

EVALUACIÓN DE UNA TERAPIA GRUPAL BASADA EN MINDFULNESS PARA PACIENTES QUE OYEN VOCES

Aina Moreno Mas

2.º curso. Máster en Psicología General Sanitaria

Asignatura: Trabajo de Fin de Máster

Tutora: M^a Dolores Riesco Miranda

Facultat d'Educació, Traducció i Ciències Humanes

Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya

Vic, 22 de mayo de 2018

Agradecimientos

Dar las gracias a los pacientes que han hecho posible la realización de este grupo, por su participación, su honestidad, su esfuerzo, y por todo lo que me han enseñado. Muchas gracias.

A Lola Riesco, tutora de este Trabajo de Fin de Máster, agradecerle el tiempo y esfuerzo dedicado, su sinceridad, su criterio profesional, su apoyo incondicional, su cariño y por enseñarme que creer en uno mismo es el pilar fundamental. De todo corazón, gracias.

Gracias a María José Álvarez, por la oportunidad que me ha brindado para realizar este trabajo, por su esfuerzo, su implicación y por el ánimo que me ha dado durante todo este tiempo. Muchísimas gracias.

Por último, pero no menos importante, a mi familia y amigos, por la confianza, la paciencia, los consejos y el apoyo que me han dado en todo momento, sin vosotros tampoco hubiera sido posible.

A todos y cada uno de vosotros, gracias.

Resumen

Las terapias basadas en mindfulness, que se centran en la experiencia inmediata, la aceptación, el descentramiento de la experiencia, la no reactividad, el no juzgar y la autocompasión, pueden ser particularmente útiles para aliviar el malestar asociado a las alucinaciones auditivas. Desde el primer estudio de mindfulness en pacientes psicóticos (Chadwick, 2005), han sido múltiples los estudios realizados con esta técnica. Este estudio tiene como objetivo principal evaluar la eficacia de una intervención basada en atención plena para pacientes que presentan alucinaciones auditivas crónicas y resistentes a la medicación, sin tener en cuenta el diagnóstico principal. El estudio se realiza mediante un diseño pre-post con un solo grupo terapéutico (de cohorte), y los efectos de la terapia en la muestra final (n=3), se evalúan mediante 2 cuestionarios (PSYRATS y FFMQ), y a través del testimonio de los pacientes (análisis cualitativo). Los resultados muestran un cambio significativo en la relación de los pacientes con sus voces, que se refleja en la reducción de la cantidad de angustia, de la duración, de la intensidad, de la cantidad de contenido negativo, y de la interferencia que provocan en su vida cotidiana. Sin embargo, en la capacidad de atención plena no se ha obtenido la mejora esperada. Se puede concluir por tanto, que la terapia grupal basada en atención plena para pacientes que oyen voces, ha resultado ser beneficiosa, segura y bien aceptada por los pacientes, al fomentar reacciones y formas alternativas de relacionarse con las voces y con el malestar que estas causan en su vida diaria.

Palabras clave: atención plena, voces, aceptación, malestar.

Abstract

Mindfulness-based therapies, which are focused on immediate experience, acceptance, decentring of experience, non-reactivity, non-judgment and self-pity, can be particularly helpful in relieving the discomfort associated with auditory hallucinations. Since the first study of mindfulness in psychotic patients (Chadwick, 2005), there have been multiple studies conducted with this technique. The main objective of this study is to evaluate the efficacy of a full-attention intervention for patients who present chronic auditory hallucinations, which are resistant to medication, without taking into consideration the primary diagnosis. The study is carried out through a pre-post design with a single therapeutic group (cohort), and the effects of the therapy in the final sample (n = 3), are evaluated through 2 questionnaires (PSYRATS and FFMQ), and through the patient testimony (qualitative analysis). The results show a significant change in the patients' relationship with their voices, which is reflected in the reduction of the amount of anguish, the duration, the intensity, the amount of negative content, and the interference they cause in their daily life. However, regarding the capacity of mindfulness, the expected improvement has not been obtained. Therefore, it can be concluded that group therapy based on mindfulness for patients who hear voices has been proved to be beneficial, safe and well accepted by patients, fostering reactions and alternative ways of relating to voices and with the discomfort that these cause in their daily life.

Key words: full-awareness, voices, acceptance, discomfort.

Índice

1. Introducción	1
2. Marco teórico	2
2.1 Contextualización.....	2
2.2 Concepto de alucinaciones auditivas.....	4
2.3 Teorías psicológicas explicativas de las alucinaciones auditivas	5
2.4 Oír voces: ¿Es sinónimo de enfermedad? ¿Son las alucinaciones auditivas patognomónicas de psicosis?	7
2.5 Nuevos abordajes psicológicos de las alucinaciones auditivas	9
2.6 Abordaje de las alucinaciones auditivas mediante mindfulness	11
3. Objetivos e hipótesis	17
4. Método	18
4.1 Diseño del estudio	18
4.2 Criterios de inclusión y exclusión	18
4.3 Fases del estudio	19
4.3.1 Fase inicial: reclutamiento de los pacientes	19
4.3.2 Fase de intervención	20
4.3.3 Fase final.....	20
4.4 Recogida de datos	21
4.5. Instrumentos de medida (metodología cuantitativa)	21
4.6 Análisis cualitativo.....	23
4.7 Grupo terapéutico: sesiones grupales	23
5. Resultados	25
5.1 Resultados cuantitativos	25
5.1.1 Escala para la valoración de los síntomas psicóticos (PSYRATS)	25
5.1.2 Cuestionario de las 5 facetas del mindfulness (FFMQ)	30

5.2 Resultados cualitativos	31
5.2.1 Capacidad de atención plena	31
5.2.2 Relación con las voces	33
5.2.3 Factor grupal: relación y sentimiento grupal	35
5.2.4 Sentimientos generales sobre los beneficios de la terapia	36
6. Discusión	37
6.1 Efecto en la relación con las voces.....	37
6.2 Efecto en la capacidad de atención plena	39
7. Limitaciones y posibilidades	42
8. Conclusiones	44
9. Bibliografía.....	46

Índice de tablas

Tabla 1. Puntuaciones pre-post intervención de la escala PSYRATS	25
Tabla 2. Análisis descriptivo de las puntuaciones pre-post para cada ítem de la escala PSYRATS	25
Tabla 3. Clasificación del análisis descriptivo realizado para cada ítem de la escala PSYRATS según su mejora	29
Tabla 4. Puntuaciones pre-post para cada factor del cuestionario FFMQ y puntuaciones totales.	30
Tabla 5. Resumen del efecto individualizado de la intervención grupal	31

1. Introducción

Las alucinaciones auditivas constituyen un fenómeno tradicionalmente asociado al Trastorno Mental Grave (TMG), habitualmente, a la esquizofrenia (Strauss, Thomas, y Hayward, 2015) y su abordaje clínico se ha limitado a tratar de eliminar este síntoma mediante los tratamientos farmacológicos, sin dar importancia al significado y al malestar de estas voces. Además, el hecho de que la escucha de voces generalmente se haya investigado como una experiencia subordinada a un trastorno mental más general, ha contribuido a un desarrollo escaso de teorías y modelos específicos de las alucinaciones como fenómeno independiente (Perona Garcelán, 2006).

A pesar de esto, la literatura empírica respalda cada vez más la utilidad de las intervenciones basadas en atención plena para una amplia variedad de poblaciones, problemas y trastornos, aunque a día de hoy sigue habiendo debate sobre si estas intervenciones son útiles y seguras para el manejo de las enfermedades psiquiátricas graves (Segal, Williams, y Teasdale, 2002). El mindfulness es una antigua práctica budista que durante los últimos años se ha utilizado como herramienta de intervención psicológica, que surge de la integración de una milenaria sabiduría oriental con la ciencia moderna, y que en el marco de la investigación actual se ha definido como *la conciencia no prejuiciosa de la experiencia inmediata (sensaciones, sentimientos, emociones y pensamientos) tal y como es en el momento presente* (Kabat-Zinn, 1990).

Se considera que aquello que resulta problemático no es la escucha de voces en si misma, sino las creencias asociadas a las voces (identidad, poder, consecuencias de obedecerlas y desobedecerlas, entre otras) y el malestar que estas provocan. Partiendo de esta premisa, nuestro estudio se ha planteado como objetivo, la realización de un grupo terapéutico basado en mindfulness para el manejo y tratamiento de las alucinaciones auditivas (AA), con la finalidad de proporcionar una manera alternativa a estos de pacientes de relacionarse con sus voces.

Así pues, se cree que la relevancia de este estudio recae en el hecho de intentar disminuir el impacto que las voces causan en la vida diaria de los pacientes mediante la atención plena, permitiendo que las experiencias auditivas desagradables lleguen a ser conscientes, desprendiéndose de la lucha contra ellas, de la rumiación y así poder aceptar la experiencia de escuchar voces, y a si mismos. En definitiva, lo que se pretende es proporcionar a los pacientes una forma alternativa de relacionarse con sus síntomas, cambiando las reacciones habituales (evitación y rechazo) que provocan un aumento de la frecuencia y el malestar de estos, por otras más adaptativas.

Teniendo en cuenta que se trata de un trabajo empírico de intervención psicológica, los apartados y contenidos seguirán la estructura de un artículo científico y se presentarán de la siguiente manera: el *marco conceptual*, que incluye la revisión bibliográfica realizada para contextualizar la relevancia de la propuesta de trabajo y destacar cuales son los trabajos llevados a cabo a día

de hoy en la misma línea; la *metodología* que se ha utilizado para realizar el estudio, así como para evaluar sus resultados; los *resultados* plasman de forma objetiva los efectos observados durante el proceso de intervención; la *discusión*, en la que se analizan los resultados obtenidos según la literatura expuesta en el marco teórico y en relación a los objetivos e hipótesis planteados; las *limitaciones y posibilidades*, describen los puntos débiles del trabajo a la vez que se plantean posibles soluciones y, finalmente, las *conclusiones* que valoran de forma global el estudio elaborado.

2. Marco teórico

2.1 Contextualización

La experiencia de escuchar voces ha sido por excelencia el síntoma que tradicionalmente se ha asociado al Trastorno Mental Grave (TMG), generalmente, a la esquizofrenia (Basset et al., 2015; Perona Garcelán, 2006; Strauss et al., 2015). Su abordaje clínico se ha basado principalmente en erradicar el síntoma a través de tratamientos psicofarmacológicos, dejando de lado el contenido y significado que tiene para la persona la escucha de esas voces (Basset et al., 2015).

El hecho de entender y tratar las alucinaciones como experiencias subordinadas a un trastorno más general, ha provocado que no se hayan desarrollado hasta hace relativamente poco tiempo, teorías y modelos específicos para las alucinaciones como fenómenos psicológicos de pleno derecho e independientes de otros síntomas psicóticos (Perona Garcelán, 2006). Algunos investigadores como Bentall, Jackson, y Pilgrim (1988), defendieron la posibilidad de estudiar dichas conductas y experiencias psicóticas como principal objeto de estudio, en consonancia con la visión de Persons (1986), quién propuso que esta posición comportaba serias ventajas, como por ejemplo, evitar la clasificación errónea de los individuos al utilizar diseños basados en categorías diagnósticas, y permitir el estudio de fenómenos significativos que pueden quedar relegados al enfoque de categorías sindrómicas.

Otra de las ventajas más relevantes sugerida por Persons (1986) en relación al estudio de estos fenómenos de forma independiente, es el reconocimiento de una continuidad entre las experiencias o conductas patológicas y la conducta normal. Esta consideración dimensional ha sido defendida a lo largo de estos años por varios autores. Basándose en una revisión de la literatura, Van Der Zwaard y Polak (2001), plantearon la hipótesis de un espectro continuo de categorías superpuestas que puede variar desde trastornos de la percepción, escenas retrospectivas (*flashbacks*), impresiones disociativas, hasta pensamientos y procesos de memoria normales. Asimismo, González, Sanjuán, Cañete, Echánove, y Leal (2003), proponen esta misma teoría apuntando que las alucinaciones y los delirios pueden ser conceptualizados como puntos de un continuo funcional que va desde la conducta normal a la claramente psicótica. Esta visión se apoya en los datos y resultados de los estudios realizados en población general, los cuales encuentran una frecuencia variable de experiencias alucinatorias en sujetos sin diagnóstico psiquiátrico, con variaciones en la prevalencia, que puede oscilar desde el 0,6% (Ohayon, 2000) al 25% (Aleman, Nieuwenstein, Böcker, y De Haan, 2001).

La década transcurrida entre mediados de los años 80 y mediados de los 90, fue la época más significativa y alentadora, en la que los principales psicólogos del Reino Unido (Richard Bentall, Philippa Garety y Mary Boyle) empezaron a someter a la psicosis a un análisis conceptual y experimental (Chadwick, 2009), lo que permite afirmar, que no fue hasta hace unas tres décadas aproximadamente, que las experiencias alucinatorias comenzaron a recibir en el sistema de salud mental una particular atención terapéutica.

El desplazamiento del énfasis de los síndromes a los síntomas promovido por los clínicos conductistas, junto con el creciente interés por las estrategias espontáneas de afrontamiento de los clínicos que contribuyeron al posterior desarrollo de las terapias cognitivo-conductuales, sumado al nacimiento de la red de grupos centrados en las experiencias de los usuarios promovida por Marius Romme y Sandra Escher, confirió una dimensión insospechada al abordaje de las experiencias alucinatorias (Jenner y Díez, 2017).

Las razones por las que en estos últimos años se ha acrecentado de forma exponencial este interés por las alucinaciones, especialmente las auditivas, son varias. En primer lugar, porque constituyen uno de los temas centrales en la historia de la psicopatología (González et al., 2003). En segundo lugar, ha sido posible captar este síntoma con técnicas de neuroimagen (McGuire, Murray, y Shah, 1993). En tercer lugar, se han diseñado varias escalas con el fin de evaluar las características fenomenológicas de las alucinaciones (Haddock, McCarron, Tarrier y Faragher, 1999), y en cuarto lugar, comienzan a haber cada vez más estudios que sugieren la posibilidad de una terapia cognitiva específica dirigida a pacientes que presentan alucinaciones auditivas (Chadwick, Lees, y Birchwood, 2000).

2.2 Concepto de alucinaciones auditivas

Por lo general, las alucinaciones se definen como percepciones sensoriales en ausencia de estímulos externos. De acuerdo con el Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), las alucinaciones son percepciones que tienen lugar sin la presencia de un estímulo externo, vívidas y claras, con toda la fuerza y el impacto de las percepciones normales, y no están sujetas al control voluntario. Pueden darse en cualquier modalidad sensorial (visual, táctil, olfativa, gustativa, somática, cinestésica y multimodal), pero la auditiva es la más común en la esquizofrenia y en los trastornos relacionados. Las alucinaciones auditivas habitualmente se experimentan en forma de voces, conocidas o desconocidas, que difieren cualitativamente de los propios pensamientos, aunque también pueden experimentarse de una forma más elemental como sonidos, pitidos, murmullos, campanas, lo que se conoce en psicopatología como acoasmas. Además, pueden tener un tono imperativo que la persona se ve obligada a obedecer, o simplemente pueden consistir en voces que comentan las acciones del paciente; pueden hablar en tercera persona o adquirir el carácter de conversación entre dos o más personas. Pueden tener una breve duración o producirse de manera continua y su contenido puede variar desde ser amenazador o, contrariamente, amigable (Belloch, Sandín y Ramos, 2012).

En la actualidad, las definiciones vigentes de las alucinaciones difieren entre sí en algunos detalles. El diccionario de psicología de la APA (VandenBos, 2007) define las alucinaciones como <<percepciones sensoriales falsas que tienen un sentido de realidad convincente a pesar de la ausencia de estímulo externo>>.

A pesar de que muchas de las definiciones sobre las experiencias alucinatorias postuladas a lo largo de la historia se engloban bajo el enfoque de la <<visión perceptualista>>, en el sentido de explicar las alucinaciones como un error perceptual y sensorial (Belloch et al., 2012), la mayoría de ellas están de acuerdo en que son necesarias ciertas características (Jenner y Díez, 2017): la percepción sensorial (que las diferencia de la imaginación); un sentido de realidad convincente; un carácter incontrolable; un estado de plena conciencia, y por último, la ausencia de estímulo externo.

2.3 Teorías psicológicas explicativas de las alucinaciones auditivas

Respecto a los factores psicológicos implicados tanto en la etiología como en el mantenimiento de las alucinaciones auditivas, se encuentran distintas perspectivas que intentan explicar este fenómeno. Gran parte de estas teorías están de acuerdo en la relación entre las voces y el habla interna (Perona Garcelán, 2006).

