

Estudios

Mindfulness y déficit visual: evaluación de un programa de mindfulness para personas con grave discapacidad visual

Mindfulness and visual impairment: assessment of a mindfulness programme for people with severe visual disability

E. Peláez Rivera¹

Resumen

Objetivos: evaluar la efectividad a corto plazo de un programa de entrenamiento en *mindfulness*, dirigido a personas con grave déficit visual (y progresivo) en distintas variables relacionadas con el ajuste al déficit visual y las habilidades de *mindfulness*. **Método:** estudio de medidas repetidas pre y post. Participaron cuatro usuarios de los servicios de rehabilitación de la ONCE. La intervención duró ocho semanas. **Resultados:** todas las variables, excepto una, presentaron cambios en la dirección esperada, significativos en todas ellas, excepto dos, y en variables claves para el ajuste al déficit visual y el proceso rehabilitador, así como en habilidades *mindfulness* centrales, especialmente en autocompasión. Estos resultados se vieron confirmados por la evaluación cualitativa. **Conclusiones:** este estudio confirma que la práctica del entrenamiento grupal en *mindfulness*, de ocho semanas de duración, puede aliviar el sufrimiento de personas con déficit visual grave y progresivo.

Palabras clave

Psicología. Apoyo psicosocial. Intervención psicológica. Rehabilitación. Terapias naturales. Bienestar espiritual. Meditación. Atención plena.

¹ **Encarnación Peláez Rivera.** Experta en *Mindfulness* en Contextos de la Salud por la Universidad Complutense de Madrid. Psicóloga en la Delegación Territorial de la ONCE en Madrid, Departamento de Servicios Sociales para Afiliados, Unidad de Autonomía Personal, calle de Prim, 3; 28004 Madrid. Correo electrónico: epr@once.es.

Abstract

Objectives: To assess the short-term effectiveness of a mindfulness training programme geared to people with severe (and progressive) visual impairment based on adjustment-related variables and mindfulness skills. *Method:* Study of pre- and post-measurements. Four ONCE rehabilitation service users participated over an 8-week period. *Results:* Change in the expected direction was observed in all but one of the variables and was significant in all but two, and in all the key variables for adjustment to visual impairment, rehabilitation and core mindfulness skills, especially self-pity. These results were confirmed by the qualitative assessment. *Conclusions:* This study confirmed that 8-week group mindfulness training can alleviate the suffering of people with severe and progressive visual impairment.

Key words

Psychology. Psychosocial support. Psychological intervention. Rehabilitation. Natural therapies. Spiritual well-being. Meditation. Mindfulness.

Primer Premio del I Concurso de Experiencias de Innovación en Servicios Sociales de la ONCE, 2016.

Introducción

1. Discapacidad visual

La pérdida total o parcial de vista supone un suceso que conlleva una serie de repercusiones de importancia en la vida de las personas que la padecen y en las de su entorno próximo. La principal es el impacto emocional y el sufrimiento que acarrea, pero, además, hay un efecto limitador que dificulta la vida de la persona en cualquiera de sus ámbitos: desde el inmediato, el domicilio, hasta los más lejanos, la escuela, el trabajo, el municipio. Las actividades y responsabilidades que se desarrollaban de forma casi automática cambian, convirtiéndose, en ocasiones, en dificultades que pueden provocar miedos, ansiedad o manifestaciones depresivas.

Afrontar la vida en estas nuevas circunstancias (según la funcionalidad visual que resulte de la pérdida y las limitaciones y restricciones que esta pérdida origine) va a requerir un esfuerzo psicológico, social y funcional que algunos de

PELÁEZ, E. (2016). *Mindfulness y déficit visual: evaluación de un programa de mindfulness para personas con grave discapacidad visual. Integración: Revista digital sobre discapacidad visual*, 69, 7-35.

los autores que han estudiado el tema, han dado en llamar de *ajuste psicosocial* (Pallero, 2008).

Entre los diversos presupuestos teóricos desde los que se ha estudiado este proceso de ajuste (Pallero, 2008) destaca la importante contribución de Dodds en el estudio de las variables cognitivas, emocionales y sociales en los procesos de rehabilitación. Así, A. G. Dodds (1991) diseña y verifica un modelo estructural explicativo en el que el marco de comprensión del ajuste quedaría configurado por la ausencia de sintomatología ansiosa y depresiva, una ajustada autoestima, la percepción de autoeficacia efectiva, unas adecuadas actitudes hacia el déficit, la aceptación del propio déficit y la recuperación del locus de control sobre la propia rehabilitación. Este es el modelo de ajuste seguido mayoritariamente por los psicólogos que prestan su servicio a los afiliados a la Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE) en el Servicio de Apoyo Psicosocial, que tiene como objetivo proporcionar una oportunidad para que la persona analice las implicaciones emocionales de vivir con la ceguera o la deficiencia visual y ayudarla a buscar soluciones y estrategias para afrontar, de manera adaptativa, tales situaciones y cambios. Esta intervención se realiza generalmente desde la perspectiva de la terapia cognitivo-conductual (TCC), ya que constituye un enfoque muy sólido y con un gran respaldo empírico y experimental en el tratamiento de diferentes cuadros clínicos (Cacho y Checa, 2003) y, en general, consigue mejorar el malestar psicológico producido por la ceguera y la deficiencia visual. Pero, a lo largo del periodo postratamiento, la persona puede estar sometida a cambios importantes, como la pérdida progresiva o total de la visión, o a dificultades de la vida cotidiana o imprevistos, que pueden provocar la aparición de conductas desadaptativas, y que pueden hacer necesaria la atención psicológica para poner de nuevo en marcha estrategias de autocontrol y afrontamiento (Cacho y Checa, 2003), y ayudar, además, a prevenir futuras recaídas.

Es en este punto donde el *mindfulness*, con sus innovaciones terapéuticas, podría ayudarnos en la consecución de dichos objetivos.

2. ¿Qué es *mindfulness*?

Jon Kabat-Zinn, en el prefacio del manual de Fabrizio Didonna (Kabat-Zinn, 2014), nos dice: «...nadie debería imaginar que entendemos completamente el *mindfulness* ni sus implicaciones. [...] Es muy importante que no idealicemos ni concreticemos lo que queremos decir al hablar de *mindfulness*. En verdad, todos somos principiantes y, cuando somos sinceros al respecto, solo podemos sentir humildad frente a la enormidad de la tarea».

PELÁEZ, E. (2016). *Mindfulness* y déficit visual: evaluación de un programa de *mindfulness* para personas con grave discapacidad visual. *Integración: Revista digital sobre discapacidad visual*, 69, 7-35.

Esta complicada tarea la aborda K. Germer en el capítulo 1 de *Mindfulness y psicoterapia* (Germer, 2015) con excelentes resultados, por lo que nos basaremos fundamentalmente en él para responder a la pregunta.

Una relación especial con el sufrimiento

Los psicoterapeutas tienen por tarea aliviar el sufrimiento emocional. El sufrimiento se da en las formas más diversas: estrés, ansiedad, depresión, problemas de conducta, conflicto interpersonal, confusión, desesperación...

La vida implica dolor. *Mindfulness*, una manera de relacionarnos con la experiencia, se viene empleando desde hace tiempo para aliviar el sufrimiento que producen las dificultades de la vida, especialmente las autoimpuestas. Nos enseña que más que empeñarnos en eliminar o evitar el sufrimiento, debemos aprender a cambiar nuestra relación con él (Burch, 2014). Es una habilidad que nos permite ser menos reactivos a lo que está sucediendo en el momento presente.

Cuando somos *mindful*, nuestra atención no se halla inmersa en el pasado o el futuro, ni tampoco estamos rechazando ni aferrándonos a lo que está ocurriendo en este momento. Estamos presentes de manera benévola. Este tipo de atención genera energía, lucidez y alegría, y es una habilidad que todos podemos cultivar.

