/psychosis', 'mindfulness', 'terapia cognitivo-conductual/cognitive behavioural therapy'....*

Las bases de datos donde se realizó la búsqueda son las siguientes:

1. Pubmed: es una base de datos de la biblioteca nacional de medicina de E.E.U.U. Comprende más de 28 millones de citas de literatura biomédica de MEDLINE, revistas de ciencias de la vida y libros en línea. Estas citas incluyen enlaces al texto completo.
2. Dialnet: una base de datos libre, que funciona desde el 2001, donde se publican artículos e investigaciones de revistas en castellano.
3. Redalyc: una red de revistas científicas impulsada por la Universidad Autónoma del Estado de México y que publica artículos e investigaciones de España, Portugal, América Latina y el Caribe. En este portal predominan los artículos relacionados con las Ciencias Sociales, aunque se pueden encontrar artículos de diferentes ramas de formación.

4. Google Académico: un buscador de Google lanzado en 2004 que permite acceder a diversos artículos, libros, enlaces o citas de literatura científica.

### 3. RESULTADOS

Al introducir los criterios de búsqueda en Pubmed, encontramos que aparecen 160 referencias. Al refinar los criterios de inclusión y exclusión escogimos 10 artículos: 5 meta-análisis, 2 estudios piloto y 2 estudios controlados aleatorizados.

Al introducir los criterios de búsqueda en Google Académico, encontramos que aparecen 45 referencias, de las cuales seleccionamos 8 revisiones bibliográficas acerca del *mindfulness* y sus principios teóricos.

Al introducir los criterios de búsqueda en Redalyc, encontramos que aparecen 83 referencias, de las cuales nos quedamos con 6 revisiones bibliográficas al refinar los criterios de inclusión y exclusión, las cuales hablan sobre la TCC en pacientes con psicosis.

Finalizada la fase de búsqueda inicial, se seleccionaron por su relevancia teórica y experimental:

- 14 revisiones bibliográficas, entre las cuales se encuentran: (1) 'Conciencia plena (*mindfulness*) y psicoterapia: conceptos, evaluación y aplicaciones clínicas', (2) 'aplicado en psicosis', (3) 'Terapia cognitivo-conductual: pasado, presente y líneas futuras', (4) 'Terapia cognitivo conductual y psicosis', (5) 'Intervención grupal basada en el *mindfulness* para trastorno mental severo: una experiencia con pacientes comunitarios', (6) 'Eficacia de la TCC en pacientes con psicosis de inicio temprano: una revisión', (7) 'Mindfulness' y (8) 'Mindfulness: conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas', utilizados para la recopilación de información acerca del *mindfulness* y la terapia cognitivo-conductual, sus principios teóricos, elementos en los que se basa y, sobre todo, en las consideraciones existentes para intervenciones con pacientes psicóticos.
- 3 meta-análisis comparativos que utilizan la terapia cognitivo-conductual como intervención principal, que son: (1) 'Efficacy of cognitive-behavioural therapy in patients with bipolar disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials', (2) 'Cognitive behavioural therapy for schizophrenia- outcomes for functioning, distress and quality of life: a meta-analysis' y (3) 'Cognitive

behavioural therapy for psychosis preventions: a systematic review and meta-analysis’.

- 2 meta-análisis comparativos que utilizan la terapia cognitivo conductual con mindfulness como intervención principal, que son: (1) ‘Mindfulness and acceptance-based interventions for psychosis: a systematic review and meta-analysis’, (2) ‘Mindfulness interventions for psychosis: a meta-analysis’. Además, se selecciona un estudio piloto que proporciona información e incide en los síntomas positivos y negativos de la enfermedad durante la investigación, llamado ‘Third-wave strategies for emotion regulation in early psychosis: a pilot study’.
- 2 ensayos aleatorios controlados, que son (1) ‘Cognitive behaviour therapy for psychotic symptoms: a randomized controlled effectiveness trial’ y (2) ‘A randomized controlled trial of a brief online mindfulness based intervention on paranoia in a non-clinical sample’.
- Una revisión y estudio piloto ‘Acceptance and commitment therapy for inpatients with psychosis (the REACH study): protocol for treatment developed and pilot testing’, que compara los resultados de las intervenciones con el tratamiento habitual vs intervenciones con terapia de aceptación y compromiso.

Finalmente, con la finalidad de comparar resultados de eficacia de los dos grupos de intervenciones, se seleccionaron aquellos artículos que cumplieran con los criterios de calidad siguientes: meta-análisis y estudios aleatorizados que ofrecieran datos sobre tamaño de efecto de las intervenciones. Se incluyó también un estudio prospectivo no aleatorizado que se consideró de interés por lo novedoso.

