Capítulo 7

Mindfulness aplicado en psicosis

Álvaro I. Langer, Estela Salcedo y Adolfo J. Cangas

Mindfulness es un concepto que en los últimos años ha despertado gran curiosidad y acogida entre los profesionales de la salud. Se ha utilizado en distintos contextos (salud, educación, organizacional, social- comunitario), como en distintas patologías y situaciones por ejemplo: trastorno de ansiedad, dolor crónico, depresión, enfermedad coronaria, soriasis, trastorno bipolar, psicosis y trastorno de la conducta alimentaría. En relación a la investigación esta ha crecido en forma exponencial (más de un 120% en tres años) de acuerdo a las entradas que arroja la base de datos Scopus entre 2005 y 2008.

Aunque, es en los últimos años cuando ha despertado un importante interés en el mundo académico y clínico, el mindfulness tiene una tradición de miles de año asociado al Budismo. No obstante, es en el año 1979, cuando Kabat-Zinn crea la clínica de reducción del estrés, asociado al Centro Médico de la Universidad de Massachussets. Por esta razón se le reconoce como uno de los pioneros en llevar la meditación a la medicina, protocolizando una intervención para entrenar mindfulness descrita en el libro *"Vivir con plenitud las crisis: cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad"*, publicado originalmente en el año 1990. Posteriormente desde el modelo conductual radical en psicología se han desarrollado dos procedimientos psicoterapéuticos que utilizan mindfulness; La terapia Dialéctica Funcional y la Terapia de Aceptación y Compromiso. De igual forma, Segal, Williams y Teasdale (2002) con la Terapia Cognitiva para la Depresión Basada en la Conciencia Plena, desarrolla una intervención que une el programa de reducción del estrés con la terapia cognitiva. Generándose desde todas estas aproximaciones una serie de investigaciones y aplicaciones clínicas que avalan la aplicación de mindfulness en distintas patologías, entre ellas la psicosis. Baer (2003) realizó un metanalisis con 21 estudios que habían utilizado tanto MBSR y MBCT, encontrando un efecto medio de intervención (0.59), sugiriendo que mindfulness se puede entender como un procedimiento prometedor.

Qué significa o qué entendemos por mindfulness

En realidad, mindfulness es algo familiar y simple, algo que todos nosotros hemos

experimentado en muchas ocasiones de nuestra vida cotidiana. Cuando somos conscientes de lo que estamos haciendo, pensando o sintiendo, estamos practicando mindfulness. Lo que sucede es que habitualmente nos encontramos controlados por otros estímulos o vagando sin orientación alguna, saltando de unas cosas a otras, con el "piloto automático", "como si el cuerpo se encontrara haciendo una cosa mientras estamos pendientes de otras tareas" (Segal, et al., 2002). Mindfulness es una capacidad humana y básica, que consiste en la posibilidad de ser conscientes de los contenidos de la mente momento a momento.

Siguiendo a Vallejo (2006) mindfulness no tiene una palabra que se pueda traducirse directamente al castellano, puede entenderse como atención plena o conciencia plena o contemplativa. En relación a la definiciones que se han dado de Mindfulness se ha propuesto varias, por ejemplo: Kabat-Zinn (1994) "prestar atención de un modo particular: con un propósito, en el momento presente y sin establecer juicios de valor"; Germer (2005) "Ser conciente de la experiencia presente con aceptación".

Como se puede observar de las definiciones, estas engloban distintos elementos que se pueden dividir en dos o más aspectos según el autor de referencia (Bishop et al., 2004), pero que en general se pueden resumir en los siguientes: a) es una forma particular de atención. b) no se juzgan, ni se valoran las experiencias (emociones, pensamientos, sensaciones corporales) c) se busca una aceptación de la experiencia tal y cual es d) se centra en el momento presente en el aquí y el ahora.

Cómo conseguir o entrenar esta conciencia plena

La conciencia plena se puede entender como una habilidad y por tanto es entrenable o cultivable, de hecho éste ha sido el mensaje de las tradiciones espirituales de oriente que postulan que mediante la practica regular de la meditación, se produce un incremento de cualidades positivas como consciencia, *insight*, sabiduría, compasión y ecuanimidad (Goldestein, 2002). El mindfulness se desarrolla específicamente con la técnica de meditación conocida como Vipassana consistente en entrenar la mente para experimentar la realidad sin ningún rechazo de la experiencia que se esté viviendo en cada momento.

Específicamente Kabat- Zinn (1990) y Segal et al. (2002), proponen que entre las actitudes básicas que se entrenan en la practica es el no juzgar, la paciencia, la confianza y la aceptación.

No juzgar: Se asume la postura de testigos imparciales de nuestra propia experiencia. La mente suele categorizar y etiquetar todo lo que percibe, y reaccionamos a los eventos en función de esta valoración, a menudo, careciendo de una base objetiva. Al practicar mindfulness, es importante reconocer cuando aparece esta cualidad mental enjuiciadora. Cuando esto ocurra no debemos hacer que deje de hacerlo (juzgar los juicios), sino sólo darnos cuenta de que ha sucedido.

Aceptación: En la meditación se cultiva la aceptación tomando cada momento como llega, intentando no imponer nuestras ideas a esa experiencia. Solo debemos mostrarnos receptivos y abiertos a lo que sintamos, y aceptarlo porque está aquí y ahora.

Mente de principiante. Estar dispuestos a experimentar todo como si fuese la primera vez, permitiéndonos mostrarnos receptivos a nuevas potencialidades sintiéndonos libres de expectativas y prejuicios.

Paciencia. Consiste en estar totalmente abiertos a cada momento, aceptándolo en su plenitud y sabiendo que las cosas se descubren en su momento. La mayoría de las veces nuestros pensamientos arrollan nuestra percepción del mundo actual y hacen que perdamos nuestra conexión con el presente. La paciencia es una cualidad útil para esos momentos.

Ceder. Dejar que la experiencia sea como es, y dejarla así.

Confianza. Es importante el desarrollo de una confianza básica en uno mismo, aunque se puedan cometer “errores” en el camino, pero siempre buscando la guía en nosotros mismos.

No esforzarse. En la meditación no buscamos llegar a algún sitio o conseguir algo, la meditación no consiste en “hacer algo”. Este tipo de pensamientos más que acércanos nos alejan de la meditación, lo que se busca es que seamos nosotros mismos, solo sentarse y meditar.

Constancia. La autodisciplina y la práctica habitual son vitales para desarrollar la atención plena.