La mayor parte de la gente acude a psicoterapia preocupada por acontecimientos pasados o futuros. Así, por ejemplo, las personas deprimidas a menudo sienten tristeza o culpabilidad por el pasado, mientras que las personas ansiosas suelen tener miedo al futuro. El sufrimiento parece aumentar conforme nos separamos del momento presente. A medida que nuestra atención va quedando absorbida por la actividad mental y empezamos a rumiar, sin darnos cuenta de que estamos rumiando, nuestra vida cotidiana puede empezar a ser desgraciada. *Mindfulness* puede ayudarnos a salir de nuestro condicionamiento y a ver las cosas de nuevo tal y como son.

Definiciones de mindfulness

La palabra *mindfulness* es la traducción al inglés de la palabra pali *sati*. El pali fue la lengua de la psicología budista hace dos mil quinientos años, y *mindfulness* es la enseñanza básica de esa tradición. *Sati* sería *percatarnos, prestar atención y recordar*.

PELÁEZ, E. (2016). *Mindfulness y déficit visual: evaluación de un programa de mindfulness para personas con grave discapacidad visual*. *Integración: Revista digital sobre discapacidad visual*, 69, 7-35.

¿Qué es este percatarnos? Brown y Ryan lo definen así: «La *consciencia* engloba tanto la percatación como la atención. La *percatación* es el "radar" situado en un segundo plano de la consciencia, controlando continuamente el entorno interior y exterior. Uno puede percatarse de estímulos sin que estos se hallen en el centro de atención. La *atención* es el proceso de enfocar bien la percatación consciente, suministrando una mayor sensibilidad a una gama limitada de experiencias».

Mindfulness es lo contrario de funcionar con el piloto automático y de soñar despierto: es prestar atención a lo más relevante del momento presente.

Mindfulness implica también *recordar*, que no es lo mismo que detenernos en los recuerdos. Implica recordar para reorientar nuestra atención y percatación hacia la experiencia presente de una manera cordial y receptiva. Esta reorientación exige que la *intención* separe la atención de la ensoñación y experimente plenamente el momento presente.

La palabra *mindfulness* puede emplearse para (1) describir un *constructo* teórico: la idea de *mindfulness*; (2) *prácticas* para cultivar *mindfulness*: por ejemplo, la meditación, y (3) *procesos* psicológicos, mecanismos de acción en la mente y el cerebro.

Una definición básica de *mindfulness* sería «la percatación momento a momento», o «mantener viva la consciencia frente a la realidad presente», «la clara y diáfana percatación de lo que ocurre realmente a nosotros y en nosotros en los sucesivos momentos de la percepción», o la definición de Jon Kabat-Zinn: «la percatación que surge al prestar atención expresamente en el momento presente y de manera no enjuiciadora al despliegue de la experiencia momento a momento».

Por último, conviene no olvidar que *mindfulness* no puede captarse plenamente mediante palabras, dado que es una experiencia sutil, no verbal.

Mindfulness y niveles de práctica

Hay que experimentar *mindfulness* para saber lo que es. En un extremo del continuum de la práctica está el *mindfulness* cotidiano. Incluso en nuestras vidas diarias, tan presionadas y poco atentas, es posible tener momentos *mindful*. En el otro extremo del continuum están los monjes y laicos que pasan una considerable cantidad de tiempo meditando.

PELÁEZ, E. (2016). *Mindfulness* y déficit visual: evaluación de un programa de *mindfulness* para personas con grave discapacidad visual. *Integración: Revista digital sobre discapacidad visual*, 69, 7-35.

Como tal, *mindfulness* no es inhabitual, lo que sí es bastante raro es su «continuidad».

Sabiduría y compasión

Mindfulness no es una meta en sí. Lo fomentamos con el fin de vernos libres del sufrimiento. A medida que ahondemos en *mindfulness*, lo más probable es que surja en nosotros la sabiduría y la compasión, cualidades que nos conducirán de manera natural a una mayor libertad psicológica.

Una breve historia de mindfulness en psicoterapia

La introducción formal del pensamiento oriental en la filosofía y psicología occidentales se puede fechar a finales del siglo XVIII, cuando varios estudiosos británicos empezaron a traducir textos espirituales indios, como, por ejemplo, el *Bhagavad-gītā*. Estas enseñanzas, junto con los escritos budistas, echaron raíces en Estados Unidos gracias a los escritos de «trascendentalistas» como Henry David Thoreau, en su obra *Walden*. En los primeros años del siglo XX, William James, adelantándose a su tiempo, comentó a sus alumnos de Harvard que la psicología budista sería la psicología que se estudiaría en un futuro próximo (veinticinco años).

El psicoanálisis también mantuvo contactos con la psicología budista. Carl Jung, en 1927, escribió un comentario sobre el *Libro tibetano de los muertos*, y durante su vida sintió una gran curiosidad por la psicología oriental.

La Segunda Guerra Mundial propició que las mentes de muchos occidentales se abrieran a las psicologías orientales, especialmente al budismo zen. Después de la guerra, D. T. Suzuki dialogó con Erich Fromm y Karen Horney e inspiró a visionarios, artista y escritores.

A finales de los sesenta, muchos jóvenes acudieron en masa a clases de meditación trascendental siguiendo la estela de las ideas de iluminación propugnadas por los Beatles y otros famosos de regreso de la India. El yoga, que es esencialmente *mindfulness* en movimiento, también viajó a occidente por aquella época. De manera paulatina, los especialistas empezaron a asociar su práctica de meditación personal con el trabajo clínico.

Al mismo tiempo, se produjo un auténtico florecimiento de los estudios sobre meditación. La mayor parte de las revistas de la época publicaron artículos que tenían por

tema la meditación de concentración. Sin embargo, durante los años noventa pasaron a tratar predominantemente la meditación *mindfulness*. En 1979 Jon Kabat-Zinn abrió el Centro para Mindfulness en la facultad de medicina de la Universidad de Massachusetts, y enseñó la reducción del estrés basada en *mindfulness* (Mindfulness-Based Stress Reduction, o MBSR) para tratar casos crónicos a los que los médicos no tenían ya más que ofrecer. En 2012 había más de setecientos programas de MBSR ofrecidos en todo el mundo, y se había convertido en el principal programa de adiestramiento *mindfulness* utilizado en la investigación psicológica.

Si en 2005 aparecieron 365 artículos sobre *mindfulness* con crítica favorable en el campo de la psicología, en 2013 fueron más de 2.200 artículos y más de seiscientos centros de estudio y tratamiento de *mindfulness*.

En la actualidad, existen intervenciones estructuradas basadas en *mindfulness* para tratar toda una amplia gama de trastornos mentales y físicos, así como ensayos controlados aleatoriamente que respaldan estas intervenciones, reseñas y metaanálisis de estos estudios. Además, la investigación neurobiológica más sofisticada está demostrando el poder que tiene el adiestramiento de la mente para cambiar la estructura y función del cerebro.

Mindfulness es tanto *transteórico* (atrae a una amplia gama de terapeutas: conductuales, psicodinámicos, humanistas y sistémico-familiares) como *transdiagnóstico* (parece que alivia diversos trastornos mentales y físicos). Además, está conectando a psicoterapeutas con sus colegas científicos, ya que se están asociando programas de tratamiento empíricamente apoyados y basados en *mindfulness* y la investigación neurobiológica, para esclarecer la manera en la que *mindfulness* alivia el sufrimiento.

La práctica del mindfulness

Aunque *mindfulness* se da de manera natural en la vida cotidiana, exige una práctica sostenida. Todos nos despertamos periódicamente a nuestra experiencia presente, pero caemos de nuevo rápidamente en el habitual pensamiento discursivo. La continuidad de *mindfulness* exige una intención y persistencia muy fuertes.

Podemos aprender *mindfulness* con ejercicios formales o informales. La *práctica de mindfulness formal* va asociada a la meditación, siendo una excelente oportunidad para experimentar *mindfulness* en sus niveles más profundos. La introspección sostenida,

PELÁEZ, E. (2016). *Mindfulness* y déficit visual: evaluación de un programa de *mindfulness* para personas con grave discapacidad visual. *Integración: Revista digital sobre discapacidad visual*, 69, 7-35.

disciplinada, permite al ejercitante entrenar la atención, observar sistemáticamente el contenido de la mente y saber así cómo funciona.