La teoría de la atribución errónea, supone que las voces ocurren cuando la persona atribuye de manera errónea su habla interna a fuentes externas al yo (Slade y Bentall, 1988; Corcoran, Mercer y Frith, 1995; Morrison, Haddock y Tarrier, 1995). Además, varias líneas de investigación centradas en esta teoría han demostrado que las alucinaciones auditivas, al estar ligadas al diálogo interno, se presentan acompañadas de subvocalizaciones (Gould, 1950; Green y Kinsbourne, 1990; McGuigan, 1996), y que ciertas tareas distractoras incompatibles con las alucinaciones como leer o hablar en voz alta, comportan un efecto inhibitorio de las alucinaciones auditivas (Margo, Hemsley y Slade, 1981; Gallager, Dinan y Baker, 1994).

Si bien hay un relativo consenso en la relación de los procesos internos con las alucinaciones, aún hay debate en cómo se mantienen estos errores de atribución (Morrison, 2001). La línea de trabajo llevada a cabo por Morrison en consonancia con la teoría de Bentall, defiende, por un lado, que las voces son producto de un sesgo cognitivo de estímulos internos o externos que provocarían una alucinación normal y que son experimentados como una amenaza física o psicológica a la identidad del sujeto. Estas interpretaciones erróneas comportarían un incremento del afecto negativo y del arousal psicológico, que conduciría a la aparición de más alucinaciones, resultando en un círculo vicioso. Por otra parte, sostiene que las creencias metacognitivas del sujeto tienen un papel primordial en la producción de este sesgo. La idea principal que propone Morrison (2001) se basa en el establecimiento de una relación entre las alucinaciones y los pensamientos intrusivos (PI), tanto en forma (se presentan como extraños, incontrolables e involuntarios) como en contenido (pensamientos malos, blasfemos, violentos), a la vez que comportan un significado emocionalmente relevante para ellos y suelen tratar, en general, sobre temas desagradables y no deseados (Morrison et al., 1995; Morrison y Baker, 2000).

Otra vertiente sobre la etiología de las alucinaciones es la adaptación de la propuesta de Wells y Matthews para síntomas emocionales y que Morrison amplía a las alucinaciones. Se propone un modelo (Wells, 1995) de la función ejecutiva autoreguladora. En este modelo se sugiere que la vulnerabilidad a la disfunción psicológica se asocia con un síndrome cognitivo-atencional caracterizado por una atención altamente focalizada en uno mismo, un procesamiento rumiativo y la activación de creencias disfuncionales. Aplicando ideas similares a las alucinaciones, Morrison et al. (1995) proponen que estas pueden ser experimentadas cuando pensamientos intrusivos son atribuidos a una causa externa, como consecuencia de intentar disminuir una disonancia cognitiva. Bentall (1990) especula que esta disonancia es causada por la incompatibilidad de ciertos pensamientos con las creencias metacognitivas, en particular las creencias de controlabilidad.

Por lo que respecta a la cuestión de cómo se mantienen en el tiempo las alucinaciones auditivas, Morrison (2001) propone 4 factores: las creencias acerca del contenido de las voces y sobre la experiencia *per se* de tener alucinaciones; la relación con las voces; las conductas de seguridad para reducir al malestar provocado por las voces (como la evitación o la confrontación con la voz) y las respuestas emocionales (ira, desesperación, ansiedad, satisfacción, alegría, etcétera) que la persona experimenta como consecuencia de la vivencia de las voces. En esta misma línea, Chadwick y Birchwood (1994) demostraron que las creencias sobre las voces están significativamente relacionadas con sus consecuencias emocionales y de comportamiento, a la vez que se asocian con estrategias de afrontamiento disfuncionales.

La vivencia de sucesos traumáticos, se considera un factor importante a tratar en este apartado. Generalmente, se acepta que las creencias se desarrollan como producto de la experiencia y existen numerosos estudios que ponen de manifiesto la relación entre el trauma y los síntomas psicóticos (Mueser y Butler, 1987). Romme y Escher (1989), encontraron que el 70% de personas que escuchaban voces desarrollaron tales alucinaciones después de un evento traumático, a la vez que, Honig et al., (1998), al comparar el contenido y la forma de las AA en tres grupos (pacientes con trastorno disociativo, con esquizofrenia y personas que no escuchaban voces), encontraron que en la mayoría de los pacientes la escucha de voces fue precedida por un evento traumático, o por algún acontecimiento que activó la memoria de un trauma o abuso anterior. Según Morrison (2000), las experiencias traumáticas contribuirían en un desarrollo erróneo del conocimiento social y en la forma de interpretar pensamientos intrusivos. Recientemente, se ha estudiado la relación entre el trauma infantil y las experiencias psicóticas, es decir, las ideas delirantes y alucinaciones, y lo que se sugiere es que el abuso infantil se encuentra asociado a la aparición de alucinaciones, el haber estado institucionalizado en la infancia a ideación delirante, y el abuso físico con ambos tipos de experiencias psicóticas. Tanto la intensidad de las experiencias traumáticas como el haber sufrido más de un tipo de trauma se relaciona con la intensidad de estos síntomas (Richard P. Bentall, Wickham, Shevlin, y Varese, 2012).

Otro mecanismo explicativo de las alucinaciones es la disociación. Varios estudios sugieren la disociación como el factor que relaciona el trauma con las alucinaciones (Longden, Madill, y Waterman, 2012; Moskowitz y Corstens, 2008; Moskowitz, Schäfer, y Dorahy, 2009; Varese, Barkus, y Bentall, 2011). Desde esta visión las voces son consideradas como intrusiones de experiencias traumáticas disociadas y no integradas en la conciencia, ya que dichas experiencias, especialmente en la primera infancia, pueden provocar una disociación entre los aspectos del yo implicados en la vida diaria y los aspectos del yo que contienen las memorias traumáticas (Van der Hart, Nijenhuis y Steele, 2006). Hay evidencias de que este proceso disociativo lleva a las memorias traumáticas a ser descontextualizadas y experimentadas como no autobiográficas y ajenas al yo (Dorahy y van der Hart, 2007).

2.4 Oír voces: ¿Es sinónimo de enfermedad? ¿Son las alucinaciones auditivas patognomónicas de psicosis?

Según (Perona Garcelán, 2006), las alucinaciones, específicamente, las auditivas, han sido explicadas y descritas en un gran número de trastornos psiquiátricos. Por ejemplo, un estudio realizado por Romme y Escher (1996) en una muestra muy amplia de pacientes holandeses, reportaba que las AA estaban presentes en el 53% de los sujetos diagnosticados de esquizofrenia, en el 80% de los trastornos disociativos, en el 28% de los trastornos afectivos y en el 13% de los trastornos de personalidad. Por otro lado, Hammersley et al., (2003) y Yee, Korner, McSwiggan, Meares, y Stevenson (2005), apuntan datos similares al afirmar que la tasa de prevalencia de las AAV (alucinaciones auditivas verbales) a lo largo de toda la vida es máxima en personas con trastornos disociativos (85%), trastornos del espectro de la esquizofrenia (60-70%), trastorno bipolar (47%), trastorno de estrés postraumático (TEPT) (30%) y depresión psicótica (30%).

Aunque este tipo de alucinaciones son comunes en un amplio rango de trastornos psiquiátricos, existen varios estudios que revelan su aparición en población general. Según Johns, Nazroo, Bebbington, y Kuipers (2002), entre un 4 y un 25% de la población refieren haberlas experimentado a lo largo de su vida, por lo que se hace evidente que las experiencias alucinatorias no pueden considerarse patognomónicas de trastornos específicos, generalmente de los trastornos psicóticos (Jenner y Díez, 2017). El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), expone que las alucinaciones hipnagógicas e hipnopómpicas son fenómenos efímeros y normales que raramente se asocian con complicaciones, así pues, estaríamos hablando de un tipo de alucinaciones que pueden experimentarse independientemente de presentar o no, algún trastorno mental. Además, existen numerosos hechos que pueden comportar también la experimentación de alucinaciones sin la necesidad de ser relacionadas con enfermedad, como la presencia de circunstancias fisiológicas o psíquicas extremas (carencia de oxígeno, privación del sueño, soledad prolongada, pérdida de un ser querido...).

Waters y Fernyhough (2017), en su revisión sistemática sobre si ciertas propiedades funcionales de las alucinaciones son específicamente indicativas de esquizofrenia o si comparten características clínicas y funcionales con otros grupos, señalan que las alucinaciones (auditivas y visuales) aparecen con frecuencia en otras condiciones médicas y psiquiátricas.

Respecto a las condiciones psiquiátricas, aparte del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (trastorno esquizofreniforme, trastorno psicótico breve, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo), estos autores destacan los desórdenes afectivos como el trastorno bipolar (mixto, maníaco y/o deprimido) y la depresión unipolar, rasgos esquizotípicos de la personalidad y trastorno límite de la personalidad, el trastorno por estrés postraumático (TEPT) y trastorno de identidad disociativo.

También señalan condiciones relacionadas con las drogas que afectan al sistema nervioso central e involucran áreas sensoriales corticales, y la presencia de ciertos medicamentos (tratamiento de la hiperactividad, antipalúdicos, drogas antiparkinsonianas) también se ha demostrado que puede provocar alucinaciones, aunque en estos casos, por lo general, estas desaparecen después de retirada de la sustancia (Waters y Fernyhough, 2017).

Asimismo, estos dos autores, destacan que ciertas circunstancias médicas que causan algún daño o interferencia en vías sensoriales periféricas como la sordera adquirida, también pueden generar AA. Trastornos metabólicos como los trastornos de la función tiroidea o la deficiencia de las vitaminas B12 y D también se relacionan con la aparición de alucinaciones. Otras afecciones médicas asociadas a las alucinaciones incluyen trastornos cromosómicos como el síndrome de Prader-Willi, trastornos autoinmunes y trastornos de inmunodeficiencia adquirida como el VIH, además de trastornos del sueño como la narcolepsia. Afectaciones neurológicas como tumores, lesiones cerebrales traumáticas, epilepsia del lóbulo temporal y condiciones cardiovasculares, también pueden causar alucinaciones cuando se ven involucradas las vías temporal, occipital y temporoparietal. También pueden presentarse en afecciones neurodegenerativas, particularmente la demencia con cuerpos de Lewy y la enfermedad de Parkinson.

Waters y Fernyhough (2017), destacan en sus resultados que a pesar de haber ciertas características de las alucinaciones comúnmente indicativas de esquizofrenia, la mayoría de estas también son referidas en otros grupos clínicos. Por ejemplo, el predominio de la modalidad auditiva también se informa en el trastorno bipolar y en la epilepsia del lóbulo temporal y, la presencia de múltiples modalidades de alucinaciones (aunque no simultáneamente), es reportada también en el contexto de las drogas y el alcohol, de la narcolepsia, del trastorno bipolar y el trastorno de identidad disociativo.

También destacan que ciertos parámetros formales específicos de las alucinaciones (voces persistentes, viveza y realismo, origen externo) se muestran también en las demás condiciones, por lo que no resultan específicos de psicosis: la escucha de voces continua ha sido señalada

en individuos no clínicos a tasas del 47%, del 70% en tinnitus, en los trastornos afectivos (77%) y en el trastorno disociativo de la identidad (93%) (Honig et al., 1998). La vivencia de esta experiencia como real e intensa, es reportada en un 54% de pacientes con TEPT, del 100% en el trastorno bipolar y en la abstinencia de alcohol (26%). La percepción de las voces en el espacio externo tampoco resulta ser un aspecto patognomónico de la esquizofrenia, ya que ha sido informada a tasas del 37% en tinnitus, del 57% en grupos no clínicos, del 60% en TEPT, en un 80% en el trastorno bipolar y en un 67% en el trastorno disociativo de identidad (Jessop, Scott, y Nurcombe, 2008). El contenido negativo y acusatorio de las voces, se observa también en el 93% de las personas con trastorno de identidad disociativo, el 53% de los trastornos afectivos y en el 62% en el TEPT. Los contenidos negativos también son comunes en las alucinaciones auditivas en la abstinencia de alcohol y en condiciones neurodegenerativas, mientras que en individuos no clínicos esta característica se informa con mucha menor frecuencia. Por último, las voces que dan órdenes de agredir a alguien o a uno mismo, son reportadas por un 62% en el TEPT y por un 82,3% en el trastorno bipolar. El aspecto que comparten estas condiciones es la falta de control percibido y la interferencia que las voces causan en la vida diaria (por ejemplo, del 84% en el trastorno de identidad disociativo), mientras que los grupos no clínicos refieren un mayor control percibido sobre las voces, niveles inferiores de angustia, así como una menor limitación de la vida diaria (Waters y Fernyhough, 2017).

Así pues, puede afirmarse que las AA no son patognomónicas de los trastornos psicóticos. En estudios recientes se ha mostrado la existencia de alucinaciones no psicóticas, así como la presencia de alucinaciones en ausencia de trastorno psiquiátrico (Jenner y Díez, 2017). Rössler et al., (2007) y Van Os, Hanssen, Bijl y Ravelli (2000), señalan que la incidencia de las AA en población general es mucho mayor que la incidencia de trastornos psicóticos.

2.5 Nuevos abordajes psicológicos de las alucinaciones auditivas

Actualmente, buena parte de los estudios de tratamiento de la psicosis se centran en las terapias farmacológicas (Watkins, 2010), debido a que las evaluaciones basadas en evidencia (ensayos aleatorizados controlados) son más sencillas de administrar a agentes externos como medicamentos en contraposición a la dificultad que implican las técnicas psicológicas (Alanen, González de Chaávez, Silver y Martindale, 2009). A pesar de esto, números grupos de investigación han empezado a evaluar la efectividad de las terapias psicológicas a largo plazo, enfocándose en las alucinaciones auditivas como variable de resultado específica a analizar separada de otros síntomas. Al promover una óptima recuperación, las intervenciones psicológicas se han convertido en un elemento clave del tratamiento en personas que presentan AA, y la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) está ampliamente recomendada en las guías de la práctica clínica. Un área clave de desarrollo ha sido el ensayo de intervenciones TCC de “tercera generación” que promueven la atención plena, la aceptación y la compasión como medios de cambio. A continuación se describen brevemente las terapias que están demostrando tener un impacto en la forma de vivir las experiencias auditivas y de relacionarse con ellas:

La **Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)**. La literatura más abundante y relevante en relación al tratamiento psicológico de las AA se centra en el uso de esta terapia. La mayoría de estudios apuntan un impacto modesto en términos generales, aunque hay pruebas sólidas de sus beneficios para medidas más específicas (angustia causada por la voz, síntomas depresivos, funcionalidad). Esta terapia trabaja con las AA mediante la reformulación de creencias sobre el poder de las voces, también a través de formulaciones para la presencia de la voz incluyendo el posible papel de las experiencias traumáticas, y promoviendo estrategias de control y afrontamiento activas en relación al malestar causado por las voces (Lysaker y LaRocco., 2008). A pesar de estos prometedores hallazgos, existe la preocupación de que dicha terapia pueda guiarse por los principios médicos convencionales, hecho que conllevaría por parte de los pacientes la expectativa de erradicar sus síntomas (como la escucha de voces), en lugar de normalizar esta experiencia e impulsar un cambio en la respuesta a estas experiencias (Morrison, 2009). En vista de esto, las conocidas terapias de tercera generación se orientan cada vez más hacia la exploración, la aceptación y la tolerancia de la experiencia de la escucha de voces (Öst, 2008).

La **Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)**, forma parte de las terapias de tercera generación, y se basa en promover una actitud de tolerancia activa frente a los eventos mentales angustiantes, a la vez que orienta a los individuos hacia la consecución de sus metas y valores definidos personalmente (Hayes, Strosahl, y Wilson, 1999). En términos de AA, la ACT constituye una estrategia orientada al proceso que se enfoca en la relación personal entre el paciente y la voz, a través del uso de componentes como la aceptación, el entrenamiento en atención plena, la evaluación de los comportamientos que influyen en el mantenimiento de la angustia y la disfuncionalidad asociada con las voces (Valmaggia y Morris, 2010). Existen varios estudios de casos clínicos y ensayos de control aleatorizados que destacan su exitosa utilidad (Bach y Hayes, 2002; García Montes y Pérez Álvarez, 2001; Gaudiano y Herbert, 2006; Valmaggia y Morris, 2010).