Tipos de prácticas

Entre las distintas practicas que ofrecen las intervenciones tenemos las denominadas practicas formales de meditación (véase figura 1), en las cuales se alienta una práctica diaria, en una postura corporal específica. Sin embargo, la atención plena también se puede desarrollar en lo que se ha denominado "practicas informales", esto se refiere a que la meditación se puede llevar a cabo a través de cualquier actividad rutinaria como comer, cocinar, lavarse los dientes, etc. De hecho estas prácticas informales son bien recibidas por los clientes y pueden ser consideradas un complemento y primer acercamiento a la atención plena o una expansión de la práctica formal a la vida diaria.

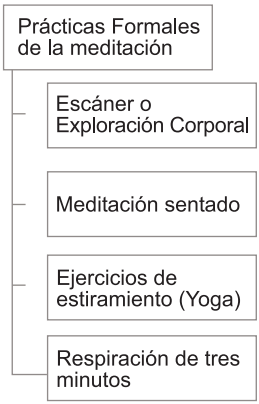

Figura 1. Ejemplos de prácticas formales de meditación

Instrucciones básicas de la Exploración corporal:

- Acuéstese de espaldas en un lugar cómodo, como un colchón de goma en el suelo o en la cama, aunque también se puede realizar en una silla. (es recomendable explicar que se va hacer un ejercicio tumbado o sentado, con los ojos cerrados).
- Sentir brevemente las partes del cuerpo que están en contacto con la colchoneta o silla. Tomando consciencia de la postura corporal y sintiendo el cuerpo como un todo.
- Poner la atención en cómo entra el aire por la nariz y como sale el aire, (posteriormente pecho y abdomen) como asciende y desciende el estomago en cada inhalación y con cada exhalación.
- Después de estar unos minutos centrados en la respiración abdominal. Se dirige la atención a los dedos del pie izquierdo, registrando cualquier sensación y posteriormente dejándolas y, si no se siente nada, también esta bien, es lo que esta pasando en este momento. Posteriormente se lleva la atención a la planta del pie, talón, empeine, tobillo.
- Paralelamente se explicita que tarde o temprano puede ser que se haya distraído

con un pensamiento, ruido, etc y que si ha sucedido esto, lo que vamos hacer es simplemente volver la atención a la respiración, las veces que sea necesario sin juicio y crítica al contenido o al hecho de perder la atención en la respiración

- A continuación se continúa ascendiendo por la pierna izquierda, concentrándose en la respiración y la parte del cuerpo que se está trabajando, registrando y dejando ir. Luego se lleva la atención a la pierna derecha (con todas sus partes), y ascendiendo hasta recorrer todas las partes del cuerpo (cadera, genitales, estomago, pecho, espalda, brazos, cuello, cabeza, rostro, etc).
- Es recomendable cada cierto tiempo recordar la consigna "cada vez que me dé cuenta que la mente se ha ido a otro lugar, vuelvo la atención a la respiración" (con las características anteriormente descritas)
- Una vez que se ha explorado las distintas partes del cuerpo, (esto es, haber llevado y focalizado por un instante nuestra atención y dejarse ir), volvemos a sentir nuestro cuerpo íntegramente, para esto llevamos la atención a nuestra postura corporal e inspirar (normalmente), sentimos como el aire recorre el cuerpo desde la cabeza a los pies, sintiéndolo como un todo.
- Para finalizar se señala que, gradualmente (sin abrir aún los ojos), que muevan los dedos de los pies, de las manos, estirarse. Y que suavemente, cada uno a su ritmo, vaya abriendo los ojos, quedándose en el lugar, volviendo al aquí y el ahora.

Nota: la exploración corporal es la primera práctica de la atención plena, es importante el feedback de los participantes, para comentar dudas y expectativas y alentar la práctica dentro de la semana.

Meditación Sentada:

1. Se adopta una postura cómoda, con la columna recta (pero no rígida), dejando caer los hombros, con las manos sobre las piernas y con ambos pies apoyados en el suelo. (si decide meditar en una silla)
2. Se cierran los ojos si ayuda a sentirse más cómodo.
3. Se fija la atención en la postura corporal, en la sensación del tacto con la silla y suelo (como en la exploración corporal) y luego se centra la atención en la respiración, sintiendo la diferencia de cómo entra y sale el aire del cuerpo. (cuando se practica por primera vez , puede ayudar poner una mano en el abdomen para sentir cómo se expande y relaja con la respiración)
4. Se explicita que toda la atención va estar puesta en la respiración y cada vez que nos demos cuenta que la mente se ha alejado de la respiración, simplemente toma-

mos nota de qué es lo que la apartó y volvemos a llevar la atención a la respiración.
5. Es importante que la actitud, con la cual se vuelve a llevar la atención a la respiración sea de no juicio y de aceptación. Aunque la mente se aleje mil veces de la respiración, la "tarea" será sencillamente la de devolverla a la respiración sin que importe en lo que se haya involucrado.
6. Transcurrido el tiempo que se haya decidido meditar, lentamente se vuelve a poner la atención en las partes del cuerpo, sintiendo nuevamente el contacto con la silla o el suelo, para posteriormente abrir los ojos progresivamente.

Respiración de tres minutos:

Este ejercicio lo incorporó Segal et al. (2002) y consta de tres partes; en la primera se hace un chequeo de cómo se está en el momento presente; qué pensamientos, emociones y sensaciones, están sucediendo. Una vez que se ha tomado consciencia de esto se lleva la atención a la respiración como un ancla al presente.
En la tercera parte (una vez que se ha llevado la atención al momento presente) se expande esta sensación a todo el cuerpo.

En otras palabras, esta respiración de tres minutos o "mini meditación", es una forma de poner en práctica, en forma resumida, los distintos aspectos que se han ido enseñando en el programa. Tomar consciencia de lo que sucede en el momento presente, llevar la atención a la respiración (esto implica dejar ir) y expandir la respiración a todo el cuerpo (dirigir la atención en forma intencionada y consciente).

En nuestra experiencia esta respiración, tiene una buena acogida en los clientes y les sirve para conectar con el momento presente y romper el piloto automático. Segal et al. (2002) ha denominado las tres fases como: a) consciencia, b) recogimiento y c) expansión.

