

MINDFULNESS EN LA PSICOSIS: UN ESTUDIO PILOTO

MINDFULNESS IN PSYCHOSIS: A PILOT STUDY

María Teresa Miró

Dpto. Psicología Clínica, Psicobiología y Metodología. Sección de Psicología y Logopedia.
Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de La Laguna

Joaquín Arceo

Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Nuestra Señora Candelaria.
Servicio Canario de Salud

Ignacio Ibáñez

Dpto. Psicología Clínica, Psicobiología y Metodología. Sección de Psicología y Logopedia.
Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de La Laguna

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Miró, M.T., Arceo, J. e Ibáñez, I. (2016). Mindfulness en la Psicosis: Un Estudio Piloto. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 37-56.

Resumen

Se presenta la visión fenomenológica de la psicosis así como sus implicaciones culturales. También se abordan las modificaciones convenientes en la práctica de mindfulness a la hora de utilizarla como una herramienta terapéutica y segura en el tratamiento psicológico de los pacientes psicóticos. Por último, se presentan datos sobre la viabilidad y eficacia de este planteamiento en el marco de un estudio piloto llevado a cabo en un centro público de rehabilitación/ recuperación psicosocial.

Palabras clave: *Hiper-consciencia, mindfulness, psicosis*

Abstract

The phenomenological view of psychosis and its cultural implications are presented. Likewise, adaptations in mindfulness practice to make it safe and therapeutic for psychotic patients are elaborated. Finally, data on the viability and efficacy of this approach from a pilot study in a public psycho-social recovery center are presented.

Keywords: *Hyper-consciousness, mindfulness, psychosis*

Fecha de recepción: 20/11/2015. Fecha de aceptación: 21/12/2015.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: mtmiro@ull.edu.es

Dirección postal: María Teresa Miró. Dpto. Psicología Clínica, Psicobiología y Metodología. Sección de Psicología y Logopedia. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de La Laguna.

© 2016 Revista de Psicoterapia



Al practicar *mindfulness* se aprende a observar la propia experiencia, las sensaciones, emociones, pensamientos, etc., a medida que suceden. Esta observación se lleva a cabo con una mirada o conciencia clara, simple, amable y no prejuiciosa. Esta mirada no es la mirada habitual, cargada de automatismos y preconcepciones; por eso, *mindfulness* requiere entrenamiento y práctica.

A medida que se desarrolla la capacidad de ser consciente de la propia experiencia de manera simple y amable, se desarrolla también la capacidad de aceptarla así como de soltarla o dejarla ir. Esta capacidad hace posible el ir más allá de los patrones habituales de auto-engaño, que perpetúan las mismas reacciones a las experiencias difíciles una y otra vez. Como veremos más adelante, esta capacidad de aceptar o soltar la experiencia resulta de la estructura misma del acto de hacerse consciente (Depraz, Varela y Vermersch, 2002). La aceptación de la experiencia junto con la capacidad de desengancharse de ella, son los mecanismos que conforman el núcleo de las Intervenciones Basadas en *Mindfulness* (IBM), que se han desarrollado durante las dos últimas décadas para múltiples trastornos de salud y trastornos mentales, incluyendo la psicosis —algunos trabajos sobre Intervenciones Basadas en *Mindfulness* se publicaron en el monográfico de la Revista de Psicoterapia de hace ya una década: Cebolla y Miró, 2006; García, 2006; Miró, 2006; Pérez y Botella, 2006; Santamaría, Cebolla, Rodríguez y Miró, 2006; Simón, 2006.

El desarrollo de las IBM para un gran número de trastornos (estrés, dolor, depresión, ansiedad, etc.) se ha producido a un ritmo vertiginoso. No obstante, en el ámbito de la psicosis el desarrollo ha sido más lento, porque muchos clínicos pensaban que la práctica de *mindfulness* en este caso podría ser perjudicial o contraproducente. En el origen de esta creencia se mezclan varias cosas: por un lado, el desconocimiento real de *mindfulness* por parte de los clínicos, que justificaba su equiparación con otros tipos de prácticas meditativas que resultan desaconsejables en la psicosis. Pero, por otro lado, como veremos más adelante, hay aspectos de la práctica común de *mindfulness*, como la recomendación de permanecer quieto e inmóvil o mantener la mirada fija en un objeto, que también resultan desaconsejables en el caso de la psicosis; especialmente, después de conocer el crucial papel que este tipo de gestos puede desempeñar en el contexto de la conciencia solipsista, como Wittgestein señaló (citado en Sass, 1994). Por tanto, es muy importante indicar que aunque *mindfulness* se ha incorporado como un componente terapéutico esencial en varios tratamientos psicológicos para la psicosis, su práctica en este campo debe ser adaptada en formas específicas, como veremos después (Chadwick, 2014).

Bajo el término “psicosis” se agrupa un conjunto diverso de síntomas entre los que se incluyen trastornos conductuales, emocionales, cognitivos y perceptivos; por ejemplo, delirios, alucinaciones, alteraciones del pensamiento y del habla (síntomas positivos), acompañados de estados agudos de ansiedad y/o depresión. Los pacientes también pueden mostrar estados de máxima pasividad, abulia y anhedonia (síntomas negativos). En síntesis, los síntomas en la psicosis pueden ser

muy variados y complejos. De hecho, una de las peculiaridades diagnósticas de la psicosis reside en que dos personas pueden recibir el mismo diagnóstico, aunque no sólo no compartan los mismos síntomas, sino que éstos sean completamente diferentes. Pero para recibir un diagnóstico de psicosis la presencia de síntomas por sí sola no es suficiente, se requiere también que éstos alteren o interrumpan de manera significativa el curso normal de la vida de la persona. En la actualidad parece claro que detrás de la manifiesta complejidad de la sintomatología psicótica existen factores genéticos, biológicos, psicológicos y sociales cuya interacción dista mucho de ser bien conocida (Frith y Johnstone, 2003).

En este texto abordamos en primer lugar la fenomenología de la experiencia esquizofrénica, ejemplo paradigmático de psicosis, como ha sido presentada en la obra de Sass (1992/2014, 1994). El extraordinario trabajo de este autor ha servido para comprender mejor la fenomenología de la enfermedad psicótica por un lado, pero, por otro, también ha contribuido a poner de manifiesto los extraordinarios cambios en los modos de vida y la cultura que han tenido lugar durante el último siglo, así como su papel en la transformación de la experiencia humana. En síntesis la obra de Sass sirve como una atalaya desde la que poder vislumbrar la extraordinaria transformación cultural que atravesamos en el seno de la cual la práctica de *mindfulness* adquiere relevancia y valor.

A continuación en el siguiente epígrafe abordamos la práctica de *mindfulness* entendida como la práctica del acto de hacerse consciente así como las modificaciones que se han llevado a cabo en el contexto del tratamiento psicológico de la psicosis, siguiendo especialmente las recomendaciones de P. Chadwick (2007/2009, 2014).