La *práctica de mindfulness informal* se refiere a la aplicación de las destrezas de *mindfulness* en la vida cotidiana. Cualquier acontecimiento mental puede ser objeto de nuestra consciencia: podemos dirigir la atención a la respiración, escuchar sonidos ambientales, etiquetar emociones o notar sensaciones físicas mientras, por ejemplo, nos lavamos los dientes.

En occidente se suelen enseñar tres clases de meditación bajo la denominación de *meditación mindfulness*: (1) la atención centrada o enfocada (concentración), (2) la atención abierta (*mindfulness* propiamente) y (3) el amor bondadoso y la compasión.

La psicoterapia orientada a mindfulness

Dentro de un continuo, habría tres maneras de integrar *mindfulness* en el trabajo terapéutico: un clínico puede (1) practicar *mindfulness*, de manera formal o informal, para cultivar la presencia terapéutica; (2) utilizar un marco de referencia teórica basado en intuiciones derivadas de la práctica del *mindfulness*, o en bibliografía psicológica sobre *mindfulness* o psicología budista, o (3) enseñar explícitamente a los pacientes la manera de practicar *mindfulness*.

La aplicabilidad del tratamiento

Se puede utilizar *mindfulness* para tratar una amplia gama de trastornos, desde la psicosis hasta la gestión del estrés en el lugar de trabajo. Y, como capacidad universal y sanadora, *mindfulness* está siendo aplicado por diferentes enfoques de salud mental, como la terapia cognitivo-conductual, la psicoterapia psicodinámica, la psicoterapia humanista-existencial, la medicina conductual y la psicología positiva.

El respaldo de la investigación

Numerosas reseñas y metaanálisis realizados sobre investigaciones indican claramente que *mindfulness*, la aceptación y los tratamientos basados en la compasión favorecen la salud mental y física. Sin embargo, se necesitan más estudios empleando grupo control y medidas conductuales, no solo autoinformes.

PELÁEZ, E. (2016). *Mindfulness* y déficit visual: evaluación de un programa de *mindfulness* para personas con grave discapacidad visual. *Integración: Revista digital sobre discapacidad visual*, 69, 7-35.

Por otra parte, los recientes estudios neurobiológicos sobre la meditación *mindfulness* y las pruebas de neuroplasticidad basadas en *mindfulness* proporcionan importante información sobre cómo funciona la meditación, y aportan pruebas que sustentan las afirmaciones de los meditadores sobre que la práctica mejora su estado anímico, su capacidad de regulación emocional y, en especial, la capacidad de afrontamiento de situaciones estresantes (Lazar, 2015).

¿Tiene importancia el mindfulness para el terapeuta?

El gran incremento de publicaciones especializadas en *mindfulness* observado en el nuevo milenio indica la importancia de este para científicos, clínicos y otros profesionales. Estamos asistiendo a una convergencia sin precedentes entre las tradiciones orientales de la psicología contemplativa, por un lado, y la psicología y la psicoterapia, por otro.

Es una gran oportunidad tener a nuestra disposición técnicas psicológicas procedentes de una tradición que tiene más de dos mil quinientos años de antigüedad y que parece poder cambiar el cerebro, modelar nuestra conducta positivamente y ofrecer ideas e intuiciones sobre cómo vivir la vida más plenamente.

3. Discapacidad visual y *mindfulness*

No se ha encontrado bibliografía sobre la aplicación de *mindfulness* a la discapacidad visual, excepto el artículo de Marquès-Brocksopp (2014), en el que, tras realizar entrevistas semiestructuradas a personas ciegas y deficientes visuales que practicaban de manera habitual ejercicios de *mindfulness* y analizar los relatos por temas, se concluyó que la práctica de *mindfulness* mejora el bienestar espiritual al aumentar la sensación de «conectividad» intrapersonal, interpersonal y transpersonal de los sujetos, lo que se interpreta como un elemento vinculado al aumento de la autopercepción de salud física, social y emocional.

4. El problema

Las personas con grave déficit visual, originado en muchas ocasiones por enfermedades progresivas, deben enfrentarse de manera continua a los cambios que su enfermedad les presenta, además de a otras posibles situaciones vitales que añaden estrés a su discapacidad visual. La terapia cognitivo-conductual aplicada hasta ahora

PELÁEZ, E. (2016). *Mindfulness* y déficit visual: evaluación de un programa de *mindfulness* para personas con grave discapacidad visual. *Integración: Revista digital sobre discapacidad visual*, 69, 7-35.

ha sido útil para mejorar el malestar producido por el déficit visual (ansiedad, depresión, baja autoestima, aislamiento, frustración...), pero no siempre logra generalizar el afrontamiento a nuevos episodios o situaciones, produciéndose recaídas. *Mindfulness* podría ser una herramienta eficaz para mejorar el malestar generado por estos cambios continuos y reducir las recaídas, permitiendo, de esta manera, ofrecer una intervención terapéutica de más calidad a la persona y más económica en tiempo y recursos a la entidad.

La pregunta sería: ¿Puede el MF aliviar el sufrimiento de personas con déficit visual grave y progresivo y evitar o reducir recaídas?

Material y método

1. Diseño

Se utilizó un diseño cuasiexperimental A-MR, ANOVA de medidas repetidas, de un factor (tiempo), sin grupo de control, con dos niveles: pre y post.

2. Participantes

El grupo de personas a las que se aplicó el programa MBI (Mindfulness-Based Intervention) estaba compuesto por tres mujeres y un hombre, todas ellas afiliadas a la ONCE, es decir, todas presentaban en ambos ojos al menos una de las condiciones visuales siguientes: una agudeza visual igual o inferior a 0,1 (1/10, según la escala de Wecker) obtenida con la mejor corrección óptica posible, o un campo visual reducido a diez grados (Organización Nacional de Ciegos Españoles, 2016).

Sus edades estaban comprendidas entre los 43 y los 53 años. Dos de ellas se encuentran en situación laboral activa (una por cuenta ajena y otra por cuenta propia), una en situación de baja laboral y otra jubilada. Todos ellos están casados y sus niveles de escolaridad más altos alcanzados son, en un caso, Graduado Escolar; en dos casos, Educación Secundaria Obligatoria, y en un caso, grado académico universitario de Posgrado (doctorado). Respecto a la funcionalidad visual, de menos grave a más grave, en un caso hay una pérdida moderada de visión, en otro caso pérdida severa de visión y en dos casos pérdida profunda de visión.

PELÁEZ, E. (2016). *Mindfulness* y déficit visual: evaluación de un programa de *mindfulness* para personas con grave discapacidad visual. *Integración: Revista digital sobre discapacidad visual*, 69, 7-35.

En tres casos presentaban otras enfermedades o déficits añadidos.

En los cuatro casos estas dificultades físicas y sensoriales son procesos progresivos, o hay una alta posibilidad de que lo sean y/o de que se agraven: los dos problemas visuales congénitos, la enfermedad de Ménière, la atrofia óptica originada por tumor cerebral unido al déficit hormonal causado, y la funcionalidad motriz, que se reduce por falta de uso en la neuropatía isquémica de tipo tóxica.

Todos ellos ya habían pasado por el proceso de atención que la ONCE proporciona a sus afiliados (orientación y movilidad, actividades de la vida diaria, apoyo psicológico, tiflotecnología, integración laboral, etc.), habiéndoseles dado el alta en dicho proceso global. En el área de apoyo psicológico significaba que habían conseguido un nivel aceptable de ajuste al déficit visual.

Se seleccionaron todos ellos por haber solicitado de nuevo —entre otros servicios— atención psicológica, al haber aparecido síntomas de malestar originados por el agravamiento de sus problemas visuales o por situaciones vitales relacionadas con su discapacidad. Por tanto, la selección de la muestra se realizó de manera no probabilística y accidental.

Todos los integrantes del grupo accedieron a participar en el programa MBI y firmaron un consentimiento informado.

3. Entorno

La aplicación del programa MBI se realizó en sede de la ONCE.

4. Intervenciones

4.1. Evaluación

Variables evaluadas e instrumentos de medida

Las variables evaluadas se encuentran descritas en la Tabla 1 con los instrumentos de medida que les corresponden, así como los coeficientes α (alfa) de cada subescala.

