

Propuesta de Intervención Grupal Basada en Mindfulness (Programa MBMB) para el

Tratamiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo

Francisco Javier Martínez García

Universidad a Distancia de Madrid

Trabajo de Fin de Grado en Psicología

Directora académica: Irene Caro Cañizares

Modalidad: Propuesta de intervención

Fecha: 13/06/2022

Número total de palabras: 11.173

Número total de palabras sin incluir referencias ni apéndices: 8.253



## Resumen

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) tiene una prevalencia de entre el 1-3% en la población general a nivel internacional (Fontanelle et al., 2006), afectando por igual a hombres y a mujeres (Caballo et al., 2014). Los tratamientos psicológicos bien establecidos son la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) que incluye Exposición con Prevención de Respuesta (EPR) y el tratamiento farmacológico con Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS). Sin embargo, el 50% de los pacientes con TOC no mejoran significativamente ni tampoco de manera duradera con estos tratamientos (Didonna, 2021). En el presente estudio se diseña una propuesta de intervención grupal basada en el programa Mindfulness Based Mental Balance (MBMB) con el objetivo de mejorar los niveles de atención, reducir la ansiedad, establecer una relación más adaptativa con los pensamientos intrusivos, reducir las compulsiones o rituales de comprobación y favorecer el desarrollo personal y un estado de bienestar psicológico en pacientes con TOC. El programa consta de 48 sesiones grupales de 120 minutos de duración a razón de una sesión por semana junto con tareas y actividades programadas para casa. Una vez establecido, se propone una evaluación del programa mediante escalas pre y post intervención que evalúen las variables mindfulness, ansiedad, obsesión-compulsión, bienestar psicológico y satisfacción general con la vida. Se espera que tras la intervención las variables citadas muestren variaciones significativas y ello redunde en una mejoría de la salud del paciente, poniendo de relieve la utilidad del programa de meditación basado en mindfulness MBMB para personas que padecen TOC.

*Palabras clave:* Mindfulness, atención plena, TOC, OCD, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Obsessive Compulsive Disorder, MBMB, Mindfulness Based Mental Balance.

**Contenido**

Resumen.....	2
Introducción .....	5
Objetivo General.....	12
Objetivos Específicos.....	12
Hipótesis .....	13
Método .....	13
Participantes.....	14
Criterios de Inclusión.....	14
Criterios de Exclusión.....	14
Variables .....	14
Variables Dependientes .....	14
Variable Independiente.....	15
Instrumentos.....	16
Procedimiento .....	17
Análisis de Datos .....	23
Resultados.....	23
Discusión.....	28
Conclusiones.....	34

Referencias.....	36
Apéndice A. Consentimiento Informado .....	41
Apéndice B. Práctica de Serenidad.....	42
Apéndice C. Práctica de Kinhin (Meditación Caminando) .....	43
Apéndice D. La Regla No-R / No-R.....	44
Apéndice E. Profundizando en la Serenidad, Realizando Anotaciones y Contajes.....	45
Apéndice F. Descubriendo el Punto de Quietud.....	46
Apéndice G. Señalando el Estado Mindful de Consciencia .....	47
Apéndice H. Mindfulness y los Sentidos.....	48
Apéndice I. Mindfulness y la Autorregulación de las Emociones.....	49
Apéndice J. Práctica de Consciencia Sin Elección y Estado de Presencia .....	50
Apéndice K. Mindfulness y el Desarrollo de la Intencionalidad .....	51

## **Propuesta de Intervención Grupal Basada en Mindfulness (Programa MBMB) para el Tratamiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo**

Tal y como refiere la American Psychiatric Association (APA, 2014), el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) es una patología caracterizada por la aparición recurrente y persistente de pensamientos o imágenes que el sujeto experimenta de forma no deseada e intrusiva denominadas *obsesiones*. Las citadas obsesiones son reducidas o neutralizadas a través de compulsiones que se definen como conductas o actos mentales repetitivos que el individuo realiza de manera sistemática y rígida para aplacar la ansiedad, el malestar y la experiencia incapacitante y disfuncional que provocan las obsesiones.

Según los estudios realizados por Fontenelle et al. (2006) el TOC tiene una prevalencia, a nivel internacional, de entre el 1-3% anual en la población general. Caballo et al. (2014) reportan en sus estudios que la afectación se da por igual en hombres y en mujeres, si bien las obsesiones de contaminación y lavado son más frecuentes en mujeres y las de tipo sexual o religioso son más asiduas en hombres.

Son muchos los estudios (por ejemplo, Muller y Roberts, 2005; Williams y Grisham, 2013) que muestran que el TOC tiene unos especificadores relacionados con los sesgos cognitivos de los pacientes que cursan este trastorno. De un lado, sesgos atencionales que provocan una valoración muy amenazante de estímulos que, en principio, no tienen esa condición y, de otro, sesgos interpretativos y valoraciones muy negativas e irracionales de acontecimientos, pensamientos o imágenes.

Otro aspecto relevante que presenta la patología TOC es la ansiedad que provoca en el sujeto que lo padece. Hasta el DSM IV el trastorno estaba incluido dentro de las categorías de Trastornos de Ansiedad. Es en el DSM-5 donde se le da un tratamiento específico por su

prevalencia y coincidencia con otros trastornos relacionados. El paciente con TOC sufre elevados índices de ansiedad como consecuencia del malestar que le provocan la fusión e identificación con pensamientos intrusivos e indeseables que le empujan, a su vez, a realizar compulsiones para rebajar esa ansiedad. Estas compulsiones pueden tener la forma de conductas y también de pensamientos, de manera que el sujeto puede entrar en bucles de rumiación que le impiden cerrar de forma natural el ciclo de pensamiento problemático-resolución del problema generando altos niveles de angustia (Didonna, 2011).

Existe un consenso generalizado en la práctica clínica que promueve y consolida como tratamiento bien establecido para el TOC la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) junto con la Exposición con Prevención de Respuesta (EPR), así como el tratamiento farmacológico con Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) (Vallejo, 2011).

La Terapia Cognitiva centra sus esfuerzos en explorar e identificar las creencias nucleares o esquemas cognitivos de la persona. Una vez localizados, profundiza en los procesos cognitivos y en los consiguientes sesgos y pensamientos automáticos que esas creencias provocan. Desde este abordaje terapéutico se procede a la modificación y reestructuración de aquellos sesgos que son desadaptativos mediante la aplicación de diferentes técnicas (debate socrático, autorregistros, reatribución, entre otras). De otro lado la EPR, incluida en la TCC, expone a las personas con TOC a aquellos estímulos que provocan sus obsesiones y evitan la respuesta, compulsión o ritual que habitualmente utilizan para reducir la ansiedad que les provoca el pensamiento obsesivo. Según Foa et al. (2005) las tasas de éxito de la TCC con el módulo de EPR incluido están en torno al 50-75%. Se observa que alrededor del 25% de casos abandonan el tratamiento con EPR debido a los altos niveles de ansiedad que provocan en la persona y el 40% de los casos agudos

abandonan la TCC debido a la imposibilidad de establecer un grado de cognición apropiado en los pacientes que permita la aplicación de las diferentes técnicas cognitivas.

El tratamiento con fármacos ISRS arroja un índice de respuesta positiva que ronda el 40-60% de los casos y se observa que el 80% de los pacientes tratados con estos antidepresivos recaen una vez abandonan el tratamiento farmacológico (Lóizaga et al., 2000; Pato et al., 1998; Vega-Dienstmaier, 2016).

Tal y como podemos observar, los tratamientos bien establecidos para la patología TOC dejan un porcentaje elevado de personas que no responden con éxito a los mismos. La patología es muy compleja y habitualmente cursa con comorbilidad con otras patologías y alteraciones afectivas como depresión grave, ansiedad generalizada e incluso con patologías específicas relacionadas con Trastornos de la Alimentación, entre otros (APA, 2014). Surge, por tanto, la necesidad de explorar y proponer tratamientos alternativos y complementarios que ayuden a mejorar las tasas de éxito, de recuperación y rehabilitación de los pacientes.

En este contexto de búsqueda de alternativas de tratamientos para pacientes TOC se comienzan a explorar intervenciones basadas en mindfulness. Mindfulness es la traducción al inglés del término *sati* que realizó el erudito en lengua pali Rhys Davids (Gethin, 2011). «Sati» significa recordar. ¿Recordar qué? Recordar devolver la atención al objeto señalado en la práctica de meditación. Recordar llevar la atención al momento presente, al aquí y al ahora y hacerlo de manera consciente, decidida y sin emitir ningún tipo de juicio o valoración. Esta acción es lo que en las prácticas budistas se conoce como la «recta atención» o «la manera correcta de prestar atención». Son muchas las definiciones que se han dado de Sati (mindfulness) entre las cuales podríamos destacar la expuesta por Gunaratana (2012) que lo define como un estado de atención pura y consciente al momento presente, libre de evaluación, etiquetado y

juicio que nos permite ser testigos de la experiencia de la realidad tal como es de una manera imparcial. Como podemos contrastar en esta definición, en el estado mindfulness se cultiva la atención al momento presente, se suspende el juicio o interpretación de las experiencias internas (incluidos los pensamientos) y externas y se acepta la experiencia tal cual aparece sin ofrecer ninguna resistencia ni reactividad emocional. En definitiva, parece que los mecanismos que se fortalecen y adiestran mediante la práctica de mindfulness son aquellos en los que encontramos déficits o carencias en los pacientes que padecen el TOC dada la relación disfuncional que estos mantienen con su experiencia interna.