Ejercicios de Yoga o estiramientos:

El yoga constituye otra técnica muy relevante para el desarrollo de la atención plena, por esto es necesario practicarlo con las mismas actitudes que se utilizaron en la exploración corporal y meditación sentada. Con la práctica del Yoga, se aprende a conocer desde una perspectiva distinta el cuerpo y la mente, buscando su integración. También nos aporta equilibrio, fuerza y flexibilidad, como un ejercicio físico, pero con la diferencia que el Yoga es mucho más que una actividad física tradicional, es un sistema de salud que al igual que la meditación ha sido practicada desde cientos de años. Sus beneficios se han descrito ampliamente, incluso como tratamiento en

pacientes con esquizofrenia (Duraiswamy , Thirthalli, Nagendra y Gangadhar, 2007). Específicamente los ejercicios que se proponen son de Hatta Yoga, seleccionados para poder ser trabajados por personas con diferentes estados de salud. No obstante, es fundamental que cada persona discrimine los ejercicios que pudieran estar contra-indicados o que no sean recomendables en este momento, siendo cada participante quien debe llevar su ritmo y aprendiendo a conocer o re-conocer su cuerpo. Para conocer, las posturas que se proponen (ejercicios de suelo y de pie) véase el manual de Kabat-Zinn "vivir con plenitud las crisis", páginas 140-147.

Procedimientos que utilizan los conceptos de mindfulness y aceptación

Desde el modelo Cognitivo-Conductual se han desarrollado principalmente cuatro procedimientos con diferentes matices y objetivos. No obstante, hay otras aproximaciones que utilizan el concepto de mindfulness como por ejemplo la terapia psicoanalítica (Mace, 2007). Dentro del enfoque cognitivo conductual encontramos:

- Reducción de Estrés Basada en la Atención Plena, MBSR (Kabat-Zinn, 1990)
- Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena, MBCT(Segal et al., 2002)
- Terapia Conductual Dialéctica, DBT (Linehan, 1993)
- Terapia de Aceptación y Compromiso, ACT(Hayes et al., 1999)

Nos centraremos particularmente en los dos primeros procedimientos, debido a que son los que utilizan minfulness como el aspecto central de la intervención, constituyendo un fin en si mismo (Segal et al., 2004). Las otras intervenciones utilizan el mindfulness como una herramienta dentro una intervención contextual-funcional más amplia.

Programa de reducción del estrés basada en la atención plena (MBSR Mindfulness-Based Stress Reduction).

Como mencionamos en el inicio, este es un programa que se viene desarrollando desde 1979 dentro de un contexto médico en la Universidad de Massachusetts, enfocado en pacientes con dolor crónico, ansiedad, etc. Como bien indica su nombre, no está concebido como una terapia propiamente tal sino más bien como un taller o programa y así lo especifican sus autores.

El programa tiene un formato grupal, con una frecuencia semanal durante 8 semanas. La duración de las sesiones suele ser de dos horas y media. Los grupos están formados por 30 participantes, donde todos realizan de forma activa los ejercicios (incluso

los observadores y/o acompañantes). Sobre la sexta semana de programa se realiza un día intensivo de yoga y meditación.

El programa ha sido validado por numerosas investigaciones, por ejemplo: Kabat-Zinn et al., 1982, 1992; Miller et al. 1995.

Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena (MBCT Mindfulness-Based Cognitive Therapy).

Es una terapia diseñada para prevenir las recaídas en depresión. El objetivo no es que el paciente no tengas más depresión sino que cambie su relación con los síntomas depresivos. Por otro lado, se utilizan distintos procedimientos provenientes de la terapia cognitiva: como autoregistros de actividades placenteras y displacentares; y, en general, una elaboración del proceso que se produce durante las 8 sesiones de terapia, no obstante, es importante que estas técnicas sean entendidas como herramientas que ayudan al proceso de entrenar la atención plena, por lo que más que tener un acento en el contenido, se pone en el proceso y la relación con los eventos internos.

En relación a la estructura de las sesiones, podemos mencionar que se trabaja con grupos de máximo 12 personas, con dos horas de duración y se enfatiza, al igual que MBSR, la práctica diaria de la meditación y un importante compromiso por parte del paciente. La terapia se distribuye en dos etapas: de la 1 a la 4 sesión, y de la 5 a la 8 sesión. En la primera parte prima el aprender la técnica de prestar atención de forma plena, con un propósito, en cada momento y sin establecer juicios de valor. En el segundo bloque las técnicas aprendidas se utilizan para discriminar y abordar los cambios de humor. Se anima a los participantes a llegar a ser más conscientes de sus propias y peculiares señales de alarma, así como a desarrollar planes de acción específicos para cuando esto ocurra.

Entre las investigaciones que han validado el MBCT podemos mencionar Teasdale et al. (2000), como adaptaciones que se han hecho para otros trastornos o problemas de salud, por ejemplo en trastorno bipolar (Williams, et al., 2008).

Hipótesis sobre el funcionamiento de mindfulness

Una aproximación científica es necesaria para determinar cuáles son los procesos implicados en aliviar el sufrimiento mediante el uso de técnicas antiquísimas que se han hecho un hueco en la psicología moderna.

Existen varias hipótesis para explicar este proceso. Entre ellas, se encuentran las siguientes:

1. *Facilitación de sistemas de feedback por los que el organismo se autorregula y se ajusta.(Brown y Ryan, 2003; Shapiro y Schwartz, 1998).*
La mayor conciencia de sensaciones, pensamientos y emociones, permitiría poder identificarlas con mayor brevedad e iniciar con mayor rapidez estrategias de afrontamiento para prevenir sus consecuencias. Una de las técnicas utilizadas dentro del MBSR enfatiza la necesidad de "parar y ver antes de actuar", permitiendo así una pausa entre el estímulo y la respuesta. Esta pausa permitiría activar los recursos disponibles adecuados, en lugar de reaccionar de forma impulsiva y precipitada.

2. Exposición a eventos privados.
Según Kabat-Zinn (1982) la exposición prolongada a las sensaciones de dolor crónico sin consecuencias catastróficas debe permitir la desensibilización y reducir la respuesta emocional asociada al dolor.
Sugiere que estos mecanismos de desensibilización a eventos privados evaluados como aversivos también estarían funcionando cuando el mindfulness se aplica en pacientes con ansiedad y/o depresión.

3. *Desarrollo de la habilidad metacognitiva.*
Diferentes autores coinciden en el desarrollo de la habilidad metacognitiva, mediante la observación de la mente, permitiendo reconocer pensamientos o sentimientos propios como acontecimientos mentales, en vez de como parte del yo (Teasdale et al., 2002). La observación no valorativa del dolor, de pensamientos ansiógenos, de emociones displacenteras, permiten comprender que estos son "solo pensamientos", y que no son reflejo exacto de la realidad.

4. *Fomentar aceptación.*
La relación entre aceptación y cambio es un concepto central en las terapias de tercera generación (Hayes, Jacobsen, Follette, & Dougher, 1994). Hayes (2004) precisa que la aceptación implica "aceptar los eventos completamente y sin defensas, tal y como ellos son". Orientaciones psicológicas durante años se han centrado en el cambio de pensamientos, en lugar de reconocer la importancia de la aceptación.
Todos los programas de entrenamiento en mindfulness tienen como objetivo fundamental el desarrollo de la aceptación (de dolor, pensamientos depresivos, miedos,….), sin intentar cambiarlos, escapar o evitarlos.