La **Terapia Cognitiva Basada en la Persona (TCBP)**, nació de la mano de Chadwick, Birchwood y Trower, (1996), al ser los primeros autores que aplicaron la perspectiva de la terapia cognitiva (TC) a la psicosis y que definieron los problemas clínicos en términos de malestar. La TCBP se sustenta bajo la premisa de que las personas no se sienten perturbadas por los síntomas psicóticos en sí mismos (como una voz imperativa), sino por el significado y las creencias que construyen alrededor de estos síntomas. Según estos autores, existen cuatro tipos de creencias que son particularmente esenciales para comprender la respuesta emocional a las voces: las que tienen que ver con la identidad de la voz, con su propósito, con la omnipotencia y con lo que el sujeto crea sobre las consecuencias de su obediencia o desobediencia (Chadwick, 2009). Varios estudios señalan su eficacia (Paul Chadwick, Taylor, y Abba, 2005; Dannahy et al., 2011; Goodliffe, Hayward, Brown, Turton, y Dannahy, 2010; Newman Taylor, Harper, y Chadwick, 2009).

La **Terapia integradora focalizada en las alucinaciones** (TIA), constituye una perspectiva relativamente reciente para el tratamiento de las AA, que se basa en un enfoque multicomponente estructurado en torno a una combinación de TCC, psicoeducación, terapia familiar, entrevista motivacional, estrategias de afrontamiento y rehabilitación (Jenner y Díez, 2010). Diversas publicaciones han demostrado los beneficios de esta terapia integradora (Jenner, Nienhuis, Van De Willige, y Wiersma, 2006; Jenner, Nienhuis, Wiersma, y Van De Willige, 2004).

La **Entrevista de Maastrich**, propuesta por Romme y Escher (2005), es una guía para los profesionales de la salud mental que trabajan con personas que escuchan voces. Se trata de una entrevista que explora las voces de forma exhaustiva, conectándolas con la historia biográfica, a la vez que permite organizar de forma sistemática diferentes aspectos de las voces para obtener una mejor comprensión sobre estas (naturaleza de la experiencia, características de las voces, evolución de las voces, desencadenantes, contenido, forma en que la persona las interpreta, impacto en la vida cotidiana, estrategias de afrontamiento..), para así poder establecer la relación entre las voces y la historia vital de la persona, encontrado un significado y una comprensión de esta experiencia.

2.6 Abordaje de las alucinaciones auditivas mediante mindfulness

Aunque la evidencia científica acerca de la eficacia de las intervenciones basadas en mindfulness se encuentra en sus inicios, los estudios que existen hasta la fecha respaldan la utilidad de esta herramienta terapéutica en el contexto de los trastornos mentales graves como la psicosis, con la premisa de que sean adaptadas a este tipo de trastornos. Sin embargo, en lo que se refiere a la eficacia o la utilidad de la atención plena, es importante resaltar que lo que se pretende no es la reducción de los síntomas psicóticos, sino más bien aprender a relacionarse o a reaccionar ante ellos de una forma más adaptativa (Miro, Arceo, y Ibañez, 2016). A continuación se ofrece una breve definición del término mindfulness aplicado a este campo.

En el marco de la investigación científica actual, mindfulness o atención plena, se ha definido como la conciencia sin prejuicios de la experiencia inmediata (sensaciones, emociones, sentimientos o pensamientos) tal y como es en el momento presente (Kabat-Zinn, 1990).

Desde una perspectiva histórica, mindfulness cuenta con una tradición milenaria que se remonta al Buda que vivió hace más de 2.500 años y que se ha ido cultivando desde entonces en las diversas escuelas budistas (Miró y Simón, 2016). Recientemente, y desde una visión psicológica, mindfulness se ha desprendido de toda referencia religiosa y se ha entendido como una habilidad psicológica basada en 2 componentes principales: el primero implica la autoregulación de la atención para mantenerla centrada en la experiencia inmediata y, el segundo, hace referencia a la adopción de una actitud u orientación particular hacia la experiencia del momento presente, caracterizada por la curiosidad, la apertura y la aceptación, independientemente de su valencia positiva o negativa (Bishop et al., 2004; Paul Chadwick, Barnbrook, y Newman-Taylor, 2007; Kabat-Zinn, 1990).

Así pues, para poder comprender cómo se ha producido el enorme crecimiento y difusión de la práctica de mindfulness en el mundo actual, es imprescindible tener en cuenta el trabajo pionero de Jon Kabat-Zinn. En 1979, este autor fundó la “Stress Reduction Clinic” en el marco del “University of Massachusetts Medical Center”, donde puso en marcha el programa “Mindfulness Based Stress Reduction” (MBSR), dirigido a pacientes crónicos en los que las técnicas de la medicina convencional no resultaban efectivas. Así mismo, Kabat-Zinn, junto con Richard Davidson, Daniel Siegel y Daniel Goleman, ha contribuido a la investigación neurocientífica sobre los mecanismos y los efectos neurobiológicos del mindfulness.

En el campo de la psicoterapia, la práctica de mindfulness ha sido incorporada como componente principal o como coadyuvante a la mayoría de modelos de tratamiento psicológico, desde el psicoanálisis como puede apreciarse en el libro “The present moment in psychotherapy and everyday life” de Daniel Stern (Stern, 2004), a la terapia de conducta como se muestra en “Acceptance and Commitment Therapy” (Hayes, Strosahl, y Wilson, 2003). La terapia cognitiva ha generado un modelo de prevención de recaídas en depresión basado en mindfulness “Mindfulness Based Cognitive Therapy” cuyo trabajo va de la mano de Segal et al., (2002). La propuesta de Marsha Linehan “Dialectical Behavior Therapy”, en la que el mindfulness constituye una herramienta importante para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad, fue pionera y jugó un importantísimo papel en la introducción del mindfulness en la psicoterapia actual (Linehan, 1993).

A pesar de que la atención plena se ha convertido en una técnica utilizada frecuentemente para el tratamiento de problemas psicológicos menos graves, sigue habiendo debate sobre si las intervenciones basadas en atención plena son útiles para el manejo de enfermedades psiquiátricas graves (Segal et al., 2002). Yorston (2001), desaconseja esta técnica por considerar que la exposición consecutiva a intensos estados de absorción podría desencadenar la aparición de alucinaciones en personas con una predisposición biológica. Sin embargo, se sabe que ciertas cualidades del mindfulness (la presencia en el momento presente, la aceptación, el descentramiento de la experiencia, la no reactividad, el no juzgar y la compasión) pueden resultar particularmente útiles para aliviar el malestar asociado con la psicosis en lugar de centrarse únicamente en el control de los síntomas psicóticos, como voces, imágenes e intrusiones (Chadwick et al., 1996). Se sugieren, cada vez más, los beneficios del ser consciente, tomar una postura de aceptación y dar un sentido a los síntomas psicóticos en relación con la experiencia vital (Romme y Escher, 1989).

Chadwick et al., (2005), llevaron a cabo el primer estudio que tenía como objetivo evaluar la eficacia del mindfulness en pacientes que presentaban síntomas psicóticos. Se realizó un grupo de 10 pacientes, en el que durante 6 semanas se les instruyó a la meditación centrada en la respiración, practicando también la habilidad de ser conscientes de las experiencias displacenteras, de dejarlas ir sin enjuiciarlas, sin aferrarse a ellas ni luchar contra ellas. Los

pacientes, disminuyeron las puntuaciones en las escalas psicopatológicas de control y aumentaron las habilidades de atención.

En este primer trabajo se establecen las bases particulares del uso de la atención plena considerado como óptimo en pacientes con psicosis: grupos pequeños, de entre 6 y 8 pacientes, meditaciones cortas (un máximo de 10 minutos por sesión), guiadas y evitando silencios de más de 2 minutos. También destaca la importancia de realizar una discusión para propiciar el insight metacognitivo en relación al manejo y vivencia de las voces. Estas discusiones tienen como finalidad que los pacientes tomen conciencia *in situ* de los mecanismos que usan para paliar las voces, como “engancharse” a ellas mediante la rumiación, la lucha persistente en busca de un significado, y/o el intentar “evitarlas”, bien mediante la toma adelantada de la medicación, técnicas de distracción, o incluso con la autolesión. A continuación se citan algunos trabajos más realizados en esta misma línea:

- Abba, Chadwick, y Stevenson (2008): llevaron a cabo un programa basado en mindfulness aplicado de forma grupal a 16 pacientes con psicosis. Posteriormente mediante entrevistas a los pacientes se realizó una teoría de la forma de actuación del mindfulness. Los pacientes sugirieron esta secuencia terapéutica: a) Tomar conciencia de los sucesos mentales y el momento presente (incluyendo pensamientos delirantes, imágenes y voces); b) Permitir que cualquier pensamiento, imagen o voz aparezca en la conciencia, dejando que desaparezcan sin luchar, y c) Recuperar la sensación de poder a través de la aceptación.
- Chadwick (2009): primer estudio con diseño control de mindfulness en psicosis. Se realizó un grupo experimental y un grupo control durante 10 semanas. No se encontraron diferencias entre los grupos, únicamente en la capacidad de atención plena -pre y post- intervención grupal.
- Ashcroft, Barrow, Lee, y Mackinnon (2012): estudio cualitativo en el que 9 pacientes fueron instruidos en mindfulness durante 20 semanas. Después se realizaron entrevistas semiestructuradas. Se describieron 4 categorías de mejora: habilidad en mindfulness, uso del mindfulness en el manejo de los síntomas psicóticos, mejora en las relaciones interpersonales y autoaceptación.
- Van der Valk, Van de Waerdt, Meijer, Van den Hout, y De Haan (2013): terapia grupal de mindfulness en 13 pacientes, durante 8 semanas, 1 hora semanal, con la finalidad de examinar la viabilidad, los efectos adversos y los posibles efectos favorables de la terapia en personas en proceso de recuperación de un primer episodio psicótico. Los resultados apuntan que la terapia no tuvo un efecto adverso significativo sobre los síntomas psicóticos, que el nivel de atención plena de los participantes no aumentó, a la vez que se observó una disminución de los síntomas agorafóbicos.

- Wang, Chien, Yip, y Karatzias (2016): ensayo controlado aleatorio que probó los efectos de un grupo psicoeducativo basado en atención plena en contraposición a un grupo de psicoeducación convencional. Participaron un total de 138 sujetos durante un tiempo total de 6 meses. Los resultados muestran que los individuos asignados al grupo psicoeducativo basado en atención plena, reportan mayores reducciones de los síntomas psicóticos así como un número menor de rehospitalizaciones. Además, refieren una mejora en la percepción de su enfermedad y de su funcionamiento diario.

Así pues, las razones que convierten a las intervenciones basadas en mindfulness (IBM) en intervenciones óptimas para personas que experimentan voces son varias. En primer lugar, pretenden aumentar la aceptación no prejuiciosa de las experiencias difíciles, como las voces, ya que el hecho de resistirse a ellas y suprimirlas constituye una estrategia muy frecuente descrita entre los pacientes, aunque se ha demostrado que dicha reacción conlleva un aumento de la angustia experimentada (Chadwick et al., 2000). Esta estrategia de aceptación activa frente a la resistencia y evitación ha sido apoyada por Farhall, Greenwood, y Jackson (2007) en su trabajo de investigación sobre las estrategias de afrontamiento, además de ser aceptada por el líder del Movimiento de Oidores de Voces (Corstens, Longden, McCarthy-Jones, Waddingham, y Thomas, 2014).

Por otro lado, el hecho de que las IBM entiendan la preocupación y la rumiación como procesos y reacciones relacionadas con la voz, y las trabaje, ha demostrado tener grandes beneficios en la salud mental de los pacientes (Gu, Strauss, Bond, y Cavanagh, 2015; Nolen-Hoeksema, Wisco, y Lyubomirsky, 2008; Thomas et al., 2014). Asimismo, dado que oír se caracteriza por ser un fenómeno verbal predominantemente de contenido autorreferencial negativo (McCarthy-Jones et al., 2014), las IBM resultan útiles dado que conllevan un descentramiento de las vivencias del momento presente (entre ellas, las voces) y trabajan las creencias de la persona acerca de la importancia y omnipotencia de la voz (May, Strauss, Coyle, y Hayward, 2014), a la vez que promueven una postura de autocompasión hacia uno mismo (Gu et al., 2015). Todo esto puede extraerse de la revisión sistemática llevada a cabo por Strauss et al., (2015), que recoge 15 estudios agrupados en estudios transversales, cualitativos, estudios de caso, estudios pre-post y ensayos controlados aleatorizados (ECA), que tratan de proporcionar evidencia a todas estas razones que hacen de las intervenciones basadas en mindfulness una herramienta efectiva y útil.

Los estudios de corte transversal sugieren que la aceptación de las voces y una mayor atención hacia ellas, reduce la angustia (englobando angustia, depresión y ansiedad en relación a las voces), a la vez que se asocia con menos trastornos (menos cumplimiento de las voces imperativas que dan órdenes, menos resistencia a las voces y mejor calidad de vida). Por lo tanto, estos datos convergen con la hipótesis de que una actitud de atención plena hacia las voces puede tener un impacto positivo en la angustia y en el malestar causado por estas.

Los estudios cualitativos concluyen que las personas que presentan voces son totalmente aptas para participar de forma significativa en grupos que practiquen la atención plena. A través del análisis temático de las entrevistas llevadas a cabo a todos los participantes, estos estudios destacan que los mismos pacientes identifican diferentes maneras en que el mindfulness resulta ser beneficioso: ayuda a reorientar la atención y a reducir la angustia; promueve la descentración de las voces y ser más consciente de ellas, y facilita el hecho de adquirir una postura de aceptación hacia las voces que ayuda a vivirlas como sensaciones pasajeras y desagradables, sin tener la necesidad de erradicarlas ni luchar contra ellas. Los estudios pre-post (sin grupo control) señalan una mejoría significativa en la salud psicológica general de los pacientes, así como de la angustia asociada a la escucha de voces. Además, uno de los hallazgos más relevantes de estos estudios es que no demuestran que pueda ser perjudicial para estos pacientes la práctica de las IBM, al observar una mejoría en las medidas de angustia, control y salud psicológica general. Finalmente, los ensayos clínicos aleatorizados (ECA), en su conjunto, muestran diferencias no significativas entre grupos en las mejoras de salud psicológica y en las medidas específicas de angustia y alucinaciones auditivas, aún así, dichas diferencias, son de un efecto de tamaño moderado o pequeño-moderado; en cambio, el tamaño del efecto de la mejora de la ansiedad resulta en un rango alto. Es decir, la mayoría de los ECA llevados a cabo señalan poco poder estadístico de las IBM para tratar la escucha de voces angustiantes, mientras que otros sugieren que se trata de terapias prometedoras que funcionarían del mismo modo en grupos clínicos y no clínicos.

En líneas más generales, esta revisión sistemática llevada a cabo en el 2015, proporciona la evidencia suficiente que permite suponer que capacitar a las personas para potenciar la atención plena a través de intervenciones basadas en mindfulness, ayuda a paliar el malestar relacionado con las experiencias auditivas. Además, resultan ser terapias aceptables y seguras, al menos a nivel grupal, para este tipo de pacientes, dado que se observan mejoras pre-post intervención (sobre todo en los estudios cualitativos), los índices de satisfacción son altos y las tasas de abandono bajas (Bacon, Farhall, y Fossey, 2014; Dannahy et al., 2011). Estos hallazgos son de gran trascendencia clínica ya que hasta hace poco tiempo, las personas que padecían experiencias auditivas solían ser excluidas de este tipo de terapias por los posibles efectos adversos (Paul Chadwick, 2014).

Por lo tanto, la literatura actual pone de manifiesto que las intervenciones basadas en atención plena pueden comportar efectos beneficiosos en una gran variedad de problemas de salud mental y los primeros resultados en esta dirección son prometedores. Aún así, se necesitan estudios controlados aleatorios que evalúen y determinen sus efectos específicos, así como sus mecanismos de acción y cambio subyacentes para respaldar y esclarecer los hallazgos actuales (Roemer y Orsillo, 2003). Esta necesidad de investigación sobre los ingredientes activos y mecanismos de acción de la atención plena, es señalada también en una revisión conceptual y empírica reflexiva llevada a cabo por Baer (2003). Esta autora enfatiza la importancia de dilucidar

qué aspectos diferenciales aporta la atención plena respecto otros enfoques terapéuticos, junto con los que se ofrecen las intervenciones clínicas basadas en mindfulness.

