

Artículo

Nuevas Adaptaciones Para la Aplicación del Mindfulness a la Psicosis

Horus Laffite Cabrera¹ , Juan Antonio Díaz-Garrido^{1,2} , María Francisca Martínez-Huidobro¹ 
y Tatiana Roncancio Medina³ 

¹Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas (España)

²Profesor Facultad de Psicología. Universidad Fernando Pessoa Canarias (UFP-C), Las Palmas (España)

³Unidad de Investigación. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas (España)

INFORMACIÓN

Recibido: Junio 20, 2023

Aceptado: Julio 25, 2023

Palabras clave

Mindfulness
Intervenciones basadas en
mindfulness
Psicosis
Alucinaciones

RESUMEN

El uso clínico del mindfulness adaptado a la psicosis ha sido rechazado por algunos profesionales de la Salud Mental debido a prejuicios y falta de información. Sin embargo, la evidencia actual ha demostrado que las Intervenciones Basadas en Mindfulness (MBI) son seguras y tienen numerosos beneficios en los trastornos del espectro psicótico. Las MBI son adaptables a diferentes contextos y situaciones clínicas, incluido el deterioro cognitivo, y aunque no constituye su objetivo principal, pueden facilitar la reducción de la sintomatología negativa en la psicosis. Las MBI permiten a las personas con psicosis enfrentar las experiencias alucinatorias desde una perspectiva diferente, fomentando la flexibilidad, la regulación emocional y la aceptación. Es importante adaptar las intervenciones a las características de la psicosis, así como distinguir entre los diferentes tipos de prácticas, para aplicarlas de manera diferencial según la sintomatología específica y las características de la persona.

New Adaptations in the Application of Mindfulness to Psychosis Spectrum Disorders

ABSTRACT

The clinical use of psychosis-adapted mindfulness has been rejected by some mental health professionals due to biases and lack of information. However, current evidence has demonstrated the safety and numerous benefits of mindfulness-based interventions (MBIs) in psychotic spectrum disorders. MBIs are adaptable to diverse clinical contexts and situations, including cognitive impairment, and although it is not their primary objective, they can facilitate the reduction of negative symptomatology in psychosis. MBIs enable individuals with psychosis to approach hallucinatory experiences from an alternative perspective, fostering flexibility, emotional regulation, and acceptance. It is crucial to tailor interventions to the characteristics of the psychosis, as well as to differentiate between the various types of practices, in order to apply them differentially depending on the specific symptoms and characteristics of the individual.

Keywords

Mindfulness
Mindfulness-based interventions
Psychosis
Hallucinations

Introducción

Los prejuicios y la falta de información acerca de cómo funciona el mindfulness adaptado clínicamente a la psicosis han favorecido el desarrollo de una corriente de opinión, incluso por parte de algunos profesionales de la Salud Mental, que rechaza la aplicación de la atención plena en los Trastornos del Espectro Psicótico (TEP) por considerarla peligrosa (Böge et al., 2021). A esto ha contribuido la publicación de algunos artículos que han asociado la ocurrencia de episodios psicóticos a la realización de prácticas meditativas (Sethi y Bhargava, 2003; Kuijpers et al., 2007; Joshi et al., 2021; Goud, 2022). Sin embargo, estos estudios de caso hacen referencia a prácticas que incorporan episodios de meditación intensos, muchas veces dentro de retiros, que incluyen con frecuencia estresores adicionales como la restricción de sueño o alimento, además de la falta de formación específica de quienes las imparten (Shonin et al., 2014). Atendiendo a esto, no sólo es trascendental distinguir entre el mindfulness y otras formas meditativas que pueden conllevar alto riesgo para las personas con psicosis, sino que, dentro de la propia práctica de mindfulness, conviene tener en cuenta que existen distintos tipos de intervenciones que pueden resultar beneficiosas o no según las características clínicas de la persona y de la propia psicosis. Así, pueden diferir significativamente las Intervenciones Basadas en el Mindfulness (MBI, Mindfulness Based Interventions), que han demostrado evidencia para diferentes cuadros relacionados con el estrés y la depresión, como los formatos Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) (Kabat-Zinn, 2003), Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) (Segal et al., 2002), entre otros, de las intervenciones de mindfulness adaptadas específicamente para la psicosis (Chadwick, 2009, 2014), si bien ambas han sido aplicadas exitosamente en psicosis por profesionales cualificados.

La investigación sobre MBI aplicadas en psicosis se ha multiplicado durante la última década, obteniéndose resultados favorables en la reducción del estrés y la angustia relacionada con los síntomas psicóticos (Jacobsen et al., 2019), incluso en fases agudas, donde han demostrado capacidad para reducir el riesgo de reingreso hospitalario (Jacobsen et al., 2020). Cramer et al., (2016), en su revisión metanálítica, encontraron evidencia moderada a corto plazo sobre los síntomas psicóticos totales, los síntomas positivos, así como las tasas y la duración de la hospitalización, y a largo plazo sobre los síntomas psicóticos totales y la duración de la hospitalización, sin efectos adversos graves. Yip et al., (2022) también han descrito reducciones significativas de la sintomatología positiva desde el inicio del tratamiento, así como efectos positivos sobre la calidad de vida, las habilidades de atención plena y la consciencia de enfermedad, especialmente sobre población joven, sin que tampoco se hayan referido efectos adversos graves. Por lo tanto, la reducción de la sintomatología positiva no sólo ha sido un hallazgo consistente, sino que su efecto puede persistir de manera independiente cuando se controla estadísticamente el efecto del tratamiento farmacológico (Usher et al., 2019). En su reciente revisión metanálítica, Ellett (2023) señala que el mindfulness en psicosis como una intervención prometedora, segura y eficaz, con resultados sobre la sintomatología positiva y negativa, con tamaños de efecto que varían de pequeños a grandes según el estudio analizado.