Durante el entrenamiento en mindfulness no se dan instrucciones para reducir un pensamiento, disminuir el dolor, o cambiar una idea, sólo deben observarse sin juzgarlos.

Instrumentos de evaluación

Siguiendo la clasificación llevada a cabo por Baer et al. (2006) habría cinco instrumentos que con mayor frecuencia se encuentran en los estudios que evalúan mindfulness, a saber:

- *Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS) (Brown y Ryan, 2003). Se trata de una escala de 15 items, unifactorial, que mide la tendencia general de estar atento con consciencia de las experiencias que suceden momento a momento. Emplea una escala likert con seis opciones de respuesta donde se evalúa cuan frecuente se tiene experiencias en piloto automático, preocupándose y no prestando atención al momento presente.
- *Freiburg Mindfulness Inventory* (FMI) (Buchheld et al., 2001). Es un instrumento de 30 ítems que evalúa no juzgar el momento presente y la apertura a experiencias negativas. Es una escala tipo likert de 4 opciones de respuesta. Los autores sugieren un modelo unifactorial y una única puntuación general.
- *Kentucky Inventory of Mindfulness Skills* (KIMS (Baer, Smith, & Allen, 2004). Es un instrumento compuesto por 39 ítems diseñado para evaluar cuatro componentes de mindfulness: observación, descripción, actuar con conciencia y aceptación sin enjuiciar. Es una escala Likert de 5 opciones de respuesta. Basada en la conceptuación de la DBT sobre las herramientas mindfulness. Evalúa la tendencia general de vivir con atención plena aspectos de la vida. No se requiere experiencia previa con la meditación. La escala tiene cuatro factores.
- *Cognitive and Affective Mindfulness Scale* (CAMS Feldman et al., 2007). Es una escala de 12 items, diseñado para evaluar atención, conciencia, foco en el presente, y aceptación sin juicio de pensamientos y emociones de la vida diaria. Se obtiene una puntuación total, medido mediante una escala likert, de 4 opciones de respuesta.
- *Southampton Mindfulness Questionnaire* (SMQ) (Chadwick et al., 2008). Es un instrumento de 16 ítems, que evalúa la aproximación con consciencia plena a imágenes y pensamientos estresantes. Los autores señalan que mide cuatro aspectos de mindfulness: observación plena, dejar ir, no aversión y no enjuiciar. Posee un único factor, medido mediante una escala likert de 7 opciones de respuesta.

Mindfulness en psicosis

¿Qué se busca?

En psicosis, como en otros trastornos psicológicos, con mindfulness no se pretende la eliminación o control del síntoma ni modificar el contenido o su frecuencia sino aliviar el sufrimiento asociado a los comportamientos psicoticos. La reacción habitual ante los síntomas psicóticos (alucinaciones, delirios, etrc.) es la evitación y/o el rechazo de los mismos para que desaparezcan de la conciencia lo cual, generalmente, provoca un aumento en la frecuencia y malestar de los síntomas, llegando a convertirse en una espiral de rumiación persistente y sin cambio alguno (García-Montes et al., 2003; Salkovsky & Campbell, 1994).

Lo que se alienta en la terapia es que la persona aprenda a responder con atención plena frente a experiencias indeseadas, esto se traduce en tener clara consciencia y aceptación que son sensaciones pasajeras y principalmente que no definen a la persona, que mediante la meditación se experimente el observar las sensaciones y dejarlas pasar sin confrontarlas o caer en una continua rumiación. En este sentido, el evento en si mismo no es lo relevante, sino la relación que se establece con él, es decir, el significado que se le atribuye. En otras palabras, el aprender a vivenciar la experiencia psicótica como un hecho más (evidentemente, con un carácter aversivo importante) ayuda a normalizar la experiencia, a no tener que responder "automáticamente" y a poder observarla como un testigo imparcial. El modelo propuesto por Chadwick et al. (2005), se muestra el proceso de una respuesta ansiógena ante las voces o delirios en comparación con una respuesta con atención plena (véase, figura 2).

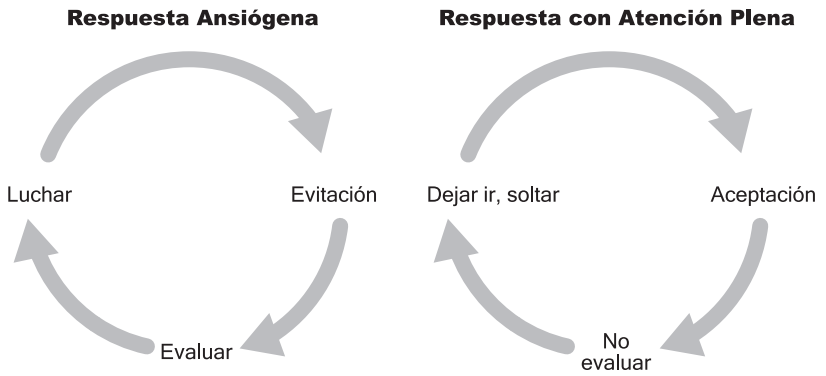

Figura 2. Descripción de una respuesta ansiógena v/s con atención plena (adaptado de Chadwick et al 2005).

El Encuadre de la intervención

Entre los aspectos que se consideran importantes en el ejercicio clínico es el encuadre, es decir, los aspectos formales del procedimiento terapéutico. como objetivos, horarios, sesiones, y aspectos de la relación, como lo que se espera del paciente, etc. En la aplicación de mindfulness en pacientes con psicosis, Chadwick et al. (2005) propone que unos de los aspectos centrales a considerar son las entrevistas iniciales, entre los aspectos a tener en cuenta estarían los siguientes:
A. Explicar los objetivos, la dinámica de las sesiones, explicitar que la idea no es eliminar los síntomas sino mejorar la molestia relacionada a ellos.
B. Realizar 3 a 5 minutos de meditación guiada.
C. Informar que esta es una nueva aproximación a la psicosis.
D. Clarificar que no es necesario ningún tipo de exploración del pasado o hablar de experiencias traumáticas.
E. Enfatizar el carácter voluntario.
F. Dialogo socrático sobre las preocupaciones, esperanzas, etc.

Estas entrevistas previas al inicio de la intervención, permiten que el paciente tenga una idea y pueda elegir con mayor libertad si quiere participar en el programa. Si piensa que se puede beneficiar de éste y si los terapeutas consideran que es un procedimiento adecuado.