Por último exponemos un estudio piloto llevado a cabo en un centro de rehabilitación/recuperación psicosocial del Servicio Canario de Salud en la isla de Tenerife. En el estudio participaron diez pacientes con trastornos del espectro psicótico, con diagnóstico F-20 de CIE-10. Después de firmar un consentimiento informado los pacientes fueron evaluados antes y después de la intervención en la escala Breve de Evaluación Psiquiátrica así como en medidas de ansiedad, depresión, conciencia interoceptiva y descentramiento. En este caso la IBM consistió en el entrenamiento grupal en *mindfulness*, durante cinco meses, dentro del contexto de la Terapia Cognitiva Basada en la Persona para la Psicosis Perturbadora de Chadwick (2007/2009), llevada a cabo por el segundo autor entrenado en el citado modelo de tratamiento. Aunque como era de esperar los resultados de la intervención no fueron espectaculares, sí contribuyeron a una moderada reducción de síntomas, especialmente de la ansiedad. Estos resultados son coherentes con las conclusiones de un meta-análisis reciente en el que se afirma que los efectos de *mindfulness* sobre la reducción de síntomas son moderados y resultan menores en los estudios controlados (Khoury, Lecomte, Gaudiano, & Paquin, 2013). No obstante, este estudio muestra que una IBM específica para la psicosis resulta viable en el marco de la asistencia pública, pero debe ser llevada a cabo por clínicos

especialmente entrenados en la aplicación de *mindfulness* en psicosis.

Fenomenología de la Esquizofrenia y Cultura Moderna

Aunque se han producido notables avances durante las últimas décadas respecto al conocimiento de los circuitos cerebrales y las alteraciones cognitivas implicadas en la psicosis, no se han descubierto compuestos químicos que “curen” la enfermedad (Frith & Johnstone, 2003). Las dificultades en el abordaje de este trastorno son conocidas casi desde el inicio de su conceptualización. Por ejemplo, hace ya cerca de un siglo Karl Jaspers confesaba que la psicosis le parecía una enfermedad “incomprensible” e “intratable” (citado en Sass, 1994). Esta declaración de impotencia frente al más devastador de los trastornos mentales resulta especialmente relevante, porque el enfoque de Jaspers pretendía superar la simple observación de los síntomas para captar y analizar lo más puramente posible las vivencias del paciente; en otras palabras, buscaba una interpretación psicológica del trastorno o una comprensión desde dentro de la experiencia vivida del mundo del paciente psicótico. Así, este enfoque fenomenológico que contribuyó decisivamente a la creación de una psiquiatría humanista, en relación a la psicosis, sin embargo, reconocía tropezar con un muro infranqueable por medio de la empatía. Esta misma sensación de extrañeza, de estar ante algo “incomprensible”, y en consecuencia, incurable o “intratable”, ha conducido a ver la psicosis como un epifenómeno de alguna disfunción o aberración biológica, renunciando así a su comprensión psicológica. La notable excepción a esta situación la constituye la exploración fenomenológica de la esquizofrenia llevada a cabo por Louis Sass (1992/2014, 1994).

En su obra *The Paradoxes of Delusion: Wittgenstein, Schreber, and the Schizophrenic Mind*, Sass (1994) analiza los paralelismos entre la observación introspectiva en filosofía expuesta por Wittgenstein –quien sostenía que la filosofía era una enfermedad– y la exposición de su enfermedad (*esquizofrenia paranoide*) llevada a cabo por el juez D.P. Schreber. Éste describió el desarrollo de sus síntomas psicóticos en un texto que en castellano llevaría por título “*Memorias de mi Enfermedad Nerviosa*”. Siguiendo a Wittgenstein, Sass considera que existe una estrecha relación entre la locura y la filosofía solipsista. La predilección del filósofo por la abstracción y el distanciamiento respecto al cuerpo, el mundo y la comunidad le pueden conducir a una forma patológica de ver y de experimentar la vida. Esta forma patológica de ver y de experimentar consiste en la mirada escudriñadora. En ésta, la mirada se fija en las cosas “objetivándolas”, esto es, convirtiéndolas en objetos sin vida, inertes, pasivos e intercambiables. Esta mirada fija, auto-consciente, desenganchada de la vida, sin rastros de curiosidad, espontaneidad o intuición altera profundamente el objeto sobre el que se posa; en cierto modo, el objeto deja de ser una cosa en un contexto o circunstancia concreta de la vida, para convertirse en un objeto en el frío espacio de la propia conciencia que objetiva. Podemos utilizar a modo de ejemplo el bastón de un ciego, como hizo Wittgenstein, para ilustrar lo que

está implicado aquí.

Cuando un ciego ha aprendido a reconocer los objetos por medio del bastón, éste se hace transparente, se ha incorporado a la percepción, como si las manos del ciego se extendieran hasta la punta del bastón que toca los objetos y los reconoce. Con la mirada escudriñadora sucede lo contrario: el objeto mismo se vuelve algo extraño en su ser objeto, como sucede con un objeto como un bidet cuando se le exhibe en una sala de arte, como hicieron los artistas dadaístas. En otras palabras, cuando dejamos de actuar, de estar implicados en las cosas, de ser espontáneos e intuitivos y en su lugar nos volvemos pasivos, auto-conscientes, distanciados y nos dedicamos a escrutar las cosas de un modo “objetivo”, el mundo se convierte en un lugar extraño y amenazante, similar al mundo del esquizofrénico. Como indica Sass (1994):

La locura, en esta visión, es el punto final de la trayectoria que sigue la conciencia cuando se separa del cuerpo y de las pasiones, y del mundo práctico y social, y se vuelve sobre sí misma en lo que podría llamarse la apoteosis perversa de la mente (pág. 12).

El trabajo de Sass muestra que la naturaleza de la atención altera lo que la atención encuentra. La mirada fija escudriñadora forma parte del *puzzle* de la conciencia solipsista, como Wittgenstein señaló. En sus *Investigaciones Filosóficas*, este genial “*anti-filósofo*” llevó a cabo una serie de análisis minuciosos acerca de las condiciones bajo las cuales tienen lugar el extrañamiento del mundo y del sí mismo. A partir de estos análisis, Sass ha podido trazar paralelismos con los procesos psicóticos relatados por Schreber como acabamos de ver. Cuando la conciencia se vuelve sobre sí misma, se produce una hiper-conciencia dentro de la cual la conciencia dualista se intensifica hacia sus dos extremos: por un lado, se produce una enajenación o extrañamiento del mundo y, por otro, se produce también la creencia de que sólo los propios procesos de pensamiento son reales. Esta situación es similar a la que atravesó Descartes quien afirmaba que sólo podía tener certeza de su propio pensamiento. En otras palabras, cuando la atención deja de centrarse en el mundo y se centra en la propia experiencia, en el propio campo de conciencia se modifica la vivencia de la realidad.

El observador inmóvil, desenganchado del mundo y de la vida, siente que el mundo pierde realidad y las cosas se convierten en meras “*cosas vistas*”. Lo mismo sucede si se trata de personas: cuando la mirada fija y escudriñadora se impone en la visión los otros parecen carecer de conciencia, aparecen como autómatas en lugar de como seres dotados de mente. Esta incapacidad de ver a los demás como seres dotados de mente constituye una experiencia común en la esquizofrenia, como muestra el relato del juez Schreber. Por cierto, también Descartes llegó a preguntarse cómo podía saber que los seres que veía desde su ventana portando capas y sombreros eran hombres y no autómatas o seres extraterrestres.

La importancia del trabajo de Sass (1992/2014, 1994) reside en que ha podido documentar los paralelismos entre el arte, la literatura y la filosofía del modernismo

conectándola con la fenomenología de la esquizofrenia. En su monumental e influyente obra *Madness and Modernism*, recientemente traducida al castellano, Sass (1992/2014) ha elaborado una propuesta para penetrar en la fenomenología de la esquizofrenia, a saber, que el diverso conjunto de síntomas y experiencias implicadas en este trastorno son debidas a la alteración del núcleo mismo que compromete la relación del sí mismo con el mundo. El aspecto más central de este núcleo reside en un exceso de conciencia de sí o lo que Sass denomina hiperconsciencia: en la relación entre uno mismo y el mundo algunos aspectos que deberían permanecer implícitos o no conscientes permanecen conscientes de modo que se es consciente de la propia conciencia de ser consciente.