En su revisión reflexiva, Baer (2003), resalta los principales mecanismos que convierten a la atención plena en una intervención psicológica efectiva. En primer lugar, señala el cambio de relación de uno mismo con sus pensamientos y sentimientos, fomentando la visión de pensamientos como tal, más que como realidad, a través del cambio de contexto de la actividad mental, en lugar de cambiar el propio contenido de la actividad mental (Segal et al., 2002; Teasdale et al., 2002). En segundo lugar, destaca el cambio cognitivo, de la misma forma que en las terapias cognitivo-conductuales, a pesar de que la esencia de estos cambios puede ser sustancialmente distinta de los cambios vinculados con la TC. Por otra parte, se destaca como aspecto relevante la exposición a los estados fisiológicas y emocionales internos, sin la intención de provocar de forma intencional estos estados. Esta actitud no prejuiciosa de la experiencia interna se contempla de forma explícita como uno de los componentes más relevantes e integrados de las intervenciones de atención plena, en comparación con las intervenciones cognitivo-conductuales tradicionales, que suelen incluir componentes de control experiencial más que aceptación. Finalmente, se cita como elemento clave de cambio, el hecho de prestar atención al momento presente, puesto que facilita el autocontrol y promueve que las personas pongan en marcha una gran variedad de estrategias de afrontamiento y de respuestas más flexibles y adaptativas, al ser más conscientes de sí mismos y de sus eventos mentales.

3. Objetivos e hipótesis

El objetivo principal de este estudio es evaluar la eficacia de una intervención grupal basada en mindfulness para pacientes con patología psiquiátrica que padecen alucinaciones auditivas crónicas y resistentes a la medicación, sin tener en cuenta el diagnóstico principal.

Los objetivos específicos o secundarios que se derivan del objetivo general del estudio son:

- Modular las estrategias de relación de los pacientes con sus alucinaciones auditivas y valorarlas a través de la escala Psychotic Symptom Rating Scale (PSYRATS).
- Aumentar su capacidad de atención plena y evaluarla mediante el cuestionario Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ).
- Analizar a nivel cualitativo el efecto del mindfulness en la relación con las voces y en la propia habilidad de atención plena.
- Trabajar el insight metacognitivo mediante discusiones sobre las meditaciones practicadas en cada sesión.
- Fomentar la actitud de aceptación de sus voces y de sí mismos.

A partir de los objetivos planteados en este estudio, la hipótesis principal es que *la intervención grupal basada en el entrenamiento en mindfulness mejorará la relación del paciente con sus voces, así como la propia capacidad de atención plena.*

4. Método

4.1 Diseño del estudio

Se trata de un estudio empírico de intervención psicológica basado en un diseño pre-post con un solo grupo (de cohorte). El trabajo se divide en 3 fases principales: fase inicial o de reclutamiento, la fase de intervención y la fase final.

- La primera, tuvo lugar desde el mes de setiembre hasta diciembre del 2017. Para iniciar el proceso de reclutamiento se mandó un email a los psiquiatras y psicólogos del servicio de Salud Mental del Consorci Hospitalari de Vic en el que se les informaba de los objetivos del estudio y del perfil de los pacientes (muestreo intencional), con la finalidad de agilizar el proceso y facilitar la incorporación de un número óptimo de pacientes (entre 8 y 12).

- La fase de intervención se llevó a cabo desde principios de enero hasta finales de febrero de 2018, con una duración total de 8 sesiones, una frecuencia de 1 vez / semana y cada sesión de 1 hora y media de duración.

- En la última fase, que tuvo lugar desde el mes de marzo hasta el mes de mayo de 2018, se llevó a cabo la última recogida de información post-intervención mediante entrevistas, así como el análisis e interpretación de los resultados. Ambas fases tuvieron lugar en el servicio de Psiquiatría del Consorci Hospitalari de Vic.

Antes de comenzar el estudio tuvo que pasar por la defensa y aprobación de Comité de Ética Asistencial (CEIC) del Consorci Hospitalari de Vic (Identificador: PR172).

4.2 Criterios de inclusión y exclusión

A la hora de seleccionar los participantes del grupo terapéutico se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Pacientes de consultas externas de psiquiatría que presenten alucinaciones auditivas crónicas y persistentes resistentes a la medicación antipsicótica, independientemente del diagnóstico principal.
- Edad comprendida entre los 18 y los 65 años.
- Aceptar voluntariamente su participación.

Criterios de exclusión:

- Consumo activo de sustancias tóxicas.
- Diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad.
- Discapacidad intelectual.

- Presencia de sintomatología positiva grave que interfiera en la realización del grupo, medida a través de la escala Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS):
 - Una puntuación de 4 en cualquiera de los 18 ítems de la escala BPRS, o una puntuación de 3 o 4 en los ítems de desorganización conceptual y de contenido de pensamiento inusual.
- Necesidad de cambio de la pauta farmacológica a lo largo del estudio.
- Barrera idiomática.
- Rechazar la participación.

4.3 Fases del estudio

4.3.1 Fase inicial: reclutamiento de los pacientes

Para el proceso de reclutamiento, se realizó una entrevista de propuesta en la que se explicó a los pacientes en qué consistiría el estudio, ofreciéndoles la oportunidad de formar parte de él. Durante la entrevista, además de la propuesta de participación, se practicaron 5 minutos de atención plena, con la finalidad de tener un primer contacto con la técnica y observar si se encontraban cómodos, o si en algún caso, podría resultar contraproducente. Posteriormente, aquellos que aceptaron participar en el grupo procedieron a firmar el documento de Consentimiento Informado, en el que se describen brevemente las directrices del estudio y se asegura la confidencialidad (Anexo 1). Por último, se les pasó la escala BPRS, para detectar información importante de cara a la inclusión en el estudio.

El número inicial de pacientes reclutados fue de 9 siguiendo los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Las características de esta muestra fueron:

- Sexo: 2 mujeres y 7 hombres
- Diagnóstico principal: dos pacientes con un doble diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático + Depresión mayor con síntomas psicóticos, 3 pacientes con un diagnóstico de Esquizofrenia y 4 pacientes con un diagnóstico de Esquizofrenia paranoide.
- Edad media: 47,6 años.

Posteriormente, se realizó una segunda entrevista con cada uno de los 9 pacientes en la que se pasó el cuestionario pre-intervención grupal para la valoración de las alucinaciones auditivas (PSYRATS), y se les informó sobre los detalles del inicio del grupo (día, hora y lugar).

4.3.2 Fase de intervención

Esta fase hace referencia a la puesta en marcha de las 8 sesiones grupales de intervención, llevadas a cabo por 4 terapeutas: una psiquiatra y una enfermera ambas formadas y especializadas en la técnica de mindfulness y en el tratamiento de pacientes con trastorno mental grave, una residente de psiquiatría (R-2) y una psicóloga. Esta fase comenzó la segunda semana de enero y finalizó la última de febrero.

Las sesiones consistían en la terapia basada en atención plena, con 1 o 2 meditaciones cortas y un debate posterior, para afianzar el insight metacognitivo y así poder trabajar la forma en que los pacientes se relacionan con sus experiencias auditivas, así como la capacidad que tienen para estar en el presente.

El contenido de estas sesiones era el siguiente:

- evolución de la semana (10')
- explicación y debate del tema central de la meditación en cuestión (20')
- realización de la meditación (10')
- discusión y debate sobre la meditación (35')
- resumen de la sesión y breve explicación de la siguiente sesión (15')

Abandono de pacientes: de los 9 pacientes inicialmente reclutados, solamente 3 completaron el grupo:

- en la primera sesión acudieron 6 de 9, los otros tres no comenzaron el grupo por problemas familiares y de transporte.
- de estos 6 pacientes, un paciente fue excluido por cumplir criterios de exclusión (gravedad máxima en varios ítems de la escala BPRS), y una paciente decidió abandonar por problemas familiares.
- de los 4 restantes, un paciente decidió dejar el grupo por no encontrarse cómodo con las meditaciones.

4.3.3 Fase final

La última fase del proyecto se desarrolló entre los meses de marzo a mayo de 2018. Una vez finalizado el grupo, y con el objetivo de evaluar a nivel cualitativo la efectividad de la intervención, se realizaron entrevistas individuales con cada uno de los pacientes para explorar con más detalle sus vivencias en relación al grupo y el impacto que este había tenido en la forma de relacionarse con las voces y en su funcionamiento diario (Anexo 2). Además, durante esta entrevista, se administró la escala PSYRATS post-intervención grupal. Algunas de estas entrevistas fueron grabadas en audio con el previo consentimiento de los pacientes (Anexo 3).

Una vez finalizadas todas las entrevistas, se llevó a cabo el análisis descriptivo de las escalas cuantitativas (PSYRATS y FFMQ) y el análisis cualitativo de las sesiones grupales y las entrevistas post-intervención realizadas, para su posterior discusión y obtención de conclusiones y posibles propuestas de mejora.

4.4 Recogida de datos

Durante la fase de reclutamiento de los participantes se realizó la recogida de datos sociodemográficos y clínicos (sexo, edad y diagnóstico principal).

Datos de la muestra final:

- Sexo: 3 hombres
- Diagnóstico principal: un paciente con un doble diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático + Depresión mayor con síntomas psicóticos, y los dos restantes con un diagnóstico de Esquizofrenia.
- Edad media: 46,3 años.

4.5. Instrumentos de medida (metodología cuantitativa)

Para poder evaluar el cambio de relación de los pacientes con sus voces y observar en qué medida ha mejorado (o no) su capacidad de atención plena, se administraron 3 cuestionarios:

1) Cuestionario en la fase de reclutamiento para valorar los criterios de exclusión:

Se utilizó la versión castellana de la escala Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), compuesta por un total de 18 ítems que evalúan la gravedad de síntomas psicóticos positivos y negativos (preocupación somática, ansiedad psíquica, falta de sociabilidad, desorganización conceptual, etcétera). Se trata de una escala heteroaplicada derivada de una entrevista semiestructurada, en la que cada ítem se puntúa según una escala Likert de 5 grados de intensidad. En esta escala el 0 siempre equivale a ausencia del síntoma y el 4 a la presencia del síntoma con gravedad extrema. Una puntuación de 0-9 indica ausencia del trastorno, de 10-20 se considera trastorno leve y >21 trastorno grave. Esta escala ayuda a detectar el cambio o ausencia en el funcionamiento del paciente y la calidad de su salud. Únicamente se administró pre-intervención y se utilizó como posible criterio de exclusión en caso de puntuar 4 en al menos 1 ítem de la escala. Su administración es breve y presentaba una buena validez (0,21-0,78) y consistencia interna (0,59-0,70) (Peralta y Cuesta, 1994). Ver Anexo 4.

2) Escalas pre-post para la valoración de los resultados:

- *Versión castellana del cuestionario “Five Facets of Mindfulness Questionnaire” (FFMQ)* (Cebolla et al., 2012), compuesto por un total de 39 preguntas que se clasifican en 5 subescalas:

- *observación* (8 ítems): capacidad de atender a experiencias internas o externas como sensaciones, pensamientos y emociones.
- *descripción* (8 ítems): habilidad para etiquetar las experiencias internas con palabras.
- *actuar con conciencia* (8 ítems): capacidad de focalizar la atención en la actividad del momento presente, en lugar de hacerlo de forma mecánica.
- *ausencia de juicio* (8 ítems): tomar una postura no enjuiciadora entorno a los pensamientos y emociones.
- *ausencia de reactividad* (7 ítems): dejar fluir los pensamientos y sentimientos sin intentar cambiarlos.

Las preguntas se puntúan de forma ordinal en una escala Likert que va de 0 (nunca o muy raramente verdad) a 5 (muy a menudo o siempre verdad). El tiempo de administración es de 15-20 minutos aproximadamente. Dado que no hay un punto de corte establecido, su interpretación se basa en la puntuación total, de modo que a mayor puntuación total, mejor capacidad de atención plena. Este cuestionario demostró una buena consistencia interna (0,88) para sus 5 facetas, al mismo tiempo que se observaron las correlaciones esperadas entre las facetas (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, y Toney, 2006). Ver Anexo 5.

- *Versión española de la escala "Psychotic Symptom Rating Scale" (PSYRATS)*, que es la primera escala específica adaptada al castellano para el estudio de las alucinaciones auditivas. Se trata de una entrevista semiestructurada que evalúa 11 dimensiones de las alucinaciones (frecuencia, duración, localización, intensidad, creencias sobre la procedencia de las voces, cantidad de contenido negativo, grado de contenido negativo, cantidad de angustia, intensidad de la angustia y repercusión en la vida diaria y control sobre las voces), a través de la valoración de las experiencias del paciente en la última semana para la mayoría de los ítems. El profesional puntúa cada ítem de manera ordinal en una escala Likert de 0 a 4 según la información que proporciona el paciente. El tiempo de administración es de 20-30 minutos aproximadamente. Variaciones en las puntuaciones podrían estar reflejando resultados de tratamiento, hecho que servirá para optimizarlo según las necesidades de cada paciente. Esta escala mostró una alta fiabilidad interexaminadores con coeficiente de fiabilidad en los 11 ítems mayor de 0,85 (González et al., 2003). Ver Anexo 6.

4.6 Análisis cualitativo

Las discusiones posteriores a las meditaciones realizadas en cada sesión y las entrevistas post-intervención grupal, se han evaluado mediante un análisis temático del contenido. A partir de este análisis, se han extraído los “temas o cuestiones” más relevantes para dar respuesta a la pregunta principal de investigación. También se aportan citas textuales relatadas por los pacientes, para reflejar mejor sus vivencias en cuanto a la participación en el grupo terapéutico.

4.7 Grupo terapéutico: sesiones grupales

Uno de los objetivos principales a la hora de llevar a cabo la intervención fue la creación de un clima grupal cálido, seguro, que promoviera el respeto y apoyo mutuo, para convertirse en un espacio de intercambio de información y experiencias, y por supuesto, de aceptación incondicional. Se pretendía también que el vínculo grupal entre pacientes y terapeutas, concediera la confianza suficiente para poner en común vivencias personales, inquietudes, anécdotas, estrategias de afrontamiento, y por supuesto, aspectos relacionados con las voces. En definitiva, conseguir que el grupo se convirtiera en una motivación para los pacientes, en la que su percepción de control y poder personal respecto a las voces aumentara y se potenciara.

A continuación se describen los objetivos principales de cada una de las sesiones realizadas, las cuales han seguido el formato expuesto en el apartado 3.3.2. (*Fase de intervención del estudio*):

- *Sesión 1*: crear un clima acogedor y de respeto mutuo, presentación de los terapeutas y los pacientes, primer contacto con la técnica de atención plena. Meditación: atención a la respiración (5’).
- *Sesión 2*: qué es la atención plena y cuales son sus principios, y administración del cuestionario FFMQ. Seguir fomentando un clima grupal cálido. Meditación: atención a la respiración (5’).
- *Sesión 3*: importancia del presente, componentes del mindfulness y mantener vínculo grupal. Meditación del ahora (10’).
- *Sesión 4*: relación mente-cuerpo, beneficios de atender las necesidades de nuestro cuerpo y mantener vínculo grupal. Meditación: escáner corporal (20’).
- *Sesión 5*: importancia del autocuidado, qué es la autocompasión, niveles de la autocompasión y mantener vínculo grupal. Meditación de autocompasión (10’).
- *Sesión 6*: pensamientos y realidad, cómo relacionarnos con nuestros pensamientos, creencias sobre las voces y mantener vínculo grupal. Meditación: mente que piensa (8’).
- *Sesión 7*: emociones y realidad, relaciones entre las voces y las emociones y

mantener vínculo grupal. Meditación de las emociones.

- *Sesión 8*: resumen y valoración de las sesiones, agradecimiento participación, administración FFMQ, cierre y despedida. Meditación de autocompasión (10').

Ver Anexo 7 para una descripción detallada de los contenidos trabajados en cada sesión.

5. Resultados

Los resultados de este estudio se dividen en cuantitativos y cualitativos. Los primeros, descritos a continuación, hacen referencia al análisis descriptivo de las 2 escalas administradas pre y post intervención grupal.

5.1 Resultados cuantitativos

5.1.1 Escala para la valoración de los síntomas psicóticos (PSYRATS)

La escala PSYRATS, que evalúa 11 dimensiones del fenómeno de las alucinaciones auditivas, ha sido administrada antes y después de llevar a cabo el grupo terapéutico basado en el entrenamiento en mindfulness para un mejor manejo de las voces. Dado que esta escala esta compuesta por 11 ítems cualitativos ordinales, se ha realizado un análisis descriptivo para su interpretación. A continuación, se describen las puntuaciones obtenidas para cada uno de los ítems pre y post intervención terapéutica, junto con una conclusión para cada ítem:

PSYRATS PRE-POST						
	PACIENTE 1		PACIENTE 2		PACIENTE 3	
1. Frecuencia	4	4	2	2	2	2
2. Duración	4	4	3	2	3	2
3. Localización	2	2	1	1	3	3
4. Intensidad	4	3	2	1	3	3
5. Creencias	3	2	1	1	1	1
6. Contenido -	4	3	1	2	3	2
7. Grado de contenido -	4	4	1	1	3	1
8. Cantidad angustia	4	3	3	2	2	1
9. Intensidad angustia	4	4	2	1	2	2
10. Trastorno en la vida diaria	2	2	2	1	2	1
11. Control sobre las voces	4	3	2	2	3	2

Tabla 1. Puntuaciones pre-post intervención escala PSYRATS.

