

# **MINDFULNESS EN PSICOSIS TEMPRANA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

**Trabajo de Fin de Grado de Psicología. Facultad de  
Psicología y Logopedia. Universidad de La Laguna**

**Goreti Rodríguez Álvarez y Nayara González Díaz**

**Tutorizado por María Teresa Miró Barrachina**

## Resumen

Las intervenciones complementarias basadas en atención plena para tratar la psicosis han tenido efectos clínicos en estos pacientes. Sin embargo, no hay estudios suficientes que avalen su eficacia y viabilidad en la rehabilitación de pacientes con un primer episodio de psicosis o con riesgo ultra-alto de transición a la psicosis. Por ello, el objetivo de esta revisión sistemática es, precisamente, investigar la utilidad de estas intervenciones. Para ello, se seleccionaron 11 estudios que cumplieron los criterios de inclusión. Este análisis parece indicar que las intervenciones basadas en atención plena tienen beneficios clínicos que consisten principalmente en una reducción de la ansiedad y la tristeza y una mejora de la calidad de vida. No obstante, se necesitan más estudios con grupo control y con suficientes participantes para establecer con claridad la eficacia de este tipo de intervenciones basadas en mindfulness en pacientes con psicosis temprana.

**Palabras clave:** psicosis temprana, riesgo ultra-alto de psicosis, primer episodio psicótico, atención plena, revisión sistemática

## Abstract

Complementary interventions based on mindfulness to treat psychosis have had clinical effects in these patients. However, there are not enough studies that support their efficacy and feasibility in the rehabilitation of patients with first episode of psychosis or with ultra-high risk of transition to psychosis. Therefore, the aim of this systematic review is precisely to investigate the usefulness of these interventions. For this purpose, 11 studies that met the inclusion criteria were selected. This analysis seems to indicate that mindfulness-based interventions have clinical benefits consisting mainly of a reduction in anxiety and sadness and an improvement in quality of life. However, more studies with a control group and with sufficient participants are needed to clearly establish the efficacy of this type of mindfulness-based interventions in patients with early onset.

**Key words:** early onset, ultra-high risk for transition to psychosis, first psychotic episode, mindfulness, systematic review

## INTRODUCCIÓN

La psicosis es uno de los trastornos más devastadores debido a la pérdida de contacto con la realidad que sufre el individuo. La definición del trastorno psicótico y la esquizofrenia resulta un reto difícil en cuanto a la semejanza de las manifestaciones clínicas y la heterogeneidad de las mismas en las diferentes personas. Las experiencias psicóticas pueden darse con frecuencia, también pueden darse de vez en cuando (por ejemplo, durante períodos de alto estrés) o pueden experimentarse en una sola ocasión. A continuación, se expondrá una caracterización general de la psicosis y los síntomas típicos de la misma, posteriormente, se presenta la psicosis temprana así como el término “riesgo ultra-alto de psicosis”. Una vez introducida la psicosis, se expondrán las características de la intervención en atención plena y sus resultados en distintas variables de

salud física y psicológica. Asimismo, se explora su viabilidad en la psicosis, y en particular en la psicosis temprana, que es el objetivo de esta revisión sistemática.

El interés por las intervenciones psicológicas para tratar la psicosis se ha incrementado notablemente en las últimas décadas. La psicosis puede afectar a cualquier persona independientemente de su condición. Suele iniciarse entre el final de la adolescencia y la mitad de la veintena. Tan solo en Estados Unidos, la incidencia de nuevos casos de psicosis es de 100.000 nuevos casos cada año (National Institute of Mental Health, 2020). Según Healy et al. (2019) las experiencias psicóticas en la población infanto-juvenil tienen una prevalencia del 10%, además, tienen un riesgo cuatro veces mayor de vincularse con un trastorno psicótico y presentan tres veces un riesgo mayor de asociarse con cualquier trastorno mental. En esta población, las alucinaciones más frecuentes son las alucinaciones auditivas (Lohr y Birmaher, 1995). Este tipo de alucinación se da en un 80% de niños con sospecha diagnóstica de esquizofrenia (Green WH et al. 1992) y suelen caracterizarse por voces que proceden del espacio externo y que suelen tomar el rol de voces críticas o comentaristas de la conducta del niño/a. Sin embargo, a pesar de los avances en el conocimiento de los circuitos cerebrales y las alteraciones cognitivas que comprometen a la psicosis, no existe una “cura” para esta enfermedad (Frith & Johnstone, 2003).