En un informe promovido por la Comunidad de Madrid (Luengo et al., 2018), se indica que las MBI, cuando se implementan como

estrategias de tratamiento coadyuvantes en pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG), reducen la sintomatología psicótica general, y mejoran la capacidad introspectiva, la calidad de vida y la tasa de reingresos hospitalarios. Tao et al., (2021) reportan efectos positivos sobre la introspección, la duración de la rehospitalización, la tasa de recuperación y el funcionamiento social.

Asimismo, varios estudios han reportado resultados prometedores sobre el deterioro cognitivo y la sintomatología negativa residual en personas con esquizofrenia (Ting et al., 2020; Shen et al., 2023), promoviendo la recuperación a través de un mejor funcionamiento diario (Ting et al., 2020) y la calidad de vida (López-Navarro et al., 2015). Además, la integración de la atención plena a un programa de rehabilitación cognitiva en psicosis ha demostrado efectos positivos sobre el control inhibitorio (López-Navarro et al., 2020), estrechamente relacionado con la calidad de vida y el funcionamiento social en psicosis (Ojeda et al., 2019; Peña et al., 2018).

Su aplicación se ha extendido con buenos resultados a las fases más tempranas de la psicosis, como los Primeros Episodios Psicóticos (PEPs) (Li et al., 2021; von Hardenberg et al., 2022) o incluso a estadios premórbidos, como los Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR) (Vignaud et al., 2019) con efectos beneficiosos sobre la ansiedad, el funcionamiento social y la calidad de vida mental (Tong et al., 2016).

Algunos autores señalan que en fases iniciales de la psicosis los efectos beneficiosos alcanzan al funcionamiento cognitivo (Langer et al., 2017, 2020). La integración de la atención plena en un programa de psicoeducación familiar puede contribuir a disminuir la emoción expresada (Zhang et al., 2023). Las intervenciones basadas en mindfulness también se han aplicado a distancia (Weintraub et al., 2023) y a través de realidad virtual (Plencler et al., 2022), con resultados prometedores. En el primero de los casos, la aplicación a distancia de una intervención en formato MBCT en una muestra de jóvenes con síntomas psicóticos atenuados, generó mejoras en el funcionamiento social en aquellos adolescentes con mayor adversidad en la infancia. Mientras que la aplicación a través de la realidad virtual en personas con diagnóstico de psicosis y edades entre 18 y 50 años redujo la sintomatología positiva y negativa, con efectos beneficiosos sobre la regulación emocional y el funcionamiento cognitivo.

Por lo tanto, el mindfulness constituye una técnica ampliamente adaptable, tanto a diferentes contextos como a diferentes momentos de evolución clínica de los TEP, incluyendo el deterioro cognitivo y la sintomatología negativa, variables clínicas fundamentales asociadas al déficit funcional. Las MBI grupales, con carácter general, se han mostrado seguras, viables, tienen una alta aceptación y adherencia (Louise et al., 2019; Jacobsen et al., 2020; Li et al., 2021), y son poco estigmatizantes, lo que puede facilitar su práctica, incluso de aquellas personas con escasa "conciencia de enfermedad".

Las MBI no se han desarrollado con el objetivo directo y explícito de reducir el malestar, y este principio se aplica de igual manera a las experiencias psicóticas. El objetivo de las MBI para la psicosis es ayudar a la persona a relacionarse de manera diferente con los síntomas psicóticos abandonando el control y la lucha contra los delirios y las alucinaciones, que en último término constituye la mayor fuente de sufrimiento. La práctica del mindfulness en TEP permite a las personas que experimentan fenómenos alucinatorios exponerse a estas experiencias desde otro punto de vista, sin

reaccionar, ni identificarse/fusionarse con ellas, fomentando la flexibilidad psicológica, la regulación emocional y la aceptación. La aceptación parece constituir un componente clave de la atención plena, especialmente relacionada con las dificultades para el afrontamiento de la sintomatología y el deterioro funcional (Raugh y Strauss, 2023). Las MBI fomentan la autocomprensión, favorecen la autoestima y empoderan a la persona en su proceso, facilitando la aceptación (Ashcroft et al., 2012). Del mismo modo, favorecen la observación y el reconocimiento de las propias emociones (Tong et al., 2016), así como la regulación emocional (Khoury et al., 2015). Según Chadwick (2019) el mindfulness en psicosis funciona a través de un proceso terapéutico humanizador central, caracterizado por conocimientos metacognitivos clave y una mayor aceptación tanto de la experiencia psicótica como del yo, no sólo basado en el compromiso con la práctica de la atención plena, sino también en el compromiso activo y constructivo con el proceso grupal.

Adaptando las MBI a la Psicosis

Las consideraciones básicas a la hora de adaptar las MBI para los TEP son las siguientes:

1. La práctica de la atención plena debe introducirse lo antes posible (Morris et al., 2019)
2. Practicar en grupos pequeños, entre seis y ocho participantes, con la participación de dos terapeutas o facilitadores que combinen experiencia y formación clínica en psicosis y en la práctica del mindfulness.

