

TFM Alba Saavedra Grela

por Alba Saavedra Grela

ARCHIVO	87136_ALBA_SAAVEDRA_GRELA_TFM_ALBA_SAAVEDRA_GRELA_1651689_1099955563.PDF (1.25M)		
HORA DE LA ENTREGA	11-MAY.-2020 10:54P. M. (UTC+0200)	NÚMERO DE PALABRAS	14716
IDENTIFICADOR DE LA ENTREGA	1321991062	SUMA DE CARACTERES	80003

Alba
Saavedra
Grela



Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

**Influencia del nivel de Habilidades Mindfulness y Comunicación Familiar
en el Riesgo Psicótico**

Autora: Alba Saavedra Grela
Directora Profesional: Sara Ben-Bouchta del Viejo
Directora Metodológica: Mónica Terrazo Felipe



MADRID | Mayo 2020

Resumen: El presente estudio analizó la relación entre el nivel de Habilidades Mindfulness, como recursos individuales de la persona y el estilo de Comunicación Familiar para conocer la influencia que pueden presentar en el Riesgo a desarrollar un Trastorno Psicótico. Para medir estas variables en población general, se aplicaron los cuestionarios Mindfulness Attention Awareness Scale (MASS), The Revised Family Communication Patterns Instrument (RFCP) y The Schizotypal Personality Questionnaire (SPQ) a una muestra de 163 sujetos. Los resultados mostraron la relación entre la comunicación familiar y el nivel de Mindfulness y la relación entre Habilidades Mindfulness y Riesgo Psicótico, además de la capacidad de predecir un 20% del Riesgo a desarrollar un Trastorno Psicóticos desde las Habilidades Mindfulness. Se concluye que el estilo comunicativo en la familia incide en los recursos personales y por tanto, influye de una manera indirecta en el Riesgo Psicótico. Esto implica que se puede prevenir hasta un 20% del Riesgo a desarrollar una Psicosis con la práctica de las Habilidades Mindfulness.

Palabras clave: Riesgo Psicótico, Nivel de Habilidades Mindfulness, Comunicación Familiar, Prevención.

Abstract: The present study analyses the relationship between the level of Mindfulness Abilities, as individual resources of the person and the style of Family Communication in order to discover the influence they can present in the Risk of developing a Psychotic Disorder. To measure these variables in the general population, the Mindfulness Attention Awareness Scale (MASS), the Revised Family Communication Patterns Instrument (RFCP) and the Schizotypal Personality Questionnaire (SPQ) questionnaires were applied to a sample of 163 subjects. The results showed the relationship between family communication and the Mindfulness level and the relationship between Mindfulness Skills and Psychotic Risk, as well as the ability to predict 20% of the Risk of developing a Psychotic Disorder from Mindfulness Skills. It is concluded that the communication style in the family affects the personal resources and therefore indirectly influences Psychotic Risk. This implies that up to 20% of the risk of developing a psychosis can be prevented with the practice of Mindfulness Skills.

Keywords: Psychotic Risk, Mindfulness Skills Level, Family Communication, Prevention.

Justificación

Este estudio se presenta desde una perspectiva de prevención del trastorno psicótico ya que es un trastorno crónico que comporta gran sufrimiento para las personas que lo sobrellevan y su entorno; sobre todo, su familia, quienes posiblemente serán los principales cuidadores de la persona que lo padece. Además, actualmente, según informa el Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid (2018-2020), existe una prevalencia en España de alrededor de 3 personas de cada 100 a padecer este trastorno en cierto periodo de su vida, el cual se espera que aumente en los próximos años.

Desde esta investigación, se tendrán en cuenta los factores individuales, como recursos de afrontamiento de la persona medidos desde el nivel de habilidades Mindfulness y el plano familiar, que se medirá desde el estilo comunicativo de las mismas.

El motivo del estudio en cuanto a la comunicación familiar se debe a la evidencia revisada de cómo estos patrones del funcionamiento familiar afecta a la salud mental. En referencia al trastorno del espectro psicótico en concreto, fueron pioneros los estudios de Brown y Rutter (1966) en este campo, llegando al desarrollo del constructo emoción expresada, que más adelante será desarrollado.

Además, en cuanto a la mirada preventiva se refiere, importantes guías clínicas como la NICE (2009), la guía de práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental y numerosas investigaciones (Boydell et al., 2006; Edwards y McGorry, 2004; Encinas, 2017; Fernández y Labrador, 2012; Lester et al., 2011) llevadas a cabo en este ámbito, avalan la eficacia e importancia de la intervención familiar afirmando que la intervención con la familia “debe formar parte del tratamiento básico del paciente, ya que evita recaídas, hospitalizaciones, mejora el pronóstico y la calidad de vida de sus miembros”. (p. 36)

En cuanto a las habilidades Mindfulness, el creciente estudio en estos últimos años (Ashcroft, Barrow, Lee, y MacKinnon, 2012; Cramer, et al., 2016; Jacobsen, Morris, Johns y Hodkinson, 2011; Miró, et al., 2011), demuestra sus beneficios en la intervención basada en la atención plena, ya que, este modelo plantea un cambio en el enfoque que se tenía hasta ahora y se basa en la habilidad de focalizar la atención hacia los pensamientos, emociones o diversos eventos internos que provocan malestar. Generalmente, las personas vulnerables a eventos de carácter psicótico suelen tender a evitar o escapar de estas sensaciones que generan displacer y gran sufrimiento, para tratar de alejarse de estos, pero a largo plazo, no es algo beneficioso. Este modelo, parte de la base de que estos eventos no van a desaparecer, así que propone dirigir

la atención a los mismos con un carácter de aceptación a fin de poder convivir con ellos y poder tener una mejor calidad de vida.

Al mismo tiempo, esta investigación pretende hallar si hay relación entre la calidad de la comunicación en una familia y el nivel de habilidades Mindfulness individuales. Se entiende a la familia como primer modelo de interacción con el mundo, uno de cuyos papeles será traducir la realidad de éste al niño y asimismo, las emociones, ayudando a su identificación y a la expresión y gestión de las mismas. Por ello, si la familia está abierta y acepta dichas emociones y su expresión, ayudará a sus miembros a experimentarlas libremente, a tomar conciencia de ellas y que puedan aceptarlas sin juzgarlas.

Por último, cabe señalar que se tuvieron en cuenta determinadas variables sociodemográficas como edad, sexo, nivel de estudios y personas con las que se convive con el fin de registrar elementos externos que puedan llevar a posibles sesgos, como se hizo en otras investigaciones posteriores como por ejemplo, en el Proyecto SASPE (Señales de Alerta y Síntomas Prodrómicos de la Esquizofrenia) (Tizón, et al., 2006).

Experiencia psicótica subclínica

En la última década, en el plano científico internacional, está suscitando especial interés el estudio de la experiencia psicótica atenuada o subclínica en población general.

Según varios autores (Johns y van Os, 2001; Stefanis et al., 2002; Van Os, Linscott, Myin-Germeys, Delespaul y Krabbendam, 2009; Verdoux y van Os, 2002), se habla del trastorno psicótico como un fenómeno que existe a lo largo de un continuo de gravedad, en el que en uno de los polos se encontraría el trastorno psicótico y en el otro estarían las experiencias psicóticas atenuadas o subclínicas, presentes en la población general, en las que se situará esta investigación.

Estas experiencias psicóticas subclínicas, se entienden como una agrupación de experiencias transitorias o atenuadas que son constituidas por una sintomatología equivalente a la presente en pacientes con trastorno psicóticos, pero en población general. Este síndrome o conjunto de experiencias, no originan o conducen necesariamente a un trastorno psicótico, pero sí denotan una propensión a continuar experimentando estos síntomas aunque nunca lleguen a cumplir criterios diagnósticos del trastorno como tal u otro tipo de trastornos mentales. (Kwapil, Miller, Zinser, Chapman, y Chapman, 1997; Linscott y van Os, 2013; van Os, Linscott et al., 2009).

El síndrome se puede dividir en cuatro dimensiones, las cuales guardan coherencia con el DSM-5 (Tandon et al., 2013) y entre ellas estarían: desregulación afectiva, la cual haría referencia a sintomatología de depresión y ansiedad; otra dimensión haría referencia a las ideas delirantes, pseudoalucinaciones o alucinaciones; la siguiente dimensión sería la característica de los síntomas negativos como el embotamiento afectivo y la anhedonia, tanto a nivel físico como social, que sería la incapacidad de sentir deseo o placer; y por último, estaría la dimensión cognitiva, que haría referencia a los fallos en el procesamiento de la información (en funciones cognitivas como la memoria percepción y atención) y la desorganización del pensamiento.

El desarrollo del trastorno psicótico o sus primeros síntomas suelen manifestarse, en la mayoría de los casos, en la entrada a la edad adulta. Así lo afirma la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) en el Consenso sobre Atención Temprana a la Psicosis (2009), que sostiene que “la esquizofrenia y psicosis relacionadas son enfermedades complejas que generalmente surgen durante el período de transición hacia la vida adulta”. (p.9)

El inicio de síntomas suele producirse entre los 15 y 35 años, por todos los cambios en los diversos niveles ambientales de las personas a estas edades, cambios de tipo madurativos, de comportamiento, sociales, cerebrales que pueden facilitar el desarrollo del trastorno psicótico (Harrop y Trower, 2008; Keshavan, Gilbert y Diwadkar, 2006; Walker y Bollini, 2002). Sumado a estos cambios, suelen aparecer acontecimientos vitales estresantes o acontecimientos traumáticos tempranos, que se relacionan con una mayor vulnerabilidad a esta tendencia (Berenbaum et al., 2008; Holmes y Steel, 2004; Myin-Germeys y van Os, 2007).

Además, debemos tener en cuenta la realidad que presenta la Asociación Española de Neuropsiquiatría (2009) en el Consenso sobre Atención Temprana a la Psicosis en cuanto a que la mayor parte de la población psicótica acude a los servicios de salud mental cuando ya existe una gran experiencia de sufrimiento, tanto individual como del entorno familiar y no reciben apoyo hasta presentar un alto riesgo para sí mismo o para otros, o en una fase del trastorno ya cronificado (Edwards y McGorry, 2004) y que resulte en un “grave deterioro de la vida familiar y social, y de la integración educativa o vocacional” (AEN, 2009, p. 5). Además, esto conllevará, para la persona que lo padece, un comienzo de tratamiento mucho más agresivo y, por ello, de difícil adherencia al mismo.

Este deterioro, a su vez, produce una incapacidad para la persona que lo padece, su familia y el ambiente que lo rodea, por ello esta enfermedad ejerce potentes consecuencias a nivel comunitario y aumento de los costes sociales (AEN, 2009).

En definitiva, todo lo anteriormente expuesto pone de manifiesto un alto nivel de sufrimiento emocional y familiar para las personas que sufren trastornos psicóticos, como los costes económicos para la familia y la sociedad (Mangalore y Knapp, 2007), lo que justifica la visión preventiva de esta investigación y los beneficios de la misma. Häfner y Maurer sostienen que “la detección temprana de un trastorno psicótico permite disminuir el riesgo de aparición de psicosis y, en consecuencia, reducir el deterioro funcional y social que conlleva” (2006; citado en Morales, 2013, p. 9).