En el mismo sentido, Frith y Johnstone (2003), estudiosos de los procesos cognitivos en la esquizofrenia, han identificado la anormalidad central en la esquizofrenia como la conciencia de procesos automáticos que normalmente tienen lugar por debajo del nivel de conciencia. Como indica McGilchrist (2009), esta situación es similar a lo que le sucede al antihéroe descrito por R. Musil en la novela *El Hombre sin Atributos*, otra obra del período modernista: Ulrich empieza a ser consciente de los saltos de la atención, del esfuerzo de los ojos, de los movimientos pendulares de la mente que ocurren a cada momento y, de este modo, hasta la cosa más simple como mantenerse de pie en la calle se transforma en un esfuerzo tremendo.

En este punto conviene recordar la distinción que establecía Polanyi (1958) en su magna obra *Personal Knowledge*, entre la *conciencia focal* versus la *conciencia subsidiaria*. Polanyi utilizaba esta distinción para ilustrar el hecho de que la ejecución competente de cualquier acción requiere una integración específica entre elementos focales y subsidiarios. La persona experta en clavar clavos en la pared, por ejemplo, puede ejecutar esta acción manteniendo la atención focalmente centrada en el clavo y llevando a cabo un movimiento simple y certero del martillo sobre el clavo. En la ejecución de esta simple acción se integran numerosos elementos sobre los que se mantiene una atención subsidiaria; por ejemplo, la distancia correcta a la que hay que situarse de la pared para clavar el clavo, la intensidad con la que hay que golpear con el martillo, la forma en la que hay que coger el clavo y el martillo, etc. Si en lugar de mantener estos elementos en un segundo plano subsidiario se atiende a ellos de un modo focal lo más probable es que se termine con un dedo magullado. Es en el marco de la acción, al llevar a cabo la tarea, cuando los elementos centrales y subsidiarios se equilibran de manera espontánea, es decir, se equilibran por sí mismos, sin requerir manipulación intencional añadida. Por esta razón, este conocimiento práctico siempre es personal y, en su mayor parte, es de naturaleza tácita, no lingüística, es decir, consiste en saber hacer (Miró, 1994). Este conocimiento práctico de naturaleza pre-reflexiva es el que está alterado en el caso de la esquizofrenia.

Sass (1992/2014) denomina pérdida de *ipseidad* a la pérdida de este sentido tácito, pre-reflexivo, en el que se enraíza el sentido del sí mismo en el mundo. Las

consecuencias de esta pérdida son desastrosas: si se carece de un sentido tácito, pre-reflexivo y no problemático de enraizamiento en el mundo, es decir, si se está como en el aire, el sí mismo tiene que reconstruirse a partir de los productos de la observación de modo que su propia existencia se convierte en algo incierto, dudoso y fragmentario (McGilchrist, 2009). Se produce así una forma de reflexividad auto-referente en la que la atención se centra en el sí mismo y en su propio cuerpo, lo cual conduce a que las distintas partes del cuerpo aparezcan como si fueran ajenas al sí mismo. Utilizando la distinción de Polanyi (1958) entre la conciencia focal y subsidiaria, cabría decir que el cuerpo y el sí mismo que son los elementos subsidiarios siempre presentes en la experiencia, se convierten en focales y de este modo se fragmentan y enajenan. En otras palabras, la pérdida del sentido pre-reflexivo conlleva la pérdida del sentido del cuerpo como algo vivo, a la vez viviente y vivido. Así mismo, al escrutar bajo el haz de luz de la conciencia las propias emociones y las propias sensaciones del cuerpo la experiencia emocional pierde su carácter físico e inmediato que nos enraza en el mundo; pierde también su carácter de dirección de la acción y de sentirse cerca o lejos de los demás; así mismo se pierde la capacidad narrativa de enlazar el pasado con el futuro en un mundo coherente.

En último término la pérdida de la *ipseidad*, del sentido pre-reflexivo y tácito de nuestro ser en el mundo, conduce tanto a un sentido de impotencia o enajenación como a un sentido de omnipotencia. Sentir que “no puedo nada” (“estos no son mis pensamientos”, “he sido programado”) o bien sentir que “lo puedo todo” (“esto sucede porque yo lo pienso”) son dos caras de la misma moneda. En el primer caso, si uno mismo se siente no existir, se da la impotencia o “no puedo nada”; en el segundo caso, en cambio, si todo lo que se observa se ve como parte de uno mismo, se siente que las cosas suceden porque se piensan, “puedo todo”. Tanto en un caso como en otro, la normal relación con un mundo que existe de manera independiente de nuestra conciencia de él—un mundo que es “otro”, diferente de mi—está alterada. Tanto el exceso de subjetivización de la experiencia (sentir que uno crea el mundo al pensarlo) como el exceso de objetivación (sentir que uno no es más que una cosa entre las cosas del mundo) contienen una profunda alteración del sentido de realidad, dentro de la cual es posible comprender los síntomas de la psicosis. Como señala Pérez Álvarez (2012) al comentar la obra de Sass, este doble papel, esta duplicidad de la conciencia se encuentra tanto en el pensamiento moderno como en la esquizofrenia: “de una parte, el solipsismo que ensalza a la mente y desrealiza al mundo, y de otra, la cosificación del sujeto convertido en una cosa más del mundo” (pág. 166).

Pérez Álvarez (2012) en su magnífico ensayo sobre “*Las Raíces de la Psicopatología Moderna*” explora las características de la cultura moderna que se relacionan con el desarrollo de la esquizofrenia. Señala, además, que existe evidencia epidemiológica que permite situar el origen de la esquizofrenia precisamente en la cultura moderna, a partir de la segunda mitad del s. XVIII. Es en esta época en la que empieza a darse la disolución de la vida tradicional asentada en la

comunidad, vinculada a la economía agraria, por un lado, así como el nacimiento de la sociedad de los individuos, vinculada a la industrialización y la vida urbana, por otro (Elías, 1987/1990).

En este contexto de progresiva pérdida de los vínculos con la tradición familiar y el consecuente incremento del desarraigo, los individuos intentan ser cada vez más individuos, intentando ser cada vez más y más originales. Como explicó Zambrano (1943/1995) con la búsqueda de originalidad, el individuo moderno intenta expandir las paredes de la soledad de una conciencia separada y aislada de los otros, la conciencia solipsista. En este proceso, el lenguaje se torna cada vez más abstracto e intelectual y la realidad se transforma en un laberinto de espejos en dos sentidos: por un lado, en el sentido en que el trato con los objetos deja de estar dominado por las exigencias de la vida práctica y estos pasan a ser objetos reflejados en la conciencia introspectiva, escudriñadora y auto-referente. Y por otro lado, en el sentido en el que los demás pasan a ser vistos como espejos en cuya conciencia el sí mismo puede verse reflejado. Ambos caminos conducen a un tipo de actividad en el que cualquier cosa puede ser puesta bajo la lupa amplificadora del examen de la conciencia, y los resultados de este examen pueden a su vez ser objeto de un nuevo examen de conciencia en un laberinto sin fin, como algunos escritores modernistas mostraron, en especial Franz Kafka y Virginia Woolf (McGilchrist, 2009; ver también Pérez Álvarez, 2012).