Este doble requisito reduce el número de profesionales que pueden aplicar la técnica, pero garantiza la seguridad de la práctica.

3. Reducir el tiempo de práctica a un máximo de 10 minutos (Chadwick, 2009, 2014), reduciendo así la carga atencional de la tarea.
4. Orientación verbal más frecuente y seguimiento continuo de la experiencia.

Los terapeutas deben ofrecer orientaciones o comentarios breves (Chadwick, 2009, 2014) cada 30-60 segundos, proporcionando un "anclaje" aquí y ahora que ayude a reconectarse con la experiencia presente. Durante la práctica se deben evitar los silencios prolongados y se debe emplear un lenguaje sencillo y concreto. La frecuencia de las orientaciones guiadas puede desvanecerse progresivamente para las personas con un manejo más avanzado, dentro de un marco de seguridad.

5. Normalizar el deseo de engancharse en la lucha o evitación de las experiencias psicóticas.

Al reorientar la práctica, las experiencias psicóticas pueden explicitarse de forma normalizada, sin otorgarles una relevancia especial o mayor que a la de otros pensamientos y sensaciones.

6. Permitir descansar o dejar de participar en cualquier momento en caso de ser necesario

Hay que tener en consideración que la práctica atencional puede ser cognitivamente exigente, y que en psicosis se ha descrito ampliamente la existencia de alteraciones neuropsicológicas (Sheffield et al., 2018). También se debe tener en cuenta la sensación de "bloqueo mental" que puede ocasionar la propia sintomatología aguda o que puede aparecer de manera secundaria ante el uso de antipsicóticos en dosis elevadas.

7. Adaptación de las medidas de autoinforme.

Las medidas para informar acerca de la experiencia deben simplificarse para facilitar su comprensión y cumplimentación, adaptándose a las características de la persona o grupo. En este sentido, Jacobsen et al. (2011) emplearon una escala analógica visual con "burbujas" de tamaños crecientes que representaban diferentes grados de estrés. El diálogo posterior debe tener características experienciales concretas, dirigidas a la naturaleza de la experiencia y cómo es vivida, evitando las referencias metacognitivas y religiosas en formato grupal.

8. La práctica fuera de las sesiones no es un requisito esencial.

Aunque se pueden entregar ejercicios y prácticas en soporte digital para estimular la práctica en casa, esto debe plantearse como una opción no obligatoria, para que cada persona adapte con flexibilidad la práctica a su situación personal. Hay personas con psicosis que pueden beneficiarse significativamente de dar continuidad en casa a la práctica (Jacobsen et al., 2022), mientras que para otras puede significar un importante estresor, a lo que se une no contar con la presencia física del terapeuta guía que actúa como regulador dando seguridad y confianza. Una práctica que podría ser recomendable entre sesiones puede ser la meditación de tres minutos de Segal (Chadwick, 2009), por su brevedad y simplicidad.

Además del interés y buena práctica que suponen estas adaptaciones con carácter general, nuestro equipo señala la necesidad de adaptar la técnica de forma específica teniendo en consideración la fenomenología psicótica de cada persona o grupo. Por ello, es muy relevante para el profesional a la hora de seleccionar el abordaje adecuado para cada paciente distinguir entre dos tipos de prácticas dentro del mindfulness: la atención focalizada y el monitoreo libre (Lutz et al., 2008). Esta distinción es fundamental puesto que cada una de las anteriores hace referencia a procesos diferentes, y, por lo tanto, han de proponerse según las características concretas de cada persona.

Atención Focalizada General y Directa

Para facilitar la selección y graduación de las prácticas diferenciaremos dos niveles dentro de la atención focalizada. En primer lugar, una *focalización general*, dirigida a facilitar la observación y el contacto con la ansiedad y el malestar general, centrada sobre la respiración, el cuerpo y los sentidos (entorno), y en segundo lugar una *focalización directa* sobre la fenomenología psicótica y sus características específicas.

Atención Focalizada Sobre el Malestar General

Con carácter general, el abordaje se inicia con las prácticas dirigidas a entrar en contacto con la ansiedad y el malestar general, sin incorporar explícitamente los fenómenos psicóticos hasta que la persona alcance un nivel de competencia suficiente. Inicialmente es adecuada la práctica de la atención centrada en la respiración, debido a que no es usual que la propia respiración se encuentre asociada con alucinaciones o ideas delirantes.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que los delirios y las alucinaciones cenestésicas y somáticas son comunes en la psicosis y generalmente no son exploradas en profundidad por los profesionales, por lo que la focalización de la respiración a nivel del pecho o del estómago puede suponer un ejercicio de

focalización directa sobre la fenomenología, en caso de que existan síntomas psicóticos sin explorar o no informados asociados a estas partes del cuerpo, pudiendo generar un importante malestar.

Los ejercicios de focalización general basados en la respiración, el cuerpo y los sentidos pueden ser aplicados, adaptando el tiempo, el uso del lenguaje y considerando la clínica presente, en todas las personas con independencia de su nivel de deterioro cognitivo, por lo que son adecuados para su uso en formatos grupales. En estados agudos, también serían adecuados los ejercicios de focalización general durante espacios de tiempo breves, debido a la sensación de “bloqueo mental” (Laffite et al., 2021).