Asimismo, surge un problema añadido, basado en la detección del trastorno psicótico cuando no hay debut de los síntomas positivos todavía o, aun habiéndolos, que solo alteren procesos internos pero no se muestre externamente, ya que no es habitual encontrar a personas que reconozcan padecer ciertos pensamientos extraños como delirios o alucinaciones. Esto dificulta que la persona acuda por propia voluntad al centro de Atención Primaria, lo que conlleva que las personas de su entorno sean las que primero detecten estas situaciones (Artigue y Tizón, 2012) y esto, a su vez, deriva en una mayor influencia e importancia de los factores psicosociales (Tizón et al., 2010).

En esta misma línea, en cuanto al entorno, se enfocará en la familia, ya que sería uno de los lugares de convivencia al que le dedicamos una gran parte de nuestro tiempo, por lo que destacaría la importancia del papel que ésta desempeña en la detección de trastornos mentales, entre ellos, de la psicosis. Del mismo modo, la familia según es contemplada en nuestra sociedad actual, también cumple el rol de apoyo y cuidado a sus miembros, entre ellos, a sus miembros enfermos, siendo un agente de prevención y de cambio, si el trastorno llegara a ser desarrollado (Fernández y Labrador, 2012). Por ello, la familia será una pieza indispensable en la intervención en personas con enfermedad mental grave y gran parte de su calidad preventiva versará sobre la misma.

Además, según afirman varias investigaciones llevadas a cabo en niños (Manzano, 2001; Manzano, Palacio-Espasa, 2007; Tizón, 2001), el éxito de prevención en los trastornos psicóticos no se basa únicamente en factores relativos a los tratamientos psicológicos o farmacológicos, sino que se hace necesario el apoyo familiar en el desarrollo natural de los niños.

La propuesta de esta investigación nace del sufrimiento individual, familiar y social de personas que padecen trastornos psicóticos, por el aumento que se está dando en nuestros días y con ánimo de resaltar la importancia de acciones preventivas de cara a la detección precoz.

Por ello, desde esta perspectiva se plantea el siguiente estudio, pasando a continuación a contemplar el riesgo a padecer trastornos psicóticos desde una perspectiva familiar (Comunicación Familiar) e individual (HH MDF), a fin de llegar a una propuesta de modelo preventivo más completo, en base a las diferentes áreas influyentes y proponer así, en líneas futuras, una posible intervención biopsicosocial.

Comunicación Familiar

Los trastornos psicóticos tienen gran impacto para la familia a nivel emocional, físico y económico, al comportar un grave deterioro del funcionamiento familiar. Además, los sistemas familiares benefician y colaboran como factor de protección en la salud y calidad de vida de las personas. Si bien como contrapartida, pueden convertirse en fuente de conflictos como estresor de la conducta entre los integrantes de la familia, repercutiendo, de este modo, en la salud mental (Encinas, 2017; Espina et al. 2000 y Sánchez, 2001).

Se pretende resaltar la gran influencia de la familia y añadir algunos elementos que justifican la intervención familiar desde actuaciones preventivas ya que, la prevención temprana, se dirige sobre todo a jóvenes, los cuales, generalmente viven en su residencia familiar. Asimismo, la intervención familiar entonces, procurará crear un ambiente de comprensión en el propio contexto del joven (Fisher et al., 2008) lo que a su vez ayudará a establecer a la familia como un factor de protección, formando un equipo de colaboración y generando un ambiente de apoyo y comprensión, basado en la psicoeducación a las familias (Lester et al., 2011).

De esta forma, se debe tener en cuenta que dar apoyo y psicoeducación a toda la familia ayuda a reducir el nivel de angustia e incertidumbre que se experimenta, además de poner en valor la importancia del papel de la familia para la recuperación de su familiar enfermo (Jones, 2009). Asimismo, aportar un espacio para las familias que cuidan o conviven con un miembro pre-psicótico o enfermo, donde puedan expresar su sacrificio, miedos y angustias desde su rol de cuidador (Knock et al., 2011) puede prevenir que se llegue a una alta emoción expresada en la familia.

Además, McCrone, Knapp, y Dhanasiri (2009) resaltan el ahorro en costes sociales desde esta perspectiva de intervención familiar en psicosis temprana, debido a dicha disminución de recaídas y número de hospitalizaciones.

Uno de los problemas que puede surgir, sin intervención familiar, puede ser la “carga” en el familiar de referencia, lo que puede llevar a un cambio de actitud a la hora de considerar a la persona, que ahora tiene una enfermedad y que esto, a su vez, cambie la estructura familiar y el estilo comunicativo de la misma, resultando así en ciertos mecanismos estresantes (Baronet, 2003; Ribé et al., 2017).

Desde esta perspectiva, los autores Brown y Rutter (1966) establecen por primera vez un constructo referido al estilo comunicacional que se da en familias con un enfermo psicótico y que se caracteriza por un tipo de relación interpersonal basado en una serie de actitudes o comportamientos hacia la enfermedad mental de una persona que llevan a un ambiente emocional formado por mecanismos estresantes en estas familias (Pérez-Pareja, Quiles, Romero, Pamies-Aubalat y Quiles, 2014). Es decir, este constructo se suele identificar, en la actitud o emociones que muestra un familiar responsable, ante los síntomas o comportamientos de una persona que padece una enfermedad mental, en su mismo núcleo familiar (Barrowclough y Hooley, 2003; Brown, Carstairs y Topping, 1958) y que hace referencia a cinco componentes que son: la crítica, la hostilidad, la sobreimplicación emocional, la calidez y los comentarios positivos. Se considera alta emoción expresada en una familia la presencia de los tres primeros (Brown et al., 1972).

Además de lo ya mencionado en cuanto al papel que ejercen las familias en referencia al número de recaídas y hospitalizaciones, también es un elemento clave en la adherencia al tratamiento (Boydell et al., 2006), pero también en los pasos previos, que sería en la intervención de psicosis temprana (Killackey, 2009). Se sabe que una alta emoción expresada aumenta considerablemente el riesgo de recaídas (Ballus, Llovet y Boada, 1991; Leff y Vaughn, 1984) e incluso estudios recientes lo han asociado a un mayor riesgo de transición a la psicosis (Domínguez-Martínez, Medina-Pradas, Kwapil y Barrantes-Vidal, 2017).

Se concluye que el constructo Emoción expresada es uno de los mejores predictores en recaídas en personas con un trastorno psicótico y a un mayor riesgo de transición a esta enfermedad, pero no sabemos cómo influye este factor antes de la presencia de un trastorno, objetivo que busca esta investigación. Por ello, desde esta perspectiva preventiva, se propone analizarlo desde la interacción entre los miembros de la familia, a través del constructo, comunicación familiar, ya que, como se explica a lo largo de los párrafos anteriores, Emoción Expresada suele relacionarse con una situación de estrés crónico familiar con un miembro que ya padece una enfermedad consolidada y las actitudes de los cuidadores ante el miembro

enfermo. Además, los instrumentos de evaluación se enfocan ante esta premisa de miembro que padece un trastorno psicótico y las actitudes de los cuidadores, no miden la comunicación familiar previa al desarrollo de un trastorno psicótico.

De este modo, se procederá a definir comunicación familiar como una serie de esquemas comunicativos en la familia que pretenden crear patrones constantes, concisos y claros, para que puedan ser un ambiente predecible que genere seguridad, coherencia y equilibrio en la unidad familiar (Koerner y Fitzpatrick, 2004). La familia es nuestro primer modelo de vínculo, desde el que se establecen roles, límites y normas hasta crear esquemas comunicativos, lo que sienta las bases de la forma de relación con el mundo, por ello, estas deben ser coherentes y estructuradas para que se dé el clima de seguridad necesario (Gallego, 2006).

Por el contrario, generalmente en estas familias con un miembro afectado, no suele predominar un mensaje claro y directo sino, más bien, un mensaje ambiguo o contradictorio que, en ocasiones, puede dar lugar a un mensaje incompatible entre la comunicación emocional y la no verbal, lo que puede crear altos niveles de confusión, llegando a concebir el entorno familiar como poco predecible y menos seguro, siendo difícil responder a las demandas familiares de una manera satisfactoria. Esto supone que si tenemos a una persona con tendencia a la psicosis, va a ser un factor de riesgo que aumente la posibilidad del inicio de síntomas psicóticos o el posterior desarrollo del trastorno (García, Moreno, Freund y Forteza 2012; Kavanagh 1992; MacCarthy et al., 1986), ya que se puede considerar este tipo de comunicación como un estresor, generado por un ambiente confuso, con altos niveles de incertidumbre, traídos por este doble mensaje que se da en la familia, en los que el individuo no puede satisfacer dicha demanda. De este modo, si existe una tendencia a la psicosis, se puede estar incurriendo en potenciarla, pasando de la transición de síntomas subclínicos a un posible debut del trastorno.

Los estilos comunicativos marcarán el ambiente familiar, en cuanto a si es predecible, estable y seguro, siguiendo un patrón común o si por el contrario es un ambiente ambivalente y no predecible (Henaó y García, 2009). Además, estos estilos de comunicación tienen que ver con el estilo parental que predomina en la familia y asimismo, estos dos estilos, formarán parte de las habilidades socioemocionales de los hijos (Ruvalcaba, Gallegos, Robles, Morales y González, 2012), como por ejemplo, en el tipo de socialización o relación con los demás, en las estrategias de afrontamiento y mecanismos de manejo de estrés, así como en la adquisición

de normas y valores. Todo esto a su vez, influye en el ajuste psicosocial, lo que influirá en la capacidad de adaptación a los diferentes contextos que ofrece la sociedad (Ruvalcaba, Gallegos, Villejas y Lorenzo, 2013). Es decir, la forma de relación en la familia aportará experiencias y situaciones que lleven a desarrollar los recursos socioemocionales, como estrategias de afrontamiento, los cuales podrán ser más o menos adaptativos.

Por tanto, la comunicación familiar se divide en dos dimensiones centrales que tienen en cuenta el estilo de interacción en la familia y el estilo parental que se ejerce en la misma. La primera dimensión está enfocada a medir la orientación a la conversación, haciendo referencia al grado de libertad en que los miembros de una familia pueden expresar opiniones, emociones y valores individuales, aun siendo distintos a los del resto y que éstos puedan ser aceptados, subdividiéndose en “expresión de ideas”, que mide la libertad de expresión de opiniones y “aceptación de la diferencia”, que sería el nivel de aprobación de emociones, pensamientos y creencias distintas entre sus miembros. Por otro lado, la segunda dimensión llamada “orientación a la conformidad” se mide según el grado de similitud en comportamientos, ideología y valores, y se subdivide en dos factores, el “rechazo a la diferencia”, haciendo referencia al nivel de desaprobación a ideas distintas entre sus integrantes y “obediencia”, que indica el nivel de adherencia a la norma (Rivero y Martínez-Pampliega, 2010)

Según Robert et al. (2004), el estilo familiar correspondiente a estas familias con presencia de un miembro que padece un trastorno psicótico, tendría que ver con una familia aglutinada, lo que tiene que ver con la sobreimplicación y una alta tasa de presencia de conflicto manifiesto con alta expresividad, sobre todo negativa, donde se encontraría el clima hostil y la actitud de crítica entre sus miembros, todo ello acompañado de la importancia a la obediencia y al acatamiento de la norma. Es decir, las personas con enfermedad pueden sentirse muy sobreprotegidas, en base al alto grado de control, incluso llegando a la invasión del espacio personal, pero a la vez, rechazados, a través de un estilo poco afectuoso (Palma et al., 2019)

Esto, a su vez, tiene mucho que ver con el desarrollo de habilidades Mindfulness, ya que se pretende la identificación de la emoción, aceptando la experiencia tal y como se presenta, sin juzgarla, ni intentar cambiarla o eliminarla, sino aceptarla, lo que constituye en sí mismo una estrategia de afrontamiento deseable de promoción de salud mental.