La conexión de la esquizofrenia con el arte y la literatura modernista explorada por Sass (1992/2014) invita a una reflexión cultural de mucho mayor alcance que la que cabría esperar de la mera exploración de un trastorno mental, aunque se trate como en este caso del más devastador de los trastornos mentales. Permite iluminar el hecho de que el cambio cultural que se ha producido desde principios del pasado siglo enfatiza rasgos que McGilchrist (2009) considera coherentes con un mayor predominio del hemisferio izquierdo, tales como: el exceso de explicitación de rasgos que deberían permanecer implícitos e intuitivos, el exceso de conciencia, la despersonalización y la alienación del cuerpo y de los sentimientos empáticos, la alteración del contexto, la fragmentación de la experiencia y la pérdida del sentido relacional o lo que forzando el inglés cabría denominar como *betweenness*.

No resulta exagerado relacionar dichas alteraciones patológicas, como hacen Sass (1992/2014) y Pérez Álvarez (2012) entre otros, con la profunda alteración de los modos de vida que se ha producido en el marco del avanzadas sociedades capitalistas en las que vivimos. La ruptura de los vínculos familiares y sociales produce una pérdida del sentido de pertenencia que tiene profundos efectos sobre la vida mental: va unida a la pérdida de significado así como del sentido de conexión con los demás, y conlleva un aumento de la angustia existencial. Así mismo el avance del materialismo científico en el que sólo se considera real y efectivo lo que posee sustancia material por un lado y la creciente burocratización de la vida social por otro conducen a una creciente abstracción y “virtualización” de la vida, en la que se empobrece la persona real de carne y hueso, como indicó Max Weber (citado en

McGilchrist, 2009).

Además, en el marco consumista del capitalismo las relaciones humanas lejos de estar basadas en sentimientos de pertenencia y conexión o comunidad compartida se asientan sobre nociones y cálculos de utilidad, comparación, competición y codicia. No es sorprendente por tanto que el resultado de todo ello sea un expansivo sentido de decepción y desencanto que resulta un caldo de cultivo óptimo para los sentimientos de ansiedad, depresión y soledad que han producido una auténtica epidemia de trastornos mentales en el contexto del actual capitalismo corporativo.

En la misma línea argumentaba otro de los “padres” de la sociología moderna, Georg Simmel, quien propuso una teoría de la alienación según la cual el empobrecimiento creciente de la vida personal es consecuencia de la creciente racionalización que se ha producido en las sociedades modernas (Simmel, 1918/2000). Este proceso de racionalización conlleva una creciente separación entre la experiencia directa del mundo, pre-reflexiva y no mediada por el lenguaje por un lado y un mundo cada vez más denso de ideas y objetos abstractos producidos para dar sentido a ese mundo por otro. Cada vez más, en lugar de compartir vivencias, las personas comparten un lenguaje estandarizado, un modo abstracto de captar las relaciones y otorgarles sentido. Como señala Illouz (2009), el hecho de que cada vez tengamos más técnicas para estandarizar las relaciones íntimas, para hablar acerca de ellas y manejarlas de un modo general, debilita la capacidad de cercanía, la congruencia entre sujetos y objetos, la posibilidad de la vivencia compartida así como el sentido de profunda conexión existencial con el otro.

Por último, cabe añadir que los nuevos medios de comunicación no han hecho sino acrecentar esta tendencia a la alineación y la progresiva abstracción de la experiencia surgida mucho antes. Además, también contribuyen poderosamente a la estandarización y fragmentación de la experiencia. Por ejemplo, la televisión promueve la fragmentación de la experiencia por medio de la yuxtaposición azarosa de informaciones, fomentando el “*zapping* mental”, que cada vez con más frecuencia está sustituyendo al pensamiento coherente y estructurado. En realidad, lejos de limitarse a comunicar información, el uso continuado de los medios de comunicación transforma la experiencia. En un reciente análisis sobre el impacto de las nuevas tecnologías de la comunicación, en especial los teléfonos móviles e internet, Turkle (2011) ha puesto de manifiesto que el uso de estas tecnologías no contribuye a reemplazar la pérdida del sentimiento de pertenencia, ni de comunidad compartida. Esta autora sostiene que está emergiendo una nueva forma de soledad que denomina “juntos, pero solos” en la cual el intercambio de mensajes no va unido a sentirse comprendido y cada vez esperamos más de la tecnología y menos de nosotros mismos. También alerta sobre los peligros potenciales de las nuevas formas de incomunicación tecnológica.

En síntesis, durante la época moderna se ha producido una creciente abstracción, burocratización y virtualización de la vida social, así como una pérdida del sentido de pertenencia y comunidad compartida junto a un progresivo aislamiento

de los individuos. Todo ello está dando lugar a una profunda transformación de la experiencia humana. Éste es el trasfondo cultural en el que está teniendo lugar el cultivo de *mindfulness*.

Mindfulness y el Tratamiento Psicológico de la Psicosis

En este apartado, en primer lugar, abordaremos la práctica de *mindfulness* de un modo general, trazando sus paralelismos con la tradición fenomenológica iniciada por E. Husserl. En segundo lugar, nos centraremos en las modificaciones específicas que conviene tener en cuenta en la práctica de *mindfulness* cuando ésta se utiliza en el marco de la psicosis, tal y como han sido señaladas por Paul Chadwick (2014).

Los análisis que acabamos de hacer en el epígrafe anterior sobre la transformación cultural que atravesamos resultan pertinentes a la hora de comprender la extraordinaria expansión que *mindfulness* está teniendo en las actuales sociedades capitalistas. La práctica de *mindfulness* supone una vuelta a la experiencia en primera persona, como se diría desde un punto de vista fenomenológico. En medio del mar de estandarización, fragmentación y abstracción de la experiencia que nos rodea, nada parece más necesario que volver a la experiencia directa y simple de la primera persona. Pero ¿en qué consiste la experiencia directa, intuitiva y personal de la primera persona?, ¿en qué consiste el acto de hacerse consciente?

Estas mismas preguntas fueron planteadas por Francisco Varela, cuyos análisis seguiremos a continuación. Este autor pudo situarse en una posición óptima para explorar estas cuestiones, porque poseía una larga experiencia en primera persona como meditador entrenado en la tradición budista de *mindfulness* por un lado y, por otro, porque contaba también con una profunda experiencia teórica y práctica como investigador en neurociencia cognitiva con un enfoque sistémico. De hecho, Varela fue pionero en señalar la naturaleza encarnada o corpórea del acto de hacerse consciente, adelantándose casi dos décadas a lo que se conoce hoy como *embodied cognition* o *embodied mind* (Varela, Thompson, & Rosch, 1999). También fue pionero en explorar los paralelismos entre la tradición budista y la tradición fenomenológica (Depraz, Varela, & Vermersch, 2002). Esta exploración resulta interesante porque contribuye a pensar en *mindfulness* como un conjunto de gestos que han sido cultivados en occidente y forman parte también de nuestra tradición; en contraposición a presentar *mindfulness* como algo exótico y novedoso como hacen algunas de las franquicias que se dedican a “vender” *mindfulness*. Además, la exploración de los paralelismos entre la tradición budista y la fenomenológica resulta valiosa por dos razones. Por un lado, contribuye a mostrar las similitudes prácticas entre la práctica de la conciencia en la tradición fenomenológica, lo que Husserl denominaba *Epoche*, y la práctica de *mindfulness*. Por otro lado, esta comparación conduce a un mapa muy útil para guiar la práctica de la conciencia.