Hodann-Caudevilla y Serrano-Pintado (2016) ofrecen una revisión sistemática en la que se ponen de manifiesto los beneficios que los programas de mindfulness provocan en pacientes con ansiedad, estrés, fobia social o estrés postraumático. Los efectos de la práctica continuada de la atención plena sobre la respiración y la toma de consciencia del propio cuerpo hacen que la persona se calme y esa relajación afecte a la regulación del sistema nervioso autónomo, en especial a la rama parasimpática del mismo, proporcionando unos niveles basales de activación fisiológica notablemente menores disminuyendo la ansiedad y el estrés. Este es el enfoque y objetivo principal de los programas de Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR).

Del mismo modo, recientes revisiones sistemáticas (Restovich et al., 2017; Usero y Cruzado, 2021) muestran la eficacia de mindfulness en el tratamiento de pacientes con TOC. Los estudios muestran una mejoría en los niveles de ansiedad, una reducción de la necesidad de neutralizar pensamientos intrusivos y una adaptación más progresiva y con mejores resultados a la exposición de los mismos. Es en esta línea donde los programas de Mindfulness Based Cognitive Therapie (MBCT) tratan de integrar las técnicas terapéuticas de la Terapia Cognitivo



Conductual con la práctica de mindfulness arrojando resultados beneficiosos para los pacientes con TOC.

Las diferentes investigaciones aportan suficientes indicios de la eficacia de los programas MBSR y MBCT en variables como la atención sostenida, la ansiedad, disminución de rituales y una mejor relación con los pensamientos obsesivos (Hodann-Caudevilla y Serrano-Pintado, 2016; Restovich et al., 2017, Usero y Cruzado, 2021).

No obstante, tras los logros conseguidos con estos programas de meditación basada en mindfulness para pacientes con TOC, existen lagunas o limitaciones que dada la heterogeneidad y variabilidad de la patología aún quedan por cubrir. Tal y como propone Didonna (2011) es muy probable que un enfoque holístico y global de la enfermedad permitiera abordar dificultades o características similares y transversales que afectan a todos los pacientes con TOC. Un abordaje que fuera más allá de la propia sintomatología clínica y que tratara a la persona en toda su dimensión y complejidad podría favorecer una mejoría en aquellos pacientes que no responden adecuadamente a los tratamientos utilizados hasta el momento. El autor continúa apuntando que sería recomendable explorar un tratamiento integral que incidiera en los aspectos clínicos, hasta ahora bien identificados, junto con aquellos componentes y variables que afectan a la vida, a las funciones y a la experiencia vital del paciente, ya que las obsesiones y las compulsiones, probablemente, no son más que una manifestación de una desadaptación y disfunción generalizada. La incorporación de variables como la autoestima y la seguridad, las relaciones personales positivas, la confianza y la autoconfianza, la competencia o la propia autonomía del paciente podrían ser candidatas a ser incluidas en intervenciones más integrales.

En base a las carencias descritas se propone, en el presente estudio, un programa de intervención que está fundamentado en el programa de meditación Mindfulness Based Mental

Balance (MBMB) (Segovia, 2015) que ofrece una intervención integral que afecta e incluye aspectos asociados y relacionados con las variables anteriormente citadas. El eje principal del programa rota en torno al desarrollo personal y a la búsqueda del bienestar psicológico de la persona. Entendiendo por bienestar psicológico aquel estado en el que la persona encuentra equilibrio en sus relaciones positivas, en la autoaceptación de su self, en el desarrollo de la autonomía, en el dominio y competencia de su entorno, así como en el crecimiento y desarrollo personal (Ryff y Keyes, 1995).

Más allá de la reducción de la activación fisiológica o de la defusión y exposición a pensamientos intrusivos, MBMB facilita llevar a cabo una introspección, un autoconocimiento y dota de herramientas para la autorregulación de las emociones, percepciones, pensamientos, intenciones y conductas (áreas psicológicas para sustentar el bienestar eudaimónico). Acerca al practicante a las raíces budistas, dado que en estas se encuentra el origen de los estilos de meditación basados en mindfulness puestos en práctica desde hace más de 2.500 años. Ello proporciona una visión complementaria para la comprensión de cómo es «la realidad» según los principios y la filosofía budista. Conceptos y prácticas de meditación como la «impermanencia» de los eventos, emociones o pensamientos, la «vacuidad» (todo está impregnado de consciencia), la «ley del efecto» (toda acción tiene consecuencias), la «insatisfactoriedad», el «aferramiento» a los deseos, la autocompasión, compasión y la alegría, son abordados desde las prácticas de MBMB. El programa, bajo el lema «comprender es el primer paso para superar», incluye varios módulos teóricos donde se explica la psicobiología y la psicología de mindfulness como herramienta para reconocer y explorar: el sufrimiento; los eventos de disociación; los condicionamientos de primer y segundo orden; las asociaciones y generalizaciones adquiridas; los traumas; los diferentes tipos de apegos y la importancia del contexto de socialización, entre

otras variables psicológicas que pudieran estar en el origen, mantenimiento o cronificación del trastorno.

Las competencias y habilidades diferenciales desarrolladas en el programa MBMB, además de las propias de cualquier programa de meditación basado en mindfulness (no reactividad, no enjuiciamiento, actuación consciente, atención e identificación), son aquellas relacionadas con el autoconocimiento, la bondad, la compasión, la empatía, la serenidad, la confianza, las relaciones interpersonales y el entrenamiento en habilidades sociales y asertividad (Segovia, 2015).

Diferentes clínicos y profesionales consultados de asociaciones y fundaciones dedicadas al tratamiento exclusivo del TOC (Asociación TOC Granada, Asociación TOC Madrid y Fundación Planeta TOC Madrid) refieren que la duración del tratamiento para pacientes que padecen TOC está en función de la gravedad y cronificación del mismo en el momento de la evaluación, así como de las diferencias individuales de cada persona. La horquilla de tiempos de intervención que, con carácter general, establecen va desde las 16 semanas, para casos menos graves, hasta los dos años para casos más severos. La presente propuesta de intervención basada en MBMB propone 48 sesiones de tratamiento con el fin de quedar dentro de la horquilla habitual e intentar conseguir los objetivos generales y específicos en un plazo inferior al año, mejorando, de este modo, los tiempos de intervención de los casos más severos.

Al día de la fecha, de la presentación del presente trabajo, no se tiene constancia de que el programa MBMB haya sido implementado en ningún tipo de práctica clínica, ni tampoco de que haya sido sometido a estudio en intervenciones con patologías TOC, motivo que dota de sentido el desarrollo de la propuesta en curso. Las prácticas, competencias, destrezas y habilidades que proporciona la práctica de MBMB serán implementadas en la presente propuesta de intervención

con la intención de favorecer y alcanzar los objetivos generales y específicos, en pacientes que padecen TOC, que a continuación se detallan.

### **Objetivo General**

Desarrollar un programa de intervención grupal basado en MBMB para pacientes con TOC que aúne el componente teórico-práctico, que hasta el día de hoy avala la eficacia de mindfulness como tratamiento para el TOC, conjuntamente con un paquete integral-holístico de desarrollo personal que fomente el bienestar psicológico y la satisfacción general con la vida de la persona afectada por esta patología.

### **Objetivos Específicos**

1. Mejorar el nivel de atención y observación sostenida de pacientes TOC que acudan al programa.
2. Favorecer el desarrollo de una meta-atención que redirija el flujo de consciencia a la experiencia del momento presente, con ecuanimidad y sin reactividad de pacientes TOC que acudan al programa.
3. Reducir los niveles de ansiedad de pacientes TOC que acudan al programa.
4. Modificar la relación con los pensamientos obsesivos (favorecer las experiencias de exposición y la defusión de pensamientos) para que esta sea más adaptativa de pacientes TOC que acudan al programa.
5. Reducir o eliminar el número de compulsiones de pacientes TOC que acudan al programa.
6. Mejorar el autoconcepto, la autoestima y la autoconfianza de pacientes TOC que acudan al programa.
7. Fomentar relaciones personales positivas de pacientes TOC que acudan al programa.

8. Favorecer la autonomía, la competencia y el desarrollo personal de pacientes TOC que acudan al programa.
9. Aumentar la satisfacción general con la vida de pacientes TOC que acudan al programa.