Adaptación al Trauma de la Atención Focalizada Sobre el Malestar General

Las prácticas de focalización general, dirigidas a sensaciones exteroceptivas concretas (sentir las plantas de los pies, distinguir sonidos...) o bien un recorrido por los diferentes sentidos, también son adecuadas para los episodios disociativos que se producen en la psicosis, ya que facilitan reestablecer la corporalidad y tomar contacto con el momento presente.

Sin embargo, esto debe aplicarse con limitaciones cuando se refiere a la combinación de experiencias psicóticas y trauma, especialmente en relación con el abuso sexual, puesto que el propio cuerpo puede haber adquirido cualidades aversivas. Levine (2010; citado en Treleaven, 2018) señala que “un enfoque prematuro en las sensaciones [relacionadas con el trauma] puede resultar abrumador y acabar provocando una retraumatización”.

Asimismo, este abordaje debe plantearse exclusivamente en formato individual, sin perder de vista que una mala aplicación del mindfulness puede convertirlo en una estrategia de control del malestar o evitación experiencial (Salgado, 2015, 2021), donde la persona aprende a “escapar” a partir de redirigir su atención permanentemente a otros estímulos diferentes de aquellos que deberían ser objeto de intervención, o incluso, la persona puede aprender/automatizar procesos disociativos o generalizarlos a diferentes contextos, puesto que la “desconexión” es una forma de tratar de controlar o evitar la sintomatología. Esto implica la necesidad de que las MBI en TMG sean únicamente realizadas por personal con formación y experiencia clínica específica.

Treleaven (2018) señala la posibilidad de que determinada sintomatología postraumática se exacerbe durante la práctica del mindfulness, si bien señala que “practicado con discernimiento, puede aumentar la capacidad de integrar el trauma... mejorando la autorregulación” (p.65), por lo que plantea algunas adaptaciones específicas:

1. Las personas pueden elegir el ritmo de la experiencia y decidir si participar o no en cada momento.
2. Ofrecer de forma flexible diferentes alternativas prácticas (ojos abiertos o cerrados, adaptar la postura...).
3. Incorporar el movimiento en la práctica.
4. Estar atentos a los signos de posible disociación.
5. Utilizar las sensaciones exteroceptivas para asentarse.
6. Tener cuidado con el escáner corporal.
7. Tener en cuenta el modo en que nuestra presencia física afecta a los demás, permaneciendo dentro del campo visual.

8. Crear un espacio seguro, con iluminación adecuada, privado y avisando con antelación de lo que va a acontecer (predecible).

9. Crear un entorno olfativamente neutro, absteniéndose del uso de perfumes, inciensos o ambientadores.

El autor señala la relevancia de mantener las prácticas dentro de la denominada *ventana de tolerancia*, referida a un estado de activación intermedio capaz de ser gestionado por la persona. Permanecer dentro de la ventana de tolerancia implica cambiar la atención para favorecer la estabilidad, a través del empleo de anclas estabilizadoras de la atención.

Por otro lado, el trauma derivado del estigma que supone la propia condición psicótica se beneficia especialmente del abordaje grupal, donde la persona puede normalizar la experiencia, practicar y aprender con “otros” relevantes, puesto que los modelos que comparten la característica de la similitud (edad, dificultades...) son especialmente influyentes en el aprendizaje y la generalización de conductas. Por ello sugerimos el formato grupal como forma de abordaje preferente del estigma.

Atención Focalizada Específica Sobre Síntomas Psicóticos

Cuando se ha adquirido un nivel de práctica adecuado es posible incorporar ejercicios que impliquen la focalización directa, esto es, la atención dirigida específicamente sobre la fenomenología psicótica. Los ejercicios de focalización directa (exposición) sobre la fenomenología psicótica y sus características concretas serán adaptados para cada persona en particular y se realizará en el contexto seguro que facilita la sesión psicoterapéutica individual.

De manera previa han de valorarse las dificultades a nivel atencional, no siendo recomendable la práctica si existen sintomatología psicótica activa y marcados déficits atencionales (moderados o graves) cuando no se disponen de anclajes suficientemente entrenados. Esta precaución se explica debido a que los fenómenos psicóticos son experiencias poderosas que tienden a imponerse ejerciendo un efecto imán, por lo que existirán importantes dificultades para desenganchar a la persona de éstas.

Las prácticas de focalización específica sobre los síntomas se realizarán en espacios terapéuticos individuales hasta que la persona posee un nivel de capacitación adecuado. A continuación, exponemos un procedimiento de exposición contextual propio, basado en mindfulness.

La Terapia de Focalización en las Voces. Una Visión Contextual (Laffite et al., 2022, 2023)

Diferentes tipos de intervenciones atencionales han demostrado efectos igualmente diferenciales sobre las alucinaciones acústico-verbales. En este sentido, Madani et al., (2023) realizaron un ensayo clínico aleatorizado en el que compararon los efectos de tres tipos la evitación atencional, la focalización atencional, la atención plena y un grupo control, sobre la frecuencia y la angustia de las alucinaciones en pacientes con psicosis crónica. Los autores encontraron que los tres tipos de estrategias (evitación, focalización y atención plena) pueden funcionar para reducir la frecuencia de las voces, pero únicamente la atención plena tuvo efectos sobre la reducción de la angustia. Además, en el caso de la focalización, se

produjeron efectos perjudiciales sobre la angustia ante las voces, mientras que la evitación atencional no fue contraproducente.