Para guiar la práctica de hacerse consciente de la propia experiencia vivida,

conviene tener presente el siguiente mapa que se puede resumir en los tres momentos siguientes:

- 1) Suspensión de la actitud natural,
- 2) Redirección de la atención del exterior al interior,
- 3) Aceptar o soltar la experiencia.

El primer aspecto, la suspensión de la actitud natural o realista, consiste en suspender los prejuicios habituales respecto al mundo. Sin duda, éste es el aspecto más difícil y menos explorado. No obstante, conviene señalar que esta suspensión del juicio o de la actitud natural cuenta con una amplia tradición cultural que se remonta a las escuelas de los escépticos y los estoicos en la Antigüedad representados, por ejemplo, por Sexto Empírico o por Cicerón; también se encuentra recogida en los *Ensayos* de Montaigne. Para llevar a cabo la suspensión, el gesto de detener o interrumpir el flujo del pensamiento o de la acción resulta necesario. Se requiere, por tanto, de un acto de voluntad para dejar a un lado las creencias o los prejuicios y abstenerse de juzgar el mundo real con verdades no examinadas. En el trabajo de hacerse consciente, esta actitud de suspensión de los prejuicios habituales es la única manera en la que es posible cambiar la forma en la que se presta atención a la propia experiencia vivida (Depraz, Varela, & Vermersch, 2002). No obstante, aunque se siga la instrucción de suspender los prejuicios, esta tarea no es fácil y hace falta mucho entrenamiento antes de ser capaz de estabilizar esta actitud en el examen de la propia experiencia vivida.

Una vez que se ha conseguido mantener de un modo activo la fase inicial de suspensión, vienen las dos fases siguientes, la redirección de la atención y la aceptación de lo que viene. Estos dos movimientos son complementarios. La redirección de la atención requiere pasar del modo externo habitual de prestar atención al mundo a prestar atención a la experiencia vivida, la experiencia interna. A continuación, hay que cambiar la calidad de la atención de estar buscando algo, a un modo más pasivo de simplemente dejar que llegue lo que tenga que llegar. En la tradición budista de *mindfulness* estos dos movimientos son descritos como *samatha*, que requiere un gesto voluntario de prestar atención que, con el entrenamiento adecuado, se desarrolla hacia *vipassana*, en la que la búsqueda voluntaria se relaja hacia un modo de conciencia más receptivo, apacible y expansivo (Depraz, Varela, & Vermersch, 2002).

Los análisis de Depraz, Varela y Vermersch (2002) sobre los cambios cognitivos implicados en la práctica del hacerse consciente resultan muy útiles a la hora de explorar la experiencia vivida; en este sentido, merecen mayor atención. Sin embargo, no ofrecen pistas sobre cómo adaptar la práctica de *mindfulness* en el caso de trastornos mentales como la psicosis. Esta adaptación se ha producido en el marco de los nuevos desarrollos de las Terapias Cognitivo Conductuales (TCC), en modelos como la Terapia de Aceptación y Compromiso o la Terapia Cognitiva basada en la Persona para la Psicosis Perturbadora (Chadwick, 2007/2009; Morris, Johns, & Oliver, 2013). No es nuestra intención revisar las numerosas investiga-

ciones desarrolladas en este campo, sino simplemente dar unas nociones básicas para ilustrar la utilización de *mindfulness* en este contexto siguiendo la obra de Chadwick, en particular.

El supuesto central en torno al cual giran las TCC consiste en las siguientes ideas:

(1) detrás de las dificultades psicológicas que producen estrés y malestar, existen circuitos disfuncionales de pensamientos, emociones y conductas,

(2) es posible aprender a reconocer estos circuitos y manejarlos de forma más adaptativa,

(3) el aspecto clave para producir estos cambios consiste en aprender a alterar el contexto en el que se producen los circuitos disfuncionales, especialmente pasar de un contexto de rechazo a un contexto de aceptación.

Mientras los puntos (1) y (2) conforman el núcleo de los desarrollos teóricos y prácticos llevados a cabo por el modelo cognitivo conductual, el punto (3) es el que resulta más directamente comprometido con los nuevos desarrollos basados en *mindfulness*, porque se ha descubierto que para producir este cambio de contexto, para pasar del rechazo a la aceptación, la práctica de *mindfulness* resulta útil.

Pero, específicamente ¿cómo hay que adaptar *mindfulness* para que su práctica resulte no sólo útil, sino también segura o terapéutica en personas con psicosis? Como indica Chadwick (2014), que hace más de 20 años que empezó a utilizar *mindfulness* con pacientes con experiencias psicóticas perturbadoras, en la actualidad ciertas respuestas parecen claras.

Primero, con pacientes que pueden tener experiencias perturbadoras mientras practican *mindfulness* no conviene extender la práctica más allá de 10 minutos.

Segundo, conviene evitar los silencios prolongados, de modo que se deben ofrecer guías cada 30 o 60 segundos, con el propósito de que el paciente no se pierda en rumias u otras experiencias difíciles o extrañas que tienen mayor probabilidad de aparecer si el silencio se prolonga.

Tercero, durante la práctica de *mindfulness* resulta conveniente que las guías verbales hagan referencia explícita a las sensaciones psicóticas, de modo que se las normalice sin darles un estatus especial o diferente de otras sensaciones que surgen y desaparecen; por ejemplo, si se escuchan voces, se puede incluir esta posibilidad en la práctica guiada como una sensación más entre otras.

Aunque la evidencia científica acerca de la eficacia de estas intervenciones se encuentra en sus inicios —existen pocos estudios con grupos de control adecuados, dada la dificultad de la población— los estudios disponibles avalan la utilidad de la práctica de *mindfulness* llevada a cabo con las especificaciones que se acaban de mencionar. No obstante, a la hora de hablar de utilidad o eficacia en este campo conviene matizar que no se trata tanto de conseguir una reducción de síntomas, sino de aprender a reaccionar o a relacionarse con ellos de un modo más adaptativo. En el caso concreto de pacientes que escuchan voces perturbadoras o que están diagnosticados de paranoia, los resultados de varios estudios con un total de cerca

de 80 pacientes tratados indican una mejora significativa en el bienestar psicológico, después de seguir entrenamientos grupales en *mindfulness* (Chadwick, Hughes, Russell, Russell, & Dagnan, 2009).

En relación a los procesos de cambio activados por medio del entrenamiento en *mindfulness*, existen algunos análisis cualitativos de las experiencias de los pacientes: muchos de ellos indicaban que aprender a reconocer y a soltar la experiencia perturbadora cambiando las reacciones habituales les ayudaba a sentirse más capaces de aceptar su experiencia psicótica y, a la vez, a sentirse con más poder frente a ella –frente a las voces, por ejemplo. En definitiva, los pacientes aprendían que cómo respondían a una sensación difícil era importante y podía marcar la diferencia entre un curso de acción u otro. Finalmente, otro resultado interesante indicado por los autores apunta a una discrepancia entre la visión de los pacientes versus la visión de los terapeutas. Mientras estos últimos relacionaban los beneficios terapéuticos con el incremento en la habilidad de *mindfulness*, los pacientes indicaban que lo más beneficioso provenía de la experiencia en sí de practicar en grupo y descubrir que los demás tienen problemas similares a los propios (Abba, Chadwick, & Stevenson, 2008).