### **Hipótesis**

1. El programa de intervención basado en MBMB para pacientes con TOC mejorará los niveles de observación y la orientación de la atención al momento presente con consciencia, ecuanimidad y de manera no reactiva.
2. El programa de intervención basado en MBMB para pacientes con TOC reducirá los niveles de ansiedad.
3. El programa de intervención basado en MBMB para pacientes con TOC facilitará una relación más funcional con los pensamientos intrusivos y, como consecuencia, reducirá la severidad de las obsesiones y rebajará o eliminará las compulsiones.
4. El programa de intervención basado en MBMB para pacientes con TOC mejorará el bienestar psicológico y aumentará la satisfacción general con la vida de los pacientes con TOC.

### **Método**

El programa de intervención grupal basado en MBMB para pacientes con TOC constará de 48 sesiones de 120 minutos que se celebrarán a razón de una semanalmente, más un conjunto de tareas para hacer en casa. Se facilitará documentación teórica a los participantes después de cada sesión.

El programa está diseñado para impartirse en formato grupal. El número de participantes que se propone es de cuatro a ocho. Esta horquilla de participantes permitirá que las sesiones

sean dinámicas y participativas. No se aconseja superar el número de participantes pues lo ideal es que todos participen y den sus opiniones en las diferentes rondas de feedback sin que estas se alarguen excesivamente.

### **Participantes**

El programa está destinado para pacientes diagnosticados de TOC. El acceso al mismo será aconsejado, o desaconsejado, tras una evaluación que se llevará a cabo mediante una entrevista clínica donde se verificarán los siguientes criterios de participación.

### **Criterios de Inclusión**

1. Persona diagnosticada de TOC.
2. Mayor de 18 y menor de 65 años.
3. Paciente con historial de tratamiento psicológico de al menos un año y sin tratamiento psicológico actual.

### **Criterios de Exclusión**

1. Episodio de depresión severa o manía activo.
2. Diagnóstico de trastornos disociativos.
3. Sintomatología psicótica aguda activa.
4. Consumo o intoxicación por sustancias adictivas (a excepción del tabaco).
5. Cognición deficitaria o deteriorada que dificulte la comprensión y participación en el grupo.

### **Variables**

Las variables dependientes e independientes que servirán para falsar las hipótesis planteadas son:

#### ***Variables Dependientes***

1. Nivel de autorregulación de la atención y la concentración. Entendido como aquel proceso de selección de estímulos, focalización y mantenimiento de la atención plena en los mismos (foco cerrado-concentración), así como el proceso de observación, supervisión y meta-atención para devolver la atención a la experiencia del momento presente con ecuanimidad y sin reactividad, una vez que se detecta que un estímulo distractor ha capturado la misma (Bishop et al., 2004).
2. Nivel de ansiedad en la última semana. Entendido como el nivel de preocupación excesiva que se produce por una anticipación aprensiva y que resulta de difícil control para la persona (APA, 2014).
3. Obsesiones y compulsiones. Entendidas como la aparición recurrente de pensamientos o imágenes intrusivas (obsesiones) que son neutralizadas a través de conductas o actos mentales repetitivos (compulsiones) que la persona realiza de forma sistemática para aplacar la ansiedad y el malestar que le ocasionan las obsesiones (APA, 2014).
4. Nivel de bienestar psicológico. Entendido como aquel estado en que la persona encuentra equilibrio en su autoestima, autoconcepto, autoconfianza y en el incremento de su autonomía, competencia, crecimiento, relaciones personales positivas y desarrollo personal (Ryff y Keyes, 1995).
5. Nivel de satisfacción general con la vida. Entendido como la evaluación cognitiva, que lleva a cabo la persona, en relación con el conjunto de experiencias vividas, y que tienen que ver con la valoración subjetiva del bienestar percibido (Watanabe, 2005).

### ***Variable Independiente***

1. Participación en el programa de intervención grupal MBMB para pacientes con TOC.

## Instrumentos

Para la evaluación de los participantes se propone la aplicación de los siguientes instrumentos:

1. *Cuestionario Mindfulness de Cinco Facetas* (Five Facets Mindfulness Questionnaire - FFMQ), (Baer et al., 2006) traducido al español por Cebolla et al. (2012). Consta de 39 ítems que miden cinco subescalas de la atención plena: Observar, Describir, Actuar con conciencia, No enjuiciamiento (ocho ítems cada una de ellas) y no reactividad (siete ítems). Estas subescalas muestran altos índices de consistencia interna con coeficientes alfa de Cronbach superiores a 0.80 en la muestra española y muestra validez factorial, convergente y divergente (Cebolla et al., 2012). Se trata de una escala tipo Likert con 5 opciones para cada ítem que van desde «nunca o rara vez es verdad» hasta «muy a menudo o siempre es verdad».
2. *Inventario de Ansiedad de Beck* (Beck y Steer, 1993). Traducción al español de Sanz y Navarro (2003). El cuestionario consta de 21 ítems para determinar la gravedad de los síntomas ansiosos sufridos por el participante en la última semana. Utiliza una escala Likert de cuatro puntos que va desde 0 (Nada en absoluto) hasta 3 (Gravemente, casi no podía soportarlo). El instrumento ofrece una buena consistencia interna con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.90, una moderada validez divergente (<60) y una adecuada validez convergente (>50).
3. *Inventario Clark-Beck para Obsesiones y Compulsiones* (C-BOCI) (Clark y Beck, 2002). Validación y traducción para uso en población española (Belloch et al., 2009). El autoinforme evalúa obsesiones y compulsiones. Consta de 25 ítems en formato escala Likert con cuatro opciones de respuesta que van de 0 a 3 (14 ítems para la



escala obsesiones y 11 para la escala compulsiones). El índice alfa de Cronbach está por encima de 0.80 para ambas subescalas.

4. Escala de bienestar psicológico de Ryff (Scales of psychological wellbeing-reduced) (Ryff y Keyes, 1995). Adaptación española de Díaz et al. (2006). La escala está compuesta por seis dimensiones: Dominio del entorno, crecimiento personal, propósito en la vida, autonomía, autoaceptación y relaciones positivas con los otros. La adaptación a la versión española tiene 29 ítems cuyo formato es una escala Likert de seis puntos. La consistencia interna para cada uno de los factores, medida con el coeficiente alfa de Cronbach, es la siguiente: Autoaceptación: 0.84; Relaciones positivas: 0.78; Autonomía: 0.70; Dominio del entorno: 0.82; Propósito en la vida: 0.70 y crecimiento personal: 0.71.
5. *Escala de satisfacción general con la vida* (Diener et al., 1985). Traducción al español de Vázquez et al. (2013). Instrumento compuesto de cinco ítems que miden la satisfacción general con la vida en el momento presente y utilizan para ello una escala Likert con siete opciones que van desde 1 (en fuerte desacuerdo) hasta 7 (totalmente de acuerdo). El estudio de validación de la versión española muestra una gran consistencia interna (alfa de Cronbach = 0.88) y una adecuada validez de constructo (Vázquez, et al. 2013).

### **Procedimiento**

En primer lugar, se realizará una entrevista al solicitante con el fin de recoger los datos biográficos, su historia clínica y verificar que cumpla con los criterios de inclusión y exclusión. Posteriormente, deberá firmar un consentimiento informado (Apéndice A). La preevaluación y administración de los instrumentos anteriormente citados se llevará a cabo una semana antes de

comenzar el programa de intervención y la postevaluación se realizará en la penúltima sesión (número 47) donde el participante deberá cumplimentar nuevamente los instrumentos de evaluación con el fin de obtener los datos necesarios para llevar a cabo el análisis de resultados de los mismos.

Para llevar a cabo la implementación del programa será necesaria la participación de un instructor especialista en MBMB cuya intervención será supervisada en todo momento por un Psicólogo Clínico o Psicólogo General Sanitario.

El programa constará de 48 sesiones de 120 minutos de duración distribuidas en 12 módulos y se aplicará de acuerdo al procedimiento descrito en la Tabla 1.

### **Tabla 1**

*Distribución de módulos y sesiones del programa de intervención basado en Mindfulness (programa MBMB) para el tratamiento del TOC*

---

#### **Módulo 1 (sesiones 1-4): Introducción e Iniciación en la Práctica de Mindfulness**

---

En la primera sesión se procederá a la presentación del programa. Se facilitará información acerca de qué es mindfulness, cómo puede ayudar mindfulness a los pacientes con TOC, mindfulness en el contexto budista y se explicarán las posturas más frecuentes para meditar.

*Estructura:* Estiramientos corporales; Práctica de serenidad en dos ocasiones de unos 15-20 minutos de duración cada una (atención a la respiración) (Apéndice B); Práctica de kinhin (meditación caminando) (Apéndice C); Rondas de feedback y asignación de tareas para casa (15 minutos de práctica de serenidad diaria y una práctica informal diaria: lavarse los dientes de manera consciente, vestirse de manera consciente, comida consciente, entre otras).