La siguiente tabla recoge los artículos seleccionados para su posterior análisis.

**TABLA 1. Meta-análisis y ECA seleccionados para la posterior comparación de resultados**

Gaudiano, B.A & cols. (2013)	Mindfulness interventions for psychosis: a meta-analysis.	13 estudios (n= 468)	Intervención con mindfulness vs. grupo control
Brandon, A & cols. (2017)	Acceptance and commitment therapy for inpatients with psychosis (the REACH study): protocol for treatment developed and pilot testing.	Una prueba abierta previa con n=20.  ECA piloto con n=50.	Intervención con terapia de aceptación y compromiso (ATC) vs. Intervención habitual, con técnicas cognitivo-conductuales (TAU)
Darlington, N & cols. (2018)	Cognitive behavioural therapy for schizophrenia-outcomes for functioning, distress and quality of life: a meta-analysis.	Un estudio controlado aleatorizado (ECA)	Intervención cognitivo-conductual vs. grupo control.
Comtois, G & cols. (2015)	Third-wave strategies for emotion regulation in early psychosis: a pilot study	Un estudio prospectivo no aleatorizado	Intervención CAM para psicosis temprana (mediante estrategias basadas en mindfulness). No grupo control
Cramer, H & cols. (2016)	Mindfulness and acceptance based interventions for psychosis: a systematic review and meta-analysis.	Un estudio controlado aleatorizado (ECA) con n=434	Intervención en conciencia plena (mindfulness) vs intervención habitual
Chan- Ho, L & cols. (2017)	Efficacy of cognitive-behavioural therapy in patients with bipolar disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials.	19 ECA's con un total de n=1384.  n TCC= 716 n control= 668	Intervención TCC vs. grupo control
Hutton, P & Taylor, PJ. (2014)	Cognitive behavioural therapy for psychosis prevention: a systematic review and meta-analysis.	6 ensayos con asignación aleatoria y oculta	Intervención TCC vs. grupo control.

Chen, TY & cols. (2017)	The effectiveness of adjunct mindfulness-based interventions in treatment of bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis.	3 ensayos controlados y 9 ensayos no controlados.	Intervención TCC+mindfulness vs. grupo control
Grave, R & cols. (2013)	Cognitive behavior therapy for psychotic symptoms: a randomized controlled effectiveness trial.	Un ensayo controlado con n= 45	Intervención TAU vs. intervención TAU + TCC para psicosis
Cavanagh, K & cols. (2018)	A randomized controlled trial of a brief online mindfulness based intervention on paranoia in a non-clinical sample.	Un ensayo controlado con n= 110	Intervención basada en mindfulness (IBM) vs. grupo control (lista de espera)

A continuación, se agrupan los resultados obtenidos en dos grandes bloques: el primero, con los resultados de intervenciones que utilizan la terapia cognitivo-conductual tradicional y, el segundo, aquellos resultados de las intervenciones que utilizan la terapia cognitivo-conductual con el componente del *mindfulness*.

**Tabla 2: Artículos sobre intervenciones con TCC tradicionales**

<b>Autor</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Tamaño del efecto</b>	<b>Muestra</b>
<b>Chan-Ho, L &amp; cols.</b>	-Síntomas depresivos -Funcionamiento psicosocial -Tasa de recaída -Gravedad de la manía	G= 0'38 a 0'49 G= 0'43 a 0'457 G= 0'51 a 0'56 G= de -0'581 a -0'35	N=1384
<b>Hutton, P &amp; Taylor, PJ</b>	-Riesgo relativo de desarrollar psicosis	G(6 meses)= 0'47 G(12meses)= 0'45 G(24meses)= 0'41	N= 800

<b>Darlington, N &amp; cols.</b>	-Angustia	G=0'24 a 0'43	N= 2592
	-Calidad de vida	G= 0'01 a 0'01	
	-Funcionamiento general	G= 0'35 a 0'37	
<b>Grave, R &amp; cols. (2013)</b>	-BPRS	G= 0.58	N= 45
	-SANSS	G= 0.38	
	-GAF síntomas	G= 0.85	
	-PSYRATS AH:		
	Psy:	G= 0.15	
	Emo:	G= 0.23	
	Cog:	G= 0.20	
	-PSYRATS D:		
	Cog:	G= 0.50	
	Emo:	G= 0.53	
<b>TOTAL:</b>			N= 4821