Ítems	Puntuación PRE	Puntuación POST	Conclusión
1. Frecuencia	<ul style="list-style-type: none"> • 1 paciente puntúa 4 → Las voces ocurren continuamente o casi constantemente, sólo paran unos pocos segundos o minutos. • 2 pacientes puntúan 2 → Ocurren al menos una vez al día. 	Todos los pacientes mantienen la misma puntuación.	Los 3 pacientes escuchan las voces con la misma frecuencia después del periodo de intervención.

<p>2. Duración</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1 paciente puntúa 4 Las voces duran cuatro horas a la vez. • 2 pacientes puntúan 3 → duran al menos una hora. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Vuelve a puntuar 4. ○ Ambos puntúan 2 → Las voces duran unos pocos minutos. 	<p>En 2 de 3 pacientes (66,66%) se ha reducido el tiempo de duración de las voces.</p> <p>En 1 paciente se mantiene</p>
<p>3. Localización</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1 paciente puntúa 2 → Voces están fuera de la cabeza, pero cerca de los oídos. También pueden estar dentro de la cabeza. • 1 paciente puntúa 1 → Parecen estar solamente dentro de la cabeza. • 1 paciente puntúa 3 → Dentro y fuera de la cabeza. 	<p>En todos los pacientes se mantiene la misma puntuación.</p>	<p>En los 3 pacientes (100%) se mantiene la percepción en cuanto a la localización de las voces.</p>
<p>4. Intensidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1 paciente puntúa 4 → Extremadamente alta, gritan. • 1 paciente puntúa 2 → Más o menos de igual intensidad que la propia voz. • 1 paciente puntúa 3 → Más alta que la propia voz. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Reduce su puntaje a 2. ○ Reduce su puntaje a 1 → Más baja que la propia voz. ○ Mantiene misma puntuación. 	<p>En 2 de 3 pacientes (66,66%) la intensidad con la que escuchan sus voces ha disminuido.</p> <p>En 1 paciente se mantiene.</p>
<p>5. Creencias sobre la procedencia de las voces</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1 paciente puntúa 3 → Convicción del 50% o más (pero menos del 100%), de que las voces son originadas por causas externas. • 2 pacientes puntúan 1 → Las voces son solamente generadas internamente y relacionadas con el yo. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Reduce su puntaje a 2 → Convicción menor del 50% de que las voces son originadas por causas externas. ○ Mantienen la misma puntuación. 	<p>En 2 de 3 pacientes (66,66%) se mantienen sus creencias acerca de qué produce o causa sus voces.</p> <p>En 1 paciente se observa un cambio en las creencias: no hay una convicción tan firme de que las voces sean originadas por factores externos.</p>

<p>6. Cantidad de contenido negativo de las voces</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1 paciente puntúa 4 → El contenido de todas las voces es desagradable y negativo. • 1 pacientes puntúa 3 → La mayoría de las voces presentan un contenido desagradable o negativo (50% o más). • 1 paciente puntúa 1 → Voces presentan ocasionalmente un contenido negativo. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Reduce su puntuación a 3. ○ Reduce su puntaje a 2 → Una minoría de las voces presentan un contenido desagradable o negativo (menos del 50%). ○ Aumenta su puntuación a 2. 	<p>En 2 de 3 pacientes (66,66%) el contenido de las voces es menos negativo.</p> <p>En 1 paciente el contenido pasa a ser más desagradable y negativo.</p>
<p>7. Grado de contenido negativo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1 paciente puntúa 4 → El contenido de las voces son amenazas personales al yo, amenazas de dañar al yo, familia, instrucciones u ordenes. • 1 paciente puntúa 1 → Las voces presentan algún grado de contenido negativo, pero no son comentarios personales relacionados con el yo o la familia. • 1 paciente puntúa 3 → El contenido de las voces son insultos personales relacionados con el autoconcepto. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mantiene misma puntuación. ○ Mantienen la misma puntuación. ○ Reduce su puntuación a 1. 	<p>En 2 de 3 pacientes (66,66%) el grado del contenido negativo de las voces no ha variado.</p> <p>En 1 paciente el grado ha disminuido en 2 puntos el contenido negativo de sus voces.</p>
<p>8. Cantidad de angustia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1 paciente puntúa 4 → Las voces son siempre angustiantes. • 1 paciente puntúa 3 → La mayoría de las voces son angustiantes, una minoría no lo son. • 1 paciente puntúa 2 → Se presentan igual cantidad de voces angustiantes y no angustiantes (50%). 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Reduce su puntuación a 3. ○ Reduce su puntaje a 2. ○ Reduce su puntaje a 1 → Las voces ocasionalmente son angustiantes, la mayoría no lo son (<10%). 	<p>En todos los pacientes (100%) se ha reducido (en 1 punto) la cantidad de angustia de las voces.</p>

<p>9. Intensidad de la angustia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1 paciente puntúa 4 → Son extremadamente angustiantes, el paciente no puede sentirse peor. • 2 pacientes puntúan 2 → Las voces son moderadamente angustiantes. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mantiene su puntuación. ○ Uno reduce la puntuación a 1 → Las voces son ligeramente angustiantes El otro mantiene su puntaje. 	<p>La intensidad de la angustia causada por las voces se ha reducido en 1 de los 3 pacientes (33,33%).</p> <p>En los 2 restantes se mantiene.</p>
<p>10. Trastorno causado por las voces en la vida diaria</p>	<p>Los 3 pacientes puntúan 2→ Las voces provocan una cantidad moderada de trastorno en la vida del paciente, causando alguna perturbación en la actividad diaria y/o en las actividades familiares y sociales. El paciente no está en el hospital aunque puede vivir en un alojamiento protegido o recibir ayuda adicional en las habilidades de la vida diaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 1 paciente mantiene puntuación 2. ○ Los otros dos, reducen su puntaje a 1 → Las voces causan un mínimo trastorno en la vida del paciente, por ejemplo, interfieren en la concentración aunque es capaz de mantener las actividades de la vida diaria. 	<p>En 2 de 3 pacientes se ha reducido el trastorno que las voces causan en la vida diaria.</p> <p>En 1 paciente se mantiene la interferencia causada por las voces.</p>
<p>11. Control sobre las voces</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1 paciente puntúa 4 → No tiene ningún control sobre la ocurrencia de las voces y no puede disminuirlas ni aumentarlas. • 1 paciente puntúa 2→ El paciente cree que tiene algún control sobre las voces aproximadamente la mitad de las veces. • 1 paciente puntúa 3 → El paciente cree que tiene algún control sobre las voces pero solo ocasionalmente. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Reduce puntaje a 3. ○ Mantiene puntuación. ○ Reduce su puntuación a 2. 	<p>En 2 de 3 pacientes ha cambiado la percepción de control que tiene sobre las voces, considerando un mayor control.</p> <p>1 paciente señala tener la misma capacidad de control sobre sus voces.</p>

Tabla 2. Análisis descriptivo de las puntuaciones pre-post para cada ítem de la escala PSYRATS.

Una vez expuestos los resultados cuantitativos junto con una conclusión descriptiva para cada una de las 11 dimensiones, a continuación se explicitan en una tabla resumen las 11 dimensiones clasificadas según si: a) ha experimentado una mejoría en los tres pacientes, b) ha experimentado una mejoría en 2 de los 3 pacientes, c) ha habido una mejoría en 1 paciente y d) se mantiene igual en todos los pacientes.

Ha mejorado en todos los pacientes:	
Cantidad de angustia	En todos los pacientes se ha reducido en 1 punto la cantidad de angustia, lo que significa que las voces les provocan menos malestar.
Ha mejorado en la mayoría (2 de 3) de los pacientes:	
Duración	En 2 de 3 de los pacientes se ha reducido el tiempo de duración de las voces. Estas, han pasado de durar al menos una hora, a unos pocos minutos. En el paciente restante se mantiene.
Intensidad	En 2 de los 3 pacientes ha disminuido la intensidad de las voces. En el paciente restante se mantiene.
Cantidad de contenido negativo	En 2 de los 3 pacientes el contenido de las voces es menos negativo. En el tercer paciente el contenido ha pasado a ser más negativo*. Único ítem de la escala que ha empeorado.
Trastorno causado en la vida diaria	En 2 de los 3 pacientes, después de la intervención grupal, se ha reducido el trastorno/interferencia que las voces causan en su vida diaria. Ha variado de una cantidad moderada de trastorno a una mínima interferencia, siendo capaces de mantener las actividades de la vida diaria y las relaciones. En 1 paciente se mantiene la interferencia causada por las voces en su día a día.
Ha mejorado en 1 paciente:	
Creencias sobre la procedencia de las voces	1 paciente disminuye el grado de convicción a menos del 50% de que las voces son originadas por causas externas a menos del 50%. En los otros 2 se mantienen las creencias acerca del origen de las voces.
Grado de contenido negativo	En 1 paciente el ha disminuido en 2 puntos el contenido negativo → pasan de ser amenazas personales al yo, instrucciones u órdenes a presentar algún grado de contenido negativo pero sin comentarios personales. En 2 de 3 pacientes el grado de contenido de las voces es el mismo, no ha variado.
Intensidad de la angustia	En 1 paciente ha disminuido la intensidad de la angustia que causan las voces → de moderadamente angustiantes a ligeramente angustiantes. En 2 de los 3 pacientes se mantiene la intensidad de la angustia causada por las voces.
Se mantiene igual en todos los pacientes:	
Frecuencia	Los 3 pacientes reportan escuchar voces con la misma frecuencia que antes de llevar a cabo la intervención grupal.
Localización	Todos los pacientes refieren percibir las voces en el mismo sitio que antes de la terapia.

Tabla 3. Clasificación del análisis descriptivo realizado para cada ítem de la escala PSYRATS según su mejora.

5.1.2 Cuestionario de las 5 facetas del mindfulness (FFMQ)

El cuestionario autoinformado que evalúa las 5 facetas del rasgo mindfulness ha sido completado por los pacientes antes y después de la intervención grupal, de la misma forma que la escala anterior. La FFMQ consta de 39 factores agrupados en 5 factores principales, que son: *observación, descripción, actuar con conciencia, no juzgar la experiencia y ausencia de reactividad*. Teniendo en cuenta que el tamaño de la muestra es muy reducido (n=3), y que 1 paciente no pudo contestar el cuestionario post-intervención, por encontrarse en una intervención quirúrgica el día de la administración, se ha optado por realizar un análisis descriptivo de los resultados de los 2 pacientes evaluados.

A continuación, se muestran las tablas con las puntuaciones para cada factor, así como las puntuaciones totales, junto con la descripción y conclusión extraída de cada tabla.

	PACIENTE 1		PACIENTE 2		PACIENTE 3	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Observación	25	25	21	-	25	20
Descripción	11	14	39	-	18	16
Actuar con conciencia	18	16	31	-	21	15
No juzgar la experiencia	23	22	36	-	20	20
Ausencia de reactividad	13	15	30	-	25	21
Puntuación total	90	92	157	-	109	92

Tabla 4. Puntuaciones pre-post para cada factor del cuestionario FFMQ y puntuaciones totales.

La tabla 4 contiene las puntuaciones pre y post intervención para cada uno de los factores del cuestionario, así como las puntuaciones totales obtenidas por cada paciente. Dado que este cuestionario no cuenta con un punto de corte establecido para su interpretación, esta se realiza mediante la puntuación directa total, por lo que a mayor puntuación, mayor capacidad de atención plena.

Así pues, las puntuaciones totales de los 3 pacientes antes de la intervención terapéutica son 90, 157 y 109. Dado que la puntuación total del cuestionario es de 195, puede inferirse que el paciente 2 cuenta con una capacidad de mindfulness alta, el paciente 3 una capacidad de mindfulness buena, y el paciente baja. Dos pacientes se sitúan por encima de la puntuación media del cuestionario que sería de 97,5 puntos, por lo que se puede inferir que cuentan con una buena capacidad de atención plena.

En cuanto a la variación de la puntuación total pre-post intervención, señalar que únicamente ha aumentado la puntuación en 1 paciente (90 → 92 puntos), mientras que el otro paciente ha reducido su puntuación (109 → 92), lo que refleja una menor tendencia general a prestar conciencia en la vida diaria después de la intervención.

5 factores	PACIENTE 1	PACIENTE 3
Observación	0	-5
Descripción	+3	-2
Actuar con conciencia	-2	-6
No juzgar la experiencia	-1	0
Ausencia de reactividad	+2	-4
Total	+2	-17

Tabla 5. Resumen del efecto individualizado de la intervención.

La tabla 5 muestra el resumen del efecto individualizado por factores en cada paciente. En el paciente 1, los factores que han aumentado la puntuación han sido: *descripción* (+3) y *ausencia de reactividad* (+2); en los factores *actuar con conciencia* (-2) y *no juzgar la experiencia* (-1) se ha reducido, y en el factor *observación* se ha mantenido la misma puntuación. Así pues, el paciente 1 ha aumentado en 2 puntos su puntuación total en la escala.

En el paciente 3, todos los factores han reducido la puntuación: *observación* (-5), *descripción* (-2), *actuar con conciencia* (-6) y *ausencia de reactividad* (-4), excepto el factor de *no juzgar la experiencia* que se ha mantenido igual. Por lo tanto, el paciente 3 ha reducido en 17 puntos su puntuación total en el cuestionario.

5.2 Resultados cualitativos

El análisis cualitativo de los datos recogidos durante las 8 sesiones de terapia grupal y de las entrevistas individuales realizadas post intervención grupal ha generado 4 temas relevantes que contribuyen a dar respuesta a la pregunta de investigación.

5.2.1 Capacidad de atención plena

Todos los miembros del grupo describieron la práctica de mindfulness como una herramienta de gran utilidad. Para la mayoría de ellos resultó una técnica nueva, mientras que otros ya la habían practicado en alguna ocasión. Algunos de los aspectos más relevantes que los pacientes han expuesto sobre la atención plena son: la importancia de dejar ir el pasado y el futuro para poder experimentar el presente; ver los pensamientos, emociones y sensaciones (voces) como lo que son, más que como realidad absoluta, y que el hecho de poner nombre a las emociones ayuda a no quedarse atrapado en ellas. También describen las actitudes de aceptación y autocompasión como partes fundamentales que han contribuido a adquirir una postura diferente frente a sus voces:

- la autocompasión es: ser positivo, intentar cambiar las cosas y aceptar aquellas que duelen.
- la mente sabia es aquella que combina nuestra parte racional con la parte emocional.
- perdonar y perdonarnos es bueno y necesario.
- la autocompasión no es sentir lastima de uno mismo.
- la autocompasión es una actitud activa hacia nosotros mismos, es saber que sentimos dolor y hacer algo con él, para que no duela tanto.

Los miembros del grupo destacaron 3 beneficios del desarrollo de la habilidad de atención plena: es una técnica que ayuda a desconectar y cambiar de perspectiva, a vivir las voces de forma que no afecten tanto y a conocerse mejor a uno mismo.

Además, algunos pacientes refirieron ciertas dificultades en momentos puntuales durante la práctica de mindfulness, específicamente, durante la meditación de las emociones y durante el escáner corporal.

A continuación se detallan algunas citas textuales que reflejan la experiencia de los pacientes en relación a la práctica de esta técnica:

“Cuando tengo muchos pensamientos obsesivos, pues uhm.. ahora intento por ejemplo salir a pasear y fijarme más en los arboles, notar el aire..”.

“Creo que el hecho de ser más consciente de las cosas hace que las voces se calmen mucho..”.

“La respiración me va muy bien.. antes me ahogaba ahora ya no tanto..”.

“Siguen más o menos como antes de empezar el grupo pero ara ahora tengo un poco más de control sobre ellas..”.

“Ahora intento hacer más las cosas que me gustan y que me hacen sentir bien.. pienso que dedicarse tiempo a uno mismo es muy importante y no lo hacemos..”.

“Creo que tengo que ser más amable conmigo mismo, no autoexigirme tanto..”.

“Quererse es respetarse a uno mismo y respetar lo que siente..”.

“Al centrare en los pensamientos me he angustiado, me venían muchas voces, yo no quería y me venían muchos pensamientos de golpe.. el corazón me iba muy deprisa”.

“Me han venido a la cabeza pensamientos y emociones negativas, y también murmullos.., no he podido evitarlo”.