---

#### **Módulo 2 (sesiones 5-8): Consolidando la Práctica de Serenidad**

---

---

*Estructura:* Revisión de tareas para casa; Estiramientos corporales; Desarrollando la serenidad (regla No R – No R) (Apéndice D). La atención como sostén del pensamiento (cultivo de la paciencia, perseverancia y disciplina); Kinhin; Rondas de feedback y tareas para casa (20 minutos de práctica de serenidad y una práctica informal diaria).

En la sesión número cinco se incluirá un módulo teórico donde se explicará en detalle qué es y cómo funciona el componente ejecutivo de la atención basado en el modelo de Norman y Shallice (Tudela, 2015).

---

### **Módulo 3 (sesiones 9-12): Profundizando en la Serenidad, Realizando Anotaciones y Contajes**

---

*Estructura:* Revisión de tareas para casa; Estiramientos corporales; Práctica de serenidad: realizando anotaciones y contajes (ocupación de la vía motora del pensamiento-lenguaje) (Apéndice E); Kinhin; Rondas de feedback y tareas para casa (20 minutos de práctica de serenidad con anotaciones y contajes y una práctica informal diaria).

En la sesión número nueve se incluirá un módulo teórico referido a los procesos y sesgos cognitivos en el TOC. Para ello se utilizará la fundamentación teórica propuesta por Didonna (2021)

---

### **Módulo 4 (sesiones 13-16): Descubriendo el Punto de Quietud**

---

*Estructura:* Revisión de tareas para casa; Estiramientos corporales; Práctica de serenidad: atendiendo a la exhalación; contando exhalaciones; pronunciando la sílaba “ah”; descubriendo el punto de quietud (Apéndice F); Kinhin; Rondas de feedback y tareas para casa (20 minutos de práctica de serenidad continuada hasta el punto de quietud y una práctica informal diaria).

En la sesión 13 se incluirá un módulo sobre la psicobiología de mindfulness (red neural por

---

---

defecto y red neural mindful) siguiendo el modelo teórico propuesto por Puig (2017).

---

### **Módulo 5 (sesiones 17-20): Señalando el Estado Mindful de Consciencia**

---

*Estructura:* Revisión de tareas para casa; Estiramientos corporales; Práctica de serenidad (el vacío o la quietud mental, segundo punto de quietud, el bucle de quietud, la atención al vacío, señalando el estado mindful de consciencia) (Apéndice G); Kinhin; Rondas de feedback y tareas para casa (20 minutos de práctica de serenidad continuada hasta el estado mindful de consciencia y una práctica informal diaria).

En la sesión 20 se incluirá un módulo teórico de la psicología de mindfulness (bienestar psicológico: componente atencional, emocional, intencional y conductual) propuesto por Segovia (2015).

---

### **Módulo 6 (sesiones 21-24): Asentando el Estado Mindful de Consciencia**

---

*Estructura:* Revisión de tareas para casa; Estiramientos corporales; Práctica de serenidad (Asentando el estado mindfulness de consciencia, continuación, revisión y profundización de las prácticas propuestas en el módulo cinco); Kinhin; Rondas de feedback y tareas para casa (20 minutos de práctica de serenidad continuada hasta el estado mindful de consciencia y una práctica informal diaria).

En la sesión 24 se incluirá un módulo de la psicología del sufrimiento (generalización, condicionamiento de primer y segundo grado, evitación experiencial, apegos, reactividad emocional y la anticipación de respuesta) basado en los modelos expuestos por Segovia (2015).

---

### **Módulo 7 (sesiones 25-28): Mindfulness y los Sentidos**

---

*Estructura:* Revisión de tareas para casa; Estiramientos corporales; Práctica de consciencia mindful en la vida cotidiana (los sentidos —en lo visto solo lo visto, en lo oído solo lo oído, en

---

---

lo sentido solo lo sentido, en lo tocado, gustado y olido solo lo tocado, gustado y olido—) (Apéndice H); Kinhin; Rondas de feedback y tareas para casa (20 minutos diarios de práctica de consciencia mindful en la vida cotidiana. Primera semana la vista, segunda semana el oído, tercera semana el tacto, cuarta semana el gusto y el olfato. Y una práctica informal diaria).

---

### **Módulo 8 (sesiones 29-32): Mindfulness y Autorregulación de las Emociones**

---

*Estructura:* Revisión de tareas para casa, Estiramientos corporales; Práctica de consciencia mindful en la vida cotidiana (autorregulación de las emociones a nivel corporal, cognitivo y conductual) (Apéndice I); Kinhin; Rondas de feedback y tareas para casa (20 minutos diarios de práctica de consciencia mindful: autorregulación de las emociones —miedo, ira, asco, envidia, culpa, tristeza, alegría— y una práctica informal diaria).

---

### **Módulo 9 (sesiones 33-36): Consciencia Sin Elección y Estado de Presencia**

---

*Estructura:* Revisión de tareas para casa; Estiramientos corporales; Prácticas de consciencia sin elección (atención en foco abierto) y prácticas de estado de presencia (Apéndice J); Kinhin; Rondas de feedback y tareas para casa (20 minutos de práctica de consciencia sin elección y estado de presencia, alternando un día una y al siguiente la otra y una práctica informal diaria).

En la sesión 36 se incluirá, siguiendo la estructura y directrices propuestas por Roca (2014), un módulo teórico de entrenamiento en habilidades sociales y asertividad.

---

### **Módulo 10 (sesiones 37-40): Mindfulness y el Desarrollo de la Intencionalidad**

---

*Estructura:* Revisión de tareas para casa; Estiramientos corporales; Prácticas de autocompasión, compasión y alegría: el equilibrio en las intenciones (Apéndice K); Kinhin; Rondas de feedback y tareas para casa (20 minutos de práctica de serenidad los martes, jueves, sábado y domingo, 20 minutos de práctica de autocompasión los lunes, compasión los miércoles, y alegría los viernes)

---

---

más una práctica informal diaria).

---

### **Módulo 11 (sesiones 41-44): Mindfulness y la Impermanencia**

---

*Estructura:* Revisión de tareas para casa; Estiramientos corporales; Reestructuración cognitiva (prácticas de impermanencia: toma de consciencia de la impermanencia de las sensaciones, de los pensamientos, del deseo y del apego, entre otras) (Segovia, 2015); Kinhin; Rondas de feedback y tareas para casa (20 minutos de prácticas de impermanencia y una práctica informal diaria).

---

### **Módulo 12 (sesiones 45-48): Mindfulness y la Vacuidad**

---

*Estructura:* Revisión de tareas para casa; Estiramientos corporales; Reestructuración cognitiva: prácticas de contingencia y prácticas no duales (buscando la esencia, meditando sobre el yo, la ley del efecto y el todo está impregnado de consciencia) (Segovia, 2015); Kinhin; Rondas de feedback y tareas para casa (20 minutos diarios de prácticas de contingencia y prácticas no duales y una práctica informal diaria).

En la sesión 47 se procederá a pasar las pruebas de postevaluación correspondientes y en la última sesión se celebrará la finalización del programa con una jornada de convivencia (merienda incluida) entre todos los participantes.

---

Es necesario apuntar que las prácticas de los módulos 11 y 12 tienen componentes de reestructuración cognitiva que, en principio, no tienen encaje con la práctica de mindfulness donde toda experiencia que aparece es aceptada sin juicio alguno y sin ninguna intención de ser modificada. Sin embargo, el presente programa de intervención basado en MBMB para personas que padecen TOC incluye prácticas de mindfulness (regulación de la atención, regulación de la activación fisiológica, autorregulación de emociones, entre otras —módulos 1 a 9—), prácticas

generativas de compasión, autocompasión y alegría (regulación de la intencionalidad —módulo 10—), así como prácticas de reestructuración cognitiva (módulos 10 y 11) como complemento para facilitar el abordaje holístico de la persona, tanto en su vertiente emocional y motivacional como en la cognitivo conductual (Segovia, 2015).

### **Análisis de datos**

Para el análisis de datos se procederá a la descripción de los resultados obtenidos en las pruebas de evaluación realizadas antes de la intervención así como de las efectuadas post tratamiento. Se trata de un diseño cuasi-experimental dado que la muestra no ha sido seleccionada aleatoriamente sino mediante muestreo no probabilístico con muestras de conveniencia en función de los criterios de selección. Además, tal y como se ha señalado en el apartado de procedimientos, se trata de un diseño intra-sujetos o de medidas repetidas, es decir, las pruebas de evaluación se pasan a los mismos participantes en dos momentos diferentes de tiempo. Dadas las características del diseño citadas anteriormente, se determina que para proceder al análisis de la evolución de las variables dependientes y llevar a cabo la interpretación de resultados para rechazar o no las hipótesis se utilizará la técnica no paramétrica U de Mann-Whitney. El nivel de significación será de  $p < 0.05$  y el programa informático utilizado para el análisis será SPSS.