Como podemos apreciar en la tabla 2, los cuatro artículos (en rasgos generales) afirman la eficacia de la TCC sobre los indicadores estudiados frente a un grupo control, pero ninguno puede afirmar la superioridad de la TCC cuando comparamos esta intervención con otra avalada científicamente. Comenzando por el estudio de Chan-Ho & cols. (2017), estos autores tratan de analizar la eficacia de la TCC en personas con un trastorno bipolar mediante la evaluación pre y post intervención de los indicadores ya mencionados. Con respecto a los síntomas depresivos y el funcionamiento psicosocial, se encuentra un rango de tamaño del efecto entre el 0.38 y 0.49 y 0'43 y 0'457 respectivamente, lo que indica un tamaño moderado en ambos. En cuanto a la tasa de recaída, se encuentra un rango del tamaño del efecto entre el 0'51 a 0'56, lo que refleja un tamaño también moderado en esta variable. Por último, en relación con la gravedad de la manía, se encuentra un rango de tamaño del efecto de -0'581 a 0'35, lo que indica un tamaño leve. Además, incidir en la gran heterogeneidad del análisis, el cual es lo suficientemente robusto.

Siguiendo con el estudio realizado por Hutton, P & Taylor, L (2014), estos autores tratan de examinar la efectividad del tratamiento cognitivo-conductual para prevenir la psicosis. Como puede observarse en la tabla 2, la TCC disminuye el riesgo relativo un 50% de desarrollar psicosis, ya que a medida que la intervención progresa, el porcentaje de riesgo relativo de desarrollar psicosis va disminuyendo (0'47, 0'45 y 0'41). Destacar como limitación, además de que la heterogeneidad es bastante baja en todos los análisis, que los indicadores no hacían mención específica a síntomas psicóticos, pero nos ha parecido importante de igual manera integrarlo dentro de las revisiones.

El estudio que Darlington & cols. (2018) llevan a cabo es una investigación para analizar la efectividad de la TCC para la disminución de la angustia, el aumento de la calidad de vida y el aumento del funcionamiento en general. Como se observa en la tabla de referencia, en cuanto a los indicadores 'angustia' y 'funcionamiento general', se



encuentra un rango del tamaño del efecto de 0'24 a 0'43 y 0'35 y 0'37 respectivamente, lo que indica un tamaño del efecto moderado y leve respectivamente. En cuanto al indicador 'calidad de vida' se observa que el tamaño del efecto es nulo ( $d=0'01$ ), por lo que no se evidencia que esta intervención mejore la calidad de vida de las personas.

Para terminar, y en referencia al estudio de Grave, R & cols (2013) en el que se comparan los resultados obtenidos entre un grupo con intervención habitual y otro grupo con intervención habitual más terapia cognitivo-conductual, se observa un tamaño del efecto moderado en los indicadores de 'síntomas psicóticos' (BPRS) con un rango del tamaño del efecto de 0'521 a 0'58 y en la 'escala de calificación de síntomas psicóticos' (PSYRATS D) tanto en la escala de interpretación cognitiva, con un rango del tamaño del efecto de 0'43 a 0'56, como en la escala de características emocionales, con un rango del tamaño del efecto de 0'38 a 0'53. En cuanto a la 'escala de calificación de síntomas psicóticos' (PSYRATS H), en los tres factores que analiza (características físicas, características emocionales e interpretación cognitiva) se encuentra un tamaño del efecto leve, con un rango de 0'12 a 0'15, 0'19 a 0'23 y 0'173 a 0'20 respectivamente.

**Tabla 3: Artículos sobre intervenciones con TCC + Mindfulness**

<b>Autores</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Tamaño del efecto</b>	<b>Muestra</b>
<b>Chen, TY &amp; cols.</b>	-Síntomas depresivos	G= 0'58	N= 100
	-Ansiedad	G= 0'34	N= 68
	-Síntomas maníacos	G= 0'09	N= 100
	-Cognición	G= 0'35	N= 43
<b>Comtois, G &amp; cols.</b>	-Autoregulación emocional	G= 0'44	N= 17
	-Síntomas psicológicos	G= 0'47	
	-Autocuidado	G= 0'52	
<b>Cramer, H &amp; cols</b>	-Síntomas psicóticos	G= 0'55	N= 434
	-Índice de hospitalización	G= 0'52	
	-Atención plena	G= 0'99	