Otro aspecto relacionado con el encuadre son las adaptaciones que se han propuesto para aplicar mindfulness en pacientes con psicosis, principalmente han derivado del trabajo pionero de Chadwick et al. (2005) y secundariamente del estudio de Davis et al. (2007). En relación a la duración se pasó de 2 horas a 1 o 1 1/5, el tiempo de meditación se redujo de un máximo de 45 minutos a 25 o 20 minutos (dos tiempos de 10 minutos). En relación al tiempo que transcurre en que el terapeuta de una instrucción durante la meditación que no supere los dos minutos, es decir, evitar los silencios prolongados. En cuanto al número de participantes se sugieren grupos pequeños de no más de 6 u 8 personas. De igual forma se enfatiza el uso de un lenguaje sencillo, concreto, enfatizando el uso de metáforas y ejemplos que ayuden a asimilar los conceptos que se van transmitiendo. Otros aspectos que cabe destacar son los siguientes:

- Si se utilizan folletos y tareas que incluyan escribir, reducir la información.
- Se alienta la meditación diaria pero no se exige.
- Se alienta a la práctica informal de la meditación en las distintas “actividades rutinarias” (por ejemplo: atención plena al comer).

- Un continuo feedback de los participantes.
- Las adaptaciones se han realizado considerando tanto MBSR y MBCT.

Estudios Realizados

En el estudio de Chadwick et al. (2005) se presenta el resultado de un grupo de 10 pacientes que completó 6 sesiones de mindfulness. Se les enseñó la meditación de la respiración alentándose a poder observar, a darse cuenta que las experiencias displacenteras pueden estar ahí (presentes), pero que se puede dejarlas ir sin enjuiciarlas, sin aferrarse, sin luchar. Los resultados muestran un descenso de las puntuaciones en el pre y el post en el los resultados clínicos en la Evaluación de Rutinas (CORE), además se observó un aumento de las habilidades en atención plena medida con el SMQ.

El estudio llevado a cabo por Davis et al. (2007) con cinco pacientes con psicosis, se planteó como una intervención para la manejar la ansiedad relacionada a los síntomas psicoticos. En relación a los resultados, estos se analizaron desde un modelo cualitativo. Del reporte de los pacientes, los autores plantean que la intervención basada en mindfulness puede ayudar a los pacientes a disminuir el estrés asociado a los síntomas. Un aspecto novedoso de este trabajo es que además de las adaptaciones antes mencionadas, se incorporó la meditación de la autocompasión como eje transversal al programa. Siendo un aspecto muy bien valorado entre los participantes.

El estudio de Abba et al. (2008), consistió en la aplicación de mindfulness a 16 pacientes con psicosis, con el objetivo de determinar y describir los principales mecanismos psicológicos involucrados en una respuesta con atención plena a las sensaciones psicoticas. El modelo diseñado por los autores describe que el relacionarse de otra forma con la psicosis, es un proceso con tres etapas: a) tomar consciencia de las voces, pensamientos e imágenes en el momento presente. b) permitir que cualquier voz, pensamiento o imagen venga a la consciencia y dejarlo ir sin una reacción de lucha o esfuerzo. c) recuperar la sensación de poder o empoderamiento mediante la aceptación.

1. *Aprender a tomar conciencia plena de los síntomas psicóticos.*

Básicamente consiste en permitir que la experiencia psicótica entre en la mente. Este acto de permitir, deliberado y elegido por la persona, es diferente a la experiencia psicótica (intrusiva y abrumadora, sin ninguna elección por parte del paciente). Pero estando preparados para tomar conciencia de esta experiencia, la persona da el primer paso para estrechar una nueva relación con la psicosis. Trayendo la atención al cuerpo y a la respiración se les provee de una base para volver al presente, lo cual les

hace sentirse seguros y enérgicos para afrontar esta experiencia. La respiración se convierte en un ancla sobre la que apoyarse.

2. *Permitir a la psicosis ir y venir sin luchar ni reaccionar.*
Se comienza siendo consciente de la lucha inútil que se ha llevado durante años contra los síntomas para posteriormente decidir otra forma de reaccionar ante los mismos. Se pide a la persona que no trate de deshacerse de la experiencia aversiva, ya que conocen en la espiral en la que se introducen.
A través del desarrollo del momento a momento, las personas pueden experimentar voces, pensamientos e imágenes como parte de este flujo de pensamiento. Captan sus reacciones mientras estas están sucediendo. El ser conscientes de esta reacción al momento de producirse da a los participantes la libertad de reaccionar, reconectar con el presente a través de la respiración y/o el cuerpo, y luego dejar ir. Si los pacientes reconocen las consecuencias de su reacción habitual, frente a responder de forma consciente a esta experiencia, ellos pueden elegir la forma de responder ante los síntomas. La posibilidad de elección es necesaria para la libertad ante la enfermedad.

3. *Fortaleciéndonos a través de la aceptación.*
Un aspecto importante de la aceptación es la ausencia de juicio (juicio del síntoma y juicio de uno mismo). Los pacientes comienzan a experimentar mayor control sobre su conducta ante la presencia de eventos negativos. Esto no significa que controlen los eventos que experimentan, pero sí se sienten más capaces de responder a ellos, y son capaces de discriminarlos con mayor claridad. Un aspecto clave es considerar a las voces, delirios o imágenes como contenidos temporales de la conciencia, y no como parte del yo.

Chadwick et al. (2009); este el primer estudio que presente un diseño controlado. 18 pacientes que escuchaban voces, fueron asignados a grupo experimental y control. La intervención duró 10 semanas, con dos sesiones por semana las primeras 5 semanas seguidas de 5 semanas de práctica en la casa. Los resultados muestran que todas las medidas utilizadas para evaluar la intervención fueron en la dirección esperada, sin embargo no fueron significativamente superior al grupo control. Análisis posteriores que solo consideraron el pre y post del grupo experimental, arrojaron mejorarías significativas en el funcionamiento clínico (medido mediante el CORE) y en el manejo con atención plena de estresantes pensamientos e imágenes (medido con el SMQ).

Ejemplos de la aplicación de mindfulness en psicosis

Los siguientes casos clínicos describen la experiencia de dos pacientes que participaron en un grupo de MBCT adaptada para personas que cumplieran con algunos de los siguientes diagnósticos: esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante y trastorno psicótico agudo. El procedimiento consistió en 8 sesiones de 1 hora de duración (ver anexo 1). Los pacientes fueron evaluados con los siguientes instrumentos: Escala de Impresión Clínica Global-Esquizofrenia. (CGI - SCH); Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS); Escala de Discapacidad de la OMS - WHO/DAS; Escala de Evitación Experiencial (AAQ II); Escala de Autoestima de Rosenberg y el Cuestionario de mindfulness de Southampton (SMQ). Se recogieron las medidas antes de iniciar el tratamiento y al finalizar la intervención. Todos los participantes continuaban con su tratamiento habitual (psicofarmacológico y revisiones por terapeuta referente).