### **Resultados**

El presente trabajo recoge una propuesta de intervención que no ha llegado a aplicarse aún. Por lo tanto, esta sección de resultados se presenta como sugerencia de cómo deberían organizarse los datos obtenidos de las evaluaciones pre y post en el caso de que se aplicase el programa. Bajo este supuesto, la presente sección de resultados debería comenzarse con la

descripción de la muestra, indicando el número de participantes al inicio y al final de programa.

Los datos descriptivos de la muestra se recogerían en la Tabla 2 que aparece a continuación.

**Tabla 2**

*Características de la muestra*

<b>Edad</b>		<b>Tiempo en terapia psicológica (expresado en años)</b>		<b>Sexo</b>	
<b>Media</b>	<b>Desviación típica</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación típica</b>	<b>Mujeres %</b>	<b>Hombres %</b>

Para la presentación de los resultados de las evaluaciones pre y post se organizarían los datos como se muestra en la Tabla 3.

**Tabla 3**

*Resultados obtenidos pre-post intervención en las variables dependientes evaluadas*

<b>Escala</b>	<b>Variables dependientes</b>	<b>Media</b>		<b>DT</b>	
		<b>pre</b>	<b>post</b>	<b>pre</b>	<b>post</b>
FFMQ	Observación				
	Descripción				
	Actuación consciente				
	No juicio				
	No reactividad				
	<b>Total FFMQ</b>				
Satisfacción General con la Vida	<b>Total SGV</b>				
Inventario de ansiedad de	<b>Total Ansiedad</b>				



Beck	
Escala de bienestar psicológico de Ryff	Dominio del entorno
	Crecimiento personal
	Propósito en la vida
	Autonomía
	Autoaceptación
	Relaciones Positivas
<b>Total Bienestar Psicológico</b>	
Inventario Clark-Beck para Obsesiones y Compulsiones	Obsesiones
	Compulsiones
	<b>Total Severidad Obsesiones y Compulsiones</b>

Se espera que los resultados obtenidos en la variable «*Mindfulness*» estén en consonancia con los estudios de Key et al. (2017), Diddona et al. (2019) y Emerson et al (2018) citados en Usero y Cruzado (2021). Estos avalan variaciones significativas en las sub-escalas «no juicio», «no reactividad» y «actuar consciente» en evaluaciones pre-test/pos-test en pacientes con TOC.

En cuanto a la variable «*Ansiedad*» evaluada con el Inventario de Ansiedad de Beck se espera que los resultados arrojen correlaciones negativas en las medidas pre-test/pos-test coincidiendo con los datos aportados por Desrosiers et al. (2013) donde queda reflejado que distintas facetas de mindfulness (no juicio, no reactividad y actuar con consciencia) afectan a aspectos concretos de la cognición, de la fisiología y de la actividad motora reduciendo la ansiedad general del paciente. Estos datos son coincidentes con los obtenidos por Segal et al. (2002, citado en Wahl et al. 2013) que reporta que las intervenciones basadas en mindfulness en pacientes de TOC arrojan una mejora de la ansiedad y de la necesidad de neutralización de pensamientos intrusivos.

Con respecto de la variable «*Severidad de las Obsesiones y Compulsiones*», en la revisión sistemática llevada a cabo por Restovich et al., (2017), se pone de manifiesto que las intervenciones basadas en mindfulness alivian los síntomas obsesivos, reducen la necesidad de neutralización de los pensamientos y facilitan las exposiciones progresivas a los mismos. En esta misma línea se espera que los resultados obtenidos tras la intervención con MBMB estén en consonancia con los resultados reportados por este estudio.

No se ha encontrado literatura que avale una mejoría en las puntuaciones de «*Bienestar Psicológico*» (BP), medida con la escala de bienestar de Ryff, en pacientes con TOC tras una intervención basada en mindfulness. Tal y como propone Restovich et al. (2017) los programas de intervención basados en mindfulness no persiguen en sí la disminución de la sintomatología TOC, sino establecer una nueva relación de la persona con su experiencia interna. Es bajo la premisa de la posible modificación de estas relaciones la que permitiría una mejoría de la sintomatología primaria relacionada con las variables de satisfacción con la vida y con las incluidas dentro de la escala de bienestar psicológico de Ryff. En este sentido, se esperan unas variaciones significativas positivas en las puntuaciones pre-test/pos-test de la variable BP tras la intervención del programa.

Por último, respecto a la variable «*Satisfacción General con la Vida (SGV)*» se espera que los resultados estén en línea con los obtenidos por Kong et al. (2014), para población general, donde queda establecida la vinculación entre mindfulness y SGV. Estos autores matizan que, con una alta probabilidad, mindfulness correlaciona positivamente con el autoconcepto y la autoevaluación y estas variables lo hacen a su vez con la SGV.

La presentación de los datos con las diferencias pre-post intervención utilizando la técnica no paramétrica de U de Mann-Whitney se organizarían en la Tabla 4.

**Tabla 4***Diferencias pre-post intervención (técnica no paramétrica U de Mann-Whitney)*

<b>Escala</b>	<b>Variables dependientes</b>	<b>U</b>	<b>p</b>
FFMQ	Observación		
	Descripción		
	Actuación consciente		
	No juicio		
	No reactividad		
	<b>Total FFMQ</b>		
Satisfacción General con la Vida	<b>Total SGV</b>		
Inventario de ansiedad de Beck	<b>Total Ansiedad</b>		
Escala de bienestar psicológico de Ryff	Dominio del entorno		
	Crecimiento personal		
	Propósito en la vida		
	Autonomía		
	Autoaceptación		
	Relaciones Positivas		
	<b>Total Bienestar Psicológico</b>		
Inventario Clark-Beck para Obsesiones y Compulsiones	Obsesiones		
	Compulsiones		
	<b>Total Severidad Obsesiones y Compulsiones</b>		

En base a la literatura indicada a lo largo de esta sección, se espera que el estadístico U de Mann Withney muestre diferencias significativas en las medidas pre-test/pos-test para todas las variables.

### **Discusión**

El TOC es una patología incapacitante en la que las personas que lo padecen tienen pensamientos recurrentes e intrusivos no deseados, llamados *obsesiones*, que les provoca un gran malestar y una gran ansiedad. Para su neutralización o reducción recurren a conductas o actos mentales repetitivos denominados *compulsiones* (APA, 2014). Los tratamientos bien establecidos para el TOC son la TCC con EPR y los fármacos ISRS (Vallejo, 2011). Sin embargo, se ha observado que en torno a un 50% de pacientes no responden con éxito a los mismos (Didonna, 2021). En el presente trabajo se ha propuesto, como tratamiento alternativo para pacientes con TOC, el programa MBMB. Los resultados esperados, en base a la literatura revisada, apuntan a que partiendo de la autorregulación de la atención, el programa podría ser efectivo para reducir la ansiedad, mantener una relación menos disfuncional con los pensamientos intrusivos, reducir o eliminar las neutralizaciones, aumentar la satisfacción general con la vida y favorecer el desarrollo y crecimiento personal.

La atención es un proceso psicológico básico que, como todo proceso psicológico, está sustentado en unas determinadas redes neuronales. Cuando la atención no está focalizada en una tarea o un proceso concreto la mente vaga de un lugar a otro utilizando la red neural por defecto y trayendo a la consciencia todo tipo de estímulos (sensaciones, percepciones, pensamientos del pasado, ideaciones de futuro, preocupaciones, etcétera) (Zeidan, 2015). De manera automática la atención se orienta al estímulo que aparece, queda fijada temporalmente en el mismo y posteriormente se desconecta para volver a focalizarse en el siguiente estímulo. La práctica de

mindfulness (la «recta atención») trata de adiestrar al practicante en el manejo y regulación de la atención favoreciendo el uso de la red neural mindful conocida como red neural fronto-parietal de control (Vincent et. al, 2008). En este sentido, la intervención con mindfulness pretende, tal y como postula Didonna (2021), que tras un entrenamiento en el manejo de la atención, el paciente TOC tenga la oportunidad de tomar consciencia de sus pensamientos intrusivos y elegir dar una respuesta que no implique una reacción inmediata y automática que desemboque en comportamientos neutralizadores y rituales compulsivos.

Durante las prácticas de Serenidad implementadas en el programa MBMB el paciente observa todos aquellos estímulos que aparecen en su consciencia. Con ecuanimidad, sin juzgarlos, devuelve la atención al objeto de la meditación favoreciendo una relación de aceptación y la exposición progresiva a los mismos. Este ejercicio reiterado favorece la exposición a estos eventos facilitando una habituación (Wahl et al., 2013) que desemboca, con la práctica continuada, en una desactivación progresiva de la reactividad fisiológica y, como consecuencia, en una disminución de la ansiedad que provoca la aparición de pensamientos amenazantes y los bucles rumiativos (Didona et al., 2019).