PELÁEZ, E. (2016). *Mindfulness* y déficit visual: evaluación de un programa de *mindfulness* para personas con grave discapacidad visual. *Integración: Revista digital sobre discapacidad visual*, 69, 7-35.

Tabla 1. Instrumentos de medida empleados, variables evaluadas y coeficientes alfa de las subescalas

Escalas		Variables medidas	A
Ajuste al déficit visual	NAS	Indicadores ansiedad depresión	0,86
		Ideación suicida	0,89
		Autoestima	0,80
		Actitudes	0,74
		Aceptación	0,90
		Autoeficacia	0,83
		Estilo atributivo	0,64
Habilidades <i>mindfulness</i>	FFMQ	Observación	0,81
		Descripción	0,91
		Actuación consciente	0,89
		No reactividad a la experiencia interna	0,91
		No juzgar la experiencia interna	0,80
Otros constructos estrechamente relacionados	SCS	Autoamabilidad	0,79
		No te enjuicias	0,76
		Humanidad compartida	0,72
		No te aíslas	0,77
		Mindfulness	0,73
		No te sobreidentificas	0,76
	Promedio total autocompasión	0,87	
	EQ	Capacidad de descentramiento	0,89
AAQ-II	Aceptación/evitación experiencial/ inflexibilidad psicológica	0,84	

Se utilizaron los siguientes instrumentos de medida:

1.- Medida del ajuste al déficit visual: Para la medida del ajuste al déficit visual se utilizó la *Escala de ajuste de Nottingham (NAS)*, adaptación española de Rafael Pallero González, Miguel Díaz Salabert, Pere Joan Ferrando Piera y Urbano Lorenzo Seva (Dodds, 2006). Intenta acceder a la forma en que la pérdida visual afecta a cada individuo y ofrece un enfoque operativo al ajuste psicológico en términos de consecuencias cognitivas y emocionales derivadas de la pérdida visual. Las variables que evalúa la escala son:

PELÁEZ, E. (2016). *Mindfulness* y déficit visual: evaluación de un programa de *mindfulness* para personas con grave discapacidad visual. *Integración: Revista digital sobre discapacidad visual*, 69, 7-35.

Tabla 2. Variables evaluadas por la Escala NAS

Indicadores ansiedad depresión	Indica si hay presencia de sintomatología ansiosa y depresiva, pero no ofrece una medida sobre depresión o ansiedad.
Ideación suicida	Nos indica la conveniencia o no de administrar otro tipo de pruebas que permitan evaluar el riesgo suicida o la presencia de patología depresiva.
Autoestima	Informa sobre cómo el déficit visual ha afectado a la autoestima.
Actitud positiva hacia el déficit visual	Muestra la existencia de actitudes favorables o desfavorables hacia el déficit visual que los sujetos evaluados han mantenido a lo largo de su vida hacia las personas ciegas.
Aceptación	Informa sobre el grado en que se asumen las consecuencias del déficit, sin magnificarlas ni minimizarlas, y facilita información general sobre cogniciones acerca de la discapacidad visual.
Autoeficacia	Indica la percepción de la propia competencia para desarrollar una amplia gama de actividades.
Estilo atributivo	Indica si los sujetos perciben que los resultados se obtienen como consecuencia de sus propias acciones (locus de control interno) o de factores externos a ellas (locus de control externo).

2.- Medida de las habilidades de *mindfulness*: Cuestionario FFMQ *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ; Baer, Walsh y Lykins, 2014), que mide la tendencia general a proceder con *mindfulness* en el día a día a partir de cinco habilidades: observación, descripción, actuar con conciencia, ausencia de juicio y ausencia de reactividad. Se dispone de una validación al castellano en población general y muestras psiquiátricas (Cebolla, 2012).

Tabla 3. Variables evaluadas por el Cuestionario FFMQ

Observación	Darse cuenta o prestar atención a estímulos internos y externos, como sensaciones, emociones, cogniciones, olores, sonidos y visiones.
Descripción	Etiquetar las experiencias observadas con palabras.
Actuación consciente	Prestar atención a las actividades del momento como opuesto al piloto automático o a comportarse mecánicamente sin consciencia de nuestras propias acciones.
No juzgar la experiencia interior	Tomar una postura no evaluadora hacia pensamientos y emociones.
No reactividad a la experiencia interior	Permitir a los pensamientos y emociones ir y venir sin dejarse llevar ni atrapar por ellos o sin rechazarlos.

PELÁEZ, E. (2016). *Mindfulness* y déficit visual: evaluación de un programa de *mindfulness* para personas con grave discapacidad visual. *Integración: Revista digital sobre discapacidad visual*, 69, 7-35.

3.- Medida de otros constructos estrechamente relacionados:

3.1.- La Escala SCS, *Self-Compassion Scale*, creada por Kristin Neff, Ph. D. (2003), mide la autocompasión. La autocompasión implica ser amable y comprensivo hacia uno mismo en el dolor o el fracaso en lugar de juzgarnos y ser autocríticos; percibir las propias experiencias como parte de una experiencia humana más amplia, en lugar de verlas como algo separado y aislado, así como la observación de los pensamientos y sentimientos dolorosos con *mindfulness* (atención ponderada y ecuánime) en lugar de sobreidentificarnos con ellos. Estas tres características de la autocompasión y sus opuestos conforman las subáreas de la escala, así como también la puntuación total de las subescalas.

Tabla 4. Variables evaluadas por la Escala SCS

Autoamabilidad
No te enjuicias
Humanidad compartida
No te aíslas
Mindfulness
No te sobreidentificas
Promedio total de autocompasión

Se dispone de la validación de la versión española (García-Campayo, Navarro-Gil, Andrés, Montero-Marín, López-Artal y Piva Demarzo, 2014) y de una versión en línea (Center for Mindful Self-Compassion, s. f.).

3.2.- Cuestionario AAQ-II *Acceptance and Action Questionnaire*, el Cuestionario de Aceptación y Acción – II, creado, en su primera versión por S. C. Hayes y otros en 2004 (Ruiz, Langer, Luciano, Cangas y Beltrán, 2013) y en la segunda por F. W. Bond y otros en 2011 (Barajas, 2013) para cuantificar el grado de evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica. Si se puntúa inversamente sirve de medida de la aceptación (Baer, Walsh y Lykins, 2014).

Tabla 5. Definición de variables medidas por el Cuestionario AAQ-II

Aceptación	Voluntad de experimentar una amplia gama de sensaciones internas (corporales, emocionales y pensamientos) sin intentar evitarlas, escapar de ellas o terminarlas, aunque sean desagradables o no deseadas (Baer, Walsh y Lykins, 2014).
-------------------	---

PELÁEZ, E. (2016). *Mindfulness* y déficit visual: evaluación de un programa de *mindfulness* para personas con grave discapacidad visual. *Integración: Revista digital sobre discapacidad visual*, 69, 7-35.

Evitación experiencial	Esfuerzos deliberados por evitar o escapar de eventos internos, como emociones, pensamientos, memorias o sensaciones corporales que se experimentan como aversivas, aun cuando hacerlo conduce a acciones incompatibles con nuestros valores y metas (Ruiz, Langer, Luciano, Cangas y Beltrán, 2013).
Inflexibilidad psicológica	Habilidad para entrar en contacto con experiencias privadas que ocurren en el momento presente sin necesitar evitarlas ni escapar de ellas ni de ajustar la conducta a lo que la situación requiere en función de nuestros valores (Ruiz, Langer, Luciano, Cangas y Beltrán, 2013).

3.3.- Escala EQ, *Experiences Questionnaire (EQ)* diseñado por J. D. Teasdale para evaluar el descentramiento y la rumiación. El descentramiento sería la capacidad de observar los pensamientos y los sentimientos de uno mismo como acontecimientos temporales de la mente, en lugar de como reflejos del «sí mismo» que son necesariamente verdad. Incluye adoptar hacia los pensamientos y sentimientos una postura centrada en el presente, sin juzgar y aceptándolos como son (Baer, Walsh y Lykins, 2014). D. M. Fresco y otros, en 2007, llevaron a cabo una evaluación psicométrica de este cuestionario, y aunque apuntan que el EQ no se diseñó como medida de *mindfulness*, las definiciones de descentramiento son muy similares a las descripciones de *mindfulness* (Baer, Walsh y Lykins, 2014).