5.2.2 Relación con las voces

Todos los pacientes, durante las primeras sesiones grupales, explicaban cómo las voces afectan a su salud tanto física como mentalmente, interfiriendo de forma negativa en sus emociones (frustración, tristeza, rabia, impotencia), en los pensamientos sobre ellos mismos y sobre los demás, incluso en su conducta, llegando a seguir las instrucciones y ordenes que las voces les dan. Aún así, todos los miembros del grupo relatan haber percibido un cambio, en mayor o menor grado, en la forma con la que se relacionan con sus voces, o como ellos apuntan “se viven de otra forma”. En este apartado, hay varios aspectos relevantes a destacar dado que, según consideran los pacientes, estos tienen una influencia tanto en la aparición, mantenimiento y manejo de las voces:

- **Relación de las voces con las experiencias personales (eventos pasados, vivencias traumáticas):** las vivencias emocionales negativas pasadas, sobretodo durante la niñez y adolescencia dejan una gran pisada en la forma de ser de uno mismo, te condicionan la forma en la que ves y entiendes el mundo, a los demás y a uno mismo. Consideran primordial la educación emocional en edades tempranas, así como el aprender a decir “no” (asertividad), a tomar decisiones y a resolver problemas. Ellos mismos afirman que una infancia difícil conlleva de forma intrínseca una dificultad para modular las emociones en la vida adulta. Según ellos, saber gestionar y modular las emociones ayuda a paliar las voces. A continuación se citan algunas frases textuales de los pacientes referentes a esta cuestión:

“Mis voces vienen de las emociones que tengo de rabia y ira acumuladas de tanto años..”.

“Cuando alguien tiene un trauma se convierte en una persona violenta como yo..”.

“Sé que vienen de mi cabeza por todo lo que he vivido..”.

“Cuando las estoy escuchando, nadie no puede decirme que no existe, es tan real..”.

- **Estrategias para manejar las voces:** en el transcurso de las primeras sesiones del grupo, los pacientes relataron las estrategias que utilizan para gestionar sus voces de modo que estas generen el menor malestar posible, tales como: escuchar música suave, cantar en voz alta, relajarse en una habitación con luz tenue, estar solo, avanzar la toma de medicación, estar en contacto con la naturaleza, tener una rutina, distraerse, no hacerles caso, evitar los sobresaltos y ser paciente. Pero a parte de todas estas estrategias, la técnica de la atención plena, para la mayoría de ellos nueva, les ha permitido darse cuenta de que existen más formas para gestionar la escucha de voces. Todos los pacientes describen las meditaciones aprendidas como una forma beneficiosa no únicamente para paliar su angustia, sino también como estrategia para conocerse mejor a si mismos, identificar y poner nombre a emociones y sentimientos. Cabe comentar también que la meditación centrada en la respiración es la que han encontrado mas útil, así como la que presta atención a las emociones y a los pensamientos. La meditación autocompasiva la han considerado de las más importantes,

porque según ellos ayuda a tener una relación diferente con uno mismo y con sus voces, pero creen que es la más difícil de todo lo que se ha practicado en el grupo, por el hecho de entrar en contacto con sentimientos y recuerdos pasados que resultaron difíciles. Seguidamente se exponen algunas citas textuales que los pacientes han compartido:

“Me encierro en la habitación para poder respirar como hemos aprendido en el grupo y así consigo manejarlas un poco mejor..”.

“Hacer trabajar la mente y hacer actividades agradables como el arte me ayuda a apartar las voces..”.

“Intento practicar en casa las meditaciones que hacemos en el grupo..”.

“Intento hacer cosas que me relajan y así disminuyen las voces..”.

- **Aceptación vs evitación y rumiación:** las reacciones principales hacia las voces también han resultado un tema principal durante las discusiones grupales. Los miembros del grupo describen como reacciones más típicas para afrontar las voces: evitarlas, entrar un espiral de pensamientos obsesivos, confrontarse con ellas y aislarse. A continuación se señalan algunas frases literales sobre esta cuestión:

“Los problemas se tienen que solucionar en lugar de evitarlos, se tienen que solucionar yo creo..”.

“Me provocan la misma angustia que antes pero vivo esta angustia de forma diferente..”.

“Huir de los problemas no es bueno..”.

“Sé que intentar evitarlas hacen que aumenten más..”.

- **Factores que hacen aumentar las voces:** hay una serie de factores que todos los pacientes están de acuerdo en que tienen una influencia en la aparición de las voces, o en su agravamiento en el caso de que estas ya estén presentes. Estos factores son: el estrés, los conflictos tanto internos como externos y el hecho de no tener una estabilidad y una rutina. Algunas frases aportadas por los pacientes son:

“Cuanto más duro eres contigo mismo más pueden aparecer las voces..”.

“Se van y vuelven.. sobretodo cuando me pongo nervioso..”.

“En momentos en que estoy más relajado y me siento bien, prácticamente no aparecen..”.

“Los sobresaltos y los imprevistos no me van nada bien, hacne que tenga más voces.. por eso necesito una tranquilidad en mi día a día...”.

- **Componente cognitivo como mediador en la relación con las voces:** a pesar de que el componente cognitivo, entendido como el “significado” que los pacientes atribuyen a sus voces y las creencias que tienen en relación a ellas, no haya sido un componente principal a

trabajar durante la terapia, sí se han tratado algunos de sus aspectos. En primer lugar, la gran mayoría de los pacientes están de acuerdo en que las creencias que tienen acerca de la identidad, el propósito, la omnipotencia y las posibles consecuencias de obedecer o resistirse a las voces, tienen una relación directa con el malestar y angustia que estas provocan, pero como ellos mismos afirman, estas creencias vienen dadas en gran parte por las experiencias vividas con anterioridad, la mayor parte de ellas negativas. En segundo lugar, la meditación centrada en los pensamientos ha sido bien valorada por parte de todos los pacientes, considerando que el hecho de aprender a ver los pensamientos sólo como pensamientos y reducir el grado de identificación con ellos, comporta un enjuiciamiento menos negativo hacia ellos mismos y hacia su experiencia de oír voces. La importancia del refuerzo positivo hacia uno mismo también ha sido un aspecto que han apreciado como beneficioso. A continuación se citan algunas expresiones realizadas por los pacientes:

“Veo como que es mi interior.. una especie de murmullos ligados a las cosas que me preocupan y que se manifiestan de esta manera..”.

“El hecho de pensar que están ligadas a mi, por muy fuertes y desagradables que sean las voces, hace que las pueda sobrellevar mejor..”.

“He sido capaz de dejarlas pasar por un momento.. yo pienso que es mi mente y mis pensamientos que se expresan en forma de voces..”.

“Cuando estoy en situaciones muy difíciles para mi que afectan a mi estado de ánimo es cuando aparecen muchos pensamientos donde me quedo encallado y aquí es.. pues cuando sí que me doy cuenta que tal vez las voces son parte de mi propia mente que no para de pensar..”.

“Al centrarme en los pensamientos me he angustiado, me venían y yo no quería y me venían todos, y el corazón me iba muy deprisa..”.

“En mi caso cuantos más pensamientos negativos tengo, más aparecen las voces...”.

“Mis voces vienen de las emociones que tengo de rabia y ira acumuladas de tanto años..”.

“Intento practicar como hacíamos en el grupo, intento pensar en positivo, darle la vuelta al pensamiento para hacerlo más positivo, pero es muy difícil..”.

“Sé que vienen de mi cabeza por todo lo que he vivido..”.

“Son tan reales que me cuesta mucho contenerme y no hacerles caso..”.

5.2.3 Factor grupal: relación y sentimiento grupal

Para todos los pacientes la experiencia de poder compartir sus preocupaciones, sus inquietudes, el malestar y la interferencia que les causan las voces, ha resultado ser una experiencia positiva y agradable, ya que el clima generado durante las sesiones ha hecho que pudieran sentir una comprensión y una seguridad, que ha ayudado a revalorar la relación con las voces, viéndolas como una experiencia más que como un síntoma. Algunos pacientes también refieren

sentirse mas preparados para recibir ayuda de otras personas, ya sea de profesionales o de familiares y amigos. Además, el hecho de haberse empoderado en cierto grado en cuanto a la relación con sus voces y de tener un papel mas activo en su manejo, ha hecho que algunos miembros se sientan más seguros de sí mismos y de sus capacidades, influyendo esto positivamente a la hora de expresar sus opiniones y necesidades tanto dentro como fuera del grupo. En cuanto a la relación con las terapeutas todos coinciden con un sentimiento de “cohibición y miedo” al inicio de la terapia a la hora de explicar según que experiencias por miedo a que esto les pudiera repercutir a ellos de forma negativa (ingreso, aumento de medicación, cambio de diagnóstico). Finalmente, todos coinciden en que estos sentimientos fueron decreciendo a lo largo de las sesiones. Los pacientes refieren lo siguiente:

“A veces me daba miedo explicar según qué pensamientos o experiencias sobre las voces, por si el diagnóstico cambiaba o seria peor..”

“Explicar lo que siento y lo que pienso me hacia sentir muy bien, aunque había veces que no me salía explicar según que.. y después me sentía mal..”

“Nunca sabréis lo que es, para entenderlo tendríais que vivirlo..”

5.2.4 Sentimientos generales sobre los beneficios de la terapia

En cuanto a los sentimientos generales sobre el proceso de terapia grupal, todos los pacientes reportan haber percibido beneficios de diferentes tipos. Aquello que más han valorado de las sesiones ha sido: el poder hablar y dedicarse un tiempo a sí mismos a través de las meditaciones, el poder compartir inquietudes y hablar de las voces, y el hecho de aprender a dar un paso atrás y hacer de observadores sus procesos mentales y sensaciones desagradables. En cuanto al bienestar psicológico, todos los miembros describen que durante este tiempo se han cerciorado de la importancia que tiene el cuidarse a uno mismo y aprender a aceptar aquellos momentos en que las cosas no salen como uno espera o desea, y explican que durante las sesiones han podido poner esto en marcha. Los miembros del grupo describieron algunas propuestas de mejora y algunos aspectos que han echado en falta, tales como una meditación “en movimiento y de contacto” con los demás miembros del grupo, más material interactivo, meditación corporal más corta, y algunos ejercicios más dinámicos. Además, la gran mayoría coincidieron en el hecho de que preguntar explícitamente si habían oído voces durante la meditación les hacia sentir un poco incómodos. Algunas citas reportadas por los pacientes son:

“Ha sido una sensación muy buena, sobretodo porque se ha mirado de buscar una solución a un problema que normalmente se trata solo con fármacos..”

“Me ha gustado mucho compartir cosas con el grupo, pero también había partes que me gustaba quedarme para mí..”

“Podía hablar de las cosas que me preocupaban..”

“Me ha ayudado a poder distinguir mis emociones de mis acciones.”

6. Discusión

El presente estudio tenía como objetivo principal evaluar la eficacia de una intervención grupal basada en mindfulness para pacientes que presentan alucinaciones auditivas crónicas y resistentes a la medicación, sin tener en cuenta el diagnóstico principal.

De este objetivo principal se derivaba la hipótesis general de que la intervención terapéutica grupal basada en el entrenamiento en atención plena mejoraría la relación de los pacientes con sus voces, así como la propia habilidad de atención plena, que se ha cumplido de forma parcial.

6.1 Efecto en la relación con las voces

En cuanto a la mejora de la forma de relacionarse con las voces, cabe destacar que sí que se ha observado un cambio en esta relación.

En primer lugar, uno de los hallazgos más significativos que pone de manifiesto este cambio de relación es la reducción en todos los pacientes en la cantidad de angustia causada por las voces, es decir, las voces les causan un menor malestar. Este resultado converge con lo sugerido por los estudios de corte transversal, y es que una mayor atención plena y aceptación de las voces conllevan una disminución en la angustia y en el malestar causado por estas. A su vez, coincide con lo reportado por los estudios pre-post sin grupo control, al sugerir que el entrenamiento de estos pacientes en atención plena conlleva una disminución de la angustia asociada a la escucha de voces (Strauss et al., 2015). Además, la mejoría que se ha encontrado en la duración de las voces, la intensidad, la cantidad de contenido negativo, el control que tienen sobre ellas y la interferencia que estas causan en la vida diaria, en 2 de los 3 pacientes, nos sugiere que estos viven su experiencia de escuchar voces de una forma diferente. De la misma manera que en la cantidad de angustia, este hallazgo coincide con los estudios pre-post, al indicar una mejoría en las medidas de angustia, control sobre las voces y salud psicológica general (Strauss et al., 2015).

Cabe destacar que este cambio en el manejo de las voces, también se ve reflejado en la mejora que se ha producido en las dimensiones de creencias sobre la procedencia de las voces, el grado de contenido negativo y la intensidad de la angustia, aunque únicamente en 1 paciente de 3. Dado que el componente cognitivo no ha sido uno de los aspectos más trabajados durante las sesiones, se entiende que el cambio en la creencias se haya dado únicamente en un solo paciente. En cuanto al grado de contenido negativo, al estar vinculado a las creencias sobre la omnipotencia y las consecuencias de obedecer o no a las voces, se entiende que únicamente haya mejorado en un solo paciente. Aún así, es un cambio a mejor a tener en cuenta. Además, las dimensiones de frecuencia y localización no han variado su puntuación en ninguno de los 3 pacientes después de la intervención, hecho que nos hace pensar que una duración más larga de la terapia habría podido contribuir a mejorar ambas dimensiones (reducir la frecuencia y reducir las convicción de que las voces se atribuyen a factores externos).

Los resultados extraídos a nivel cualitativo van en esta misma línea, dado que los tres pacientes refieren haber percibido un cambio en la forma en la que viven la experiencia de sus voces. Por un lado, se considera relevante mencionar la relación que los pacientes establecen entre las voces y los sucesos traumáticos vividos en el pasado, señalando que estos condicionan de forma negativa la forma de entender y relacionarse con los demás, con uno mismo y con el mundo, a la vez que dificultan la modulación y gestión de las emociones. Así pues, esta vinculación que los pacientes señalan entre las alucinaciones auditivas y los acontecimientos traumáticos del pasado, refuerza aquellos estudios que evidencian la relación entre el trauma y los síntomas psicóticos (Mueser y Butler, 1987), además de respaldar la idea de que las experiencias traumáticas contribuyen a un desarrollo erróneo del conocimiento social (Morrison, 2001).

En segundo lugar, otro aspecto principal que ha tenido un papel fundamental y que se ha trabajado y debatido en las discusiones grupales realizadas después de las meditaciones, y que se considera que ha contribuido notablemente a que los pacientes se relacionen de una forma más adaptativa con las voces, hace referencia a las reacciones principales que los pacientes tienen hacia las voces para manejarlas. Las reacciones más típicas que refieren son: evitarlas, confrontarse con ellas, entrar en un espiral de pensamientos obsesivos (rumiación) y aislarse. Estos comentarios coinciden con lo que (P. Chadwick et al., 2000) postulan, y es que el hecho de resistirse a las voces e intentar suprimirlas constituye una estrategia muy común referida entre los pacientes, a pesar de haberse demostrado que esta reacción comporta una acentuación del malestar. Algunas citas reportadas por los pacientes referentes a esta cuestión son *“Huir de los problemas no es bueno..”*, *“Intentar huir de ellas hace que aparezcan más..”*. Además, este resultado también nos indica que para los pacientes el aprendizaje sobre como responder a las sensaciones desagradables es importante, para poderse sentir más capaces a la hora de aceptar sus experiencias y poder modularlas, tal y como señalan (Abba et al., 2008).

Por otra parte, a pesar de que el componente cognitivo, entendido como el significado y las creencias que los pacientes tienen de sus voces y de si mismos, no haya constituido un elemento principal a tratar durante el proceso de intervención grupal, se considera relevante destacar que todos los pacientes afirman la existencia de una estrecha relación entre las creencias y supuestos sobre la omnipotencia y las posibles consecuencias de resistirse o de obedecer a las voces, y la angustia e interrupción que estas causan en sus vidas cotidianas: *“Mis voces vienen de las emociones que tengo de ira y rabia acumuladas de tantos años..”*, *“Son tan reales que me cuesta contenerme y no hacerles caso..”*. Esta observación, confirma lo que Chadwick y Birchwood (1994) ya demostraron en su momento, y es que las creencias sobre las voces, están fuertemente ligadas con sus consecuencias emocionales y comportamentales, a la vez que se asocian con estrategias de afrontamiento poco útiles, lo que genera un aumento del malestar.