De otro lado, las personas que padecen TOC muestran una serie de sesgos cognitivos y creencias que les llevan a interpretar erróneamente estímulos internos y externos que llevados a su extremo se convierten en experiencias disfuncionales que les provocan obsesiones (Williams y Grisham, 2013). Según el grupo de trabajo Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG, 1997) las creencias disfuncionales más comunes son: responsabilidad excesiva; sobreestimación del evento amenazante; perfeccionismo; no tolerar la incertidumbre; magnificación de la importancia de los pensamientos y control exacerbado de los mismos. Uno de los componentes fundamentales del entrenamiento en los programas de mindfulness es la

suspensión del juicio de los eventos y experiencias que van apareciendo en la consciencia. Esto conlleva una aceptación, sin interpretación ni reacción del evento desencadenante, dando lugar a una desvalorización del mismo y favoreciendo una relación más equilibrada con los estímulos que dejan de percibirse tan amenazantes (Didonna, 2021).

Dadas estas reflexiones, se espera que tras la intervención con el programa MBMB los resultados referidos al aumento de la capacidad de observación y atención, disminución de la ansiedad, reducción de la severidad de las obsesiones y compulsiones y mejoría de la relación con los pensamientos intrusivos, se correspondan con la literatura científica revisada respecto de otros programas de intervención basados en mindfulness para pacientes con TOC (Diddona et al., 2019; Emerson et al., 2018, citados en Usero y Cruzado, 2021; Key et al., 2017 y Segal et al., 2002, citados en Wahl et al., 2013). De manera que tres de las cuatro hipótesis planteadas en el presente estudio sean aceptadas.

La presente propuesta de intervención con MBMB para pacientes con TOC evalúa, además, las variables de Satisfacción General con la Vida y Bienestar Psicológico. No se ha encontrado literatura científica donde se recoja el comportamiento de estas variables tras una intervención de mindfulness en pacientes con TOC. Restovich et al. (2017) apunta la necesidad de medir la sintomatología primaria como la calidad de vida y el bienestar general en futuros estudios.

Desde un punto de vista neurológico, se ha observado en meditadores avanzados que la activación de la red neural mindful correlaciona con un aumento de sustancia gris en el área tegmental que a su vez es una importante vía dopaminérgica favoreciendo así el estado de bienestar psicológico al que hacen referencia meditadores experimentados (Lazar, 2014). El

entrenamiento y la práctica de mindfulness activa esta red neural y potencia el acceso al estado mindful de consciencia.

El programa MBMB pone el acento en potenciar la autonomía, el autoconocimiento, la comprensión de cómo es la realidad en los niveles biográficos, sociales e históricos de la persona, la relevancia de los propósitos, la intencionalidad, las relaciones personales, así como la competencia de la persona en el entorno en el que se desenvuelve, con la finalidad de favorecer y fomentar el bienestar psicológico del individuo (Segovia, 2015). Para el cumplimiento de este fin en el programa MBMB se desarrollan una serie de módulos teórico-prácticos que facilitan la integración de los mecanismos clásicos que benefician al paciente TOC, anteriormente expuestos, junto con mecanismos y condicionamientos enfocados al crecimiento personal del sujeto.

Según Segovia (2015) alcanzar el bienestar psicológico a través de MBMB surge de la armonización o autorregulación de la atención, la emoción, la cognición y la intencionalidad. Esta intencionalidad o motivación involucra a la persona para que se emplee en cubrir sus necesidades psicológicas para alcanzar el tan deseado bienestar. Deci y Ryan (1991, citado en Reeve, 2010) señalan la autonomía, la competencia y la afinidad como aquellas variables cuyo desarrollo promueve un crecimiento personal. Estas variables, junto con el propósito en la vida, son aquellas que se miden en el presente estudio como causantes del aumento del bienestar psicológico y se espera, en base a la literatura científica revisada (Restovich et al., 2017), que tras la intervención con MBMB sufran variaciones significativas que lleven a aceptar la cuarta hipótesis enunciada en la presente propuesta.

En referencia a la variable autonomía, el programa MBMB pone el acento en los grados de libertad que se generan con la práctica del estado natural de consciencia o «estado mindful»

desde el cual se adopta una posición de mente testigo u observadora de los estímulos y de las respuestas dadas a los mismos (Segovia, 2015). El entrenamiento facilita la posibilidad de decidir qué, cuándo y cómo llevar a cabo dicha respuesta. Este espacio potencia la autoderminación y la autonomía de la persona. Entendemos por autonomía aquella necesidad psicológica que experimentamos en el inicio, mantenimiento y regulación de la propia conducta (Deci y Ryan, 1985), que tiene tres características principales: a) locus de control interno; b) volición y c) sensación de elección percibida. Los beneficios que proporciona el desarrollo de la autonomía tienen que ver con la mejora de la autovalía, la creatividad, la comprensión conceptual y el procesamiento activo de la información (Reeve, 2010) que en muchos casos se encuentra inhibido en pacientes que cursan TOC.

La afinidad es la necesidad psicológica que tiene el ser humano de establecer y compartir relaciones y vínculos emocionales cercanos y cálidos con sus iguales (Baumister y Leary, 1995; citado en Reeve, 2010). El programa MBMB se hace eco de esta necesidad psicológica y propone el abordaje de un módulo donde se referencian y enseñan las habilidades sociales y la asertividad necesaria para dotar al practicante de una herramienta más para lograr aumentar y mejorar la calidad de los vínculos con sus allegados y familiares y, en general con todas sus relaciones. El objetivo último que se pretende es promover un mayor equilibrio emocional que devenga en un ajuste más funcional en el día a día del paciente que padece TOC.

El disponer de un tratamiento basado en mindfulness para pacientes de TOC con un enfoque abierto e integral como el que se propone desde MBMB, que aborde la sintomatología clínica habitual en estos pacientes y, además, acometa y tenga presente, de forma paralela, las variables asociadas al crecimiento personal que se acaban de describir en los párrafos anteriores,



se espera que sea útil y eficaz para aquellos pacientes que no responden con éxito a los tratamientos bien especificados para esta patología.

Dada la duración de la intervención (48 semanas) el programa presenta algunas amenazas de validez interna como la historia o la maduración de la persona sujeta a tratamiento. Los sucesos vitales de la propia historia del participante pueden tener gran influencia en su bienestar psicológico y desarrollo personal (Reeve et al., 2004). Del mismo modo, durante el tiempo que dura el tratamiento la persona puede llevar a cabo un proceso de maduración cognitiva (sobre todo si se trata de personas en la etapa de adultez temprana) que puede afectar a que las variables dependientes se vean afectadas por estos procesos.

La especificidad de las prácticas, el timing en el que deben impartirse, así como el contenido de las mismas, presentan una limitación importante a la hora de implementar el programa porque este debe ser impartido por personal formado específicamente en MBMB que ha de intervenir, dado el carácter clínico del trastorno, de manera conjunta y supervisada por un Psicólogo Clínico o un Psicólogo General Sanitario.

Se propone, para futuros estudios, la combinación del programa de intervención basado en mindfulness MBMB con TCC + EPR de manera que se pudieran comparar diferencias entre intervenciones de tratamiento único y tratamientos complementarios.

Del mismo modo, con el fin de conseguir mayor potencia estadística y eliminar amenazas externas se sugiere, para futuros estudios, utilizar grupos de control.

Otra línea de estudio, en aras de reducir la duración del programa, podría estar encaminada a la descomposición del programa en diferentes módulos para probar su efectividad en diferentes grupos de participantes. De manera que se pudiera comparar, por ejemplo, el programa completo frente a intervenciones que incluyan solo los módulos del 1 al 9 y eliminen

las prácticas generativas y cognitivas suprimiendo los tres últimos módulos (lo que supondría reducir en tres meses la duración del tratamiento).

### **Conclusiones**

Las conclusiones, en base a la literatura y bibliografía científica revisada y del estudio del programa de intervención propuesto son las que se detallan a continuación:

- Existe evidencia científica de que los tratamientos de mindfulness son efectivos para pacientes con TOC, actuando y favoreciendo la reducción de la sintomatología propia del trastorno.
- El programa de mindfulness MBMB se presenta como una alternativa de abordaje holística e integral para aquellos pacientes que padecen TOC y no responden con éxito a los tratamientos clásicos bien establecidos.
- El programa de mindfulness MBMB, que se propone en la presente intervención, mejoraría la autorregulación del proceso psicológico de la atención en pacientes con TOC.
- El programa de mindfulness MBMB facilitaría que las personas que padecen TOC tengan una relación más funcional y adaptativa con sus pensamientos intrusivos y reduciría o eliminaría las neutralizaciones o los rituales compulsivos.
- El programa de mindfulness MBMB mejoraría el bienestar psicológico general del paciente con TOC y aumentaría la satisfacción general con la vida y el crecimiento personal.
- De cara a seguir avanzando en la investigación, sería deseable que se desarrollaran propuestas de intervención que combinaran el programa de mindfulness MBMB con TCC + EPR y con terapias de tercera generación como

por ejemplo, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), con la finalidad de seguir mejorando el abordaje global y holístico de la patología TOC.