Existe una validación en castellano (Soler, 2014).

3.4.- Cuestionario de evaluación del programa, elaborado para tal fin. Estas variables fueron evaluadas en cada sujeto durante dos sesiones individuales, antes y después de la aplicación del programa MBI, ya que, como consecuencia de la adaptación al déficit visual de los procedimientos de medida, para su cumplimentación los cuestionarios fueron leídos por el facilitador del programa. El cuestionario de evaluación del programa fue enviado a cada participante por correo electrónico para su cumplimentación.

4.2. Programa MBI

Se diseñó un programa MBI, Mindfulness-Based Intervention, para aprovechar las ventajas que *mindfulness* ofrece para el afrontamiento del malestar físico y psicológico, adaptándolas a las necesidades de los usuarios del servicio de atención psicológica de la ONCE. Los objetivos eran:

PELÁEZ, E. (2016). *Mindfulness* y déficit visual: evaluación de un programa de *mindfulness* para personas con grave discapacidad visual. *Integración: Revista digital sobre discapacidad visual*, 69, 7-35.

1. Objetivos generales

- Mejorar el bienestar general adquirido tras la intervención en rehabilitación integral realizada una vez que los participantes en el programa se habían afiliado a la ONCE.
- Mejorar su ajuste al déficit visual en aquellos casos en que fuera necesario.
- Prevenir recaídas.

2. Objetivos específicos:

- Que los participantes en el programa conozcan su mente y la integren con su cuerpo.
- Que discriminen pensamientos, emociones, sensaciones.
- Que regulen sus emociones.
- Que sean compasivos consigo mismos.
- Que conozcan y apliquen en su vida diaria conceptos como la atención concentrada, la atención plena, la perspectiva del observador, la presencia consciente, la aceptación sin juicio, la desidentificación, la no reactividad, la impermanencia, etc.

La base principal del diseño ha sido el del *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) de Kabat-Zinn y se ha ampliado con meditaciones de autocompasión del programa MSC (por sus siglas en inglés; *Mindfulness y autocompasión*) de Vicente Simón y Marta Alonso Maynar (Simón y Alonso, 2013; Alonso, 2013).

4.2.1. Materiales empleados

Los recursos materiales, didácticos e instalaciones que se emplearon fueron los siguientes:

PELÁEZ, E. (2016). *Mindfulness* y déficit visual: evaluación de un programa de *mindfulness* para personas con grave discapacidad visual. *Integración: Revista digital sobre discapacidad visual*, 69, 7-35.

Tabla 6. Recursos materiales, didácticos e instalaciones empleadas

Recursos materiales	Recursos didácticos (grabaciones, documentos)		Instalaciones
Esterillas/ colchonetas Cojines	Tipo	Fuente	Sala tranquila Sillas cómodas
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Audios</i> • Introducción al escaneo corporal. • Introducción a la atención plena a la respiración. • Instrucciones generales para la práctica del yoga corporal. • Sobre la práctica de la atención plena. • Ejercicio de exploración corporal (20 min). Ejercicio de exploración corporal (40 min). • Atención plena a la respiración. • Sesión de yoga corporal. Serie A de Massachusetts. • <i>Mindfulness</i> completo. 	(Nirakara Mindfulness Institute)	
	<ul style="list-style-type: none"> • Meditación de autocompasión. • Meditación preparatoria. • Anclajes en la respiración y en la postura. • Pausa de autocompasión y abrazo tranquilizador. • Meditación de compasión para la persona difícil. 	(Simón y Alonso, 2013)	
	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexiones sobre la práctica formal e informal. • Registro de la práctica formal e informal. • Bitácora de eventos agradables. • Bitácora de eventos desagradables. • Píldora de consciencia corporal. • Calendario de práctica. 	(Nirakara Mindfulness Institute)	
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Vídeos</i> • Vídeo sobre posturas de meditación. • Otros vídeos. 	(Nirakara Mindfulness Institute)	
	<ul style="list-style-type: none"> • Lecturas. • Bibliografía. 	(Nirakara Mindfulness Institute)	

La realización de programas de *mindfulness* por parte de personas con discapacidad visual no requiere más adaptaciones que las propias de acceso al contexto y al material. Por tanto, se realizaron exclusivamente las adaptaciones de materiales

PELÁEZ, E. (2016). *Mindfulness* y déficit visual: evaluación de un programa de *mindfulness* para personas con grave discapacidad visual. *Integración: Revista digital sobre discapacidad visual*, 69, 7-35.

a los déficits sensoriales. Así, no solo los audios de las prácticas de meditación o yoga se distribuyeron en este formato, sino también todos los documentos que se señalan en la tabla anterior en el apartado *Audios*, con el objetivo de que todos los participantes tuvieran un acceso rápido y seguro a los contenidos, independientemente del acceso a la información que tuvieran: lectura por voz, lectura de caracteres alfabéticos, etc. Todos los audios fueron grabados con la voz del facilitador. Así mismo, se realizó la guía física de las posiciones de yoga, cuando ello fue necesario.

4.2.2. Metodología empleada

La metodología empleada en la intervención grupal ha sido la siguiente:

- Exposición contenidos teóricos.
- Prácticas en grupo de las técnicas de *mindfulness*.
- Comentarios en pequeño grupo.
- Comentarios en gran grupo.
- Propuesta de prácticas y lecturas para la vida diaria fuera de las sesiones.
- Autoevaluación de la práctica en la vida diaria a través de registros sonoros o escritos.

4.2.3. Estructura del programa

Se diseñaron ocho sesiones de intervención, aplicadas semanalmente, con una duración de entre dos y tres horas. Su contenido se organizó en dos ámbitos diferentes: las sesiones formales semanales y la práctica individual diaria. Por problemas de organización, no se pudo diseñar la jornada de práctica intensiva.

- Sesiones semanales: cada sesión se estructuró de la siguiente manera:
 1. Revisión de la práctica realizada durante la semana (excepto la primera sesión):
 - a. Práctica formal. Audios, registro, reflexiones: obstáculos que hubieran sobrevenido, reflexiones sobre ellos, aprendizaje en las prácticas, resultados de la práctica y otras reflexiones (expresión libre).
 - b. Práctica informal: situaciones cotidianas elegidas y/o practicadas, registro, descripción de la situación, descripción de la experiencia (corporal,

- emocional y cognitiva), aprendizaje en las prácticas, resultados de la práctica y otras reflexiones (expresión libre).
- c. Comentarios a los textos y/o vídeos enviados con anterioridad.
2. Exposición teórica y/o introducción a la técnica de *mindfulness*. La introducción-refuerzo de contenidos teóricos o referidos a la experiencia, especialmente a partir de la tercera sesión, se realizaron al hilo de las exposiciones en gran grupo de los participantes.
 3. Práctica de la técnica de *mindfulness* elegida.
 4. Práctica de escucha atenta por parejas.
 5. Puesta en común en gran grupo de la experiencia de la meditación y de la escucha atenta. (Los pasos del 2 al 5 se podían repetir si se introducía más de una técnica en la sesión).
 6. Práctica y registro propuestos para la semana.
- Práctica diaria: los participantes se comprometieron a realizar las prácticas que se proponían, al menos durante 20 minutos diarios, seis días a la semana. Para ello, después de cada sesión se envió un correo electrónico a cada participante en el que se le recordaba la práctica formal e informal diaria propuesta para esa semana al final de la última sesión, y se daban instrucciones y la referencia de los audios necesarios para las prácticas formales (que fueron entregados al inicio del programa). Así mismo, se adjuntaba una lectura relacionada con los contenidos desarrollados en la sesión y, en ocasiones, también un vídeo u otros materiales para motivar el aprendizaje y la práctica.

4.2.4. Contenidos

El taller se desarrolló a lo largo del tercer trimestre de 2015 en las instalaciones de la sede de la ONCE, en el despacho de la facilitadora.