Estudio Piloto

El estudio piloto que se comenta a continuación, fue llevado a cabo en el marco de una colaboración entre el Centro de Rehabilitación/Recuperación Psicosocial del Puerto de la Cruz, que formaba parte del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria del Servicio Canario de Salud y el Departamento de Psicología Clínica, Psicobiología y Metodología de la Universidad de La Laguna, ambos en la isla de Tenerife. El objetivo principal fue implementar un programa de entrenamiento grupal en *mindfulness* con pacientes psicóticos introduciendo también elementos de la Terapia Cognitiva basada en la Persona para la Psicosis Perturbadora desarrollada por Chadwick (2007/2009). El programa se llevó a cabo en 18 sesiones que se extendieron a lo largo de 5 meses y fue implementado por el segundo autor de este texto, que había recibido entrenamiento en la mencionada terapia.

Participantes

Participaron en el programa de intervención diez pacientes solteros, uno de los cuales fue excluido por no asistir con regularidad a la terapia. De los nueve restantes, ocho tenían un diagnóstico principal de esquizofrenia paranoide y uno de trastorno esquizoafectivo (una de las cuatro mujeres participantes). Todos ellos tomaban medicación antipsicótica y todos firmaron un consentimiento informado para participar en la investigación. Todos convivían con sus familias salvo uno de ellos que vivía en un piso tutelado. La edad media era de 34,4 años (DT 10,92). Dos tenían estudios medios, seis bachillerato y dos habían comenzado estudios universitarios. Sólo uno de ellos había trabajado durante mas de un año, cinco menos de un año y

los cuatro restantes no habían trabajado nunca.

Instrumentos

Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA): Evaluación Multidimensional de la Conciencia Interoceptiva (Mehling, Price, Daubenmier, Acree, Bartmess y Stewar, 2012). Esta escala consta de 32 ítems que evalúan ocho factores: (1) Conciencia de las sensaciones corporales (conciencia de incomodidad, comodidad, y sensaciones corporales neutrales); (2) Regulación de la atención corporal (habilidad para controlar la atención a las sensaciones corporales); (3) Conciencia emocional (conciencia de la conexión entre las sensaciones corporales y los estados emocionales); (4) Auto regulación (habilidad para regular la tensión a través de prestar atención a las sensaciones corporales); (5) Escuchar el cuerpo (escuchar activamente al cuerpo para esclarecerse); (6) Confianza (confiar en que el cuerpo se manifiesta de manera segura y confiable); (7) No distraerse de la sensación de dolor (tendencia a no ignorar o distraerse de la sensación de dolor o incomodidad); (8) No preocuparse de la sensación de dolor o molestia (tendencia a no experimentar estrés emocional con las sensaciones de dolor o molestia). La versión española del MAIA (Valenzuela-Moguillansky & Reyes-Reyes, 2015) mostró indicadores apropiados de validez de constructo y fiabilidad, con alfa de Cronbach de 0,90 para la escala total y valores entre 0,40 y 0,86 para las distintas subescalas.

Experiences Questionnaire (EQ) (Fresco, Moore, Van Dulmen, Segal, Ma, et al., 2007, versión española de Soler et al., 2014). El *Experiences Questionnaire* (EQ) es una escala que evalúa la capacidad para observar pensamientos y sentimientos como eventos temporales y objetivos de la mente, también llamada “descentramiento”, siendo un elemento clave en el entrenamiento de la mente. La escala está compuesta por 11 ítems que se puntúan mediante una escala tipo Likert cuyo rango va desde 1 (nunca es cierto) a 5 (siempre es cierto). Cuanto mayor es una puntuación, mayor es el “descentramiento”. El EQ presenta buenas propiedades psicométricas, con un alfa de Cronbach de 0,90.

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970) (versión española de TEA, 1982). Es un instrumento de autoevaluación que consta de 40 ítems, 20 relacionados con la ansiedad-rasgo y de otros 20 con la ansiedad-estado. Evalúa por tanto el nivel actual de ansiedad como la predisposición de responder con ansiedad ante situaciones de estrés. El rango de las puntuaciones es de 0 a 60 en cada escala. Sus propiedades psicométricas están ampliamente contrastadas. Su Consistencia interna se sitúa entre 0,90 y 0,93 (subescala Estado) y 0,84 y 0,87 (subescala Rasgo). Su Fiabilidad test-retest entre 0,73 y 0,86 (subescala Rasgo).

Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II) (Beck et al., 1996). El BDI-II es un instrumento de autoinforme de 21 ítems diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva. En cada uno de sus ítems la persona evaluada tiene que

elegir, entre cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas (excepto en los ítems 16 y 18 que presentan siete alternativas). Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total que varía de 0 a 63. En este estudio se utilizó la versión española del BDI-II (Beck et al., 2011), la cual presenta índices de fiabilidad y validez adecuados para pacientes con trastornos mentales.

La Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (BPRS, Overall y Gorham, 1962). Permite hacer evaluaciones rápidas y eficientes de los cambios registrados en la sintomatología de los pacientes con enfermedad mental, utilizándose como medida de gravedad y subtipificación en la Esquizofrenia. Se empleó la versión de 18 ítems. Se aplica mediante una entrevista semiestructurada donde se evalúa la presencia y el grado de severidad para cada ítem según el estado del paciente a la fecha de la entrevista y durante los últimos tres días. Deben valorarse: ansiedad psíquica, hostilidad, estado de sospecha, conducta alucinatoria, pensamientos inhabituales y afectos bloqueados o inadecuados. La escala es cuantitativa proporciona una puntuación global y puntuaciones en dos apartados: síntomas positivos y síntomas negativos. Los puntos de corte obtenidos mediante escala Likert proporcionan tres posibilidades: ausencia de trastorno, trastorno leve o caso probable y trastorno grave o caso cierto. Sus propiedades psicométricas son adecuadas.

Procedimiento

Se trata de un diseño pre-post sin grupo control. Para todas las escalas se calcularon los estadísticos exploratorios y descriptivos y la normalidad de los datos mediante el procedimiento de Kolmogorov-Smirnov. Con el fin de detectar los cambios tras la intervención, dado el N (9) y la ausencia de normalidad, se utilizó el estadístico no paramétrico “*U de Wilcoxon*”, equivalente no paramétrico a la T de student para datos relacionados (Corder & Foreman, 2014). Estos resultados se acompañan del tamaño del efecto según el procedimiento de Rosenthal (1994) y se interpretan según el baremo de Cohen (1988).

En un segundo momento, con el objeto de ver tendencia de cambio, se calculó la diferencia entre las puntuaciones después y antes, convirtiéndose en porcentaje de cambio. Este indicador se analiza para todos los participantes y variables.

Resultados

En primer lugar, se analizaron las diferencias antes-después del programa terapéutico mediante la U de Wilcoxon. Como se aprecia en la Tabla 1 sólo se observan cambios significativos en la puntuación global de la escala de síntomas psiquiátricos (BPRS), en la ansiedad estado o rasgo (STAI) y en la escala de confianza del MAIA, indicando una mejoría tras la intervención. Si atendemos al tamaño del efecto, estas diferencias son grandes para las diferencias significativas,

pero también para las subescalas del BPRS y para el factor de “percibe” del MAIA (donde no se detectaron cambios significativos). Igualmente con cambios no significativos y tamaño del efecto mediano aparecen las escalas de descentramiento y de conciencia emocional del MAIA.

Tabla 1

Test de Wilcoxon para las puntuaciones antes/después de la intervención y tamaño del efecto.