## Referencias

- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana.
- Baer, R.A., Smith, G.T., Hopkins, J., Krietemeyer, J. y Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45.
- Beck, A.T. y Steer, R. (1993). *Beck Anxiety Inventory manual*. Psychological Corporation.
- Belloch, A., Reina, N., García-Soriano, G. y Clark, D.A. (2009). Inventario Clark-Beck de Obsesión-Compulsión (C-BOCI): validación para su uso en población española. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*, 14(2), 95-105.
- Bishop, S.R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Cardomy, J., Segal, Z., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. y Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 230-241.
- Caballo, V., Salazar, I. y Carroble, J.A. (2014). *Manual de Psicopatología y trastornos psicológicos*. Ediciones Pirámide.
- Cebolla, A., García-Palacios, A., Soler, J., Guillen, V., Baños, R. y Botella, C. (2012). Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *European Journal of Psychiatry*, 26, 118-126.
- Clark, D.A. y Beck, A.T. (2002). *Manual for the Clark-Beck Obsessive Compulsive Inventory*. Psychological Corporation.
- Desrosiers, A., Klemanski, D.H. y Nolen-Hoeksema, S. (2013). Mapping mindfulness facets onto dimensions of anxiety and depression. *Behavior Therapy*, 44(3), 373-84.
- Didonna, F., Lanfredi, M., Xodo, E., Ferrari, C., Rossi, R. y Pedrini, L. (2019). Mindfulness Based Cognitive Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: a pilot study. *Journal of*

- Psychiatric Practice*, 25(2),156-170.
- Didonna, F. (2011). *Manual clínico de mindfulness*. Editorial Desclée De Brouwer.
- Didonna, F. (2021). *Terapia cognitiva basada en mindfulness para el TOC*. Editorial Desclée De Brouwer.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R.J. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Emerson, L.M., Heapy, C. y Garcia-Soriano, G. (2018). Which facets of mindfulness protect individuals from the negative experiences of obsessive intrusive thoughts? *Mindfulness*, 9, 1170-1180.
- Foa, E.B., Liebowitz, M.R., Kozak, M.J., Davies, S., Campeas, R., Franklin, M.E., ... y Tu, X. (2005). Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162(1), 151-161.
- Fontenelle, F., Mendlowicz, M.V. y Versiani, M. (2006). The descriptive epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 30, 327-337.
- Gethin, R. (2011). On some definitions of mindfulness. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 263-279.
- Gunaratana, B. H. (2012). *El libro del mindfulness*. Editorial Kairós.
- Hodann-Caudevilla, R.M. y 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.
- Key, B.L., Rowa, K., Bieling, P., McCabe, R. y Pawluk, E.J. (2017). Mindfulness based

- cognitive therapy as an augmentation treatment for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Psychotherapy*, 24, 1109-1120.
- Kong, F., Wang, X. y Zhao, J. (2014). Dispositional mindfulness and life satisfaction: The role of core self-evaluations. *Personality and Individual Differences*, 56, 165-169.
- Lazar, S. (2014). Change in brainstem gray matter concentration following a mindfulness-based intervention is correlated with improvement in psychological well-being. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 33.
- Lóyzaga, C., & Nicolini, H. (2000). Tratamiento farmacológico del TOC. *Salud Mental*, 23(6), 40-45.
- Muller, J. y Roberts, J.E. (2005). Memory and attention in Obsessive-Compulsive disorder: A review. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(1), 1-28.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 16(4), 233-248.
- Pato, M.T., Zohar-Kadouch, R., Zohar, J. y Murphy, D.L. (1988). Return of symptoms after discontinuation of clomipramine in patients with obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 145(1), 1521-1522.
- Puig, M. (2017). *¡Tómate un respiro! Mindfulness*. Editorial Planeta.
- Reeve, J., Deci, E.L. y Ryan, R.M. (2014). Self-determination theory: A didactical framework for understanding the sociocultural influences on student motivation. En D.M. McInerney y S. Van (eds.), *Research on sociocultural influences on motivation and learning: Big theories revisited* (vol. 4, p. 31-59). Information Age.
- Reeve, J. (2010). *Motivación y emoción*. McGraw-Hill.

- Restovich, G., Barrios, M.V., Bordón, A.D. y Ferrigno, M.J. (2017). Revisión sobre los Efectos del Mindfulness en el Tratamiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 3(2), 307-317.
- Roca, E. (2014). *Cómo mejorar tus habilidades sociales*. Acde Ediciones.
- Ryff, C.D. y Keyes, C.L.M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719–727.
- Sanz, J. y Navarro, M.E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 9, 59-84.
- Tudela Garmendia, P. (2015). *Percepción y atención*. Centro de Estudios Financieros.
- Usero, S.R. y Cruzado, J.A. (2021). Valoración de la eficacia de la terapia basada en mindfulness para el trastorno obsesivo compulsivo. una revisión sistemática. *Ansiedad y Estrés*, 27, 7-14.
- Vallejo Pareja, M.A. (2011). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo en Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J.R., Fernández Rodríguez, C., Amigo Vázquez, Isaac (Coordinadores). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I* (p. 339). Ediciones Pirámide.
- Vázquez, D., Duque, A. y Hervás, G. (2013). Satisfaction with life scale in a representative sample of Spanish adults: validation and normative date. *Spanish Journal of Psychology*, 16, 1-15.
- Vega-Dienstmaier, J. M. (2016). Avances en el tratamiento farmacológico del trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(4), 239-246.

- Vincent, J.L., Kahn, I., Snyder, A.Z., Raichle, M.E. y Buckner, R.L. (2008). Evidence for a frontoparietal control system revealed by intrinsic functional connectivity. *Journal of neurophysiology*, 100(6), 3328-3342.
- Wahl, K., Huelle, J. O., Zurowski, B. & Kordon, A. (2013). Managing Obsessive Thoughts During Brief Exposure: An Experimental Study Comparing Mindfulness-Based Strategies and Distraction in Obsessive–Compulsive Disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 37, 752–761.
- Watanabe, B.Y.A. (2005). Satisfacción por la vida y teoría homeostática del bienestar. *Psicología y salud*, 15(1), 121-126.
- Williams A.D. y Grisham, J.R. (2013). Cognitive bias modification (CBM) of obsessive compulsive beliefs. *BMC Psychiatry*, 13(1), 256.
- Zeidan, F. (2015). The neurobiology of mindfulness meditation. En K. W. Brown, J.D. Creswell, y R.M. Ryan (Eds.), *Handbook of mindfulness: Theory, research, and practice* (pp. 171-189). The Guilford Press.



### **Apéndice A. Consentimiento Informado**

D./Dña.....

he recibido la suficiente y necesaria información por parte del Gabinete de Psicología  
....., para participar voluntaria y  
libremente en el «Programa de Intervención Grupal basada en Mindfulness (programa MBMB)  
para el tratamiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo» teniendo la libertad de abandonarlo en  
cualquier momento si así lo considero oportuno.

En, ..... a ..... de ..... de .....

Firma

## **Apéndice B. Práctica de Serenidad**

La Práctica de Serenidad es el ejercicio básico sobre el que se sustentan las prácticas de meditación basadas en mindfulness y tiene como finalidad adiestrar al practicante para que deposite y concentre su atención sobre el objeto de la meditación en el aquí y el ahora (momento presente). En el programa MBMB el objeto de meditación es la respiración y durante esta práctica el instructor guiará al practicante para devolver la atención con aceptación y ecuanimidad a la respiración tantas veces como esta se encuentre focalizada en cualquier otro estímulo. De manera que, una vez elegido por el meditador el ancla u objeto de la meditación (lugar donde fijará la atención en la experiencia sensorial de la respiración: tórax, abdomen, fosas nasales, entre otras), la práctica consistirá en tomar conciencia de cuando la atención se orienta sobre otro estímulo distinto a la respiración y, una vez reconocida tal “distracción”, devolverla con suavidad, aceptación y ecuanimidad al ancla elegido.

### **Apéndice C. Práctica de Kinhin (Meditación Caminando)**

La Práctica de Kinhin o meditación caminando tiene como finalidad entrenar al practicante en depositar o descansar la atención sobre cualquier experiencia, sensación o percepción que acontezca durante la acción de caminar. Es decir, a diferencia de la Práctica de Serenidad donde el objeto de la meditación es la respiración, en la Práctica de Kinhin el objeto de la meditación o ancla son todas aquellas percepciones, sensaciones y experiencias que se relacionan con el acto de caminar. Por ejemplo: sensaciones de presión (sobre los pies), equilibrio, velocidad, percepciones visuales, táctiles (roce con la ropa), movimientos, cinética propia de caminar, etcétera. La dinámica de la práctica consiste en depositar con suavidad y amabilidad la atención en cualquiera de estas experiencias sensoriales y en darse cuenta de cuando la atención se ha orientado sobre cualquier otro estímulo distinto (ruidos, pensamientos, discursos mentales, entre otros). Una vez reconocido el distractor se insta al practicante a aceptar dicho evento y con ecuanimidad volver a llevar la atención a la experiencia sensorial de caminar.