Estas dimensiones se pueden poner en consonancia con las habilidades Mindfulness, ya que en la medida en que la unidad familiar se conciba como un lugar seguro donde expresar las emociones o valores, aun pudiendo ser diferentes a las formas de pensar, sentir o actuar del

resto de sus miembros, dará lugar a la identificación de dichas emociones, a poder expresarlas, lo que ayudará a finalmente poder aceptarlas sin miedo a la crítica o ser juzgadas.

Es decir, si la dinámica familiar está abierta a la expresión de ideas y emociones porque se considera un lugar seguro y con suficiente libertad para poder expresarlas, aun pudiendo ser diferentes a las del resto de la familia, potenciará una mayor escucha e identificación de las emociones sin ánimo a rechazarlas, sino a aceptarlas tal y como vengan y a no juzgarlas. Esto permite la atención en las emociones y una escucha sin prejuicios abierta a lo que aparezca. En caso contrario, se podría ir conformando una tendencia en base a una serie de automatismos que llevarían a evitar la emoción o nuestras ideas, con lo cual, aceptarlas tal y como vienen sería un camino más complicado, en el que estaría presente el juzgarnos a nosotros mismos y, a fin de cuentas, a mantener un proceso de evitación de pensamientos y emociones que generan malestar. Este proceso se explicará a continuación con mayor detalle.

Nivel de habilidades mindfulness.

Las habilidades Mindfulness se consideran dentro de las Terapias de Tercera Generación en la psicoterapia cognitiva, diferenciándose de la primera generación, centrada en la conducta (la acción) y la segunda, centrada en la cognición (pensamientos) (Hayes, 2004).

Este nuevo paradigma, de tercera generación, plantea un cambio de foco hacia cómo se relaciona una persona con sus pensamientos, en vez de en el contenido o forma de los mismos. En este sentido, Hayes (2004), principal precursor de esta nueva ola o generación, propone este enfoque, basado en los principios del aprendizaje, desde el que se plantea el trabajo con la experiencia subjetiva de los eventos privados (pensamientos y emociones) o síntomas de cada persona, potenciando la atención sobre ellos desde una mirada de aceptación, para finalmente poder modificar una conducta, a través de flexibilizar los repertorios conductuales o estrategias de cambio, en contraposición a la evitación conductual para huir del malestar que dichos eventos o síntomas producen, repertorio que suelen realizar las personas con experiencias pre-psicóticas o con ciertos pensamientos y sentimientos que generan malestar.

En cuanto a esta investigación se refiere, seguidamente se tratará de exponer como la práctica del uso del Mindfulness puede beneficiar en la intervención con personas que padecen un trastorno psicótico o experiencias subclínicas que pueden transitar al trastorno psicótico.

El término Mindfulness se puede traducir como “conciencia plena” o “atención plena”. Bishop et al. (2004) lo define “como un proceso que implica la autorregulación de la atención,

de forma que sea mantenida en la experiencia inmediata, acompañada de una actitud de amabilidad y aceptación” (p. 233). Es decir, se trata de la capacidad de focalizar la atención en el momento presente, aceptando la realidad sin juzgarla ni evitarla, desde una mirada de autocompasión, la cual a través de su entrenamiento, se puede convertir en un rasgo cada vez más integrado y estable en nuestro repertorio (Miró et al., 2011).

Adicionalmente, Bishop (2002) expone cómo la práctica de la Atención Plena facilitará la capacidad de poder alejarse o tomar distancia de los pensamientos displacenteros y convivir con ellos de forma más serena, adaptativa y aceptándolo tal y como viene, aun sabiendo que no se van a eliminar, con el propósito de ser capaz de transformar estos repertorios de búsqueda de alivio del malestar que terminan funcionando de forma automática y se establecen de una forma más rígida, por el constante uso y repetición de los mismos, por ello, se pretende llegar a flexibilizarlos y modularlos de esta forma más adaptativa (Davis y Nolen-Hoeksema, 2000)

Este tipo de relación con los pensamientos que se vuelven automáticos y rígidos, lleva a las personas con síndrome de psicosis atenuadas, a meterse en un ciclo de evitación experiencial, con el fin de dar alivio a una sensación de sufrimiento. Sin embargo, en vez de hallar alivio, se incurre en la rigidez de estos patrones automáticos de evitación, lo cual genera mayor desconexión con uno mismo (Segal, Williams y Teasdale, 2002). Por ejemplo, esto puede ocurrir en personas que comiencen a sentir desconfianza o suspicacia hacia su entorno social. Para disminuir el sentimiento displacentero que esto provoca, pueden llegar a distanciarse de su círculo habitual con fin el de obtener mayor sensación de seguridad o control pero, a largo plazo, se va creando un repertorio de evitación sistemática de las interacciones sociales, que puede acabar provocando aislamiento y una vida menos significativa.

Por ello, Williams (2010; citado en Miró et al., 2011) lo define como la habilidad de descubrir los patrones automáticos y aprendidos a través de estos ciclos de repeticiones, que operan en la conducta de modo disfuncional y que llevan al desequilibrio emocional y social. Se trata de la autoobservación de las experiencias internas, sin afán de modificarlas (Miró, 2006), lo que puede ser muy beneficioso en el tratamiento de los pensamientos pre-psicóticos o psicóticos, desde el que se plantea dicha observación y dirigir la atención a fin de no quedarse enganchados en este tipo de patrones de pensamientos automáticos que llegan a ser desadaptativos (Travé y Pousa, 2012). Todo ello, ayudará a la mejora de la calidad de vida y bienestar, pudiendo así llevar una vida adaptada, a pesar del malestar que causan dichas experiencias pre-psicóticas (Cramer, Lauche, Haller, Langhorst y Dobos, 2016).

Por ello, las intervenciones basadas en la atención plena se proponen como enfoque para modificar la relación de los pacientes con sus síntomas o experiencias y, por consiguiente, reducir el malestar relacionado (Jacobsen, Morris, Johns y Hodkinson, 2011).

Según Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl (1996), se entiende por “evitación experiencial de eventos privados”, un proceso por el cual la persona impide y bloquea el contacto con determinados pensamientos, sentimientos o situaciones o contextos en las que estas surgen por la carga emocional displacentera que éstas generan, lo cual puede resultar práctico en un determinado momento, pero que a la larga, es probable que este patrón se vaya consolidando, lo que acabará dificultando un estilo de vida satisfactorio, como la calidad de la misma (Luciano y Hayes, 2001).

Desde esta perspectiva, se plantea la Intervención Basada en Mindfulness (IBM) con el objetivo de aprender a vivir con estos síntomas, experiencias subclínicas o formas de pensamiento que generan gran sufrimiento y malestar en las personas que lo padecen, tratando de observar la experiencia que aparece momento a momento, tanto experiencias agradables como desagradables, con el fin de aceptarla tal y como viene, sin juzgarla ni tratar de cambiarla, en vez de evitarlas (Kabat-Zinn, 2003; Strosahl y Wilson, 1999).

A continuación se definirán brevemente los componentes en los que se basa el Mindfulness para una mejor comprensión (Bishop et al. 2004; Hayes 2004; Perez y Botella, 2007; Vázquez-Dextre 2016)

1. Atención en el momento presente, se trata de centrarse en el presente, tanto a los eventos internos que van surgiendo mientras en el silencio de la meditación, como en la vida cotidiana, en lo que nos rodea, la idea es focalizarte hacia la tarea que se está realizando en ese mismo momento, dejando a un lado el volver al pasado o vivir constantemente hacia el futuro. Asimismo, en el caso de los síntomas sería permitir que vengan, siendo capaces de tolerar esa experiencia interna, sin tratar de escapar hacia el futuro o por el contrario, anclarse en el pasado.
2. Apertura a la experiencia: se trata de la capacidad de atender la experiencia que nos está ocurriendo en ese momento sin imponer nuestras creencias o razones y sin juzgarlas. Atender y observar con mirada de curiosidad, como si eso ocurriera por primera vez, tanto a experiencias y eventos positivos, como negativos y estar abiertos a esa incertidumbre de esa primera vez que pasa.

3. La aceptación se refiere a experimentar dichos eventos desde una mirada libre de juicio y dejando que aparezcan tal y como son, sin intención de cambiarlas. Esto se debe a que generalmente lo que refuerza nuestras conductas desadaptativas, es la propia evitación emocional de esos eventos dolorosos para uno.
4. Dejar pasar: se refiere a tratar de desapegarse de las cosas materiales, los eventos privados o ciertas experiencias. Evitar aferrarse a ellos, permitiendo que las cosas aparezcan y se vayan tal y como son, ya que con el paso del tiempo, el estado cambia, o se acaba, ya que estos estados no son estables, acaban desapareciendo.
5. Intención de practicar la experiencia Mindfulness desde una meta o propósito, pero no inmediato y mientras se está llevando a cabo, no estar pensando en un resultado o en la productividad de la misma, sino en dejarse llevar en el sentir de la experiencia, de estar en silencio y del no hacer, permitiendo que surjan emociones o sentimientos, tanto positivos como negativos, y poder tolerarlos.

De estos componentes, esta investigación se enfocará hacia la apertura a la experiencia y la atención al momento presente, que se dirigen a aceptar las emociones y sensaciones que vayan surgiendo momento a momento, con una mirada compasiva hacia uno mismo en el momento presente. Esta mirada de no juzgar las sensaciones, tendrá de base lo que se aprende o se vive en el núcleo familiar, en relación a las dimensiones anteriormente propuestas que hacen referencia al grado de libertad a la hora de expresar emociones o pensamientos y al grado de aprobación o desaprobación de las mismas.

En cuanto al uso de Mindfulness como factor preventivo en trastornos psicóticos, no se encuentra apenas investigación al respecto, pero algunos investigadores están llevando la atención de sus estudios a esta mirada preventiva en investigaciones de primeros episodios psicóticos o en personas con propensión a la psicosis (Ashcroft, Barrow, Lee y MacKinnon, 2012), ya que uno de los problemas que acarrear los trastornos psicóticos son los déficits en el procesamiento emocional, como la dificultad en la identificación de las emociones, el desafío que supone en estas personas el disfrutar de eventos placenteros y la angustia o ansiedad que a veces traen las emociones, lo que lleva a la evitación de las mismas (Erisman, 2010).

Por esto mismo, se considera que el incremento de Habilidades Mindfulness puede ser beneficioso y de gran interés en este ámbito y por ello, como afirma Erisman (2010), el entrenamiento en habilidades Mindfulness puede ser una forma prometedora y especialmente valiosa de abordar dichos déficits en el procesamiento emocional asociado a los trastornos del

espectro psicótico y sobre todo, en experiencias subclínicas, ayudando a facilitar el acceso a la experiencia emocional, de una forma más adaptativa, clara y basada en la aceptación de dichas experiencias en el momento presente, aumentando en frecuencia e intensidad la experiencia de afecto positivo, en contraposición a la reactividad o angustia que las emociones pueden producir.