	Antes		Después		Z	r
	X	SD	X	SD		
BDI	23,67	11,98	23,89	11,52	-0,23	-0,07
Descentramiento	34,78	9,64	36,56	6,98	-1,07	-0,35
BPRS	28,11	11,33	25,22	10,35	-2,54**	-0,84
Síntomas Negativo	6,67	3,04	5,78	2,73	-1,51	-0,50
Síntomas Positivos	6,33	2,29	5,89	2,47	-1,63	-0,54
Ansiedad Rasgo	35,44	12,09	29,56	10,11	-2,44**	-0,81
Ansiedad Estado	29,00	10,44	26,11	10,51	-2,21**	-0,73
MAIA	2,84	0,54	2,93	0,64	-0,29	-0,09
Percibe	2,97	1,27	2,56	1,19	-1,54	-0,51
No Distrae	2,48	0,80	2,67	0,71	-0,42	-0,14
No Inquieta	1,70	0,75	1,78	0,82	0,00	0,00
Regulación Atención	2,59	1,18	2,67	0,89	-0,42	-0,14
Conciencia Emocional	3,18	1,13	3,51	1,03	-1,19	-0,39
Auto-Regulación	3,33	0,92	3,22	0,71	-0,55	-0,18
Escuchar Al Cuerpo	3,22	0,90	3,30	1,24	-0,42	-0,14
Confianza	2,93	1,10	3,74	1,21	-2,21**	-0,73

BDI = *Beck Depression Inventory*; BPRS = *Brief Psychiatric Rating Scale*; MAIA = *Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness*

* $p > ,05$; ** $p > ,01$; *** $p > ,001$

En un segundo momento, se calculó el porcentaje de cambio después-antes (%DC) para cada paciente¹. Los resultados se muestran en la Tabla 2. Los valores negativos indican una puntuación menor tras la intervención; es decir, una mejoría para las variables mas psicopatológicas y un empeoramiento para escalas de descentramiento (EQ) y el MAIA, por lo que comentaremos ambos bloques de variables de forma separada.

En primer lugar hay que comentar que sea cual sea el tipo de variable, el porcentaje de cambio muestra una alta variabilidad. En otras palabras, mientras unos pacientes parecen mejorar en una variable concreta, otros muestran un empeoramiento en esa misma variable. Además, la magnitud de cambio se muestra muy inestable.

Respecto a las variables con un mayor carácter psicopatológico, sólo en los casos en que los cambios son significativos (puntuación total del BPRS y ansiedad Estado o Rasgo) hay un predominio claro de pacientes que han mejorado (al menos siete de los nueve), si bien estos porcentajes de cambio no son necesariamente altos.

Tabla 2

Porcentajes de cambio para cada variable y paciente

	Pacientes										Sentido del cambio		
	1	3	4	5	6	7	8	9	10		Mejoran	No cambian	Empeoran
BDI	21	225	-12	-19	9	50	-33	-17	18	44	0	56	
BPRS	-5	-8	-31	0	-16	-5	-14	-3	-16	89	11	0	
Síntomas Negativo	0	0	-33	20	0	0	-20	-10	-56	44	44	11	
Síntomas Positivos	0	0	-25	-33	0	0	0	0	-13	33	67	0	
Ansiedad Rasgo	-12	-31	-15	-9	-28	-36	-18	-18	17	89	0	11	
Ansiedad Estado	-10	-25	-10	-17	-7	-16	3	-27	20	78	0	22	
											Empeoran	No cambian	Mejoran
Descentramiento	11	16	28	17	-4	-8	16	6	-14	33	0	67	
MAIA	-18	37	17	11	-14	-14	10	4	2	33	0	67	
Percibe	-38	-11	-38	-33	0	13	20	-31	0	56	11	33	
No Distrae	-25	100	-50	-25	0	0	29	40	100	33	22	44	
No Inquieta	0	167	0	25	0	0	-33	0	-40	22	56	22	
Regulación Atención	-9	22	82	0	0	-39	67	-11	7	33	22	44	
Conciencia Emocional	-26	29	-8	175	0	-15	40	30	8	33	11	56	
Auto-Regulación	11	15	0	0	0	-25	0	-15	0	22	44	33	
Escuchar al cuerpo	-45	50	75	20	0	-40	-33	57	-14	33	11	56	
Confianza	29	67	160	22	0	15	30	0	-7	11	22	67	

Es decir, en la medida en que hay una mejoría generalizada, hay cambios significativos. Para los síntomas positivos del BPRS predomina la ausencia de cambios. En cambio, los síntomas negativos del BPRS mejoran o no cambian en el 88% de los pacientes. En cuanto a la variable depresión, en el BDI hay un predominio de pacientes que empeoran (56% frente a 44% que mejoran), pero los niveles son tan bajos que no hay cambios estadísticamente significativos; por ejemplo, el paciente 3 que mostraba un empeoramiento del 225% tiene una puntuación post intervención de 6 en el BDI, clínicamente insignificante.

En relación a la conciencia interoceptiva evaluada por el MAIA y en la escala de descentramiento, los resultados son muy similares; en general, en ambos casos los pacientes mejoran, aunque esta mejora no resulte significativa. Sólo para la escala de Percepción hay un predominio claro de pacientes que empeoran tras la intervención (56%). Para No inquietarse y Regulación Emocional, lo más frecuente es no cambiar (56% y 44%, respectivamente). Por último, el número de pacientes que han mejorado es mayor para el EQ, y las 6 escalas restantes del MAIA.

Discusión

Los análisis de los datos del estudio piloto muestran una mejoría significativa en la ansiedad, estado o rasgo, en la escala breve de síntomas psiquiátricos y en el factor de confianza en las sensaciones del propio cuerpo del MAIA. Este último resultado parece muy interesante, puesto que confiar en que el propio cuerpo se manifiesta de manera segura y estable es un pre-requisito para practicar el hacerse consciente. Además, como en el trastorno psicótico esta confianza básica en las sensaciones de propio cuerpo está alterada, siendo un síntoma nuclear, este resultado parece muy significativo. También cabe pensar que esta mayor confianza en las sensaciones corporales esté relacionada con la significativa disminución de la ansiedad.

En relación a la escala breve de síntomas psiquiátricos, los análisis indican que no hay cambios significativos en los síntomas positivos o negativos. Pero sí se producen pequeños cambios en ambos tipos de síntomas que sumados, al final, indican una menor severidad del trastorno.

Por último, conviene indicar que los análisis de los porcentajes de cambio obtenidos por cada paciente nos llevan a pensar que existen diferencias individuales importantes en la respuesta concreta de cada paciente a la intervención.

En síntesis, los resultados de este estudio piloto son coherentes con los hallazgos del único meta-análisis que encontrado en las bases de datos. Khoury, Lecomte, Gaudiano y Paquin (2013) después de analizar la evidencia de 13 estudios, abarcando una población de 468 pacientes, indican que el tamaño del efecto de las IBM para psicosis es moderado. Los efectos son ligeramente mayores sobre los síntomas negativos si se comparan con los positivos. También encontraban gran heterogeneidad en los resultados; pero estos autores la atribuían a la diversidad de intervenciones incluidas en su análisis.

De cara al futuro, parece evidente que son necesarias más investigaciones con grupos de control adecuados. También parece conveniente prolongar las intervenciones en el tiempo, dada la cronicidad del trastorno psicótico y lo bien acogida que fue la IBM utilizada en el estudio piloto.