También, se considera significativo revelar uno de los aspectos que creemos que ha favorecido la relación de los pacientes con sus voces, y se trata de la experiencia *per se* de haber podido compartir inquietudes, sentimientos y preocupaciones tanto en relación con las voces como en relación a otros temas emocionalmente importantes para ellos. Según informan, el clima grupal de comprensión y seguridad que se ha ido estableciendo a lo largo de las sesiones, les ha ayudado a poder expresar y a tomar conciencia del papel fundamental que tienen ellos mismos en el manejo de sus voces y del malestar que estas provocan. El estudio llevado a cabo por Abba et al., (2008) indica resultados similares, al exponer que mientras ellos como terapeutas atribuyeron las mejoras terapéuticas con el incremento en la habilidad de atención plena, los pacientes revelaban que aquello más provechoso derivaba de la vivencia en sí, de trabajar estas habilidades en grupo y observar que los demás entienden y comparten experiencias, miedos y voces similares a las suyas.

Volviendo a nuestra hipótesis principal, se considera que la mejora observada en la capacidad de atención plena, medida a través del FFMQ, ha experimentado un cambio leve en comparación a lo esperado. Este resultado, extraído del análisis cuantitativo de nuestro estudio, no encaja con lo que apunta el análisis temático del contenido llevado a cabo. Cabe recordar que únicamente 2 de los 3 pacientes completaron el cuestionario (el paciente 1 y el paciente 3).

6.2 Efecto en la capacidad de atención plena

Por una parte, 2 de ellos ha obtenido una puntuación mayor después de la intervención, indicando un cambio mínimo (90 → 92 puntos), mientras que el otro paciente, ha reducido en 17 puntos su puntuación total en la escala. En cuanto al incremento de puntuación del primer paciente, se considera relevante tener en cuenta el estudio llevado a cabo por Baer (2009), en el que se detallan los siguientes factores como mecanismos de acción más relevantes de la atención plena: descripción de la experiencia, no juzgar la experiencia interna y no reaccionar ante ella. De los tres factores que indica Baer, nuestros resultados en el paciente que mejoró su atención plena, coinciden con dos de los tres señalados por esta autora: descripción (+3) y ausencia de reactividad (+2), lo que sugiere, que la práctica de la meditación se asocia con una tendencia mayor a etiquetar las experiencias internas con palabras y a no ser reactivo, permitiendo que los pensamientos y sentimientos fluyan sin dejarse absorber por su contenido.

Respecto a la disminución de la puntuación del paciente 3 en el FMMQ post-intervención, nos planteamos la posibilidad de que sobrevalorara su capacidad de atención plena previamente a la intervención grupal, y que después de haberse familiarizado con esta técnica, haya valorado más ajustadamente su capacidad de permanecer en el presente. Hay que considerar también la posibilidad de que el FMMQ está validado en población control, además de que la autoadministración puede ser un hándicap para este tipo de pacientes por posibles dificultades en la comprensión de los ítems. Asimismo, cabe destacar que la puntuación de este paciente mejoró significativamente en la escala que valora las ³⁹alucinaciones auditivas (PSYRATS).

Por otro lado, se considera que los resultados analizados a nivel cualitativo ofrecen una información más detallada a la hora de entender el impacto que ha tenido la práctica de mindfulness entre los pacientes, ya que todos ellos describieron la práctica de esta técnica de gran utilidad. Para poder entender qué mecanismos de acción de la atención plena han contribuido a la mejora de los pacientes en su relación con las voces, a continuación se tratan los aspectos que ellos han identificado como relevantes en esta cuestión.

En primer lugar, describen la importancia de desprenderse del pasado y del futuro para poder experimentar el presente, dando un paso atrás y convirtiéndose en observadores de sus propios procesos mentales, aspecto que coincide con los resultados de otros estudios cualitativos, al encontrar que los pacientes identifican como relevante la reorientación de la atención en el presente que proporciona el mindfulness (Strauss et al., 2015).

Nuestros pacientes también señalan el valor de ver los pensamientos, las emociones y las sensaciones (voces desagradables), como algo transitorio y controlable, hecho que de forma intrínseca conlleva un enjuiciamiento menos negativo hacia su experiencia de oír voces y hacia ellos mismos. Este resultado también va en la línea de los estudios cualitativos mencionados anteriormente (Strauss et al., 2015), además de coincidir con lo que postulan Strauss y Hayward (2013), y es que las MBI resultan útiles dado que conllevan un descentramiento de las vivencias del momento presente. Asimismo, Baer (2003) describe esta misma idea, y señala que el cambio de relación de uno mismo con sus pensamientos y sentimientos a través de la atención plena, fomenta la visión de los pensamientos como tal (Segal et al., 2002; Teasdale et al., 2002).

Otro de los mecanismos de cambio de la atención plena reportado por los pacientes, y a nuestro parecer, uno de los más relevantes, es la actitud de aceptación hacia la propia experiencia y hacia si mismos. Este, es un hallazgo que se ajusta a los resultados de aquellos estudios que pretenden definir qué cualidades del mindfulness hacen que sea una técnica efectiva. Por ejemplo, según Chadwick et al., (2000), la aceptación no prejuiciosa de las experiencias difíciles como las voces, se considera una reacción mucho más funcional, frente a intentar resistirse y/o suprimirlas. Esta estrategia de aceptación activa en contraposición a la resistencia y la evitación, también ha sido defendida por Farhall et al., (2007), así como por otros estudios cualitativos (Strauss et al., 2015), que también apoyan la aceptación hacia las voces para facilitar su vivencia como fenómeno pasajero y desagradable, sin tener la necesidad de erradicarlo. Por su parte, Baer (2003), explicita esta actitud no prejuiciosa como uno de los componentes más relevantes e integrados de las intervenciones de atención plena. Los estudios realizados por Abba et al., (2008) y Ashcroft et al., (2012), también identifican la autoaceptación como componente esencial de la atención plena que ayuda a potenciar la sensación de control de los pacientes en relación con su experiencia auditiva.

A pesar de que la actitud de autocompasión puede concebirse junto a la actitud de la aceptación sin prejuicios, se ha considerado oportuno dedicarle un interés especial. Según los pacientes, la autocompasión es una condición necesaria para poder tomar una postura de aceptación y dar un significado diferente a los síntomas psicóticos en relación con la experiencia vital, tal y como afirman Romme y Escher (1989) y Gu et al., (2015). Aun así, todos los pacientes están de acuerdo en que las meditaciones centradas en la autocompasión han resultado ser las más complicadas, por el hecho de entrar en contacto con sentimientos y recuerdos pasados generalmente negativos. Sin embargo, alegando lo que propone Chadwick et al., (2000), los pacientes afirman que la autocompasión es necesaria porque les permite ser más amables consigo mismos y con sus experiencias, además de aliviar el malestar asociado a las voces en lugar de ceñirse solamente en poder controlarlas.

En relación con varios estudios pre-post (sin grupo control) expuestos en la revisión sistemática de Strauss et al., (2015), las mejoras observadas en las medidas de malestar y control percibido sobre las voces en nuestro estudio, muestran también que la terapia basada en mindfulness no resulta perjudicial para este tipo de pacientes. Este resultado refuta la creencia de que este tipo de terapias son desaconsejables por considerar que la exposición prolongada a los eventos mentales internos puede desencadenar la aparición de más alucinaciones auditivas, descrita por Yorston (2001). Asimismo, se cree necesario explicitar que la terapia grupal basada en el entrenamiento en mindfulness llevada a cabo, ha resultado ser aceptable y segura para los pacientes, según las mejoras pre-post intervención observadas y la satisfacción referida por ellos, de la misma manera que el estudio pre-post de Dannahy et al., (2011) y el estudio cualitativo realizado por Bacon et al., (2014).

Después de todo lo referido anteriormente, se podría llegar a concluir que las intervenciones basadas en mindfulness para pacientes que oyen voces no son perjudiciales, sino que resultan ser seguras y aceptables, a la vez que comportan beneficios en la relación de los pacientes con sus voces, propiciando la actitud de aceptación, autocompasión y un mayor conocimiento de sí mismos, de sus reacciones ante las voces y de las estrategias que utilizan para manejarlas, convirtiéndose la técnica de atención plena en la herramienta que posibilita estos aspectos.

Y para finalizar con el apartado de discusión, señalar que se han podido llevar a cabo cada uno de los objetivos específicos que hacían posible la realización del objetivo principal del estudio.

7. Limitaciones y posibilidades

En primer lugar, cabe señalar como limitación principal de este estudio el tamaño reducido de la muestra ($n=3$) a pesar de que el número de pacientes reclutados inicialmente fueron 9, hecho que dificulta la posibilidad de generalizar los resultados obtenidos. En este sentido y de cara a la importancia de poder extrapolar los resultados a muestras similares, sería necesaria la aplicación de esta terapia en una muestra de mayor tamaño.

En segundo lugar, al tratarse de un estudio pre-post sin grupo control, no puede asegurarse que los cambios observados en la relación de los pacientes con sus voces y en la capacidad de atención plena, sean debidos a la propia intervención o a otros factores no controlados, como por ejemplo, los niveles preexistentes de atención plena, o la respuesta inducida por el conocimiento de los pacientes de que se les está evaluando, por lo que no podemos descartar la posibilidad de que se hubieran producido mejoras sin terapia. En base a esta limitación, se considera importante la realización de más estudios controlados (ensayos controlados aleatorizados) que incluyan una condición de control, para así poder afirmar la efectividad de este tipo de intervenciones.

En tercer lugar, a pesar de que los resultados de este estudio, sugieren numerosos beneficios de la práctica de la atención plena (atención a la experiencia inmediata sin juicios, un mayor autoconocimiento, aceptación de uno mismo y de sus voces, entre otros), se plantea la necesidad de una mayor investigación que nos permita saber cuáles son los ingredientes activos y mecanismos de acción de las intervenciones basadas en atención plena, y así poder afirmar qué aspectos diferenciales son los que aporta. El hecho de esclarecer estos aspectos diferenciales, contribuiría a una exploración más rigurosa sobre la forma más óptima de aplicar estas intervenciones, detallando cuál es el tiempo de duración más adecuado a practicar en cada sesión, si aplicarlo de forma única o en combinación con otro tipo de intervenciones (ACT, TCC, TCBP), y si sería conveniente continuar la práctica después de haber finalizado el programa de intervención.

En cuarto lugar, otra de las limitaciones que encontramos es la evaluación de la atención plena a través de medidas de autoinforme, lo que puede suponer un sesgo. Por esto, y por la dificultad que puede suponer informar adecuadamente sobre algunos aspectos de la atención plena, sería recomendable que en futuros trabajos se pudieran utilizar otro tipo de escalas de autoevaluación.

En quinto lugar, y respecto al análisis cualitativo de los resultados, cabe destacar que no se realizó siguiendo las fases de análisis descritas por Braun y Clarke (2006), por lo que no se generaron códigos preliminares para luego cotejar los temas relevantes. Tampoco fueron revisados ni verificados en cuanto a su homogeneidad interna y heterogeneidad externa para garantizar un análisis coherente y significativo. Aún así, se considera que el análisis temático llevado a cabo ha proporcionado información útil para poder extraer conclusiones.

En sexto lugar, no ha habido un seguimiento posterior a la intervención terapéutica para determinar la duración y el impacto de los beneficios del grupo, por lo que se propone para investigaciones futuras, la realización de trabajos longitudinales que permitan confirmar el mantenimiento de estos beneficios a largo plazo.

Por último, y teniendo en cuenta que en este estudio no se ha evaluado el beneficio que la práctica de la atención plena puede ejercer sobre la salud psicológica general, se plantea la opción de que futuros estudios la evalúen a través de escalas de bienestar psicológico que tengan en consideración aspectos relevantes del funcionamiento positivo, como por ejemplo, la autoaceptación, el autoconocimiento, las relaciones positivas, el crecimiento personal y la regulación de las emociones. Se entiende que una mejoría en el bienestar psicológico global proporcionaría una mayor evidencia de la efectividad de las terapias basadas en atención plena.

8. Conclusiones

Varios estudios han señalado los beneficios potenciales de la atención plena en pacientes con trastornos psiquiátricos graves. Consideramos que nuestro estudio, a pesar de contar con una muestra de tamaño reducido y otras limitaciones ya mencionadas, aporta cierta evidencia a esta cuestión.

En primer lugar, y teniendo en cuenta que la hipótesis planteada se ha confirmado de forma parcial, pensamos que el grupo terapéutico basado en mindfulness llevado a cabo durante 8 semanas, ha contribuido a mejorar notablemente la relación de los pacientes con sus voces, mientras que en la capacidad de atención plena, no se ha obtenido la mejora esperada. Respecto al efecto que ha ejercido el entrenamiento en atención plena en la relación con las voces, se destacan los siguientes aspectos:

- El hecho de trabajar las reacciones típicas (evitación, confrontación, espiral de pensamiento obsesivo, aislamiento) que los pacientes utilizan para manejar las voces, proporcionando reacciones alternativas como la aceptación, la autocompasión, el descentramiento de las experiencias presentes y su descripción con palabras. Este aprendizaje sobre cómo responder a las sensaciones desagradables, hace que los pacientes se sientan más seguros y capaces de modular sus experiencias y de aceptarlas.
- El factor grupal, entendido como la propia experiencia de haber practicado la técnica de atención plena junto con otras personas (pacientes y terapeutas), con las que se ha ido estableciendo un clima de confianza en el que poder expresar inquietudes, experiencias y conocimiento. Además de haber favorecido su empoderamiento y el papel activo en la gestión del malestar causado por las voces.
- Los mecanismos de acción específicos de la atención plena como son, la reorientación de la atención, al permitir dar un paso atrás transformándose en observadores de sus propios procesos mentales; el enjuiciamiento menos negativo hacia ellos mismos y hacia sus experiencias, derivado del descentramiento de las vivencias desagradables como las voces; la actitud de aceptación activa como estrategia adaptativa que permite experimentar las voces como un fenómeno pasajero, desagradable y con cierto grado de controlabilidad, en contraposición, a la evitación, rumiación o voluntad de eliminar las voces; y por último, la postura de autocompasión definida como una condición necesaria para la aceptación activa, a pesar de ser considerada por los pacientes como uno de los aspectos más difíciles de trabajar, al reavivar emociones pasadas habitualmente negativas.

Así pues, a modo de conclusión, y teniendo en cuenta que la terapia de atención plena realizada no ha resultado ser perjudicial para ninguno de los pacientes, al describirla como una vivencia positiva, agradable y terapéutica, consideramos que este estudio aporta cierta evidencia de que este tipo de intervenciones aplicadas a pacientes que oyen voces, contribuye a desarrollar una forma más adaptativa de relacionarse con las voces, a través de la atención centrada en uno mismo, el distanciamiento de las experiencias, la reducción de la rumiación, la disminución del miedo a la emoción y la evitación de estímulos emocionales, fomentando la capacidad de participar en un comportamiento constructivo, incluso mientras se experimentan sentimientos, sensaciones y pensamientos displacenteros.

Y finalmente, señalar la necesidad de realizar más estudios de investigación que proporcionen evidencia suficiente para dar respuesta a la pregunta de cuáles son los mecanismos o aspectos de la atención que hacen que sea una herramienta eficaz, para posibilitar el cambio de relación de los pacientes con sus alucinaciones auditivas. Asimismo, se propone que estos estudios, sean estudios clínicos experimentales que evalúen la efectividad de la aceptación sin prejuicios de una forma controlada, y que cuenten con una muestra representativa con la finalidad de poder generalizar los resultados obtenidos. También se cree conveniente que estos estudios incluyan una evaluación cualitativa para que la experiencia de participar en grupo quede reflejada y contribuya a la pregunta de los mecanismos de acción de la atención plena. Y ya por último, proponer también como línea de investigación paralela, la validación de escalas de atención plena en pacientes psiquiátricos, para poder dar respuesta a la pregunta de investigación de una forma más precisa.