La terapia de focalización en las voces (Bentall et al., 1994) planteaba el abordaje de los fenómenos alucinatorios persistentes desde la reducción del malestar que permitían la reatribución y la reinterpretación (cognitivas) de las alucinaciones a la propia persona, y no al exterior, como fuente de origen de las voces.

A diferencia de la propuesta cognitiva, desde la Terapia de Aceptación y Recuperación por Niveles de Deterioro (ART) (Díaz-Garrido et al., 2021) no se busca una reinterpretación de las voces (control), sino un distanciamiento y un cambio de relación con las mismas, por lo que la focalización en las voces se producirá en etapas sucesivas:

1. *Focalización sobre las características físicas.* Atención plena a través de los sentidos, incluyendo la de la fenomenología alucinatoria activa, desde la aceptación sin juicio.

Este procedimiento se empleará también para las alucinaciones somáticas o cenestésicas, redirigiendo la atención una y otra vez a notar las sensaciones sin juicio. La dificultad con esta clase de fenómenos se encuentra en la interpretación de estas, bien en relación con su origen y causas, o con las consecuencias temidas para la salud o la dirección vital.

Es extremadamente importante señalar que los anclajes utilizados para redirigir la atención han de ser elegidos por cada persona tras la práctica repetida de estos en terapia individual, puesto que la guía del terapeuta hacia anclajes comunes podría llevar a la persona a contactar directamente con elementos no seguros. Por lo tanto, recomendamos que la redirección durante la práctica hacia los anclajes se realice de forma neutra, indicando a las personas que se dirijan hacia sus anclas o zonas seguras respectivas.

2. *Focalización sobre el contenido de las voces,* buscando la aceptación y el cambio de relación en cuanto a la literalidad de estas, facilitando la defusión. Esta práctica puede generalizarse y fisicalizarse.

3. *Aceptación del malestar,* sin buscar la modificación o control de la experiencia alucinatoria y *Dirección hacia valores,* a pesar de la actividad fenomenológica.

Monitorización Libre

El segundo tipo de práctica a distinguir es el monitoreo o monitorización libre, que consiste en notar y ser consciente de cualquier experiencia interna o externa que aparezca (apertura radical), sin reaccionar, dejándola fluir, sin establecer un foco específico. El monitoreo libre presenta a nuestro parecer las siguientes dificultades para su aplicación en psicosis: 1) reconocer y reevaluar de forma continua las distintas experiencias sensoriales cambiantes requiere una importante exigencia atencional, que puede no ser adecuada para personas con niveles de deterioro cognitivo moderados o graves, 2) las alucinaciones son experiencias muy poderosas que tienden a imponerse ejerciendo un efecto imán, 3) algunas psicosis, como la esquizofrenia, suponen una importante alteración de la ipseidad (Sass y Parnas, 2003; García Montes y Pérez Álvarez, 2003), esto hace que experiencias como la denominada “conciencia dual”, que implica la distinción entre el *yo observador* y el *yo que experimenta*, pueden ser ampliamente confusas. Para un resumen de las diferentes adaptaciones véase [tabla 1](#).

Tabla 1
Adaptaciones Desde ART Para la Atención Plena en TEPs (Laffite et al., 2022)

Focalizada General	Focalizada específica	Monitoreo Libre
Pacientes agudos.	Formato individual.	Aplicación limitada.
Formato grupal.	Mayor experiencia práctica.	Formato individual.
Poca experiencia práctica.		Alta capacitación práctica.
Episodios disociativos y trauma (individual).	Valorar aplicación si hay deterioro atencional moderado o grave y síntomas positivos.	No deterioro cognitivo moderado o grave.

Conclusiones

Las MBI adaptadas para la psicosis constituyen una herramienta psicoterapéutica que no tiene como objetivo directo la reducción o eliminación de los fenómenos psicóticos, sino la aceptación de éstos, fomentando la flexibilidad psicológica y la regulación emocional. Las MBI son flexibles y adaptables a distintos momentos clínicos y contextos terapéuticos, teniendo carácter complementario con respecto a otros elementos del tratamiento.

Son recomendables algunas adaptaciones para su aplicación grupal como pueden ser: practicar en grupos pequeños con dos terapeutas o facilitadores, reducir el tiempo de práctica, dar orientación verbal más frecuente y brindar un seguimiento continuo de la experiencia, o adaptar las medidas de autoinforme.

Sobre estas recomendaciones generales, nuestro equipo añade adaptaciones clínicas específicas según la sintomatología de cada persona, distinguiendo entre diferentes técnicas. Al aplicar mindfulness en psicosis destacamos la importancia de comenzar con prácticas basadas en la focalización sobre el malestar general que producen los fenómenos psicóticos, sin incluirlos explícitamente hasta que se alcance un nivel de competencia práctica adecuado.

Las prácticas de focalización general también son adecuadas para los episodios disociativos que se producen en psicosis, ya que facilitan reestablecer la corporalidad y tomar contacto con el momento presente. La práctica del mindfulness cuando exista trauma relacionado tendrá que ser adaptada, y se realizará en el contexto seguro de la terapia individual. No obstante, el estigma sobre la propia psicosis sí será abordado en formato grupal.