Las experiencias psicóticas pueden clasificarse en dos tipos de síntomas. Los síntomas positivos, como las alucinaciones, las ideas delirantes y la conducta desorganizada; y síntomas negativos, como anhedonia, abulia o el deterioro de la atención. En cuanto a la infancia y la adolescencia, los síntomas o experiencias psicóticas más comunes no implican necesariamente la presencia de un trastorno psicótico. Sin embargo, la presencia de expresiones psicóticas subclínicas puede suponer un riesgo de desarrollo de psicosis. En este cuadro clínico, la práctica de Mindfulness como herramienta terapéutica puede ser de gran utilidad en el proceso de intervención en estos pacientes.

La psicosis temprana, también conocida como “Early Onset”, hace referencia a un conjunto de cuadros caracterizados por su heterogeneidad y gravedad de síntomas psicóticos que aparecen antes de los 18 años (McClellan et al. 2002); asociado también con un periodo de gran angustia, estigma y aislamiento social (Brunet et al. 2012; Lolich & Leiderman, 2008). El pronóstico es más negativo que en el caso de la psicosis de inicio en la edad adulta y el comienzo es más insidioso. El inicio temprano se asocia a mayor carga familiar, a consumo de cannabis, mayores alteraciones cognitivas, así como una mayor cronicidad (Gutiérrez y González, 2016). Por ello resulta relevante una intervención temprana, que podría reducir la carga que se asocia al trastorno, retrasar la transición de la psicosis, promover una mejor calidad de vida y mejorar el funcionamiento general (Ten Velden Hegelstad, et al. 2013; Correl, 2018). La existencia de una fase prodrómica (síntomas previos al desarrollo del trastorno) junto a la búsqueda de una intervención temprana ha sugerido la aparición del concepto riesgo ultra-alto de transición a psicosis (Ultra High Risk for Transition to Psychosis). El término Ultra High Risk o riesgo ultra-alto de psicosis se caracteriza por tener síntomas psicóticos por debajo del umbral, haber experimentado un episodio psicótico de menos de una semana de

duración que remitió espontáneamente, o antecedentes familiares, junto con un deterioro o bajo nivel de funcionamiento (Yung et al., 2003). Además, los pacientes con riesgo ultra alto de transición a la psicosis presentan con frecuencia otros síntomas inespecíficos, como pueden ser la ansiedad y la depresión (Khoury et al. 2013). A pesar de que estos pacientes no desarrollan esquizofrenia de manera sistemática, sí pueden verse afectados por otros trastornos psiquiátricos.

En este sentido, las intervenciones que se basan en la atención plena han proporcionado resultados muy positivos en pacientes con psicosis (Liu et al., 2021). Esta práctica abarca centrar la atención en la experiencia de pensamientos, emociones y sensaciones corporales, simplemente observándolos a medida que surgen y desaparecen. Se trata de prestar atención a los pensamientos y sentimientos en el momento presente, por lo que uno se vuelve más consciente de ellos, estando menos enredado en ellos, y siendo más capaz de manejarlos. En esta forma de meditación se aprende a prestar “atención de una manera particular: a propósito, en el momento presente y sin juzgar” (Kabat-Zinn, 2005); así se logra un estado de conciencia en el que la persona presta atención intencionalmente al momento presente, sin juzgar. Esta observación del estado mental presente, con aceptación y sin juicio, resulta útil para aprender a desprenderse (dejarlos pasar sin reaccionar a ellos) de los patrones cognitivos, emocionales y comportamentales disfuncionales.