Caso 1 (S.R.):

Descripción del participante:

S.R. es una mujer de 35 años, casada y con una hija. Sin antecedentes psiquiátricos previos. Se encuentra en Incapacidad Laboral Temporal desde el inicio del episodio psicótico agudo polimorfo y que requirió ingreso en la Unidad Hospitalización Breve de Salud Mental durante 16 días. Posteriormente aparece sintomatología compatible con el diagnóstico de Depresión Post-Psicótica. La actividad ocupacional basal es limitada, aunque realiza tareas de forma autónoma y sin supervisión. Muestra consciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento. Realiza crítica del episodio psicótico y reconoce síntomatología de tipo negativo (apatía, abulia, aplanamiento afectivo) y depresivo.

El diagnóstico actual es el de Trastorno Psicótico Agudo. Acude regularmente a las citas con el psiquiatra de referencia, y al inicio de la intervención grupal mantiene tratamiento farmacológico (tanto antipsicótico como antidepresivo).

Se mostró interesada por la participación en el grupo y colaboró de forma activa durante su realización.

Resultados

Cuantitativos:

Todas las puntuaciones han descendido, algunas hasta los niveles mínimos que se pueden obtener en estas escalas (CGI=1; PANSSP/PANSSN=7). Los cambios más relevantes se obtienen en el CGI, de obtener puntuación referente de "levemente enfermo" se pasa a "normal, no enfermo", y en la escala SMQ, obteniendo una de las puntuaciones más altas del grupo. (véase tabla 1)

Escala	Puntuación Pre	Puntuación Post
CGI	**2,6**	**1**
WHO	0	0
PANSSP	9	7
PANSSN	9	7
PANSSPG	**24**	**18**
AAQII	21	14
AE	34	33
SMQ	**50**	**92**

Tabla1. Resultados de S.R pre y post intervención

Cualitativos:
Al finalizar el taller a cada participante se le pregunto si les había servido el taller, a lo que S.R. respondió:

"Para saber relajar el cuerpo, y decir tengo un hueco para mí, para darte un espacio. Me produce bienestar, hace que te relaje, no darle vueltas a las cosas. Esto ha pasado y ya está. Estas sesiones me han hecho pensar y tomarme las cosas de otra manera. Soy muy exigente conmigo misma y esto me ha hecho cambiar. "

Caso 2 (I.O.):

Descripción del participante:

I.O. Es una mujer de 44 años de edad, soltera, diplomada en Magisterio de Educación Infantil, aunque se encuentra en Incapacidad Laboral Temporal desde hace un año. Antecedentes psiquiátricos previos por presentar sintomatología ansioso-depresiva.

Posteriormente surge sintomatología psicótica compatible con el diagnóstico de Trastorno Psicótico Agudo con predominio de Ideas Delirantes (diagnóstico actual). Tras iniciar tratamiento farmacológico el cuadro remitió hasta que meses después comienza con sintomatología depresiva de carácter leve. Aunque en la actualidad no existe psicopatología psicótica florida, persiste leve suspicacia. Tiene buena conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento.

Dentro de la intervención grupal ha sido de las pacientes más participativas y colaboradoras.

Resultados:

Cuantitativos:
Destaca la mejoría en el CGI, en el AAQII y en el SMQ. El resto de escalas han ido disminuyendo ligeramente en puntuaciones que indicaban la presencia de sintomatología. (ver tabla 2)

Escala	Puntuación Pre	Puntuación post
CGI	**3,8**	**2**
WHO	0,25	0
PANSSP	10	7
PANSSN	7	6
PANSSPG	25	20
AAQII	**54**	**36**
AE	27	32
SMQ	**40**	**73**

Tabla 2. Resultados de I.O. pre y post intervención

Cualitativos:
Terapeutas: ¿En qué crees que te ha servido el grupo?

I.O.: “El mantenerte en el presente, esa sensación de no divagar, el control mental. Es un deporte mental y ha sido un gran paso. Yo pensaba que la mente iba a su aire y que

no podía controlarla. No puedo cambiar los pensamientos, pero sí puedo controlarlos. He descubierto lo importante que es saber respirar para evitar la sensación de piloto automático

Discusión

Los dos casos presentados muestran el potencial beneficio y cambios producidos al aplicar MBCT en psicosis. Cabe destacar que ninguno de los participantes tenía experiencia previa en meditación.

A pesar de ser pacientes con diagnóstico de psicosis, en el momento de la intervención la sintomatología que predominaba era la afectiva, principalmente depresiva. La sintomatología psicótica referida y evaluada por su terapeuta era mínima y, por tanto, el descenso de estas puntuaciones (en PANSSP y PANSSN) ha llegado a obtener la puntuación mínima esperada. La mejoría ha podido observarse en escalas psicopatológicas más generales y amplias, donde se evaluaban los síntomas afectivos.

En ambos casos se ha conseguido una menor limitación funcional del cuadro clínico, llegando a reincorporarse laboralmente meses después tras la intervención.

El nivel de satisfacción con el grupo y con la intervención realizada es elevada, y la evaluación post-grupo nos indica que el aprendizaje del mindfulness ha sido exitoso y que conocen y describen perfectamente conceptos clave (centrarse en el presente, piloto automático,….). La práctica formal de los ejercicios no se han mantenido, pero sí que hacen referencia al uso de ejercicios informales durante su vida cotidiana.

Aunque en ninguno de los dos casos la sintomatología psicótica positiva ha sido grave o moderada, es de esperar que la relación que se mantenga con la experiencia psicótica sea similar a la que se mantiene con otro tipo de experiencia aversiva, ya que se adquiere una nueva forma de relacionarse con el síntoma, independientemente de la forma y del contenido del mismo.

Conclusiones

Podemos decir que los dos principales procedimientos basados en mindfulness o en atención plena (MBSR, MBCT), al día de hoy han demostrado su efectividad en una serie de patologías, por ejemplo; ansiedad, depresión, dolor crónico, psoriasis, trastorno obsesivo- compulsivo, etc. De igual forma cada vez hay más evidencia en

neurociencias de las distintos aspectos neurofisiológicos involucrados en mindfulness (véase, Ivanovski y Malhi, 2007).