Las prácticas de focalización específica sobre los síntomas se realizarán en espacios terapéuticos individuales hasta que la persona posea un nivel de capacitación adecuado.

Debido a las dificultades específicas que puede presentar el monitoreo libre en la psicosis, sugerimos que éste se aplique de manera limitada y teniendo en consideración las características concretas de la persona.

Si bien las MBI constituyen una práctica con un enorme potencial para la mejoría afectiva y funcional de las personas con psicosis, también pueden suponer un importante estresor, por lo que deben ser aplicadas únicamente por profesionales con formación clínica específica, realizando adaptaciones y ajustes específicos en relación con cada persona y su sintomatología.

Conflicto de Intereses

Los autores declaran expresamente que no existe conflicto de intereses.

Referencias

- Ashcroft, K., Barrow, F., Lee, R., y MacKinnon, K. (2012). Mindfulness groups for early psychosis: a qualitative study. *Psychology and Psychotherapy*, 85(3), 327-334. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2011.02031.x>
- Bentall, R. P., Haddock, G. y Slade, P. D. (1994). Cognitive behavior therapy for persistent auditory hallucinations: From theory to therapy. *Behavior Therapy*, 25(1), 51-66. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80145-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80145-5).
- Böge, K., Thomas, N., y Jacobsen, P. (2021). Is mindfulness for psychosis harmful? Deconstructing a myth. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 218(2), 71-72. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.165>
- Chadwick, P. (2009) *Terapia Cognitiva basada en la persona para la psicosis perturbadora*. Madrid: Fundación para la investigación y tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis [edición original, Chadwick, P. (2006). Person-based cognitive therapy for distressing psychosis].
- Chadwick, P. (2014). Mindfulness for psychosis. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 204, 333-334. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.136044>
- Chadwick, P. (2019). Mindfulness for psychosis: a humanising therapeutic process. *Current opinion in psychology*, 28, 317-320. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.07.022>
- 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), 30-43. <https://doi.org/10.7453/gahmj.2015.083>
- Díaz-Garrido, J. A., Laffite, H. y Zúñiga, R. (2021). Terapia de aceptación y recuperación por niveles para la psicosis. En Díaz-Garrido, J. A.; Laffite, H. y Zúñiga, R. (coords). *Terapia de Aceptación y Compromiso en psicosis. Aceptación y recuperación por niveles (ART)*. Pirámide.
- Ellett, L. (2023). Mindfulness for psychosis: Current evidence, unanswered questions and future directions. *Psychology and Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1111/papt.12480>
- García Montes, J. M., y Pérez Álvarez, M. P. (2003). Reivindicación de la persona en la esquizofrenia. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), 107-122.
- Goud, S. S. (2022). Meditation: A Double-Edged Sword-A Case Report of Psychosis Associated with Excessive Unguided Meditation. *Case reports in psychiatry*, 2022, 2661824. <https://doi.org/10.1155/2022/2661824>
- Hardenberg, L. von, Leopold, K., Stenzel, N., Kallenbach, M., Aliakbari, N., Bechdolf, A., y Mehl, S. (2022). Feasibility and efficacy of an acceptance and mindfulness-based group intervention for young people with early psychosis (Feel-Good group). *Frontiers in Psychiatry*, 13, 943488. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.943488>
- Jacobsen, P., Morris, E., Johns, L., & Hodkinson, K. (2011). Mindfulness groups for psychosis; key issues for implementation on an inpatient unit. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 39(3), 349-353. <https://doi.org/10.1017/S1352465810000639>
- Jacobsen, P., Richardson, M., Harding, E., & Chadwick, P. (2019). Mindfulness for Psychosis Groups; Within-Session Effects on Stress and Symptom-Related Distress in Routine Community Care. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 47(4), 421-430. <https://doi.org/10.1017/S1352465818000723>