### **Apéndice D. La Regla No-R / No-R**

No-R / No-R es una regla transversal en el programa MBMB que se aplica durante la práctica de todas y cada una de las meditaciones propuestas. Consiste en “No Resistirse” a ningún estímulo distractor que aparezca durante la práctica, ya sea de carácter interoceptivo, exteroceptivo o propioceptivo. Es decir, no evitar ninguna experiencia sensorial que surja durante la meditación pero, a su vez “No Rendirse”, es decir, volver con aceptación, amabilidad y sin pronunciar ningún tipo de juicio al objeto de la meditación o ancla elegida (Segovia, 2015). De manera que no se consume ningún tipo de energía en luchar contra los estímulos que van apareciendo, ni tampoco en procurar que estos no aparezcan. Se aceptan sin resistencia y con firmeza se devuelve la atención a la respiración, al cuerpo, al caminar o al objeto de meditación propuesto en cada caso.

### **Apéndice E. Profundizando en la Serenidad, Realizando Anotaciones y Contajes**

Con la finalidad de que el practicante vaya serenando su mente y consiguiendo una menor aparición de pensamientos o discursos mentales que dificulten que su atención esté concentrada sobre el objeto de la meditación, el programa MBMB propone la inclusión de anotaciones (mantras en el contexto budista) durante la inspiración y la expiración. Se trata de elegir un término, para pronunciar subvocalmente, cuando se inspira (por ejemplo: inspiro, uno, dentro) y elegir otro término, para pronunciar subvocalmente, cuando se exhala (por ejemplo: exhalo, dos, fuera). El practicante, al escuchar con atención estas anotaciones, tendrá menor entrada de pensamientos intrusivos dado que la vía motora del pensamiento-lenguaje no puede estar ocupada a la vez por dos pensamientos-discursos a la vez. Tal y como postula Segovia (2015), desde un punto de vista neurofisiológico, las áreas sensorio-motoras que se ocupan del pensamiento-lenguaje están conectadas a través del fascículo arqueado y se inhiben mutuamente. De manera que si el área sensorial (escucha atenta) está activada, el área motora (producción de pensamiento) está en ocio relativo y viceversa.

Con el fin de conseguir el mismo objetivo que se persigue realizando anotaciones, es decir, provocar una menor entrada de pensamientos intrusivos para serenar la mente, se propone la realización de contajes de la exhalación. La dinámica consiste en desplazar la atención desde la respiración a la exhalación y contar en series de uno a cuatro, de uno a seis y de uno a ocho las exhalaciones. De manera que, se exhala y se cuenta subvocalmente “uno”, se exhala y se cuenta “dos” y así sucesivamente hasta cuatro donde se cierra una primera serie y se vuelve a comenzar la siguiente. Como es natural puede que aparezcan pensamientos o distractores de cualquier tipo en cuyo caso se vuelve a llevar la atención a la exhalación y se inicia el contaje desde el “uno”.

### **Apéndice F. Descubriendo el Punto de Quietud**

Una vez que el practicante ha logrado apaciguar su mente y el discurso mental a través de la práctica de serenidad y la realización de contajes y anotaciones, la siguiente fase consiste en guiarle para descubrir que entre la exhalación y la inhalación existe un momento de pausa fisiológica. Esta pausa es el espacio o latencia que necesita el diafragma para dar entrada de aire a los pulmones. La dinámica consiste en mantener la atención en la exhalación mientras se pronuncia la sílaba “ah” y tomar consciencia de la existencia de esa parada fisiológica denominada en la práctica “punto de quietud” (Segovia, 2015).

### **Apéndice G. Señalando el Estado Mindful de Consciencia**

Una vez que la persona ha tomado consciencia del punto de quietud referido en el módulo 4 (pausa fisiológica que acontece entre la exhalación y la inspiración) se le propone tomar consciencia del estado de la mente en este punto. Si el adiestramiento de la atención y la concentración es el adecuado, el practicante descubrirá que en ese punto la mente está detenida, está vacía, no contiene ningún pensamiento y se encuentra en paz y silenciada.

La dinámica de la práctica se conduce a partir de este momento a llevar la atención al segundo punto de quietud (pausa fisiológica que acontece entre la inspiración y la exhalación) y posteriormente se desplaza de un punto de quietud a otro generando, de este modo, lo que en la práctica se denomina bucle de quietud (desplazamiento de la atención y toma de consciencia de uno a otro punto de recuperación diafragmática).

Cuando el practicante se ha familiarizado con el bucle de quietud, el siguiente ejercicio se dirige a descansar la atención sobre el vacío o el silencio mental que se produce con la práctica de atención sostenida sobre este bucle. Durante la observación de esa quietud o vacío mental el practicante tomará consciencia de que ese estado no recoge solo la experiencia de silencio, sino que además es un estado donde está presente la ecuanimidad (reactividad fisiológica baja) y la lucidez, pues no se trata de un estado de consciencia alterado sino de un estado de consciencia plena y atenta al momento presente (Segovia, 2015). El denominado Estado Mindful de Consciencia se caracteriza por el silencio mental (no existe discurso mental), la ecuanimidad (aceptación sin juicio) y la lucidez (atención despierta y consciencia plena y preconceptual que no etiqueta los estímulos que aparecen en la consciencia momento a momento).

### **Apéndice H. Mindfulness y los Sentidos**

El entrenamiento y consolidación del Estado Mindful de Consciencia permite al practicante instalar mindfulness en el devenir de los sucesos y acontecimientos cotidianos. Las dinámicas de las prácticas de atención a los sentidos consisten en, una vez la persona está estabilizada en el estado mindful de consciencia, atender a todas y cada una de las experiencias sensoriales que aparecen en nuestra consciencia sin etiquetarlas y sin emitir ningún tipo de juicio al respecto de ninguna de ellas. El entrenamiento que propone el programa MBMB supone dividir las prácticas por sentidos, es decir, practicar durante una semana con el sentido de la vista, otra con el sentido del oído, otra con el sentido del tacto y dejar la última semana del módulo para la práctica con el olfato y el gusto.



### **Apéndice I. Mindfulness y la Autorregulación de las Emociones**

Durante las prácticas de autorregulación de las emociones el practicante deberá asentarse en el estado mindful de consciencia y desde esa plataforma estructurará y descompondrá la práctica en cuatro fases. Es posible que la emoción surja o emerge de manera espontánea o, en su defecto, puede ser necesario que la persona que realiza la práctica evoque la emoción a través de algún recuerdo que sea capaz de elicitarla y traerla al momento presente. En ambos casos, las fases son: a) Toma de consciencia de la emoción que emerge en el campo de la consciencia e incluso señalamiento y etiquetado de la misma (siento...); b) Observación de las sensaciones corporales que la acompañan. Aceptación sin juicio de dichas sensaciones ya sean placenteras o displacenteras. La citada aceptación de la emoción provocará la no evitación experiencial, fuente de muchos problemas y malestar psicológico; c) Observación de los pensamientos que emergen antes, durante y después de la emoción, tomando en consideración que estos pueden ser la causa del refuerzo y sostén de la emoción y d) Aceptación de los pensamientos para posteriormente dejarlos ir (aceptar y dejar marchar o soltar) (Segovia, 2015).

### **Apéndice J. Práctica de Consciencia Sin Elección y Estado de Presencia**

En la práctica de Consciencia Sin Elección la atención permanece en foco abierto. El practicante toma consciencia de cualquier estímulo que emerge en su campo de consciencia llevando la atención a este y dejándolo marchar tras la aparición del siguiente estímulo que se convertirá, a su vez, en el nuevo ancla de atención, y así sucesivamente. El ancla de la atención ya no es una sensación concreta de la respiración, sino que cualquier sensación, percepción o estímulo, sea cual sea, se convierte en ancla y es objeto de observación y exploración hasta que aparece un nuevo estímulo. La atención pivota de sensación en sensación aceptando y dejando ir.

La práctica de Estado de Presencia consiste en tomar consciencia de ser conocedor de todos y cada uno de los eventos o sucesos que aparecen en el campo de consciencia momento a momento. Se trata del desarrollo de una metaconsciencia (ser consciente de ser consciente).

### **Apéndice K. Mindfulness y el Desarrollo de la Intencionalidad**

Mediante las prácticas generativas de compasión, autocompasión y alegría el practicante irá adquiriendo una intencionalidad beneficiosa y benevolente. La intencionalidad está en la base de las acciones y conductas del ser humano. Adiestrarse y realizar con regularidad prácticas generativas de intención bondadosa repercutirá en que las conductas y acciones del practicante estén cargadas de buena voluntad y actitudes positivas para uno mismo y para el resto de las personas con las que se relaciona. En Segovia (2015, p. 148-153) se pueden revisar las dinámicas de cada una de estas prácticas.