En la Tabla 7 se da cuenta de la estructuración del programa de 8 sesiones. No se detallan las prácticas propuestas en cada sesión para la semana, pero sí se señalan los materiales nuevos introducidos en cada una de ellas.

PELÁEZ, E. (2016). *Mindfulness* y déficit visual: evaluación de un programa de *mindfulness* para personas con grave discapacidad visual. *Integración: Revista digital sobre discapacidad visual*, 69, 7-35.

Tabla 7. Contenidos del taller

Sesión	Contenidos	Prácticas	Materiales
Sesión 1	Introducción al <i>mindfulness</i> . Definición y componentes. Qué no es <i>mindfulness</i> . El triángulo de la experiencia: emoción, sensación, pensamiento. Relación mente-cuerpo.	Introducción a la práctica formal e informal. Ejercicio de exploración corporal (20 minutos). Meditación de la pasa.	<i>Audios</i> : Introducción al escaneo corporal. Ejercicio de exploración corporal (20 minutos). Reflexiones sobre la práctica formal e informal. Registro de la práctica formal e informal. <i>Lectura y vídeo</i> .
Sesión 2	La respuesta de estrés. Ansiedad. Evitación experiencial. Aceptación. Emociones. Etiquetaje emocional. Correlato corporal.	Ejercicio de exploración corporal (40 minutos). Bitácora de eventos agradables.	<i>Audios</i> : Ejercicio de exploración corporal (40 minutos). Bitácora de eventos agradables. Píldora de consciencia corporal. <i>Lectura y vídeo</i> .
Sesión 3	Ampliación y refuerzo de contenidos anteriores al hilo de la participación de los integrantes del grupo.	Practica de atención a la respiración. Bitácora de eventos desagradables.	<i>Audios</i> : Introducción a la atención plena a la respiración. Atención plena a la respiración. Bitácora de eventos desagradables. <i>Lectura y vídeo</i> .
Sesión 4	Ampliación y refuerzo de contenidos anteriores al hilo de la participación de los integrantes del grupo.	Meditación caminando.	<i>Lectura</i> .
Sesión 5	Ampliación y refuerzo de contenidos anteriores al hilo de la participación de los integrantes del grupo.	Yoga corporal.	<i>Audios</i> : Instrucciones generales para la práctica del yoga corporal. Sesión de yoga corporal. Serie A de Massachusetts. <i>Lectura</i> .
Sesión 6	Introducción a la práctica de la atención plena. Introducción a las diferentes posturas de meditación.	Meditación en la respiración, los sonidos, los pensamientos y la atención plena.	<i>Audios</i> : Sobre la práctica de la atención plena. <i>Mindfulness</i> completo. <i>Vídeo</i> sobre posturas de meditación. <i>Lectura</i> .

PELÁEZ, E. (2016). *Mindfulness* y déficit visual: evaluación de un programa de *mindfulness* para personas con grave discapacidad visual. *Integración: Revista digital sobre discapacidad visual*, 69, 7-35.

Sesión	Contenidos	Prácticas	Materiales
Sesión 7	Introducción a la meditación de la compasión y autocompasión.	Meditación de auto-compasión. Meditación de autocompasión y abrazo tranquilizador.	<i>Audios:</i> Meditación de auto-compasión. Meditación preparatoria. Anclajes en la respiración y en la postura. Pausa de autocompasión y abrazo tranquilizador. <i>Lectura.</i>
Sesión 8	Meditación para la persona difícil. Píldoras de sabiduría. Cómo consolidar la práctica del <i>mindfulness</i> después de MBI individual y en grupo (sangha). Diseño de la práctica personal.	Meditación de compasión para la persona difícil.	<i>Audios:</i> Meditación de compasión para la persona difícil. Calendario de práctica. <i>Bibliografía.</i> <i>Lectura.</i>

Se realizaron algunas adaptaciones técnicas y de procedimientos a los déficits sensoriales y motrices de los participantes, así como a sus condiciones de salud.

5. Análisis estadísticos

A nivel descriptivo, se calcularon, para cada variable, las medias y desviaciones típicas pre y post. A nivel inferencial, para valorar las diferencias significativas entre las medidas pre y post, se utilizó el Índice de Cambio Fiable (RCI) a un nivel de confianza de 95 % y nivel de significación ($\alpha = 0,05$) (Iraurgi, 2010). Las diferencias se consideraron significativas cuando sus valores eran superiores a +1,96 y a -1,96.

Resultados

Los resultados muestran que ha habido cambios en la dirección esperada en todas las variables evaluadas excepto en una, así como también a nivel individual y en las opiniones subjetivas recogidas de los participantes.

PELÁEZ, E. (2016). *Mindfulness* y déficit visual: evaluación de un programa de *mindfulness* para personas con grave discapacidad visual. *Integración: Revista digital sobre discapacidad visual*, 69, 7-35.

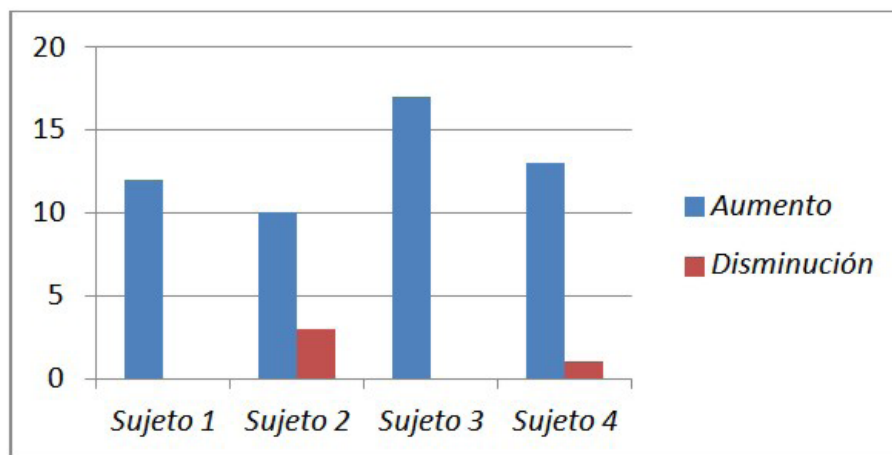
Tabla 8. Medias, diferencia de medias y desviaciones típicas pre y post de cada variable evaluada

Escalas	Variables evaluadas	M			DT	
		Pre	Post	Dif.	Pre	Post
NAS	Indicadores ansiedad depresión	24,5	26,25	1,75	2,88	1,5
	Ideación suicida	19,5	19,75	0,25	1	0,5
	Autoestima	34,75	39	4,25	3,30	4,69
	Actitudes	25,75	28,5	2,75	6,5	5,25
	Aceptación	29,25	35	5,75	2,62	2,94
	Autoeficacia	31,25	32,25	1	6,80	4,78
	Estilo atributivo	20,75	21,25	0,5	2,5	2,62
FFMQ	Observación	29,75	29	-0,75	7,84	7,39
	Descripción	30	32,25	2,25	7,57	8,38
	Actuación consciente	24,75	29	4,25	5,73	3,16
	No reactividad a la experiencia interna	24,25	29,25	5	5,31	4,03
	No juzgar la experiencia interna	21	25,5	4,5	4,54	5,74
SCS	Autoamabilidad	3,1	3,9	0,8	0,62	0,80
	No te enjuicias	2,7	4,15	1,45	1,01	0,41
	Humanidad compartida	2,56	3,87	1,31	0,42	0,43
	No te aíslas	2,5	4,12	1,62	0,93	0,14
	Mindfulness	2,75	3,31	0,56	0,61	0,51
	No te sobreidentificas	2,25	3,5	1,25	0,67	0,73
	Promedio total autocompasión	2,64	3,81	1,17	0,58	0,25
EQ	Capacidad de descentramiento	36,25	43	6,75	6,07	7,07
AAQ-II	Aceptación/evitación experiencial/ inflexibilidad cognitiva	30,75	20,5	-10,25	2,98	5,80

El signo de las diferencias entre las medias post y pre fue positivo en todas las variables y negativo en la última (*Aceptación/evitación experiencial/flexibilidad cognitiva*), como era esperable, y señalan cambios en la dirección deseada de mejora en dichas variables. Únicamente en la variable *Observación*, del FFMQ, la diferencia fue negativa, indicando un cambio en la dirección no deseada.