- Jacobsen, P., Peters, E., Robinson, E. J., & Chadwick, P. (2020). Mindfulness-based crisis interventions (MBCI) for psychosis within acute inpatient psychiatric settings; a feasibility randomised controlled trial. *BMC psychiatry*, 20(1), 193. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02608-x>
- Jacobsen, P., Choksi, T., Sawyer, K., Maximen, C., Harding, E., y Richardson, M. (2022). Home practice in mindfulness-based interventions for psychosis groups: a systematic review and qualitative study. *BMC Psychology*, 10(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00694-4>
- Joshi, S., Manandhar, A., y Sharma, P. (2021). Meditation-Induced Psychosis: Trigger and Recurrence. *Case Reports in Psychiatry*, 6615451. <https://doi.org/10.1155/2021/6615451>
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Constructivism in the Human Sciences*, 8(2), 73-107.
- Khoury, B., Lecomte, T., Comtois, G., y Nicole, L. (2015). Third-wave strategies for emotion regulation in early psychosis: a pilot study. *Early intervention in psychiatry*, 9(1), 76-83. <https://doi.org/10.1111/eip.12095>
- Kuijpers, H. J., Heijden, F. M. van der, Tuinier, S., & Verhoeven, W. M. (2007). Meditation-induced psychosis. *Psychopathology*, 40(6), 461-464. <https://doi.org/10.1159/000108125>
- Madani, M., Hossein Sabet, F., & Borjali, A. (2023). The Effect of Attentional Avoidance, Attentional Focusing, and Mindfulness on the Frequency of Voice-Hearing and Associated Distress in People with Schizophrenia: A Randomized Controlled Trial. *Iranian Journal of Psychiatry*, 18(2), 108-118. <https://doi.org/10.18502/ijps.v18i2.12361>
- Laffite, H., Díaz-Garrido, J. A., y Zúñiga, R. (2021). Mindfulness y psicosis. *INSPIRA, Mindfulness, Compasión y Ciencia*, 5, 28-31.
- Laffite, H., Díaz-Garrido, J. A., Zúñiga, R., Martínez-Huidobro, M. F., y Hernández-Fleta, J. L. (2022). La Terapia de aceptación y recuperación por niveles para la psicosis (ART). Un modelo centrado en el contexto. En Díaz-Garrido, J. A., Zúñiga, R., Laffite, H., y Morris, E. (coords.). *Los Modelos del Cambio: Casos Clínicos en Psicosis*. Pirámide.
- Laffite, H., Díaz-Garrido, J. A., Zúñiga, R., Martínez-Huidobro, M. F., y Hernández-Fleta, J. L. (2023). Acceptance and Recovery Therapy by Levels for Psychosis (ART): A Context-Centred Model. En Díaz-Garrido, J. A., Zúñiga, R., Laffite, H., y Morris, E. (coords.). *Psychological Interventions for Psychosis. Towards a Paradigm Shift*. Springer.
- Langer, Á. I., Schmidt, C., Mayol, R., Díaz, M., Lecaros, J., Krogh, E., Pardow, A., Vergara, C., Vergara, G., Pérez-Herrera, B., Villar, M. J., Maturana, A., y Gaspar, P. A. (2017). The effect of a mindfulness-based intervention in cognitive functions and psychological well-being applied as an early intervention in schizophrenia and high-risk mental state in a Chilean sample: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 18(1), 233. <https://doi.org/10.1186/s13063-017-1967-7>
- Langer, Á. I., Schmidt, C., Vergara, R., Mayol-Troncoso, R., Lecaros, J., Krogh, E., Vergara, C., Díaz, M., Rivera, G., Aguirre-Baez, R., y Gaspar, P. A. (2020). Examining the effect of a mindfulness-based program for the improvement of cognitive function in an early stage of schizophrenia. A random controlled trial. *Schizophrenia research*, 223, 370-372. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.07.012>
- Li, Y., Coster, S., Norman, I., Chien, W. T., Qin, J., Ling Tse, M., y Bressington, D. (2021). Feasibility, acceptability, and preliminary effectiveness of mindfulness-based interventions for people with recent-onset psychosis: A systematic review. *Early intervention in psychiatry*, 15(1), 3-15. <https://doi.org/10.1111/eip.12929>
- López-Navarro, E., Canto, C. del, Belber, M., Mayol, A., Fernandez-Alonso, O., Lluís, J., Munar, E. y Chadwick, P. (2015). Mindfulness improves psychological quality of life in community-based patients with severe mental health problems: a pilot randomized clinical trial. *Schizophrenia Research*, 168, 530-536. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.08.016>