Con respecto a la intervención en psicosis es un procedimiento en fase experimental que aún es necesario mayor investigación que valide su aplicación. No obstante, los resultados de estos estudios iniciales han mostrado principalmente dos conclusiones: mindfulness es una intervención posible de aplicar en psicosis que no ha mostrado efectos iatrogénicos y que tendrían un efecto positivo en la disminución de síntomas asociados como el estrés y la ansiedad, aumentando la sensación de control sobre la experiencia y de empoderamiento personal. Sumándose a intervenciones que no se centran en la eliminación del síntoma (ej: ACT; DBT) si no en modificar la función o significado que se le atribuye a la experiencia (Hayes et al., 2004).

Aunque, probablemente la efectividad o beneficio que se pueda obtener al aplicar mindfulness sea mayor al integrarlo a intervenciones que ya han mostrado su eficacia como la terapia cognitiva conductual o la Terapia Psicológica Integrada e intervenciones dirigidas a los familiares. En este sentido sugerimos que podría estar especialmente indicada en programas de intervención temprana de la psicosis. Ya que al entrenar a los pacientes a responder con atención plena a las voces, pensamientos e imagines y no luchar contra ellos, permite el efecto secundario de tranquilidad, de "despegarse", y poder vivenciar que es sólo un evento y que no tiene por que necesariamente ejercer un control sobre la persona. Quizás este último punto es uno de los aspectos más valorados por los pacientes, como se puede observar en los comentarios de los dos casos clínicos anteriormente expuestos. En concreto es interesante la sensación de control que se va obteniendo mediante la práctica de la atención plena, permitiendo cambios no solo en la sintomatología sino también en las competencias personales que se sienten para afrontar las dificultades. Esto va en la línea del modelo que propone Abba et al. (2008) de las etapas que se producen para cambiar la relación con el síntoma en pacientes con psicosis.

Finalmente nos gustaría señalar que mindfulness aplicado a la psicosis es una intervención que puede ser un adecuado complemento en salud mental y específicamente en el tratamiento del trastorno Mental Grave y aportar aspectos que van más allá de la presencia y ausencia de los síntomas, aspectos que tienen que ver con experimentar o re-encontrar a la persona tras las enfermedad. De ahí la importancia de aplicar mindfulness dentro de un encuadre que permita un adecuada investigación y desarrollo de la atención plena. Por otro lado futuros estudios y observaciones clínicas pueden

ir perfilando la intervención para determinar aún más los mecanismos psicológicos involucrados.

También probablemente sea necesario desarrollar instrumentos de evaluación que puedan recoger (con la suficiente sensibilidad) el proceso de cambio que se produce durante las sesiones de mindfulness.

Referencias

Abba, N., Chadwick, P., y Stevenson, C. (2008). Responding mindfully to distressing psychosis: A grounded theory analysis. *Psychotherapy Research,* 18, 77-87.

Baer, R. (2003). Mindfulness Training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.

Baer, R.A., Smith, G.T., y Allen, K.B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment,* 11, 191-206.

Baer, R.A., Smith, G.T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., y Toney, L. (2006). Using self report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27-45.

Bishop, S.R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Carmody, J., et al. (2004). Mindfulness: A proponed operational definition. *Clinical psychology: Science and Practice*, 11: 230-241

Brown, K.W., y Ryan, R.M. (2003). The beneficts of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.

Buchheld, N., Grossman, P., y Walach, H. (2001). Measuring mindfulness in insight meditation (Vipassana) and meditation based psychotherapy: The development of Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Journal for Meditation and Meditation Research*, 1, 11-34.

Chadwick, P., Taylor, K.N., y Abba, N. (2005). Mindfulness groups for people with psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 351-359.

Chadwick, P., Hughes, S., Russell, D., Russell, I., y Dagnan, D. (2009). Mindfulness

for distressing voices and paranoia: A replication and randomized feasibility trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 403-412.

Chadwick, P., Hember, M., Symes, J., Peters, E., Kuipers, E., y Dagnan, D. (2008). Responding mindfully to distressing thoughts and images: Reliability and validity of the Southampton Mindfulness Questionnaire (SMQ). *British Journal of Clinical Psychology,* 47, 451-455.

Davis, L.W., Strasburger, A.M., y Brown, L.F. (2007). Mindfulness: An intervention for anxiety in schizophrenia. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Service,* 45, 23-29.

Duraiswamy, G. , Thirthalli, J., Nagendra, H. R., y Gangadhar, B. N. (2007). Yoga therapy as an add-on treatment in the management of patients with schizophrenia – a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 226-232.

Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S., Greeson, J., y Laurenceau, J. (2007). Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R). *Journal of Psychological and Behavioral Assessment,* 29, 177-190.

García-Montes, J. M., Pérez-Álvarez, M., y Fidalgo, A. (2003). Influence of the suppression of self-discrepant thoughts on the vividness of perception of auditory illusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy,* 31, 33-44.

Germer, C.K., Siegel, R.D., y Fulton, P.R. (Eds.) (2005). *Mindfulness and psychotherapy.* New York: Guilford Press.

Goldstein, J. (2002). *One Dharma: The emerging western Buddhism*. San Francisco: Harper Collins.

Ivanovski, B., y Malhi, G.S. (2007). The psychological and neurophysiological concomitants of mindfulness forms of meditation. *Acta Neuropsychiatrica*, 19, 76-91.

Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioural medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.

Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go: there you are: mindfulness meditation in everyday life.* New York: Hyperion.

Kabat-Zinn, J. (2004). *Vivir con plenitud las crisis: cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad.* Barcelona: Kairós (Orig. 1990).

Kabat-Zinn, J., Massion, A.O., Kristeller, J., Peterson, L., Fletcher, K.E., y Pbert, L. (1992). Effectivenes of a meditation- based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 936-943.

Kristeller, J. L., y Hallett, C. B. (1999). An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder. *Journal of Health Psychology,* 4, 357-363.

Hayes, S. C., Strosahl, K., y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Guilford Press.

Hayes, S. C., Jacobson, N. S., Follette, V. M., y Dougher, M. J. (Eds.). (1994). *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy*. Reno, NV: Context Press.

Hayes, S.C. (2004) Acceptance and commitment therapy and the new behaviour therapies. In S.C. Hayes, V.M. Follette, y M.M. Linehan (eds.). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (1-29). New York: The Guilford Press.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder.* New York: Guilford Press.

Mace C. (2007). *Mindfulness in psycotherapy: an introduction.* Advances in Psychiatric Treatment, 13, 147-154.

Miller, J.J., Fletcher, K., y Kabat-Zinn, J. (1995). Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General Psychiatry*, 17, 192-200.

Salkoviskis, P.M., y Campbell, P. (1994). Thought suppression induces intrusion in naturally occurring negative intrusive thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 1-8.