1. Resultados del total de subescalas para cada sujeto

Tabla 9. Número de variables con cambio significativo en cada sujeto



El Sujeto 3 presentó aumentos significativos en diecisiete variables de las veintiuna evaluadas y ninguna disminución significativa en ninguna variable, por lo que fue el sujeto con un cambio positivo mayor, seguido del Sujeto 4, que presentó aumentos significativos en trece variables y disminución significativa en una variable, y por el Sujeto 1, que presentó aumentos significativos en doce variables y no disminuyó significativamente en ninguna. El Sujeto 2 presentó aumentos significativos en diez variables, pero disminuyó, también significativamente, en tres variables, por lo que fue el sujeto que presentó un cambio positivo menor.

2. Resultados de la evaluación cualitativa del programa

Además de las pruebas estandarizadas y los cuestionarios, se elaboró ex profeso y se envió por correo electrónico a cada participante del MBI para su cumplimentación individual, una batería de preguntas divididas en dos apartados: cuestiones generales y cuestiones concretas, sobre su valoración del programa.

Un resumen de los resultados se encuentra en el apartado *Discusión*.

3. Asistencia a las sesiones del programa

La afluencia a las sesiones fue muy alta, y las faltas de asistencia que se produjeron estuvieron relacionadas con la coincidencia de las sesiones con revisiones médicas

periódicas, agravamiento de las dificultades sensoriales y, en un caso, por dificultades en la coordinación con el apoyo previsto para su traslado a las sesiones debido a las limitaciones motrices.

Discusión

Los cambios observados en todas las variables, excepto en la variable *Observación*, han ido en la dirección esperada: ha habido una disminución en *Indicadores de ansiedad-depresión*, *Ideación suicida* (a mayor puntuación en ambas menor sintomatología), y *Evitación experiencial*, y un aumento en todas las demás variables.

Estos cambios han sido significativos en todas las variables, excepto en dos: *Estilo atributivo* y *Observación*.

Las variables en las que ha habido mejoras significativas, y en todos los participantes, han sido las siguientes: *Aceptación del déficit visual*, *No reactividad a la experiencia interna*, *No te enjuicias*, *Humanidad compartida*, *No te aíslas* y *Promedio total Autocompasión*.

Las últimas cuatro variables corresponden a la evaluación de la autocompasión, por lo que sería en esta variable donde todos los participantes han conseguido las mejoras más amplias. «La compasión es el bálsamo que quita el miedo. Solo con la compasión podemos atravesar el sufrimiento sin miedo y salir sanos y salvos de las duras experiencias que la vida nos depara. Sin miedo al sufrimiento, ¿qué queda? El alivio del corazón sereno y regenerado» (Simón y Alonso, 2013). Por otro lado, la humanidad compartida nos abre a los demás, sabemos que no estamos solos y que el sufrimiento forma parte de la naturaleza humana. Y del aislamiento, tendencia especialmente fuerte en las personas que se hallan sumidas en el dolor, pasamos a darnos cuenta de todo lo que nos une con los demás (Burch, 2014). Por otra parte, la investigación en esta área muestra «claramente que la autocompasión está relacionada con el bienestar emocional y que disminuye la ansiedad y la depresión, fomentando el mantenimiento de hábitos saludables como la dieta y el ejercicio, y se asocia a una mayor satisfacción en las relaciones personales» (Simón y Alonso, 2013). Además, «La autocompasión proporciona fuerza emocional y capacidad de recuperación o resiliencia, lo que nos permite admitir nuestros defectos y verlos con claridad y discernimiento, perdonarnos y revivificarnos con la bondad, promover el cuidado

de los demás y el nuestro propio de una forma equilibrada» (Simón y Alonso, 2013). Todos estos aspectos son claves para el bienestar de personas de las características de los participantes en el programa.

Por otra parte, la mejora en la *aceptación del déficit visual* (grado en que se asumen las consecuencias del déficit, sin magnificarlas ni minimizarlas, y cogniciones acerca de la discapacidad visual) es uno de los objetivos principales de la intervención de los psicólogos que trabajamos con personas con déficit visual. La *no reactividad a la experiencia interna* o «permitir a los pensamientos y emociones ir y venir sin dejarse llevar ni atrapar por ellos o sin rechazarlos» es uno de los procesos básicos de *mindfulness* (Alonso, 2013), y el paso previo para, en lugar de *reaccionar* a la experiencia —especialmente cuando esta resulta difícil—, «descubrir formas de *responder* creativamente, con un corazón amable y flexible, a cualquier circunstancia» (Burch, 2014).

El siguiente grupo de variables en el que más participantes —en este caso, tres de los cuatro— han presentado mejoras significativas está formado por las siguientes: *autoeficacia*, *no te sobreidentificas*, *capacidad de descentramiento*, *aceptación/evitación experiencial/inflexibilidad cognitiva*.

La *autoeficacia* es un factor de motivación ante el aprendizaje de nuevas tareas, por lo tanto, clave en el proceso de rehabilitación de una persona con déficit visual, y, por otro lado, «la pérdida de visión disminuye las expectativas de eficacia en una amplia gama de conductas» (Dodds, 2006) y, por lo tanto, objetivo importante de la intervención psicológica.

La *capacidad de descentramiento* (observar los pensamientos y los sentimientos de uno mismo como acontecimientos temporales de la mente, en lugar de como reflejos del uno mismo que son necesariamente verdad, adoptando hacia ellos una postura centrada en el presente, sin juzgar y aceptándolos como son) es una capacidad básica de *mindfulness*, que nos ayuda a no sobreidentificarnos con los pensamientos y sentimientos dolorosos.

La *evitación experiencial* (esfuerzos deliberados por evitar o escapar de eventos internos, como emociones, pensamientos, memorias, sensaciones corporales que se experimentan como aversivas) conduce directamente a todo lo contrario, a exacerbarlas hasta llevar a la persona a sentirse aún más fuera de control, por lo que la

mejor opción es entrar en contacto con ellas, aceptarlas y ajustar nuestra conducta a lo que la situación requiere en función de nuestros valores (Alonso, 2013).

En el resto de variables, la mejora significativa la han obtenido uno o dos participantes.

La única variable cuyo resultado no ha ido en la dirección esperada —es decir, ha disminuido en lugar de aumentar, aunque el cambio no ha sido significativo— ha sido la variable *observación* o «darse cuenta o prestar atención a estímulos internos y externos, como sensaciones, emociones, cogniciones, olores, sonidos y visiones». Esto podría deberse a que antes de conocer y practicar *mindfulness* podemos pensar que nos mantenemos más conscientes de estos estímulos en la vida diaria de lo que después de practicar *mindfulness* —con una perspectiva más realista— observamos.

A nivel individual, los cuatro participantes consiguieron cambios significativos en un rango de entre diez y diecisiete variables, de las veintiuna evaluadas, siendo el Sujeto 3 el que presentó un cambio positivo mayor, con aumento significativo en diecisiete variables y ninguna disminución, y el Sujeto 2 el que presentó un cambio positivo menor, con aumentos significativos en diez variables, pero disminución, también significativa, en tres. Sin embargo, esta disminución en variables como *autoeficacia*, *actuación consciente* y *capacidad de descentramiento* podría tener, a la luz del conocimiento que se posee de esta persona como usuaria del servicio de Apoyo Psicosocial, una explicación positiva para ella, ya que en la primera variable, *autoeficacia*, el descenso podría deberse —como consecuencia de las habilidades recientemente adquiridas— a una reducción del alto perfeccionismo y de la autoexigencia que muestra habitualmente, y en *actuación consciente* y *capacidad de descentramiento* a que podría haber sobrevalorado en ella estas capacidades antes de iniciar el programa, ya que practicaba con anterioridad yoga. Habría que confirmar estas hipótesis.