- López-Navarro, E., Canto, C. del, Mayol, A., Fernández-Alonso, O., Reig, J., y Munar, E. (2020). Does mindfulness improve inhibitory control in psychotic disorders? A randomized controlled clinical trial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 20(3), 192-199. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.07.002>
- Louise, S., Rossell, S., y Thomas, N. (2019). The Acceptability, Feasibility and Potential Outcomes of an Individual Mindfulness-Based Intervention for Hearing Voices. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47(2), 200-216. <https://doi.org/10.1017/S1352465818000425>
- Luengo, R., Rapado, M. y Fraguas, D. (2018). *Eficacia de las terapias de tercera generación en personas con trastorno mental grave*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Comunidad de Madrid.
- Lutz, A., Slagter, H. A., Dunne, J. D., y Davidson, R. J. (2008). Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends in Cognitive Sciences*, 12(4), 163-169. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2008.01.005>
- Morris, E. M. J. (2019). Acceptance and Commitment Therapy. En C. Cupitt (Ed.), *CBT for Psychosis: Process Orientated Therapies and the Third Wave* (pp. 79-97). Routledge Taylor & Francis Group.
- Ojeda, N., Sánchez, P., Gómez-Gastiasoro, A., Peña, J., Elizagárate, E., Ezcurra, J., Ibarretxe-Bilbao, N., & Gutiérrez, M. (2019). An outcome prediction model for schizophrenia: A structural equation modelling approach. Modelo predictivo de la funcionalidad en la esquizofrenia: una aproximación desde el modelado de ecuaciones estructurales. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 12(4), 232-241. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2019.01.007>
- Peña, J., Ibarretxe-Bilbao, N., Sánchez, P., Uriarte, J. J., Elizagárate, E., Gutiérrez, M., y Ojeda, N. (2018). Mechanisms of functional improvement through cognitive rehabilitation in schizophrenia. *Journal of psychiatric research*, 101, 21-27. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.03.002>
- Plencler, I., Kruk, D., Daren, A., Stankiewicz, P., Nowak, A., Radoń, S., Chrobak, A., Cechnicki, A., y Siwek, M. (2022). The effects of mindfulness-based training in virtual reality on psychotic symptoms, mood and cognitive functioning - a pilot study. *Psychiatria Polska*, 1-14. Advance online publication. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/154033>
- Raugh, I. M., y Strauss, G. P. (2023). Trait mindfulness in psychotic disorders: dimensions predicting symptoms, cognition and functional outcome. *Behavior Therapy*. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.05.004>
- Salgado, C. F. (2015). Comparación de dos protocolos de intervención basados en la Terapia de Aceptación y Compromiso y Entrenamiento en Mindfulness en personas con Trastorno Mental Crónico. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42(165-66), 75-98. <https://doi.org/10.33776/amc.v42i165-66.2795>
- Salgado, C. F. (2021). Mindfulness en la persona con psicosis. En Díaz-Garrido, J. A., Laffite, H., y Zúñiga, R. (Coords.). *Terapia de Aceptación y Compromiso en Psicosis: Aceptación y Recuperación por Niveles (ART)*. Pirámide.
- Sass, L. A., y Parnas, J. (2003). Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophrenia Bulletin*, 29(3), 427-444. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007017>
- Sheffield, J. M., Karcher, N. R., y Barch, D. M. (2018). Cognitive Deficits in Psychotic Disorders: A Lifespan Perspective. *Neuropsychology Review*, 28(4), 509-533. <https://doi.org/10.1007/s11065-018-9388-2>
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., y Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Guilford Press.
- Shen, H., Zhang, L., Li, Y., Zheng, D., Du, L., Xu, F., Xu, C., Liu, Y., Shen, J., Li, Z., y Cui, D. (2023). Mindfulness-based intervention improves residual negative symptoms and cognitive impairment in schizophrenia: a randomized controlled follow-up study. *Psychological medicine*, 53(4), 1390-1399. <https://doi.org/10.1017/S0033291721002944>
- Sethi, S., y Bhargava, S. C. (2003). Relationship of meditation and psychosis: case studies. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 382.
- Shonin, E., Gordon, W. van, y Griffiths, M. D. (2014). Do mindfulness-based therapies have a role in the treatment of psychosis? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48, 124-127.
- Tao, T. J., Hui, C. L. M., Lam, B. S. T., Ho, E. C. N., Hui, P. W. M., Suen, Y. N., Lin, J. J., Tong, A. C. Y., Lee, E. H. M., Chan, S. K. W., Chang, W. C., y Chen, E. Y. H. (2021). Mindfulness meditation for Chinese patients with psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia research*, 237, 103-114. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.08.033>
- Ting, K. T., Tam, W., y Jacobsen, P. (2020). Mindfulness for psychosis groups; description and preliminary evaluation of a novel routine care pathway in Hong Kong. *International Journal of Mental Health System*, 14, 81. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00415-1>
- Tong, A. C., Lin, J. J., Cheung, V. Y., Lau, N. K., Chang, W. C., Chan, S. K., Hui, C. L., Lee, E. H., & Chen, E. Y. (2016). A Low-Intensity Mindfulness-Based Intervention for Mood Symptoms in People with Early Psychosis: Development and Pilot Evaluation. *Clinical psychology & psychotherapy*, 23(6), 550-560. <https://doi.org/10.1002/cpp.1981>
- Treleaven, D. (2018). *Mindfulness sensible al trauma*. Desclé de Brouwer.
- Usher, C., Thompson, A., Griebeler, M., Senders, A., Seibel, C., Ly, R., Murchison, C., Hagen, K., Afong, K. A., Bourdette, D., Ross, R., Borgatti, A., y Shinto, L. (2019). Meals, Mindfulness, & Moving Forward: A feasibility study to a multi-modal lifestyle approach in early psychosis. *Early intervention in psychiatry*, 13(1), 147-150. <https://doi.org/10.1111/eip.12546>
- Vignaud, P., Reilly, K. T., Donde, C., Haesebaert, F., y Brunelin, J. (2019). Clinical Effects of Mindfulness-Based Intervention in Patients with First Episode Psychosis and in Individuals With Ultra-High Risk for Transition to Psychosis: A Review. *Frontiers in psychiatry*, 10, 797. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00797>
- Weintraub, M. J., Denenny, D., Ichinose, M. C., Zinberg, J., Morgan-Fleming, G., Done, M., Brown, R. D., Bearden, C. E., y Miklowitz, D. J. (2023). A randomized trial of telehealth mindfulness-based cognitive therapy and cognitive behavioral therapy groups for adolescents with mood or attenuated psychosis symptoms. *Journal of consulting and clinical psychology*, 91(4), 234-241. <https://doi.org/10.1037/ccp0000782>
- Yip, A. L. K., Karatzias, T., y Chien, W. T. (2022). Mindfulness-based interventions for non-affective psychosis: a comprehensive systematic review and meta-analysis. *Annals of Medicine*, 54(1), 2340-2353. <https://doi.org/10.1080/07853890.2022.2108551>
- Zhang, Z. J., Lo, H. H. M., Ng, S. M., Mak, W. W. S., Wong, S. Y. S., Hung, K. S. Y., Lo, C. S. L., Wong, J. O. Y., Lui, S. S. Y., Lin, E., Siu, C. M. W., Yan, E. W. C., Chan, S. H. W., Yip, A., Poon, M. F., Wong, G. O. C., Mak, J. W. H., Tam, H. S. W., Tse, I. H. H., y Leung, B. F. H. (2023). The Effects of a Mindfulness-Based Family Psychoeducation Intervention for the Caregivers of Young Adults with First-Episode Psychosis: A Randomized Controlled Trial. *International journal of environmental research and public health*, 20(2), 1018. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021018>