Segal, Z.V., Teasdale, J.D., y Williams, J.M. (2004). Mindfulness based cognitive the-

rapy: Theoretical rationale and empirical status. In S.C. Hayes, V.M. Follette, y M.M. Linehan (eds.). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 45-65). New York: The Guilford Press.

Segal, Z.V., Williams, J.M., y Teasdale, J.D. (2006). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la conciencia plena: Un Nuevo abordaje para la prevención de las recaídas.* Bilbao: Descleé de Brouwer. (Orig. 2002)

Shapiro, S.L., Schwartz G., y Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction in medical and pre-medical students. *Journal of Behavioural Medicine*, 21, 581-599.

Teasdale, J.D., More, R. Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., y Segal, Z. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 275-287.

Teasdale J.D. , Segal, Z.V., Williams, J.M., Ridgeway, V.A., Soulsby, J.M., y Lau, M.A. (2000). Prevention of relapse in depresión by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623.

Vallejo M.A. (2006). *Mindfulness. Papeles del Psicólogo*, 27, 92-99.

Williams, J.M., Alatig, Y., Crane, C. Barnhofer, T., Fennell MJ., Duggan D.S., et al. (2008). Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) in bipolar disorder: Preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *Journal of Affective Disorder,* 107, 275-279

Anexo 1

Programación del grupo de Mindfulness

Sesión 1. El piloto automático

- Establecer la orientación de la clase. Frecuencia de las sesiones, duración del grupo y voluntariedad del mismo.
- Reglas relacionadas con la confidencialidad y privacidad.
- Dinámica de grupo para la presentación.
- El ejercicio de la uva/pasa e introducción experiencial al concepto de consciencia plena, comparándolo con el modo habitual de estar en el presente, tipo "piloto automático".
- Primer acercamiento a la conciencia plena con ejercicio exploratorio de 5 minutos de respiración.

Sesión 2. Luchando contra las barreras

- Practica de la "exploración corporal"- empezando con una breve focalización en la respiración. Normalizar el que la mente "divague" durante la realización de estos ejercicios. El objetivo no es aprender a apagar los pensamientos, sino a reconocer que están ahí, observar donde van, y después volver suavemente la atención a la respiración o el cuerpo. Sea donde sea que se encuentre la mente se debe empezar una y otra de vez de nuevo.
- Ejercicio de las emociones y sentimientos. Les pedimos que cierren los ojos y que imaginen la siguiente escena: "Estás caminando por la calle y, al otro lado, ves a alguien que conoces.Le haces una señal con la mano, pero la otra persona parece no percatarse y sigue caminando." Entonces invitamos a los participantes que sean conscientes de todos los eventos privados que están experimentando y cómo éstos se relacionan con afectos intensos (a veces desagradables). A través de la discusión en grupo de este ejercicio se lleva al concepto de los pensamientos no son hechos, solo son pensamientos.

Sesión 3 Conciencia plena de la respiración

- Ejercicio de "ver o escuchar". Breve ejercicio de cinco minutos de atención plena dirigido a introducirnos en el grupo y en la tarea.
- 10 minutos de meditación sentada centrada en la respiración. Practicar el proceso de prestar atención a un solo foco, en este caso, la respiración, y permitir que otras distracciones, como pensamientos, emociones y sensaciones, vengan

y entren en nuestra mente sin controlar nuestra atención. Cada vez que la mente se distraiga de la respiración, la tarea sigue siendo la misma: simplemente traer de vuelta la mente a la respiración en cada momento. No consiste en tratar de controlar los pensamientos, sino en sentirnos realmente cómodos dejando que las cosas sean como son y volviendo después a la respiración.

Sesión 4 Estando presente

Ejercicio de "ver o escuchar" (5 minutos).

- 10 minutos de meditación sentada, tomando conciencia de la respiración, el cuerpo, los sonidos, pensamientos. Explorar durante la meditación el modo de "permanecer presente", afrontando la tendencia de correr tras lo placentero y evitar lo desagradable.
- Introducir los "tres minutos de respiración profunda". Consiste en una práctica de generalización que vincule lo que se está aprendiendo en las sesiones con un amplio rango de situaciones diferentes. Constituye un medio para desvincularse del modo "piloto automático" y reconectarse con el momento presente. Las instrucciones consisten en:

1. Traer la atención hacia la experiencia que se está viviendo, aunque esta sea desagradable.
2. Redirigir la atención hacia la respiración, como una forma de anclar en el presente.
3. Expandir la atención a través de la respiración, de modo que se incluya la sensación del cuerpo como un todo.

Sesión 5 Dejándose Ir

- Exploración corporal.
- Respiración profunda de tres minutos y revisión.
- Mindful walking.
- Leer el poema "La casa de los huéspedes" (Rumí).:

El ser humano es una casa de huéspedes.
Cada mañana un nuevo recién llegado.
Una alegría, una tristeza, una maldad,
que viene como un visitante inesperado.
¡Dales la bienvenida y recibe a todos!
Aún si son un coro de penurias que vacían tu casa violentamente.

Trata a cada huésped honorablemente, él puede estar creándote espacio para
alguna nueva delicia.
El pensamiento oscuro, la vergüenza, la malicia,
recíbelos en la puerta sonriendo
e invítales a entrar.
Agradece a quien quiera que venga,
porque cada uno ha sido enviado
como un guía del más allá.

El poema ilustra un cambio radical en la relación con la experiencia, una relación diferente a través de la aceptación. Permitir que los pensamientos desagradables entren en la conciencia, sin precipitarnos para solucionarlos o rechazarlos.

Sesión 6. Los pensamientos no son hechos

- Exploración corporal.
- Mencionar la preparación para el fin del curso.
- Metáfora del espectador en el cine o nubes en cielo. Un objetivo clave de esta sesión es ayudar a los participantes a encontrar modos de reducir su grado de identificación con lo que están pensando, y animarles a ver los pensamientos como pensamientos.
- Tres minutos de respiración profunda y revisión.

Sesión 7. Cómo me puedo cuidar mejor

- 10 minutos de meditación sentada- siendo consientes de la respiración, el cuerpo, los sonidos y los pensamientos.
- Identificar señales de recaída y establecer plan de acción.
- Tres minutos de respiración profunda.

Sesión 8. Usando lo aprendido en el futuro

- 10 minutos de meditación sentada.
- Revisión del curso completo: que han aprendido- en parejas
- Discutir cómo es la mejor forma seguir el ímpetu y la disciplina desarrollada en las pasadas 7 semanas tanto en la práctica formal como informal.
- Revisar y discutir planes y relacionarlos con razones positivas para mantener la práctica.