En la evaluación cualitativa del programa, los participantes expresan todos ellos que les ha sido muy útil, con beneficios para su vida de 9,25 sobre 10 de media, y aplicable a sus vidas diarias. Han aprendido a escucharse, a darle el tiempo necesario a cada cosa, a detenerse, a disfrutar del valor de lo cotidiano, a vivir el aquí y el ahora siendo más conscientes, a aceptar las experiencias internas y no reaccionar ante ellas, a aceptarse con sus virtudes y defectos, a ser consciente de sus posibilidades, a no juzgarse, a ser más empáticos con los demás, a disfrutar de las cosas. También señalan mayor serenidad y relajación. Una de las cosas que más les ha gustado

ha sido compartir la experiencia con sus compañeros, en la línea de la *humanidad compartida*. Se sienten con herramientas para seguir practicando y quieren seguir practicando, individualmente y en grupo. Respecto a los materiales, que han sido de su agrado, señalan algunas dificultades de acceso a la información que habrá que tener en cuenta para futuras convocatorias, así como con el espacio en el que se realizaron las sesiones, algo ruidoso en ocasiones. No les ha parecido especialmente difícil el programa y lo recomendarían a otras personas.

A la vista de estos resultados, parece que el entrenamiento grupal en *mindfulness*, de ocho semanas de duración, puede aliviar el sufrimiento de personas con déficit visual grave y progresivo. En cuanto a si este tipo de entrenamiento puede evitar o reducir recaídas, será necesario realizar nuevas mediciones de las variables estudiadas en meses posteriores.

Estos iniciales y esperanzadores resultados deberán ser confirmados en futuras investigaciones menos limitadas que la actual.

Bibliografía

- ALONSO, M. (2013). *Mindfulness* en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. En: M. T. MIRÓ y V. SIMÓN (eds.), *Mindfulness en la práctica clínica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- BAER, R. A., WALSH, E., y LYKINS, E. L. B. (2014). Evaluación del *mindfulness*. En: F. DIDONNA (ed.), *Manual clínico de mindfulness*, p. 283-310. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- BARAJAS, S. (2013). *Evitación cognitivo-conductual, aceptación psicológica y mindfulness en la psicopatología de la ansiedad y la depresión*. Tesis doctoral sin publicar. Universidad de Castilla-La Mancha, Albacete.
- BURCH, V. (2014). *Vivir bien con el dolor y la enfermedad: mindfulness para liberarte del sufrimiento*. Barcelona: Kairós.
- CACHO, A., y CHECA, J. (2003). Tratamiento psicológico para el ajuste a la discapacidad visual. Marco general. En: J. CHECA, P. DÍAZ y R. PALLERO (coords.), *Psicología y ceguera: manual para la intervención psicológica en el ajuste a la deficiencia visual* [formato DOC], p. 170-263. Madrid: Organización Nacional de Ciegos Españoles.

PELÁEZ, E. (2016). *Mindfulness* y déficit visual: evaluación de un programa de *mindfulness* para personas con grave discapacidad visual. *Integración: Revista digital sobre discapacidad visual*, 69, 7-35.

CEBOLLA, A., GARCÍA-PALACIOS, A., SOLER, J., GUILLEN, V., BAÑOS, R., y BOTELLA, C. (2012). [Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire \(FFMQ\) \[formato PDF\]](#). *The European Journal of Psychiatry*, 26(2), 118-126.

CENTER FOR MINDFUL SELF-COMPASSION (s. f.). [Test autocompasión \[página web\]](#). Recurso en línea.

DÍAZ, M., y PALLERO, R. (2003). El proceso de ajuste a la discapacidad visual. En: J. CHECA, P. DÍAZ y R. PALLERO (coords.), *Psicología y ceguera: manual para la intervención psicológica en el ajuste a la deficiencia visual* [formato DOC], p. 45-99. Madrid: Organización Nacional de Ciegos Españoles.

DODDS, A. G. (1991). Aspectos multidimensionales del ajuste emocional a la pérdida visual sobrevenida: una alternativa cognitiva al modelo de pérdida. En: *6.ª Conferencia Internacional de Movilidad* [formato DOC], tomo 2, p. 85-92; Madrid (España), 9-12 de septiembre de 1991. Madrid: Organización Nacional de Ciegos Españoles.

DODDS, A. G. (2006). *Instrumentos de evaluación psicológica del ajuste a la discapacidad visual: Escala de ajuste de Nottingham*. Madrid: Organización Nacional de Ciegos Españoles.

GARCÍA-CAMPAYO, J., NAVARRO-GIL, M., ANDRÉS, E., MONTERO-MARÍN, J., LÓPEZ-ARTAL, L., y PIVA DEMARZO, M. M. (2014). [Validation of the Spanish versions of the long \(26 items\) and short \(12 items\) forms of the Self-Compassion Scale \(SCS\) \[formato PDF\]](#). *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(4).

GERMER, C. (2015). *Mindfulness: ¿qué es y qué importancia tiene?* En: C. K. GERMER, R. D. SIEGEL y P. R. FULTON, *Mindfulness y psicoterapia*, p. 29-72. Bilbao: Desclée de Brouwer.

IRAURGI, I. (2010). [Evaluación de resultados clínicos \(y III\): Índices de Cambio Fiable \(ICF\) como estimadores del cambio clínicamente significativo \[formato PDF\]](#). *Norte de salud mental*, (8)36, 105-122.

KABAT-ZINN, J. (2013). *Vivir con plenitud las crisis*. Barcelona: Kairós.

KABAT-ZINN, J. (2014). Prefacio. En: F. DIDONNA (ed.), *Manual clínico de mindfulness*, p. 33-46. Bilbao: Desclée de Brouwer.

PELÁEZ, E. (2016). *Mindfulness y déficit visual: evaluación de un programa de mindfulness para personas con grave discapacidad visual*. *Integración: Revista digital sobre discapacidad visual*, 69, 7-35.

LAZAR, S. W. (2015). La neurobiología de *mindfulness*. En: C. K. GERMER, R. D. SIEGEL y P. R. FULTON, *Mindfulness y psicoterapia*, p. 405-422. Bilbao: Desclée de Brouwer.

MARQUÈS-BROCKSOPP, L. (2014). Mindfulness, spiritual well-being, and visual impairment: an exploratory study. *British Journal of Visual Impairment*, 32(2), 108-123.

NEFF, K. D. (2003). [The development and validation of a scale to measure self-compassion \[formato PDF\]](#). *Self and Identity*, 2, 223-250.

NIRAKARA MINDFULNESS INSTITUTE (2015). *Programa de reducción de estrés basado en mindfulness (MBSR)*. CD-Rom.

ORGANIZACIÓN NACIONAL DE CIEGOS ESPAÑOLES (2016). [Requisitos para la afiliación a la ONCE \[página web\]](#).

PALLERO, R. (2008). [Ajuste psicosocial a la discapacidad visual en personas mayores \[formato PDF\]](#). *Integración: revista sobre ceguera y deficiencia visual*, 55, 34-42.

RUIZ, F. J., LANGER, Á. I., LUCIANO, C., CANGAS, A. J., y BELTRÁN, I. (2013). [Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire – II \[formato PDF\]](#). *Psicothema*, 25(1), 123-129.

SAN ROQUE, L., KENDRICK, K. H., NORCLIFFE, E., BROWN, P., DEFINA, R., DINGEMANSE, M., DIRKSMEYER, T., ENFIELD, N. J., FLOYD, S., HAMMOND, J., ROSSI, G., TUFVESSON, S., PUTTEN, S. VAN, y MAJID, A. (2015). [Vision verbs dominate in conversation across cultures, but the ranking of non-visual verbs varies \[formato PDF\]](#). *Cognitive Linguistics*, 26(1), 31-60.

SIMÓN, V., y ALONSO, M. (2013). *Meditaciones de mindfulness y autocompasión*. [3 CD]. Ibiza: Duradisc.

SOLER, J. (2014). Evaluación del *mindfulness*. En: A. CEBOLLA, J. GARCÍA-CAMPAYO y M. DEMARZO (coords.), *Mindfulness y ciencia: de la tradición a la modernidad*. Madrid: Alianza.

PELÁEZ, E. (2016). *Mindfulness y déficit visual: evaluación de un programa de mindfulness para personas con grave discapacidad visual*. *Integración: Revista digital sobre discapacidad visual*, 69, 7-35.