9. Bibliografía

- Abba, N., Chadwick, P., y Stevenson, C. (2008). Responding mindfully to distressing psychosis: A grounded theory analysis. *Psychotherapy Research*. <https://doi.org/10.1080/10503300701367992>.
- Alanen, Y. O., González de Chávez, M., Silver, A.L. S., y Martindale, B. (2009). Further development of treatment approaches to schizophrenic psychoses: An integrated view. In Y. O. Alanen, M. González de Chávez, A.L. S. Silver, y B. Martindale (Eds.), *Psychotherapeutic approaches to schizophrenic psychoses: Past, present and future* (pp. 357–376). London, England: Routledge.
- Aleman, A., Nieuwenstein, M. R., Böcker, K. B. E., y De Haan, E. H. F. (2001). Multi-dimensionality of hallucinatory predisposition: factor structure of the Launay–Slade Hallucination Scale in a normal sample. *Personality and Individual Differences*. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00045-3](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00045-3).
- American Psychological Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5ªed)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Ashcroft, K., Barrow, F., Lee, R., y Mackinnon, K. (2012). Mindfulness groups for early psychosis : A qualitative study, 327–334. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2011.02031>.
- Bach, P., y Hayes, S. C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.70.5.1129>.
- Bacon, T., Farhall, J., y Fossey, E. (2014). The active therapeutic processes of acceptance and commitment therapy for persistent symptoms of psychosis: Clients' perspectives. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1017/S1352465813000209>.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*. <https://doi.org/10.1093/clipsy/bpg015>.
- Baer, R. A. (2009). Self-focused attention and mechanisms of change in mindfulness-based treatment. *Cognitive Behaviour Therapy*. <https://doi.org/10.1080/16506070902980703>.
- 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*. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>.
- Belloch, A., Sandín, B., y Ramos, F. (2012). *Manual de psicopatología*. McGraw-Hill.
- Basset, T., Bentall, R., Boyle, M., Cooke, A., Cupitt, C., Dillon, J., y Onyett, S. (2015). Comprender la psicosis y la esquizofrenia. *The British Psychological Society*.
- Bentall, R. P. (1990). The syndromes and symptoms of psychosis: Or why you can't play twenty questions with the concept of schizophrenia and hope to win. In R. P. Bentall (Ed.), *Reconstructing schizophrenia*. London: Routledge.
- Bentall, R. P., Jackson, H. F., y Pilgrim, D. (1988). Abandoning the concept of "schizophrenia": Some implications of validity arguments for psychological research into psychotic phenomena.

- Bentall, R. P., Wickham, S., Shevlin, M., y Varese, F. (2012). Do specific early-life adversities lead to specific symptoms of psychosis? a study from the 2007 the adult psychiatric morbidity survey. *Schizophrenia Bulletin*. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs049>.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., y Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*. <https://doi.org/10.1093/clipsy/bph077>.
- Cebolla, A., García-Palacios, A., Soler, J., Guillen, V., Baños, R., y Botella, C. (2012). Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *The European Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.4321/S0213-61632012000200005>.
- Chadwick, P. (2014). Mindfulness for psychosis. *British Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.136044>.
- Chadwick, P. D. (2009). *Terapia cognitiva basada en la persona para la psicosis perturbadora*. Madrid: Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y Otros Trastornos.
- Chadwick, P., Barnbrook, E., y Newman-Taylor, K. (2007). Responding mindfully to distressing voices: Links with meaning, affect and relationship with voice. *Special Issue: Towards a New Understanding of Psychosis*.
- Chadwick, P., y Birchwood, M. (1994). The omnipotence of voices. A cognitive approach to auditory hallucinations. *British Journal of Psychiatry*, 164, 190–201.
- Chadwick, P., Birchwood, M., y Trower, P. (1996). *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. Chichester, England: Wiley.
- Chadwick, P., Lees, S., y Birchwood, M. (2000). The revised beliefs about voices questionnaire (BAVQ-R). *British Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.3.229>.
- Chadwick, P., Taylor, K. N., y Abba, N. (2005). Mindfulness groups for people with psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1017/S1352465805002158>.
- Corcoran, R., Mercer, C., y Frith, C. D. (1995). Schizophrenia, symptomatology and social inference: Investigating theory of mind in people with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 17, 5–13.
- Corstens, D., Longden, E., McCarthy-Jones, S., Waddingham, R., y Thomas, N. (2014). Emerging perspectives from the hearing voices movement: Implications for research and practice. *Schizophrenia Bulletin*. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu007>.
- Dannahy, L., Hayward, M., Strauss, C., Turton, W., Harding, E., y Chadwick, P. (2011). Group person-based cognitive therapy for distressing voices: Pilot data from nine groups. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.07.006>.
- Dorahy, M. J., y van der Hart, O. (2007). Relationship between trauma and dissociation: A historical analysis. *Traumatic Dissociation: Neurobiology and Treatment*.
- Farhall, J., Greenwood, K. M., y Jackson, H. J. (2007). Coping with hallucinated voices in schizophrenia: A review of self-initiated strategies and therapeutic interventions. *Clinical Psychology Review*. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.12.002>.

- Gallager, A.G., Dinan, T.G. y Baker, L.J.V. (1994). The effects of varying auditory input on schizophrenic hallucinations: *British Journal of Medical Psychology*, 67, 67-76.
- García Montes, J. M., y Pérez Álvarez, M. (2001). ACT como tratamiento de síntomas psicóticos. El caso de las alucinaciones auditivas. *ACT as Treatment for Psychotic Symptoms. The Case of Auditory Hallucinations*.
- Gaudio, B. A., y Herbert, J. D. (2006). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: Pilot results. *Behaviour Research and Therapy*. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.02.007>.
- González, J. C., Sanjuán, J., Cañete, C., Echánove, M. J., y Leal, C. (2003). La evaluación de las alucinaciones auditivas: La Escala PSYRATS. *Actas Espanolas de Psiquiatria*.
- Goodliffe, L., Hayward, M., Brown, D., Turton, W., y Dannahy, L. (2010). Group person-based cognitive therapy for distressing voices: Views from the hearers. *PSYCHOTHERAPY RESEARCH*. <https://doi.org/10.1080/10503301003671305>.
- Gould, L.N. (1950). Verbal hallucinations and automatic speech. *American Journal of psychiatry*, 107, 110-119.
- Green, MF. Y Kinsbourne, M. (1981). Subvocal activity and auditory hallucinations: Clues for behavioral treatments. *Schizophrenia Bulletin*, 16, 617-625.
- Gu, J., Strauss, C., Bond, R., y Cavanagh, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical Psychology Review*. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.006>.
- Haddock, G., McCarron, J., Tarrier, N., y Faragher, EB. (1999). Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom rating scale (PSYRATS). *Psychological Medicine*; 29: 879-88.
- Hammersley, P., Dias, A., Todd, G., Bowen-Jones, K., Reilly, B., y Bentall, R. P. (2003). Childhood trauma and hallucinations in bipolar affective disorder: preliminary investigation. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*. <https://doi.org/10.1192/bjp.182.6.543>.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., y Wilson, K. G. (2003). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. *Media.Matthewsbooks*.
- Honig, A., Romme, M. A. J., Ensink, B. J., Escher, S. D. M. A. C., Pennings, M. H. A., y Devries, M. W. (1998). Auditory hallucinations: A comparison between patients and nonpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*. <https://doi.org/10.1097/00005053-199810000-00009>.
- Jenner, J., y Díez, A. (2017). *Terapia integradora focalizada en las alucinaciones*. Madrid: Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y Otras Psicosis.
- Jenner, J. A., Nienhuis, F. J., Van De Willige, G., y Wiersma, D. (2006). "Hitting" voices of schizophrenia patients may lastingly reduce persistent auditory hallucinations and their burden: 18-Month outcome of a randomized controlled trial. *Canadian Journal of Psychiatry*.

<https://doi.org/10.1177/070674370605100307>.

Jenner, J. A., Nienhuis, F. J., Wiersma, D., y Van De Willige, G. (2004). Hallucination Focused Integrative Treatment: A Randomized Controlled Trial. *Schizophrenia Bulletin*. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007058>.

Jessop, M., Scott, J., y Nurcombe, B. (2008). Hallucinations in adolescent inpatients with post-traumatic stress disorder and schizophrenia: similarities and differences. *Australasian Psychiatry: Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*. <https://doi.org/10.1080/10398560801982580>.

Johns, L. C., Nazroo, J. Y., Bebbington, P., y Kuipers, E. (2002). Occurrence of hallucinatory experiences in a community sample and ethnic variations. *British Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.2.174>.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: The program of the Stress Reduction Clinic at the University of Massachusetts Medical Center*. *The Nurse Practitioner*. <https://doi.org/10.1097/00006205-199202000-00020>.

Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. *Skills training manual for treating borderline personality disorder*.

Longden, E., Madill, A., y Waterman, M. G. (2012). Dissociation, trauma, and the role of lived experience: Toward a new conceptualization of voice hearing. *Psychological Bulletin*, 138(1), 28–76. <https://doi.org/10.1037/a0025995>.

Louise, S., Strauss, C., y Rossell, S. L. (2017). interventions for psychosis: Our current understanding and a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, (May). <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.05.023>.

Lysaker, P. H., y LaRocco, V. A. (2008). The prevalence and correlates of trauma-related symptoms in schizophrenia spectrum disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 49(4), 330–334.

Margo, A., Hemsley, D.R. y Slade, P.D. (1981). The effects of varying auditory input schizophrenic hallucinations. *British Journal of Psychiatry*, 139, 122-127.

May, K., Strauss, C., Coyle, A., y Hayward, M. (2014). Person-based cognitive therapy groups for distressing voices: A thematic analysis of participant experiences of the therapy. *Psychosis*. <https://doi.org/10.1080/17522439.2012.708775>.

McCarthy-Jones, S., Trauer, T., MacKinnon, A., Sims, E., Thomas, N., y Copolov, D. L. (2014). A new phenomenological survey of auditory hallucinations: Evidence for subtypes and implications for theory and practice. *Schizophrenia Bulletin*. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs156>.

McGuigan, F.J. (1996). Covert oral behaviour and auditory hallucinations. *Psychophysiology*, 3, 73-80.

McGuire, P. K., Murray, R. M., y Shah, G. M. S. (1993). Increased blood flow in Broca's area during auditory hallucinations in schizophrenia. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(93\)91707-S](https://doi.org/10.1016/0140-6736(93)91707-S)

Miro, M., Arceo, J., y Ibañez, I. (2016). *Mindfulness en la psicosis*. *Revista de Psicoterapia* (Vol. 27).

Miró, M.T., y Simón, V. (2016). *Mindfulness en la práctica clínica* (3.ªed.). Bilbao: Desclée de

Brouwer.

- Morrison, A. P. (2001). The interpretation of intrusions in psychosis: An integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1017/S1352465801003010>.
- Morrison, A. P. (2009). Cognitive behaviour therapy for first episode psychosis: Good for nothing or fit for purpose? *Psychosis*. <https://doi.org/10.1080/17522430903026393>.
- Morrison, A. P., y Baker, C. A. (2000). Intrusive thoughts and auditory hallucinations: A comparative study of intrusions in psychosis. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1097–1106.
- Moskowitz, A., y Corstens, D. (2008). Auditory Hallucinations: Psychotic Symptom or Dissociative Experience? *Journal of Psychological Trauma*. https://doi.org/10.1300/J513v06n02_04.
- Morrison, A. P., Haddock, G., y Tarrier, N. (1995). Intrusive thoughts and auditory hallucinations: A cognitive approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 265–280.
- Moskowitz, A., Schäfer, I., y Dorahy, M. J. (2009). *Psychosis, Trauma and Dissociation: Emerging Perspectives on Severe Psychopathology*. *Psychosis, Trauma and Dissociation: Emerging Perspectives on Severe Psychopathology*. <https://doi.org/10.1002/9780470699652>
- Mueser, K. T., y Butler, R. W. (1987). Auditory hallucinations in combat-related chronic posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144(3), 299–302.
- Newman Taylor, K., Harper, S., y Chadwick, P. (2009). Impact of mindfulness on cognition and affect in voice hearing: Evidence from two case studies. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1017/S135246580999018X>
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., y Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science*. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>
- Ohayon, M. M. (2000). Prevalence of hallucinations and their pathological associations in the general population. *Psychiatry Research*. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(00\)00227-4](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(00)00227-4).
- Öst, L. G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.12.005>.
- Peralta, V., Cuesta, M.J. (1994). Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr*, 4: 44-50.
- Perona Garcelán, S. (2006). Estado actual de la investigación psicológica en las alucinaciones auditivas. *Apuntes de Psicología*.
- Persons, J. B. (1986). The Advantages of Studying Psychological Phenomena Rather Than Psychiatric Diagnoses. *American Psychologist*. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.11.1252>
- Roemer, L., y Orsillo, S. M. (2003). Mindfulness: A promising intervention strategy in need of further study. *Clinical Psychology: Science and Practice*. <https://doi.org/10.1093/clipsy/bpg020>.
- Romme, M., y Escher, S. (2005). *Dando sentido a las voces: Guía para los profesionales de la salud mental que trabajan con personas que oyen voces* (1.ª ed.). Madrid: Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis.

- Romme, M., y Escher, S. (1996). 'Empowering people who hear voices' in Haddock, G., Slade, P.D. *Cognitive Behavioural Interventions with Psychotic Disorders* (Routledge, London).
- Romme, M., y Escher, S. (1989). *Hearing Voices*. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 209–216.
- Rössler, W., Riecher-Rössler, A., Angst, J., Murray, R., Gamma, A., Eich, D., y Gross, V. A. (2007). Psychotic experiences in the general population: A twenty-year prospective community study. *Schizophrenia Research*. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.01.002>
- Segal, Z., Williams, M., y Teasdale, J. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse: Book review. *Cognitive Behaviour Therapy*.
- Slade, P. D., y Bentall, R. P. (1988). *Sensory deception: A scientific analysis of hallucination*. London: Croom Helm.
- Stern, D.N. (2004). *The present moment in psychotherapy and every day life*. Nueva York: Norton.
- Strauss, C., y Hayward, M. (2013). "Group person-based cognitive therapy for distress in psychosis," in *Acceptance and Commitment Therapy and Mindfulness for Psychosis*, eds E. Morris, L. Johns, and J. Oliver (Chichester: Wiley- Blackwell), 240–254.
- Strauss, C., Thomas, N., y Hayward, M. (2015). Can we respond mindfully to distressing voices? A systematic review of evidence for engagement, acceptability, effectiveness and mechanisms of change for mindfulness-based interventions for people distressed by hearing voices. *Frontiers in Psychology*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01154>
- Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., y Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.70.2.275>
- Thomas, N., Hayward, M., Peters, E., Van Der Gaag, M., Bentall, R. P., Jenner, J. y McCarthy-Jones, S. (2014). Psychological therapies for auditory hallucinations (voices): Current status and key directions for future research. *Schizophrenia Bulletin*. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu037>
- Valmaggia, L. R., y Morris, E. (2010). Attention training technique and acceptance and commitment therapy for distressing auditory hallucinations. In *Hallucinations: A guide to treatment and management*. BT - *Hallucinations: A guide to treatment and management*. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1093/med/9780199548590.003.0008>.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., y Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. London, England: Norton.
- Van der Valk, R., Van de Waerdt, S., Meijer, C. J., Van den Hout, I., y De Haan, L. (2013). Feasibility of mindfulness-based therapy in patients recovering from a first psychotic episode: A pilot study. *Early Intervention in Psychiatry*. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2012.00356>.
- Van Der Zwaard, R., y Polak, M. A. (2001). Pseudohallucinations: A pseudoconcept? A review of the validity of the concept, related to associate symptomatology. *Comprehensive Psychiatry*. <https://doi.org/10.1053/comp.2001.19752>.
- Van Os, J., Hanssen, M., Bijl, R.V., y Ravelli, A.(2000). Strauss (1969) revisited: a psychosis continuum in the general population). *Schizophrenia Research*, 45(1), 11-20.
- Van Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., y Krabbendam, L. (2009). A

systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: Evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003814>.

VandenBos, G. R. (2007). *APA dictionary of psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.

Varese, F., Barkus, E., y Bentall, R. P. (2011). Dissociative and metacognitive factors in hallucination-proneness when controlling for comorbid symptoms. *Cognitive Neuropsychiatry*. <https://doi.org/10.1080/13546805.2010.495244>.

Wang, L.-Q., Chien, W. T., Yip, L. K., y Karatzias, T. (2016). A randomized controlled trial of a mindfulness-based intervention program for people with schizophrenia: 6-month follow-up. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. <https://doi.org/10.2147/NDT.S123239>

Watkins, J. (2010). *Unshrinking psychosis: Understanding and healing the wounded soul*. Melbourne, Australia: Anderson.

Waters, F., y Fernyhough, C. (2017). Hallucinations: A systematic review of points of similarity and difference across diagnostic classes. *Schizophrenia Bulletin*. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw132>.

Weiss, AP., y Heckers, S. (1999). Neuroimaging of hallucinations: a review of the literature. *Psychiatry Res*; 92 (2-3): 61-74.

Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 301–320.

Yee, L., Korner, A. J., McSwiggan, S., Meares, R. A., y Stevenson, J. (2005). Persistent hallucinosis in borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.07.032>.

Yorston, G. A. (2001). Mania precipitated by meditation: A case report and literature review. *Mental Health, Religion and Culture*. <https://doi.org/10.1080/713685624>.

-