Resumen y Conclusiones

En este texto se ha presentado la visión fenomenológica del trastorno psicótico elaborada por Sass, junto con sus implicaciones culturales. A partir de aquí, se ha descrito la práctica de *mindfulness* como la práctica del acto de hacerse consciente, señalando sus similitudes con la tradición iniciada por Husserl. Se han descrito también las especificaciones que hay que introducir en la práctica de *mindfulness* cuando se utiliza con pacientes psicóticos para que resulte segura y terapéutica, siguiendo a Chadwick. Por último se ha expuesto un estudio piloto en el que se ha llevado a cabo una IBM para pacientes psicóticos en un centro público. Aunque es evidente que hace falta más investigación sobre la eficacia de la práctica de *mindfulness* en este campo, también parece claro que las IBM resultan bien

aceptadas por los pacientes y producen moderados efectos beneficiosos en la reducción de síntomas.

Nota

¹ Este se definió como (postintervención-preintervención/preintervención) x 100.

Referencias bibliográficas

- Abba, N., Chadwick, P., & Stevenson C. (2008) Responding mindfully to distressing psychosis: a grounded theory analysis. *Psychotherapy Research*, 42, 11-16
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (2011). *Manual BDI-IL Inventario de Depresión de Beck-II* (Adaptación española: J. Sanz y C. Vázquez). Madrid: Pearson.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *BDI-IL Beck Depression Inventory-Second Edition manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Cebolla, A. y Miró, M. T. (2006). Eficacia de la terapia cognitiva basada en la atención plena en el tratamiento de la depresión. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 133-156. <http://revistadepsicoterapia.com/eficacia-de-la-terapia-cognitiva-basada-en-la-atencion-plena-en-el-tratamiento-de-la-depresion.html>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd. edit.) Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Corder, G.W. and Foreman, D.I. (2014). *Nonparametric Statistics for Non-Statisticians: A Step-by-Step Approach*, (2nd Ed.) Hoboken, NJ: John Wiley & Sons. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/9781118165881>
- Chadwick, P. (2007/2009). *Terapia Cognitiva basada en la Persona para la Psicosis perturbadora*. Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis.
- Chadwick, P. Hughes, S. Russell D, Russell I, Dagnan D, (2009), Mindfulness groups for distressing voices and paranoia: a replication and feasibility trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 403-412.
- Chadwick, P. (2014). Mindfulness for Psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 204(5), 33-334.
- Depraz, N., Varela, F., & Vermersch, P. (2002). *On becoming aware: Steps to a phenomenological pragmatics*. Amsterdam: Benjamins.
- Elías, N. (1987/1990). *La sociedad de los individuos*. Barcelona: Península.
- Fresco, D. M., Moore, M. T., van Dulmen, M. H. M., Segal, Z. V, Ma, S. H., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G. (2007). Initial Psychometric Properties of the Experiences Questionnaire: Validation of a Self-report Measure of Decentering. *Behavior Therapy*, 38, 234-246. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2006.08.003>
- Frith, C.D. & Johnstone, E.C. (2003). *Schizophrenia: A very short introduction*. Oxford: Oxford University Press.
- García, A. (2006). Mindfulness en la terapia dialéctico-comportamental. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 121-132. <http://revistadepsicoterapia.com/mindfulness-en-la-terapia-dialectico-comportamental.html>
- Khoury, B., Lecomte, T., Gaudiano, B., Paquin, K. (2013). Mindfulness Interventions for Psychosis: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 150, 176-184. doi:10.1016/j.schres.2013.07.055
- Illouz, E. (2009). *El consumo de la utopía romántica. El amor y las contradicciones culturales del capitalismo*. Madrid-Buenos Aires: Katz
- McGilchrist, I (2009), *The Master and his Emissary: The Divided Mind and the Making of the Western World*. New Haven and London: Yale UP.
- Mehling W. E., Price C., Daubenmier J. J., Acree M., Bartmess E., Stewart A. (2012). The multidimensional assessment of interoceptive awareness (MAIA). doi:[PLoS ONE 7:e48230](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0048230)10.1371/journal.pone.0048230
- Miró, M.T. (1994). *Epistemología Evolutiva y Psicología, Implicaciones para la Psicoterapia*. Valencia: Promolibro.
- Miró, M. T. (2006). La atención plena (*mindfulness*) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 31-76. <http://revistadepsicoterapia.com/la-atencion-plena-mindfulness-como-intervencion-clinica-para-aliviar-el-sufrimiento-y-mejorar-la-convivencia.html>
- Morris, E.M, Johns, L., & Oliver (2013). *Acceptance and Commitment Therapy and Mindfulness for Psychosis*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Overall, J., & Gorham, D. (1962) The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Report*, 10, 799-812.
- Pérez, M. A., y Botella, L. (2006). Conciencia plena (*mindfulness*) y psicoterapia: Concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 77-120. <http://revistadepsicoterapia.com/conciencia-plena-mindfulness-y-psicoterapia-concepto-evaluacion-y-aplicaciones-clinicas.html>

- Pérez Álvarez, M. (2012). *Las raíces de la psicopatología moderna. La melancolía y la esquizofrenia*. Madrid: Pirámide.
- Polanyi, M. (1958). *Personal Knowledge: Toward a Post-critical Philosophy*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Rosenthal, R. (1994). Parametric measures of effect size. En H. Cooper & L. V. Hedges (Eds.), *The handbook of research synthesis* (pp. 231-244). New York: Russell Sage Foundation.
- Santamaría, M. T., Cebolla, A., Rodríguez, P. J. y Miró, M. T. (2006). La práctica de la meditación y la atención plena: Técnicas milenarias para padres del siglo XXI. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 157-175. <http://revistadepsicoterapia.com/la-practica-de-la-meditacion-y-la-atencion-plena-tecnicas-milenarias-para-padres-del-siglo-xxi.html>
- Sass, L.A. (1992). *Madness and Modernism: Insanity in Light of Modern Art, Literature, and Thought*. New York: Basic Books.
- Sass, L.A. (1994). *The Paradoxes of Delusion: Wittgenstein, Schreber, and the Schizo-phrenic Mind*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Simmel, G. (1918/2000). El conflicto de la cultura moderna. *Reis. (Revista Española de Investigaciones Sociológicas)*, 89/00, 315-350.
- Simón, V. (2006). *Mindfulness y neurobiología*. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 5-30. <http://revistadepsicoterapia.com/mindfulness-y-neurobiologia.html>
- Soler J, Franquesa A, Feliu-Soler A, Cebolla A, Garcia-Campayo J, Tejedor R, Demarzo, M., Banos, R., Pascual, J.C., Portella, M.J. (2014). Assessing decentering: Validation, psychometric properties and clinical usefulness of the Experiences Questionnaire in a Spanish sample. *Behaviour Therapy*, 45(6), 863-871.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State/Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo*. Madrid: TEA.
- Turkle, S. (2011). *Alone Together : Why We Expect More from Technology and Less from Each Other*. New York: Basic Books
- Valenzuela-Moguillansky, C., & Reyes-Reyes, A. (2015). Psychometric properties of the multidimensional assessment of interoceptive awareness (MAIA) in a Chilean population. *Frontiers in Psychology*, 6, 120. doi:<http://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00120>
- Varela, F. J., Thompson, E., and Rosch, E. (1999). *The embodied mind: Cognitive science and human experience*. Cambridge, MA: MIT press.
- Zambrano, M. (1943/1995). *La confesión: genero literario y método*. Madrid: Siruela.