En síntesis, se espera que si intervenimos en la familia se dará una mejora del ambiente familiar y su estilo comunicativo, orientado hacia la libertad en la expresión de ideas y emociones y la aceptación de las mismas, aun pudiendo ser diferentes a las demás miembros de la familia. Esto creará un clima de seguridad, donde el individuo pueda identificar sus emociones y vivir su experiencia sin juzgarla, lo que favorecerá que aumenten sus habilidades Mindfulness, creando una estrategia de afrontamiento más adaptativa dirigida a relacionarse de otro modo con sus vivencias internas aversivas y así estar en mejores condiciones de flexibilizar el repertorio conductual en presencia de dichas vivencias.

Método

Objetivos

Se trata de medir las posibles relaciones que existan entre el nivel de habilidades Mindfulness y la comunicación familiar y observar cómo correlacionan con el riesgo a padecer un trastorno psicótico. Para ello, analizaremos las posibles relaciones entre cada una de las variables presentes en este estudio que son: Riesgo Psicótico, Mindfulness y Comunicación Familiar (incluyendo las dos dimensiones que se desprenden de esta variable que son Conversación y Conformidad).

Por otro lado, se pretende analizar cómo la Comunicación Familiar y el nivel de Habilidades Mindfulness contribuyen a la predicción del Riesgo a padecer un Trastorno Psicótico.

Otro objetivo es conocer si existen diferencias entre grupos según el sexo en cada una de las variables del estudio (Riesgo Psicótico, Habilidades Mindfulness y Comunicación Familiar, así como, en las dos dimensiones que se desprenden de la variable Comunicación Familiar, Conversación y Conformidad).

El último objetivo es, conocer las posibles diferencias entre grupos según las personas con las que se convive (en familia, solo, en pareja, con compañero de piso o amigos) y el nivel de estudios de los sujetos (Estudios Universitarios, Ciclo Formativo, Bachillerato o Competencias Clave) en relación a la variable Riesgo Psicótico.

Hipótesis

HIPÓTESIS 1: Se espera que Comunicación Familiar y Mindfulness correlacionarán positivamente, es decir, a mejor comunicación en la familia, mejor nivel de habilidades Mindfulness.

HIPÓTESIS 2: Además, en cuanto a las dos Dimensiones que se desprende de Comunicación familiar, que son Orientación a la Conversación y a la Conformidad, se espera que correlacionen con la variable Mindfulness. Se espera que la primera (Conversación) correlacione positivamente con Habilidades Mindfulness, es decir, a mejor Conversación en el ambiente familiar, mayor nivel de Habilidades Mindfulness. Sin embargo, la segunda, Orientación a la Conformidad, se espera que correlacione negativamente con esta variable, por tanto, se espera que a mayor Conformidad, peores Habilidades Mindfulness presentará el sujeto.

HIPÓTESIS 3: Se espera que, la Comunicación Familiar correlacione negativamente con Riesgo Psicótico, es decir, a mejor comunicación familiar, menor será el riesgo a padecer un trastorno psicótico.

HIPÓTESIS 4: Además, se espera que las Dimensiones Conversación y Conformidad correlacionen también con Riesgo Psicótico. En este sentido, se espera que la Orientación a la Conversación correlacione negativamente con el Riesgo a poder desarrollar un trastorno psicótico, es decir, que a mejor Conversación en la familiar, menor será el Riesgo a desarrollarlo. En cuanto a la Dimensión Orientación a Conformidad, se espera que correlacione de forma positiva, lo que quiere decir que, a mayor Orientación a la Conformidad, aumentará el Riesgo a padecer un Trastorno Psicótico.

HIPÓTESIS 5: Se espera que las Habilidades Mindfulness y el Riesgo Psicótico correlacionen negativamente, es decir, a mayor nivel de Habilidades Mindfulness, se espera que el Riesgo a padecer un Trastorno Psicótico sea menor.

HIPÓTESIS 6: Se espera que la Comunicación Familiar y el nivel de Habilidades Mindfulness contribuyan a la predicción del Riesgo a padecer un Trastorno Psicótico.

HIPÓTESIS 7: Se espera obtener diferencias significativas en cuanto al sexo en las distintas variables (Habilidades Mindfulness, Comunicación Familiar y Riesgo Psicótico).

HIPÓTESIS 8: Se espera encontrar diferencias según las personas con las que convivas en el lugar de residencia y el Riesgo a desarrollar un Trastorno Psicótico. **HIPÓTESIS 9:** De este modo, es espera obtener diferencias según el Nivel de Estudios de los sujetos y el Riesgo a poder desarrollar un Trastorno Psicótico.

Participantes

En la investigación participaron 163 sujetos mayores de edad, muestra no clínica, es decir, población general. Entre ellos 126 fueron mujeres y 37 fueron hombres, de edad adulta comprendida entre los 18 y los 70 años ($M= 32.90$; $D.T.= 13.29$).

La recogida de muestra se llevó a cabo por redes sociales y se accedió a sujetos que cumplan la mayoría de edad en muestra no clínica. En el estudio se realizó un muestreo de conveniencia y de bola de nieve, por ello los sujetos son muestra accesible como estudiantes de la Universidad Pontificia de Comillas, familiares, amigos y allegados, a los que se solicitó su participación y la difusión del estudio entre sus respectivos contactos.

Instrumentos

1. Cuestionario sociodemográfico

Cuestionario sociodemográfico de elaboración propia. Los sujetos indicaron edad, sexo y nacionalidad. Además, se preguntó acerca de las personas con las que conviven actualmente en su lugar de residencia (en familia, solo, en pareja, con compañero de piso o amigos) y el nivel de estudios de los sujetos (Estudios Universitarios, Ciclo Formativo, Bachillerato o Competencias Clave).

2. Mindfulness Attention Awareness Scale (MASS)

Escala creada originalmente por Brown y Ryan (2003) que, posteriormente Soler et al. (2012) adaptaron al español. Esta escala se trata de un autoinforme unifactorial que evalúa la capacidad de mantenerse atento y consciente en el aquí y ahora de la vida diaria, en el que no es necesario tener conocimientos de meditación ni practicarla, por lo que es una escala sencilla de entender y rápida, lo que facilita a los usuarios su debida cumplimentación.

El instrumento consta de 15 ítems medidos a través de una escala tipo Likert, que se puntúan desde el 1 (casi siempre) hasta el 6 (casi nunca).

Sus propiedades psicométricas, presentan una consistencia interna (Alfa de Cronbach) de .89 y que se muestra en congruencia con los resultados de la versión original, a partir de la investigación realizada.

En cuanto a la consistencia interna de este test en la muestra de este trabajo, se obtiene un Alfa de Cronbach de .87.

3. The Revised Family Communication Patterns Instrument (RFCP)

Escala es creada por Koerner y Fitzpatrick (2002), la cual se adaptó al español por los autores Rivero y Martínez-Pampliega (2010). Se trata de un instrumento que mide los patrones de comunicación familiar, es decir, mide la predisposición familiar según se desenvuelven en la comunicación (Koerner y Fitzpatrick, 2004). Esta predisposición, es importante en la investigación para poder determinar la influencia de las familias en las personas con riesgo a una enfermedad psicótica.

Este instrumento, es un autoinforme que se mide a través de 26 ítems en forma de una escala tipo Likert de cinco puntos donde 1, puntúa como totalmente desacuerdo y 5, totalmente de acuerdo. Los ítems se dividen en dos dimensiones, llamadas dimensión de Orientación a la Conversación, con una adecuada consistencia interna que puntúa un .89 y dimensión de Orientación a la Conformidad que presenta una consistencia interna de .79. Además, estas dimensiones a su vez, se dividen en cuatro subescalas, que son Expresión de Ideas (E) y Aceptación de la Diferencia (A), dentro de la dimensión orientada a la conversación y Obediencia (O) y Rechazo de la Diferencia (R), dentro de la dimensión orientada a la conformidad. En la presente investigación no se medirá a través de las subescalas, sino, a través de las dos dimensiones (Conversación y Conformidad), puesto que los autores, utilizan una versión reducida en la que prescinden de ítems en las subescalas de gran valor para la esta investigación. Los autores no presentan el índice de consistencia interna de la escala total.

Se halla la fiabilidad de este test según la muestra de esta investigación y la puntuación total de los ítems presenta una consistencia interna de .75. En cuanto a las dimensiones, se presenta un .93 de Alfa de Cronbach en la dimensión de orientación a la conversación que abarca desde el ítem 1 hasta el 15 y un .90 en la dimensión de conformidad, del ítem 16 hasta el 26.

4. The Schizotypal Personality Questionnaire (SPQ)

Cuestionario original creado por Raine (1991), cuya versión adaptada al español pertenece a Rabella, et al. (2018).

Evalúa la predisposición al desarrollo de psicosis y comprende aspectos de experiencias inusuales, pensamientos o conductas extrañas. La importancia de este instrumento en el presente estudio, radica en su uso para población general, lo que significa, poder detectar determinados elementos de transición a la psicosis o experiencias psicóticas atenuadas a fin de prevenir de forma temprana, antes de que el trastorno debute o se consolide (Rabella, et al., 2018).

Es una escala formada por 74 ítems con un formato dicotómico de respuesta (sí/no), que puntúa el 1 como sí y con 0, el no. Este instrumento incluye nueve subescalas, correspondientes a: 1) nueve ítems que miden “Ideas de referencia”; 2) siete ítems miden “Creencias extrañas o Pensamiento mágico”; 3) nueve ítems que miden “Experiencias perceptivas inusuales”; 4) ocho ítems para la medida de “Ideación paranoide”; 5) ocho ítems para medir “Ansiedad social”; 6) nueve ítems para medir “Falta de amigos íntimos”; 7) ocho ítems que miden “Afecto aplanado”; 8) 7 ítems miden “Conducta excéntrica/rara”; y 9) nueve ítems que miden “Lenguaje extraño”. A su vez, se divide en tres factores siendo estos: Cognitivo-Perceptivo, Interpersonal y Desorganizado.

En cuanto a la fiabilidad de este instrumento, muestra un alfa de Cronbach de .90 y se encuentra un rango de las nueve escalas entre 0.57 y 0.83, y con un valor medio de 0.70. Este instrumento en la presente muestra cuenta con un alfa de Cronbach de .93.

Procedimiento

Los cuestionarios se administraron a través de la plataforma Google Forms. En ellos se incluyó información relevante para el sujeto que lo realizó como: la confidencialidad de sus respuestas, la voluntariedad y el carácter anónimo del estudio. También se informó el tipo de investigación que se va a realizar, los objetivos y el uso de los datos fines académicos únicamente, además de las instrucciones necesarias para completarlo y la duración que se estima en cumplimentarlo de 10 minutos aproximadamente. Se indicó que el estudio cumple con la protección de datos según la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) y el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD).

El orden en el que se presentaron los test fue el siguiente: primero, el cuestionario de Patrones de Comunicación Familiar (RFCP), seguido del Cuestionario de Personalidad Esquizotípica (SPQ) por la larga duración del mismo y, por último, se incluye el Mindful Attention Awareness Scale (MAAS), por ser la escala más, sencilla y rápida, después de una larga batería de preguntas. Se estimó un tiempo aproximado de 10 minutos.

Análisis de datos

Las pruebas se realizaron con el programa IBM SPSS Statistics versión 26.

En primer lugar, se realizaron los estadísticos de tendencia central y de dispersión (M, DT). A continuación, se comprobó la consistencia interna de los cuestionarios, escalas y subescalas de este estudio, cuyos resultados fueron mencionados en el apartado “Instrumentos”.