<b>Gaudio, BA &amp; cols.</b>	-Síntomas psicóticos (grupo mindfulness)	G= 0'52	N= 468
	-Síntomas psicóticos (grupo tto habitual)	G= 0'41	
<b>Cavanagh, K &amp; cols.</b>	-Síntomas psicóticos positivos (grupo IBM)	G= 0'60	N= 110
	-Síntomas psicóticos positivos (grupo control)	G= 0'10	
<b>Total</b>			<b>N= 1340</b>

Como se puede apreciar en la tabla 3, los cuatro artículos afirman la eficacia de la TCC con el componente *mindfulness* sobre los indicadores estudiados frente a un grupo control. En primer lugar, tenemos la investigación realizada por Chen, T.Y & cols. (2017), en la cual evalúan la eficacia de las IBM (intervenciones basadas en *mindfulness*) como tratamiento complementario en personas que sufren trastorno bipolar (TB). En cuanto a los síntomas depresivos, se observa un rango del tamaño del efecto de 0'52 a 0'58, lo que refleja un tamaño moderado. En cuanto a la ansiedad y a la cognición, se encuentra un rango del tamaño del efecto de 0'20 a 0'34 y de 0'27 a 0'35 respectivamente, por lo que indica un tamaño moderado en ambos indicadores. Por último, en relación a los síntomas maníacos encontramos un rango del tamaño del efecto de 0'07 y 0'09, lo que refleja un tamaño pequeño/leve..

En segundo lugar, la investigación llevada a cabo por Comtois, G & cols. (2015) tiene como objetivo la implementación de una intervención CAM (intervención basada en estrategias de tercera generación) para pacientes con psicosis temprana. Los resultados muestran que los tres indicadores (auto-regulación emocional, síntomas psicológicos y autocuidado) cuentan con un tamaño moderado, observándose un rango del tamaño del efecto de 0'30 a 0'44, de 0'28 a 0'47 y de 0'43 a 0'52 respectivamente. Es importante destacar que esta investigación cuenta con limitaciones, ya que la muestra es pequeña y no se cuenta con un grupo control.

En tercer lugar, los resultados observados en la investigación realizada por Cramer, H & cols. (2016), en la cual se comparan las diferencias entre una intervención basada en conciencia plena frente a una intervención o tratamiento habitual, señalan que el tamaño de los indicadores 'síntomas psicóticos totales' e 'índice de hospitalización' es moderado, ya que se encuentra un rango del tamaño del efecto de 0'501 a 0'55 y de 0'49 a 0'52 respectivamente. Por lo que respecta a la 'atención plena', se observa un

rango del tamaño del efecto de 0'78 a 0'99, lo que refleja un tamaño grande en este indicador. Sin embargo, en esta investigación no se encuentran evidencias significativas sobre los síntomas negativos.

En cuarto lugar, la investigación llevada a cabo por Gaudiano, BA & cols. (2013), la cual consistía en analizar la eficacia de las intervenciones en atención plena frente a intervenciones habituales, plasma (mediante los resultados descritos en la tabla anterior) la diferencia del tamaño del efecto entre el grupo con intervenciones en *mindfulness* (rango del tamaño del efecto de 0'44 a 0'52) y el grupo control (rango del tamaño del efecto de 0'33 a 0'41), lo que refleja un tamaño moderado en ambos, siendo el del grupo con intervención en *mindfulness* más elevado. Por último, en el estudio realizado por Cavanagh & cols. (2018), en el cual se compara las intervenciones basadas en *mindfulness* frente a un grupo control, se observa un rango del tamaño del efecto de 0'47 a 0'60 en el grupo con intervención basada en *mindfulness* (lo que indica un tamaño del efecto moderado) y un rango del tamaño del efecto de 0'33 a 0'41 en el grupo control (lo que indica un tamaño del efecto moderado). Ambos indicadores presentan un tamaño moderado, pero es más elevado cuantitativamente el tamaño del efecto en el grupo con intervenciones basadas en el *mindfulness*.

Llegados a este punto, llevamos a cabo la comparativa de ambos grupos de intervenciones para su posterior discusión, donde se intentamos discutir si realmente el componente *mindfulness* aporta un plus de eficacia a las TCC tradicionales:

El tamaño del efecto en los indicadores de 'síntomas depresivos' es mayor en las intervenciones que integran TCC con *mindfulness* ( $G=0'58$ ) que en las intervenciones en las que sólo se utiliza TCC ( $G=0'49$ ). El tamaño del efecto en los indicadores 'síntomas psicóticos' es mayor en las intervenciones que integran TCC con *mindfulness* ( $G=0'60$ ,  $G=0'52$  y  $G=0'55$ ) que en las intervenciones en las que sólo se utiliza la TCC ( $G=0'35$  y  $G=0'58$ ).