Después, se realizó la comprobación de los supuestos de normalidad en cada una de las variables en el que se aplicó el contraste Kolmogorov-Smirnov. La hipótesis nula es que la variable sigue una distribución normal, frente a la alternativa de que no la siga. Se trabajó con un nivel de confianza del 95% (nivel de significación $\alpha = .05$). En referencia a la variable Riesgo Psíquico, el estadístico de contraste arrojó un nivel de significación menor a .05 ($p = .041$), por lo que lleva al rechazo de la hipótesis nula, es decir, se viola el supuesto de normalidad. En cuanto a la variable Comunicación Familiar, de igual modo que en la variable Mindfulness, se obtuvo en ambas variables que permitió la afirmación de la hipótesis nula, es decir, que en ambos casos se cumplió el supuesto de normalidad ($p = .200$).

A través del análisis de la variable Riesgo Psíquico en función del sexo, se obtuvo un valor asociado al estadístico de contraste menor a .05 tanto en mujeres ($p = .017$) como en hombres ($p = .013$), por lo que se rechazó la hipótesis nula en ambos casos. Este comportamiento se presentó de forma similar en la variable “Lugar de residencia”, para la categoría “Vivir en Pareja” ($p = .009$). Además, en la categoría “Vivir con compañero de piso o amigo” en la variable Mindfulness presentó un valor el cual permitió el rechazo de la hipótesis nula ($p = .044$). En la categoría “Nivel de Estudios” se cumplen en todas las variables los supuestos de normalidad.

En los demás casos se cumplió el supuesto de normalidad. A pesar de lo descrito, el tamaño muestral (165 sujetos) permitió en todos los casos la aceptación del supuesto de Normalidad, por lo que se empleó en los estudios estadísticos, pruebas paramétricas.

A continuación, se realizaron tres análisis de correlación de Pearson entre las variables de la investigación, para el análisis de la posible relación entre la variable Mindfulness y Riesgo Psíquico, por un lado, la relación de Comunicación Familiar y Riesgo psíquico, por otro y la relación entre Comunicación Familiar y Mindfulness. También, se ejecutó otras dos correlaciones de Pearson para hallar si existió relación entre las dimensiones Conversación y Conformidad que se desprenden del Cuestionario de Patrones de Comunicación Familiar y la

variable Mindfulness, con el que se observó la dirección y fuerza de las mismas. Se realizó el mismo procedimiento para conocer si existía relación entre estas dos dimensiones (Conversación y Conformidad) con la variable Riesgo Psicológico.

Seguidamente, se realizó un análisis de regresión lineal simple para la identificación de la capacidad predictiva de la variable Mindfulness que, se mostró estadísticamente significativas en los análisis correlacionales, en relación con la variable de Riesgo Psicológico, variable se quiso predecir.

Por último, se realizó por el estudio de las diferencias de sexo en las distintas variables. Dado que se trata de muestras independientes, previamente se comprobó la igualdad de varianzas mediante la prueba de Levene para posteriormente aplicar el estadístico T-Student para la igualdad de medias. La hipótesis nula a contrastar es que no existen diferencias significativas frente a la alternativa de que sí existan. Además de hallar posibles diferencias en la variable sexo, también se aplicó esta prueba para conocer si existieron diferencias en las dimensiones Conversación y Conformidad.

Con el mismo fin de conocer si existen diferencias significativas en las variables en función del Nivel de Estudios y Lugar de residencia, se realizaron dos ANOVAs en la variable Riesgo Psicológico.

Cabe mencionar los tamaños del efecto que se manejaron. Se utiliza la D de Cohen (d) la prueba T-Student y cuyas puntuaciones parten de .20, que determinará una magnitud del efecto pequeña; pasando por una puntuación a partir de .50 que informa de un tamaño moderado y un tamaño a partir de .80, se puede considerar como grande. Para obtener la magnitud del efecto, se ha utilizado la “Effect Size Calculator” (Walker, 2007) introduciendo las puntuaciones de las Medias, Desviación Típica y Número de sujetos (M, DT, N). También se usó tamaño del efecto eta cuadrado (η) en la prueba ANOVA para comparar diferencias entre grupos. En este caso, se consideró un tamaño del efecto aceptable a partir del .30 aunque cuanto más se acerque a uno, mayor es la magnitud del efecto. Para las correlaciones de Pearson (r) se utiliza el Coeficiente de Determinación (r^2), que se trata de elevar el resultado que se obtuvo de la correlación (r), al cuadrado, que es la proporción de varianza compartida y el resultado del tamaño del efecto. En este caso, consideramos un buen tamaño del efecto un resultado a partir del 30%.

Resultados

1. Análisis Correlacional

Para la comprobación de las primeras cinco hipótesis, se realizaron análisis de Correlación de Pearson variable a variable a fin de encontrar si existe relación y la dirección de ellas.

Primero, se analizó la posible relación entre Comunicación Familiar y Mindfulness, por lo que se calculó el Coeficiente de Correlación de Pearson entre ambas variables y posteriormente se efectuó el contraste para la significatividad del mismo. La hipótesis nula fue que la correlación no fue significativa frente a una alternativa de que la correlación fue significativa. Los resultados ($R = .03$, $p = .676$, $R^2 = .00$) informaron del no rechazo de la hipótesis nula y en consecuencia, se concluyó que esta relación no se pudo demostrar como estadísticamente significativa.

En cuanto a la posible relación entre Habilidades Mindfulness y Conversación, así como entre Mindfulness y Conformidad, el coeficiente de correlación para las primeras indicó una relación directa entre las variables y el segundo, una relación inversa. En cuanto al contraste de significatividad se obtuvo que, tanto para la dimensión Conversación ($R = .19$, $p = .016$, $R^2 = .04$), como la dimensión Conformidad ($R = -.22$, $p = .005$, $R^2 = .05$), se pudo afirmar que la correlación es significativa en ambas dimensiones y un tamaño del efecto del 4% y 5% respectivamente.

Por otro lado, no se encontró relación estadísticamente significativa con respecto a la variable Comunicación Familiar y Riesgo Psicológico ($R = -.002$, $p = .983$, $R^2 = .00$).

En cuanto a las Dimensiones, se halló una relación entre Riesgo Psicológico y Conformidad, en la que se obtuvo una relación inversa, pero no significativa ($R = -.15$, $p = .056$, $R^2 = .02$). En cuanto a la relación entre Riesgo Psicológico y Conversación, se obtuvo una relación directa, pero tampoco se pudo demostrar como estadísticamente significativa ($R = .11$, $p = .173$, $R^2 = .01$).

Por último, se analizó la posible relación entre Nivel de Habilidades Mindfulness y Riesgo psicológico en la que se halló una relación directa y estadísticamente significativa con un tamaño del efecto del 21%, lo que implicó que la magnitud y fuerza de la correlación, es moderada ($R = .46$, $p < .001$, $R^2 = .21$).

2. Regresión lineal

Se realizó el análisis de regresión lineal simple, para comprobar la sexta hipótesis. Una vez comprobado que se cumplen los supuestos necesarios para la regresión y según los resultados que se obtuvieron en las correlaciones como estadísticamente significativos, se procedió a analizar la variable Riesgo Psíquico como variable criterio, y como predictora se tomó la variable Mindfulness. Se efectuó la estimación de la regresión y después, se realizó el contraste para analizar la significatividad de la misma. Los resultados indicaron que la regresión es significativa ($p = .000$) lo cual implica que R es mayor que 0, y en consecuencia ambas variables están linealmente relacionadas ($R^2 = .21$, $F(1) = 43.94$, $p < .001$). No obstante, se debe tener en cuenta que el valor del tamaño del efecto es de un 21%, es decir, que la variable Mindfulness ($\beta = .46$, $p < .001$) explica un 21% del Riesgo Psíquico.

Tabla 1 Coeficientes de regresión lineal (variable dependiente: Riesgo Psíquico)

Modelo	Coeficientes no	Coeficientes	t	Sig.
	estandarizados	Estandarizados		
	B	B		
(Constante)	98,421		24,616	,000
Mindfulness	,436	,463	6,650	,000

Variable dependiente: Riesgo Psíquico

3. Diferencias en distintas variables: T-STUDENT y ANOVA

Al realizar esta prueba estadística de diferencias entre grupos en la variable Riesgo Psíquico en función del sexo que se plantea en la hipótesis siete, con el fin de comprobar la igualdad de varianzas, los resultados afirman esta igualdad, es decir, se cumple el supuesto de homogeneidad ($p = .767$). El estadístico T para la igualdad de medias presentó un valor de mayor a .05, por lo que se concluyó que no se pudieron asumir diferencias de sexo en esta variable ($t(161) = -.47$, $p = .633$, $d = .07$)

En cuanto a la variable Mindfulness, en los resultados que se obtuvieron en la prueba de Levene se asumió también la igualdad de varianzas ($p = .926$). La T de STUDENT para la igualdad de medias se halló que esta esta variable tampoco presentó diferencia entre sexos ($t(161) = 1.37$, $p = .171$, $d = .22$)

Por último, en la variable Comunicación Familiar, se obtuvo un valor asociado al estadístico de Levène en el que se asumió igualdad de varianzas ($p= .518$). El resultado para el contraste de medias indicó que tampoco se pudieron asumir diferencias entre sexo ($t(161)= 1.63, p= .105, d= .26$)

Sin embargo, se obtuvieron resultados diferentes al analizar las posibles diferencias de sexo para las Dimensiones Conversación y Conformidad. Para la variable, Conversación en la prueba de Levène se asumió igualdad de varianzas ($p= .655$). La prueba T de STUDENT, indicó que existen diferencias estadísticamente significativas ($p= .033$) entre hombres y mujeres, en el que las mujeres ($M= 50.71; DT= 14.29$) puntúa más alto en Conversación que los hombre ($M= 44.97; DT= 14.04$) con una d de Cohen del 41% lo que informó de un tamaño del efecto moderado ($t(161)= 2.16, p= .033, d= .41$).

Para la Conformidad, la prueba de Levène, llevó al rechazo de la igualdad de varianzas ($p= .019$) y el estadístico T de STUDENT indicó que no se pudieron demostrar diferencias significativas entre hombres y mujeres ($t(161)= -1.06, p=.295, d= .14$).

Tabla 2. Diferencias en las Dimensiones Conversación y Conformidad en función del sexo

	Mujeres		Hombres		<i>t</i>	<i>P</i>	<i>d</i>
	<i>Media</i>	<i>D.T.</i>	<i>Media</i>	<i>D.T.</i>			
O. Conversación	50.71	14.29	44.97	14.04	2.16*	.033	0.41
O. Conformidad	28.74	10.94	30.54	8.47	-1.06	.295	0.14

* $p<.05$

Con el fin de poder identificar si existen diferencias en la variable Riesgo Psíquico en función del Nivel de Estudios, variable que se dividió en cinco categorías. Se asumió los supuestos necesarios para la aplicación de una tabla ANOVA y según los resultados se afirmó que, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en la variable Riesgo Psíquico en función de personas que marcaron la opción de Estudios Universitarios y Bachillerato ($F(4)= 5.04, p= .001, \eta= .11$), con una puntuación mayor las personas que marcaron Estudios Universitarios ($M= 127.59, DT= 12.35$) que las personas que marcaron la opción Bachillerato ($M= 116.30, DT= 13.69$). Se obtuvo un tamaño del efecto del 11%, lo que significó que es un tamaño pequeño.

Además, se analizó la existencia de diferencias en Riesgo Psíquico en función de las personas con las que se convive en el lugar de residencia, variable con cinco categorías. Los

resultados que se obtuvieron informaron que no se pudo afirmar diferencias significativas en la variable Riesgo Psíquico en función de las personas con las que se convive ($F(4) = 1.56, p = .189, \eta^2 = .04$).

Discusión

El presente estudio tiene como objetivo principal conocer y analizar las posibles relaciones entre las distintas variables de esta investigación (Habilidades Mindfulness, Comunicación Familiar y Riesgo Psíquico) medidas en población no clínica. También se exploró la posible capacidad predictora de las variables Comunicación Familiar y Mindfulness sobre la variable dependiente Riesgo Psíquico. Además, se investigó a cerca de la existencia de posibles diferencias en las distintas variables según el sexo, así como, las posibles diferencias en la variable Riesgo Psíquico, según el nivel de estudios y personas con las que se reside en la vivienda para conocer posibles sesgos.

La primera hipótesis plantea la relación entre Comunicación Familiar y Mindfulness entre las que no se encuentra relación. Sin embargo, sí se encuentra relación entre el nivel de Habilidades Mindfulness y las Dimensiones Orientación a la Conversación y a la Conformidad, es decir, que de una forma indirecta sí existe relación en la Comunicación en la familia y los recursos individuales, en este caso, Habilidades Mindfulness. Esto puede ser debido a que las puntuaciones totales del test, En este sentido, los objetivos del desarrollo de las Habilidades Mindfulness se basan en la identificación de emociones, poder sentirlas momento a momento aceptándolas y sin necesidad de juzgarlas (Hayes 2004; Vázquez-Dextre 2016), objetivo, que tiene mucho que ver en cómo se ha educado o tratado este tipo de eventos internos en el núcleo familiar para el posterior desarrollo individual de los recursos personales. De hecho, la relación entre Mindfulness y la dimensión Conversación y Conformidad, apunta a esto mismo, ya que se entiende que si a nivel familiar se provee de un ambiente libre de juicio, tratando de aceptar las ideas y opiniones de todos los miembros de la familia y se potencia la libre expresión de ideas y emociones, es probable que la persona siga esta misma tendencia a nivel individual, donde se permita dejar que aparezcan determinadas emociones, pensamientos o eventos internos, independientemente de su origen, del contenido (experiencias agradables o desagradables) y desde esta mirada de aceptación en la que se basan las premisas del Mindfulness (Bishop, 2002; Cardaciotto, 2005; Mañas (2009); Miró, 2006). De este mismo modo, que se relacione negativamente con el rechazo de la diferencia y la Obediencia, que

inculcaría el no expresar sentimientos ni opiniones y por ello, podría llevar a rechazarlos (Kabat-Zinn, 2003).

La siguiente hipótesis, plantea la relación entre la Comunicación Familiar y el Riesgo Psicótico, los resultados obtenidos en esta investigación, no permiten confirmar esta hipótesis, lo cual, disiente de la teoría revisada, puesto que en las distintas Guías Clínicas y autores consultados, se informa de la importancia y eficacia de la intervención familiar (AEN, 2009; García et al., 2012; NICE, 2009). Tampoco se encuentran diferencias significativas al relacionar la variable Riesgo Psicótico con las Dimensiones que se desglosan de Comunicación Familiar, que son, Orientación a la Conversación y Orientación a la Conformidad. Sin embargo, estos resultados se pueden deber a que existan variables mediadoras que modulen esta relación, debemos recordar todo el compendio de factores que influyen a la hora de desarrollar un trastorno psicótico. En este sentido, los resultados encontrados informan de que no se puede demostrar una relación directa entre la Comunicación Familiar y Riesgo Psicótico, pero sí una relación indirecta, puesto que en los resultados anteriormente mencionados, sí se encuentra relación entre las dimensiones de Comunicación Familiar y el Nivel de Habilidades Mindfulness y este a su vez, incide en Riesgo Psicótico, como a continuación se detallará. Esto se puede representar, por ejemplo, desde estudios en los que se analiza la influencia del funcionamiento familiar sobre variables individuales como la toma de decisiones (Bernal, Arocena, y Navarro, 2012) o las estrategias de afrontamiento (Macías, Orozco, Amarís, y Zambrano, 2013) o en resiliencia (Gómez y Kotliarenco, 2010) donde se demuestra esta relación indirecta.

Siguiendo este orden, la siguiente hipótesis planteada, se demuestra significativa en cuanto a la relación entre el nivel de Habilidades Mindfulness y el Riesgo a padecer un Trastorno Psicótico. No obstante, la investigación en cuanto a este tema, fue controvertida ya que, anteriormente no se recomendaba el uso de técnicas Mindfulness para personas con este trastorno, pero actualmente, a partir del 2010, la investigación al respecto aumentó y se fundamenta el uso de la Intervención Basada en Mindfulness desde los estudios de evidencia empírica que informa la Guía APA (2016) en la que se reconoce un apoyo empírico moderado para la aplicación de ACT (Terapia de Aceptación de Compromiso) con la aplicación del Mindfulness, con el fin de enseñar a los pacientes a disminuir la evitación, el apego a las cogniciones y aumentar el enfoque en el presente para así, esclarecer sus objetivos y valores y a comprometerse con estrategias de cambio de comportamiento. Además, desde la Guía APA, demuestran un apoyo empírico fuerte, para la aplicación de tratamientos de Intervención

Basada en Mindfulness en diagnóstico de Depresión y Ansiedad, parte que se encuentra presente como síntomas negativos en los trastornos psicóticos, así como en gran parte de los trastornos mentales graves.

Posteriormente, en cuanto a la capacidad predictiva de las variables, sólo se pudo realizar el análisis de regresión entre el nivel de Habilidades Mindfulness como variable predictora de la variable dependiente Riesgo Psicótico. Esta prueba resultó estadísticamente significativa con una capacidad predictiva del 21% del Riesgo Psicótico, se podría explicar por el nivel de Habilidades Mindfulness que presente un sujeto. Esto conlleva una gran implicación práctica, ya que, estos hallazgos informan de que un 20% se puede mejorar el pronóstico de este trastorno. A nivel preventivo, es de especial interés ya que implica que una quinta parte del trastorno, se puede mejorar en la medida en que fortalezcas o entrene el nivel de Habilidades Mindfulness individual, sin depender del cambio del entorno o del exterior.

En cuanto a la diferencias de sexo en las distintas variables de esta investigación (Habilidades Mindfulness, Comunicación Familiar, Riesgo Psicótico), solo se encontraron diferencias según el sexo, en la dimensión Conversación, donde las mujeres puntúan más alto que los Hombres, es decir, en el ambiente familiar parece que las mujeres presentar mayor orientación hacia la conversación que los hombres. Esto puede ser debido a una cuestión de educación y género, ya que según varias investigaciones revisadas (Cámara y López, 2011; Romero, Guajardo, Guinea y Alegría, 2013;) informan de un estilo familiar ligeramente distinto en padres que en madres, señalando que las madres, suelen presentar un estilo democrático en la crianza, mientras que los padres, informan de un estilo orientado hacia lo autoritario. Puede ser que este tipo de estilos de crianza, que son elementos importantes para la creación y desarrollo de habilidades emocionales y psicosociales (Palacio y Múnera, 2018; Torío, Peña y Inda, 2008), influyan a su vez, en la perspectiva de género en cuanto a cómo suelen ser las mujeres en el ambiente familiar y de esta forma, como son las mujeres en sus relaciones o en la orientación a la conversación que influye en este aprendizaje, desde los que se incorporan los roles de género y por tanto, que se orienten más en este modo de operar de una comunicación más fluida, mayor expresión de emociones y de muestras de cariño (Acuña, 2017; Mendoza, Triana, Rubio, y Camacho, 2006).

Por otro lado, en cuanto al estudio de diferencias en función del sexo para la variable Riesgo Psicótico, no se puede concluir que existan diferencias significativas al respecto. En este caso, la investigación revisada apunta a una diferencia en función del sexo, donde se señala

que los hombres presentan ligeramente una mayor frecuencia o riesgo de padecer este trastorno que las mujeres (Fonseca-Pedrero, Paino, y Fraguas, 2013; Jongsma, 2018; Tizón, 2007). Esto no se pudo demostrar en esta investigación, pero se debe tener en cuenta la diferencia del tamaño muestral entre hombres y mujeres, donde 126 de las personas que respondieron los cuestionarios fueron mujeres, mientras que, 37 fueron hombres, lo cual puede estar alterando los resultados incurriendo en sesgo y por tanto, suponer una limitación por la desigualdad del sexo en la muestra.

Se obtienen diferencias entre grupos señalando que las personas que cursaron Estudios Universitarios, puntuaron más alto que las personas que cursaron Bachillerato. Esto se puede relacionar con otras investigaciones que miden nivel de estudios y socioeconómico, pero éstas apuntan lo contrario, ya que afirmar que cuanto menor nivel de estudios, mayor probabilidad de desarrollo de un trastorno psicótico (Jablenski, 1999). También, se puede relacionar con el momento del ciclo vital en el que se encuentren los sujetos, ya que este tipo de trastornos del espectro psicótico, suele surgir en la transición a la vida adulta (AEN, 2009), que suele corresponder a la edad en la que se cursa este tipo de nivel de estudios (Bachillerato y Universidad), por el conjunto de cambios que se sufren en este periodo, cambios desde los niveles madurativos y cerebrales hasta cambios ambientales o sociales (Walker y Bollini, 2002), así como la posible presencia de acontecimientos vitales estresantes o traumáticos (Holmes y Steel, 2004).

En cuanto a las diferencias entre grupos según las personas con las que se convive en el mismo lugar de residencias, haciendo referencia a la última hipótesis planteada y en la cual se esperaba obtener que, viviendo en la vivienda familiar, podría conllevar que si existe una mala Comunicación, presencia de conflictos familiares o disfunciones en la estructura familiar, podría suponer un mayor Riesgo Psicótico (Férrandez et al., 2007; Tizón et al., 2010). Sin embargo, según los análisis estadísticos realizados no se puede demostrar que existan diferencias significativas ante esta premisa.

Como limitaciones en esta investigación, se plantea la desigualdad en cuanto al sexo en la muestra recogida. Para replicar este estudio, quizá sería interesante obtener una muestra más homogénea en el número de Hombres y de Mujeres que pueda ofrecer resultados más precisos a nivel global en la investigación y conocer si influye el sexo en cada una de las variables del estudio, para poder adaptar mejor las acciones preventivas o, por el contrario, si hay independencia del sexo en las variables de medida.

Otra limitación, puede ser no comparar con población clínica. Seguramente, un punto fuerte en esta investigación, podría ser hacer una comparación de muestras entre población general y clínica, para conocer y analizar las posibles diferencias entre las mismas, en relación a cada variable propuesta. Esto podría aportar resultados interesantes para conocer si existen diferencias significativas entre las muestras en cuanto al nivel de habilidades Mindfulness o a la calidad de la comunicación en la familia y, en caso de que las hubiera, poder conocer cómo adecuarse y enfocarse en determinadas áreas en función de las capacidades y necesidades de cada persona en cada caso. Por ejemplo, si se conoce qué áreas del funcionamiento familiar fallan, se podría trabajar con las mismas para mejorarlas y asimismo, ayudar a proteger esta parte o a potenciar las áreas sanas. Del mismo modo se podría plantear a nivel de recursos personales potenciando fortalezas y mejorando debilidades, sabiendo que las dimensiones de la comunicación familiar se relacionan con Mindfulness.