El resto de indicadores son diferentes unos de otros, pero podemos agruparlos por similitud para su comparación. Por ejemplo, los indicadores de los resultados de la TCC como son 'funcionamiento psicosocial' ( $G=0'45$ ) y 'funcionamiento general' ( $G=0'37$ ) podemos compararlos con los indicadores de la TCC con *mindfulness* que son 'autocuidado' ( $G=0'52$ ), 'cognición' ( $G=0'35$ ) y 'auto-regulación' ( $G=0'44$ ). Si comparamos estos, podemos observar como no son demasiado diferentes, por lo que no podemos afirmar que existan diferencias significativas ya que el tamaño del efecto es moderado en ambos grupos y cuantitativamente similares. En cuanto a los indicadores 'angustia' ( $G=0'43$ ) y 'ansiedad' ( $G=0'34$ ) de TCC y TCC con *mindfulness* respectivamente, se observa una reducción mayor de este indicador en las intervenciones con TCC sin *mindfulness*, aunque el tamaño del efecto de ambos es moderado, por lo que tampoco supone una diferencia de peso. El resto de indicadores son complementarios a los ya citados, y nos ayudan a hacernos una idea general del beneficio que tienen este tipo de intervenciones.

#### 4. CONCLUSIONES

Volviendo al objetivo principal del presente trabajo, su finalidad fue la de encontrar posibles diferencias significativas entre intervenciones con TCC e intervenciones con TCC basadas en *mindfulness*, para poder concluir si el *mindfulness* aporta o no, mayor mejoría a nivel global en pacientes con psicosis.

Por un lado, la TCC es una intervención avalada científicamente, con la suficiente validez empírica como para poder afirmar que es más beneficiosa que la ausencia de tratamiento. Sin embargo, todavía existen muchos pacientes que son resistentes al tratamiento (alrededor del 50%) y no se benefician de esta. Por ello, es de vital importancia reconocer mediante variables predictoras específicas e inespecíficas, si el paciente es susceptible de responder de forma positiva al tratamiento.

Por otro lado, y tal como se refleja en los resultados, el componente *mindfulness* y todas las terapias basadas en la conciencia plena también han resultado eficaces para diversas patologías, como: ansiedad, estrés, dolor crónico... Siguiendo esta línea, también es una intervención posible de aplicar en psicosis, ya que (como se observa en la tabla 3) los resultados son positivos en reducción de síntomas como el estrés, la ansiedad y los síntomas psicóticos. Además, algo que es muy relevante para los pacientes y de lo que carece la TCC tradicional, es el enfoque y el lugar que se les da a las experiencias psicóticas. En intervenciones TCC con *mindfulness*, en lugar de centrarse en la reducción o eliminación de los síntomas psicóticos, se centran en que la persona aprenda a vivir con ellos, los normalice y se re-encuentre a sí mismo, aliviando también el sufrimiento mediante la aceptación.

Por ello, y tras la comparación anterior en las tablas 2 y 3, se puede afirmar que la TCC integrada con *mindfulness* tiene mayor efectividad para síntomas depresivos, reducción de estrés y disminución de síntomas psicóticos negativos, que la TCC tradicional; por el mero hecho de la técnica de la aceptación. Se puede observar una superioridad en los indicadores, como se acaba de mencionar, en síntomas depresivos y síntomas psicóticos positivos en las intervenciones de TCC con *mindfulness* que en las intervenciones con la TCC. Como explican Thomas et. Al (2014), los cuales compararon este tipo de tratamiento con los tratamientos habituales (TCC tradicional), estas intervenciones basadas en *mindfulness* pueden ser una alternativa de mejora, sobre todo, en costes-beneficios, siendo el número de sesiones recomendadas 8, frente a 15 de la TCC tradicional.

Sin embargo, es evidente la necesidad de más investigación con grupos control adecuados, así como la prolongación de intervenciones en el tiempo, ya que la mayoría de estudios disponibles no utilizan grupo control o no es aleatorizado.

En general, los hallazgos indican que las intervenciones de la tercera generación muestran efectos beneficiosos sobre los síntomas en personas con trastornos psicóticos, pero no podemos afirmar a ciencia cierta que la diferencia entre estas y las TCC tradicionales sean clínicamente significativas. Por todo ello, se requiere más investigación para determinar la eficacia de modelos específicos de tratamiento.