Una propuesta para líneas futuras de investigación, podría ser, además de la ya mencionada comparación entre muestra clínica y subclínica, realizar un análisis de comparación entre padres e hijos, con el fin de analizar la percepción de cada sistema familiar, hallar información respecto al Riesgo Psíquico entre generaciones y de este mismo modo, sabiendo que el Nivel de Habilidades Mindfulness explica un 21% del Riesgo Psíquico, surge el interés de conocer qué Nivel de Habilidades Mindfulness está presente en los padres, como forma de concebir los eventos internos como algo a aceptar y comunicable desde la familia, sin necesidad de sanción de éstos y de esta forma, qué proporción de estas Habilidades se obtiene en los hijos, que pueda venir dado desde la Comunicación y ambiente familiar.

También como líneas futuras, podría resultar interesante a este mismo nivel, realizar la investigación en familias con un miembro afectado por un trastorno psíquico y familias en la que no haya miembros afectados. Esto podría arrojar resultados de interés para conocer en profundidad qué tipo de Comunicación Familiar y, de este modo, qué niveles de Habilidades Mindfulness, se maneja en cada una de las familias.

Como aplicaciones prácticas, se propone enfocar los esfuerzos en la calidad preventiva y el desarrollo de un plan de intervención precoz, lo que supone un reto que podría subsanar problemas en la futura consolidación de un trastorno psíquico y poder reducir cierto nivel de deterioro a nivel biopsicosocial, evitando que se transite desde episodios psíquicos subclínicos a la consolidación del mismo, favoreciendo el pronóstico de este continuo, contribuyendo a la conciliación desde el apoyo en el ámbito familiar y en este sentido, los recursos personales

como factor de protección para así, poder mejorar el pronóstico o retrasando la necesidad de hospitalización en casos en los que el trastorno psicótico estuviera más presente (Fernández, 2015; Montaña, Nieto y Mayorga, 2013; Vallina y Lemos, 2001).

Por ello, un cambio en la mirada y el abordaje de la prevención y detección temprana con tratamientos eficaces, podría resultar de especial interés, invertir en apoyo socio-comunitarios en la lucha del estigma que rodea este tema y lo cual, en muchas ocasiones, perjudica en cuanto a la accesibilidad de información y el uso de los sistemas sanitarios, retrasando que las personas acudan a los mismos y por ello, aumentando la probabilidad de que el trastorno se inicie, pudiendo llegar a consolidarse. Por ello, los servicios de Atención Primaria, pueden resultar gran fuente de apoyo y tener un papel principal en este nuevo abordaje y tratamiento, integrándolo en contextos familiares (Castro y Sierra, 2019; Fernández, 2015; Tizón et al., 2008).

Como aplicación práctica, se plantea poder contribuir a nivel de prevención de este trastorno cambiando el enfoque de la reducción de los síntomas, hacia el aumento del afecto positivo y el bienestar es consistente con un modelo psicológico positivo de salud mental. El Mindfulness puede ser un mecanismo a través del cual se pueden experimentar experiencias positivas con mayor frecuencia e intensidad, un mejor manejo de las negativas desde una mirada de aceptación y aprendiendo a convivir con las mismas, ya que en relación a trastornos mentales severos, no se pueden eliminar. Puede ser una intervención particularmente valiosa para los individuos con esquizofrenia, dada la tendencia a que la emoción positiva disminuya significativamente en esta población. La esquizofrenia es una enfermedad mental grave que aún no es tratada adecuadamente por la psicofarmacología y la psicoterapia, y con el apoyo empírico para tratamientos basados en la evidencia desde la Guía APA (2016) Atendiendo los resultados de este estudio, es esperanzador que estas habilidades como recursos personales, puedan explicar, y por tanto protegernos de un 20% del riesgo a padecer un trastorno psicótico.

De esta misma premisa parte la idea de la Intervención Familiar desde la psicoeducación y el apoyo a la familia, ya que los costes psicológicos, recaen a nivel individual y familiar, como se señala a lo largo de este estudio. Asimismo, es importante contemplar la influencia del contexto familiar como medio natural donde se desarrolla la persona y sus recursos (Artigue y Tizón, 2014; Gonzalez, 2004; Haley, 1983; Palacio y Múnera, 2018;) como se puede señalar desde los resultados obtenidos que informaron de la relación entre la Orientación a la Conversación y a la Conformidad en la familia, con las Habilidades Mindfulness (recursos

individuales). Por tanto, si favorecemos este tipo de comunicación familiar, a su vez, estaremos mejorando los recursos personales que podrán suavizar, por lo menos hasta el 21% del Riesgo a desarrollar un Trastorno Psicótico, lo cual sería interesante favorecer y entrenar como factor protector ante esta vulnerabilidad.

Por último, resaltar de nuevo la complejidad de este trastorno, como de la mayoría de los trastornos mentales graves, para tener en cuenta todos los componentes que están presentes en el desarrollo de un trastorno psicótico (modelos de vulnerabilidad-estrés, genética, biología, acontecimientos vitales estresantes, factores sociales...) y que de estos, se puede mejorar un 20% desde tus propios recursos individuales, sin la pretensión de cambiar características del entorno o del exterior, que a nivel personal, son imposibles de modificar. Esto es un hallazgo muy alentador y que impulsa a seguir las líneas de investigación en este ámbito.

Referencias Bibliográficas

- Acuña Ferreira, V. (2017). La realización de feminidad entre jóvenes veinteañeras: el papel de las confidencias sobre las relaciones con los hombres en la conversación juvenil femenina. *Estudios filológicos*, (59), pp. 7-30. <http://dx.doi.org/10.4067/S0071-17132017000100001>
- Artigue, J. y Tizón, J. (2012). Una experiencia de prevención y detección en la comunidad de las psicosis desde el modelo de comprensión psicoanalítico y comunitario: El Equipo de Atención Precoz al Paciente en riesgo de Psicosis (EAPPP). *Temas de psicoanálisis*, 3.
- Artigue, J. y Tizón, J. (2014). Una revisión sobre los factores de riesgo en la infancia para la esquizofrenia y los trastornos mentales graves del adulto. *Atención primaria*, 46(7), pp. 336-356.
- Ashcroft, K., Barrow, F., Lee, R., y MacKinnon, K. (2012). Mindfulness groups for early psychosis: A qualitative study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85(3), pp. 327-334.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) (2009). Consenso sobre Atención Temprana a la Psicosis de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Cuadernos Técnicos 10. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Baronet, A. (2003). The impact of family relations on caregivers' positive and negative appraisal of their caretaking activities. *Family Relations*, 52(2), pp. 137-142.
- Barrowclough, C. y Hooley, J. (2003). Attributions and expressed emotion: A review. *Clinical psychology review*, 23(6), pp. 849-880.
- Berenbaum, H., Thompson, R. J., Milanak, M. E., Boden, M. T., y Bredemeier, K. (2008). Psychological trauma and schizotypal personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(3), pp.502-519.
- Bernal, A., Arocena, F., y Navarro, L. (2012). Toma de decisiones, estilos de comunicación en el conflicto y comunicación familiar en adolescentes bachilleres. *Enseñanza e investigación en psicología*, 17(2), 295-311.
- Bishop, S. (2002). What do we really know about Mindfulness-Based Stress Reduction?. *Psychosomatic Medicine*, 64(1), 35-43.

- Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Carmody, J., ... y Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice*, 11(3), pp.230-241.
- Boydell, K., Gladstone, B., y Volpe, T. (2006). Understanding Help Seeking Delay in the Prodrome to First Episode Psychosis: A Secondary Analysis of the Perspectives of Young People. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(1), pp. 54-60. <https://doi.org/10.2975/30.2006.54.60>
- Brown, G., Birley, J. y Wing, J. (1972). Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorders: A Replication. *The British Journal of Psychiatry*, 121(3), pp.241–258. doi:10.1192/bjp.121.3.241
- Brown, G., Carstairs, G. y Topping, G. (1958). Post-hospital adjustment of chronic mental patients. *Lancet*, 2(7048), pp.685-689.
- Brown, G., y Rutter, M. (1966). The measurement of family activities and relationships: A methodological study. *Human relations*, 19(3), pp. 241-263.
- Brown, G. y Rutter, M. (1966). The reliability and validity of measures of family life and relationships in families containing a psychiatric patient. *Social Psychiatry*, 1(1), pp. 38-53.
- Cámara, A. y López, J. (2011). Estilos de educación en el ámbito familiar. *REOP-Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 22(3), pp. 257-276.
- Cardaciotto, L. (2005). *Assessing Mindfulness: The Development of a Bi-Dimensional Measure of Awareness and Acceptance*. (Tesis Doctoral, Drexel University de Philadelphia). Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/James_Herbert/publication/35697332_Assessing_mindfulness_the_development_of_a_bi-dimensional_measure_of_awareness_and_acceptance/links/5419e51c0cf203f155ae14ef.pdf
- Castro, X. y Sierra, B. (2019). *Revisión bibliográfica sobre la captación temprana de primeros episodios psicóticos para su abordaje en el nivel de atención primaria* (Tesis Doctoral, Universidad de Costa Rica). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10669/80152>

- Cramer, H., Lauche, R., Haller, H., Langhorst, J., y Dobos, G. (2016). Mindfulness-and acceptance-based interventions for psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Global advances in health and medicine*, 5(1), pp. 30-43.
- Davis, E., y Nolen-Hoeksema, S. (2000). Cognitive inflexibility among ruminators and non-ruminators. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 699-711.
- Division 12 of the American Psychological Association (2016)
- Edwards, J. y McGorry, P.D. (2004). La intervención precoz en la psicosis. Guía para la creación de servicios de intervención precoz en la psicosis. Madrid. Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras psicosis.
- Encinas, T. (2017). Efectividad de una intervención familiar para disminuir la alta emoción expresada en familiares de pacientes con esquizofrenia: Protocolo proyecto de investigación. *Investigación en Enfermería Salud Mental. IV Jornadas de Investigación de Residentes de la Comunidad de Madrid*. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10486/687177>
- Erisman, S. M. (2010). *Psychosis-proneness, mindfulness, and positive emotional experience: Examining correlational and causal relationships*. University of Massachusetts Boston.
- Espina A, Pumar B, Santos A, González P, García E y Ayerbe A. (2000). Emoción expresada y características de personalidad, psicopatológicas y de ajuste diádico en padres de esquizofrénicos. *Psiquis*. 21(4), pp.181-191.
- Fernández, M. (2015). Detección precoz en pacientes con estados mentales de alto riesgo de psicosis.
- Fernández, P., y Labrador, F. (2012). Programa psicosocial dirigido al bienestar de los familiares de personas con trastorno psicótico. Presentación de un estudio de efectividad. *Informaciones psiquiátricas* (210), pp.353-392.
- Fisher, H., Theodore, K., Power, P., Chisholm, B., Fuller, J., Marlowe, K., ... y Craig, T. (2008). Routine evaluation in first episode psychosis services: feasibility and results from the MiData project. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43(12), 960-967.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., y Fraguas, D. (2013). DSM-5: ¿ Síndrome de psicosis atenuada?. *Papeles del Psicólogo*, 34(3), 190-207.

- Gallego, S. (2006). Comunicación familiar: un mundo de construcciones simbólicas y relacionales. Colombia: Universidad de Caldas.
- García, P., Moreno, A., Freund, N. y Lahera, G. (2012). Factores asociados a la emoción expresada familiar en la esquizofrenia: implicaciones terapéuticas. *Revista Asociación Española Neuropsiquiátrica*, 32(116), pp.739-756.
- Gómez, E., y Kotliarenco, M. A. (2010). Resiliencia Familiar: un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas. *Revista de psicología*, 19(2), pp. 103-131.
- González, R. (2004). Guía de intervención familiar en la esquizofrenia. Barcelona: Glosa, SL.
- Guía de práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental (2009). Murcia (España): Subdirección de Salud Mental, Servicio Murciano de Salud.
- Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia elaborada por el Instituto Nacional de Excelencia Clínica británico (2009). Recuperado de <http://www.nice.org.uk/pdf/CG1NICEguideline.pdf>
- Harrop, C., & Trower, P. (2008). *Why does schizophrenia develop at late adolescence?: A cognitive-developmental approach to psychosis*. UK: John Wiley & Sons.
- Hayes, S. (2004). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies. En Hayes, V. Follette y M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 1-29). Nueva York: The Guilford Press.
- Hayes, S. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35(4), pp. 639-665.
- Hayes, S., Wilson, K., Gifford, E., Follette, V., y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(6), pp. 1152-1168.
- Henao, G. y García, M. (2009). Interacción familiar y desarrollo emocional en niños y niñas. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, niñez y Juventud*, 7(2), pp. 785- 802.
- Holmes, E. A., y Steel, C. (2004). Schizotypy: A vulnerability factor for traumatic intrusions. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(1), pp.28-34.
- Jablenski, A. (1999). Schizophrenia: epidemiology. *Current Opinion in Psychiatry*, 12, 19–28.

- Jacobsen, P., Morris, E., Johns, L., y Hodkinson, K. (2011). Mindfulness groups for psychosis; key issues for implementation on an inpatient unit. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39(3), 349-353.
- Johns, L., y Van Os, J. (2001). The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clinical psychology review*, 21(8), pp. 1125-1141.
- Jones, k. (2009). Addressing the needs of carers during early psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 3 (1), pp. 22-26.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), pp. 144-156.
- Kavanagh, D. J. (1992). Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 160(5), 601-620.
- Keshavan, M., Gilbert A., y Diwadkar, V (2006). Neurodevelopmental theories. En *Textbook of Schizophrenia*, (pp. 69-83). Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- Killackey, E. (2009) Psychosocial and psychological interventions in early psychosis: essential elements for recovery. *Early Intervention in Psychiatry*, 3 (1), 517-521.
- Knock, J., Kline, E., Schiffman, J., Maynard, A., y Reeves, G. (2011). Burdens and difficulties experienced by caregivers of children and adolescents with schizophrenia-spectrum disorders: A qualitative study. *Early Intervention in Psychiatry*, 5(4), pp. 349-354.
- Koerner, A. y Fitzpatrick, M.A. (2004). Communication in intact families. En *Hanbook of Family Communication* (pp. 177-195). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Kwapil, T., Miller, M., Zinser, M., Chapman, J., y Chapman, L. (1997). Magical ideation and social anhedonia as predictors of psychosis proneness: a partial replication. *Journal of abnormal psychology*, 106(3), pp. 491-495.
- Leff, J., y Vaughn, C. (1984). Expressed emotion in families: Its significance for mental illness. Guilford Press.
- Lester, H., Marshall, M., Jones, P., Fowler, D., Amos, T., Khan, N., y Birchwood, M. (2011). Views of young people in early intervention services for first-episode psychosis in England. *Psychiatric Services*, 62(8), 882-887.

- Linscott, R., y Van Os, J. (2013). An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: on the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychological medicine*, 43(6), pp. 1133-1149.
- Luciano, M. y Hayes, S. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 1(1), pp. 109-157.
- MacCarthy, B., Hemsley, D. R., Shrank-Fernandez, C., Kuipers, L., & Katz, R. (1986). Unpredictability as a correlate of expressed emotion in the relatives of schizophrenics. *The British Journal of Psychiatry*, 148(6), 727-731.
- Macías, M., Orozco, C, Amarís, M, y Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), pp. 123-145.
- Mangalore, R. y Knapp, M. (2007). Cost of schizophrenia in England. *The journal of mental health policy and economics*, 10(1), pp.23-41.
- Mañas, I. (2009). Mindfulness (atención plena): La meditación en psicología clínica. *Gaceta de Psicología*, 50, pp.13-29.
- McCrone, P., Knapp, M., y Dhanasiri, S. (2009). Economic impact of services for first-episode psychosis: a decision model approach. *Early intervention in psychiatry*, 3(4), pp. 266-273.
- Mendoza, R., Triana, B., Rubio, A., y Camacho, C. (2006). La facilidad de comunicación parento-filial en la adolescencia: diferencias de género y tendencias temporales observadas en España. *Anuario de Psicología*, 37(3), pp. 225-246.
- Miró M., Perestelo-Pérez L., Pérez J., Rivero A., González M., de la Fuente J. y Serrano P. (2011). Eficacia de los tratamientos basados en Mindfulness para los trastornos de ansiedad y depresión: una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16 (1), pp.1-14.
- Montaño, L., Nieto, T., y Mayorga, N. (2013). Esquizofrenia y tratamientos psicológicos: Una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 4(1), pp. 86-107.

- Morales, N. (2013). Detección precoz en los trastornos psicóticos: Una comparación de las características sociodemográficas y clínicas entre dos grupos diagnósticos clínicamente diferenciados (Tesis Doctoral, Universitat Ramon Llull). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10803/129625>
- Myin-Germeys, I., y van Os, J. (2007). Stress-reactivity in psychosis: Evidence for an affective pathway to psychosis. *Clinical Psychology Review-Psychosis*, 27(4), pp.409-424.
- Palacio, P., y Múnera, M. (2018). El papel de la familia en el desarrollo social del niño: una mirada desde la afectividad, la comunicación familiar y estilos de educación parental. *Psicoespacios: Revista virtual de la Institución Universitaria de Envigado*, 12(20), pp. 173-198.
- Palma, C., Gomis, O., Farriols, N., Frías, Á., Gregorio, M., Palacio, A., ... y Barón, F. J. (2019). La intervención familiar domiciliaria en psicosis: análisis cualitativo de los cambios observados tras la psicoterapia. *Clínica y Salud*, 30(3), pp. 147-154.
- Pérez, M. y Botella, L. (2007). Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de psicoterapia*, 17(66-67), pp.77-120.
- Pérez-Pareja, B., Quiles, Y., Romero, C., Pamies-Aubalat, L. y Quiles, María J.. (2014). Malestar psicológico y emoción expresada en cuidadores de pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria. *Anales de Psicología*, 30(1), pp. 37-45. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.1.149411>
- Plan Estratégico de la Salud Mental en la Comunidad de Madrid (2018).
- Ribé, J., Salamero, M., Pérez-Testor, C., Mercadal, J., Aguilera, C., y Cleris, M. (2018). Quality of life in family caregivers of schizophrenia patients in Spain: caregiver characteristics, caregiving burden, family functioning, and social and professional support. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 22(1), pp. 25-33.
- Rivero, N., y Martínez-Pampliega, A. (2010). Adaptación cultural del instrumento " Patrones de Comunicación Familiar-R". *European Journal of Education and Psychology*, 3(1), pp. 141-153.
- Robert, A., Escartí, M. J., Pérez, R., García, C., Pérez, V., y Tejedor, C. (2004). Clima familiar en pacientes con trastorno psicótico o afectivo. *Revista de Psiquiatría Facultad de Medicina de Barcelona*, 31(5), pp. 260-263.

- Romero, N., Guajardo, J., Guinea, D., y Alegría, M. (2013). Influencia de las habilidades emocionales, los estilos de comunicación y los estilos parentales sobre el clima familiar. *Revista de investigación y divulgación en Psicología y Logopedia*, 3(2), pp. 2-7.
- Ruvalcaba, N., Gallegos, J., Robles, F., Morales, A., y González, N. (2012). Inteligencia emocional en la mejora de los estilos educativos de padres con hijos de edad escolar. *Salud y Sociedad*, 3 (3), pp. 283-291
- Ruvalcaba, N., Gallegos, J., Villejas, D., y Lorenzo, M. (2013). Influencia de las habilidades emocionales, los estilos de comunicación y los estilos parentales sobre el clima familiar. *Revista de investigación y divulgación en Psicología y Logopedia*, (2), pp. 2-7.
- Sánchez, S. (2001) *La emoción expresada familiar en una muestra costarricense de pacientes esquizofrénicos*. (Tesis doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona). Recuperado de <<https://ddd.uab.cat/record/37910>>
- Segal, Z., Williams, M., y Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Stefanis, N. C., Hanssen, M., Smirnis, N. K., Avramopoulos, D. A., Evdokimidis, I. K., Stefanis, C. N., ... y Van Os, J. (2002). Evidence that three dimensions of psychosis have a distribution in the general population. *Psychological medicine*, 32(2), pp. 347-358.
- Strosahl, K., y Wilson, K. (1999). *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. New York.
- Tandon, R., Gaebel, W., Barch, D. M., Bustillo, J., Gur, R. E., Heckers, S., ... & Van Os, J. (2013). Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophrenia research*, 150(1), 3-10.
- Tizón, J. (2007), "Los cuidados democráticos de la psicosis como un indicador de democracia social", *Athopos: Salud mental, comunidad y cultura*, 6, pp. 31-48.
- Tizón, J., Artigue, J., Parra, B., Sorribe, M., Ferrando, J., Pérez, C., ... y Marzari, B. (2008). Factores de riesgo para padecer trastornos psicóticos: ¿ Es posible realizar una detección preventiva?. *Clínica y Salud*, 19(1), pp. 27-58.

- Tizón, J., Ferrando, J., Artigue, J., Parra, B., Parés, A., Gomà, M. ... y Català, L. (2010). Psicosis y diferencias sociales: Comparando la prevalencia de las psicosis en dos medios urbanos diferenciados. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(106), pp. 193-218.
- Tizón, J., Artigue, J., Parra, B., Gomà, M. y Pareja, F. (2004). La esquizofrenia en atención primaria: El Estudio SASPE (Señales de alerta y síntomas prodrómicos de la esquizofrenia en APS). *Atención Primaria*, 34, 493-498.
- Torío, S., Peña, J. y Inda, M. (2008). Estilos de educación familiar. *Psicothema*, 20(1), pp. 62-70. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=727/72720110>
- Travé, J., y Pousa, E. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual en pacientes con psicosis de inicio reciente: una revisión. *Papeles del psicólogo*, 33(1), pp. 48-59.
- Vallina, O. y Lemos, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*.
- Van Os, J., Linscott, R., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., y Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness–persistence–impairment model of psychotic disorder. *Psychological medicine*, 39(2), pp. 179-195.
- Verdoux, H., y van Os, J. (2002). Psychotic symptoms in non-clinical populations and the continuum of psychosis. *Schizophrenia research*, 54(1-2), pp. 59-65.
- Walker, D. (2007). Effect Size Calculator.
- Walker, E., y Bollini, A. (2002). Pubertal neurodevelopmental and the emergence of psychotic symptoms. *Schizophrenia Research*, 54(1-2), pp. 17-23.