## 5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arceo, J; Ibáñez, I & Miró, T (2016). Mindfulness en la psicosis: Un estudio piloto. *Revista de psicoterapia*, 27(103), 37-56.
- Barraca, J (2011). ¿Aceptación o control mental? Terapia de aceptación y mindfulness frente a TCC para eliminar pensamientos intrusos. *Análisis y modificación de la conducta*, 37(155), 43-63.
- Brandon, A & cols. (2017). Acceptance and commitment therapy for inpatients with psychosis (the REACH study): protocol for treatment developed and pilot testing. *Healthcare*, 5(2): 23
- Botella, L & Pérez, A. Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de psicoterapia*, 17(66), 77-129.
- Cangas, A; Langer, A & Salcedo, E. Mindfulness aplicado en psicosis. *Nuevas perspectivas en el tratamiento del trastorno mental grave*, capítulo 7.
- Castro, L (2014). *Terapia cognitivo-conductual: pasado, presente y líneas futuras*.
- Cavanagh, K; Ellet, L; Hayward, M; Shore, R & Strauss, C (2018). A randomized controlled trial of a brief online mindfulness based intervention on paranoia in a non-clinical sample. *Mindfulness N.Y.*, 9(1), 294-302.
- Chueh-Ho, L & cols. (2017). Efficacy of cognitive –behavioural therapy in patients with bipolar disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Plos one*, 12(5).
- Cramer, H; Dobos, G; Haller, H; Langhorst, J & Launche, R (2016). Mindfulness and acceptance based intervention for psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Global advances in health and medicine*, 5(1), 30-43.
- Comtois, G; Khoury, B; Lecomte, T & Nicole, L (2015). Third-wave strategies for emotion regulation en early psychosis: a pilot study. *Early intervention in psychiatry*.
- Cuevas, C & Perona-Garcelan, S (2002). *Terapia cognitivo-conductual y psicosis*. *Clínica y salud*, 13(3), 307-342.

- Darlington, N; Jauhar, S; Kondel, JK; Laws, KR & Mckenna, PJ (2018). Cognitive behavioural therapy for schizophrenia- outcomes for functioning, distress and quality of life: a meta-analysis. *BMC psychology*, 6(1).
- Gaudiano, B.A; Khoury, B; Lecomte, T & Pakin, K (2013). Mindfulness interventions for psychosis: a meta-analysis. *Schizophrenia research*, 150(1), 176-84.
- González, B; Rodríguez, M & Valderrama, K (2016). Intervención grupal basada en el mindfulness para trastorno mental severo: una experiencia con pacientes comunitarios. *Informaciones psiquiátricas*, nº 225.
- Grave, R; Hagen, R; Krakvik, B & Stiler, T (2013). Cognitive behavior therapy for psychotic symptoms: a randomized controlled effectiveness trial. *Behaviour and cognitive psychotherapy*, 41(5), 511-524.
- Hervás, G.; Cebolla, A., & Soler, J. Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clínica y salud*, 27(3), 115-124.
- Hutton, P & Taylor, PJ (2014). Cognitive behavioural therapy for psychosis prevention: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 44(3), 449-68.
- Kabat-Zinn, J (2001) : *Full Catastrophe Living: How to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation*. London. Piatkus Books.
- Kavanagh, D & Mueser, K (2003). El futuro de las terapias cognitive-conductuales en la prevención y tratamiento precoz de la psicosis, oportunidades y riesgos. *Revista de toxicomanías*, 34(1), 24-40.
- Korman, G., & Garay, C. (2012). El modelo de Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia Plena (mindfulness). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXI(1), 5-13.
- Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de psicología*, 40, 26-34.
- Moreno, A (2006). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación: la atención plena y el mindfulness. *Revista internacional de psicología*, 12(1).
- Muñoz, F & Ruiz, S (2007). Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia. *Revista colombiana de psiquiatría*, 36 (1).

- Travé, J & Pousa, E (2012). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual en pacientes con psicosis de inicio reciente: una revisión. *Papeles del psicólogo*, 33(1), 48-59.
- Vallejo, M.A (2006). Mindfulness. *Papeles del psicólogo*. 27, 92-99.
- Vázquez-Dextre, E (2016), Mindfulness: conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de neuropsiquiatría*, 79(1), 42-51.
- Villagrà, P (2014). Eficacia diferencial de ACT frente TCC en el tratamiento del abuso de sustancias en el medio penitenciario. Repositorio institucional, Universidad de Oviedo.