Los principios y la práctica de la atención plena tienen sus raíces en las antiguas enseñanzas védicas indias. De acuerdo con esta filosofía, la atención plena es considerada un aspecto del desarrollo mental. Esta práctica budista se adaptó por primera vez a un contexto terapéutico (intervención basada en mindfulness) en forma de grupo de intervención para mejorar la gestión del estrés y del dolor crónico durante los años 90 del pasado siglo (Vignaud et al. 2019).

En los contextos de investigación actuales, la atención plena se define habitualmente como atención sin prejuicios a las experiencias en el momento presente a través de prácticas de meditación, como la meditación sentada, la meditación caminando o movimientos conscientes. Los déficits en la autoconciencia, así como los pensamientos y los sentimientos desadaptativos se trabajan a través del yoga y la meditación consciente. Estudios recientes sugieren que practicar mindfulness está relacionado con mejoras en el proceso atencional, funciones de procesamiento y flexibilidad cognitiva. Otros estudios indicaron que las personas que practican mindfulness pueden ser más eficientes en el procesamiento atencional y muestran una mejor asignación de recursos de atención. Resultados de la investigación indican que practicar mindfulness está asociado con la reducción de la rumia, el estrés, la angustia, mayor tolerancia al dolor, estados mentales más positivos y una mejor calidad de vida (Van del Valk et al. 2013). Si bien las indicaciones típicas para las intervenciones basadas en la atención plena incluyen el tratamiento de la depresión y la prevención de recaídas, el tratamiento del estrés, el dolor crónico y la adicción (Guendelman et al. 2017), en los últimos años ha habido un creciente interés en aplicar esta técnica a trastornos del espectro de la esquizofrenia.

La viabilidad de las intervenciones basadas en mindfulness en el tratamiento de la psicosis ha sido cuestionada, y algunos argumentan que los estados profundos de absorción pueden ser vinculados a la aparición de alucinaciones en personas propensas a la psicosis (Yorston, 2001). Sin embargo, estas preocupaciones, que en su mayoría se refieren a largas prácticas de meditación trascendental, se basan en casos únicos y carecen de rigor experimental. Los enfoques de mindfulness terapéutico moderno han sido adaptados de acuerdo a las necesidades de las personas con psicosis (Chadwick, 2006). Hasta la fecha, la mayoría de los estudios que evalúan la efectividad de la atención plena para la psicosis se han llevado a cabo con personas con una larga historia de síntomas psicóticos (Chadwick et al. 2005; Dannahy et al. 2011).

Es por esto, que existe la necesidad de explorar si la atención plena es una intervención para personas que experimentan su primer episodio de psicosis. Por tanto, el objetivo de esta revisión es realizar una investigación sistemática de los estudios clínicos que evalúan la atención plena en pacientes con primer episodio de psicosis, para ver si las intervenciones son significativamente útiles.

## **MÉTODO**

### Estrategia de búsqueda

La búsqueda se llevó a cabo utilizando las bases de datos de PubMed, Cochrane, Scopus, PuntoQ ULL y EMBASE desde los registros en línea del 2000 hasta el 2023. Por otro lado, se complementó el análisis bibliográfico a través de las referencias que se extrajeron de las revisiones sistemáticas consultadas.

### Criterios de selección

Esta revisión sistemática integró la información de estudios previos sobre el tema y de revisiones sistemáticas previas publicadas en inglés o español.

Con respecto al tipo de participantes, se incluyeron aquellos estudios con muestras clínicas donde todos sus pacientes, o la mayoría de ellos, presentaran alguno de los siguientes criterios: un primer episodio de psicosis; riesgo ultra-alto de psicosis o pacientes con diagnóstico del espectro de la esquizofrenia en los últimos cinco años siguiendo los criterios de la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10 ó CIE-11) o del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR ó DSM-IV ó DSM-V). Se excluyeron aquellos estudios en que los diagnósticos del espectro de la esquizofrenia superaban los cinco años de evolución.

Las intervenciones que se incluyeron debían ser grupales, contar con evaluación clínica pre - post y estar basadas en mindfulness. Se excluyeron los estudios de casos.

## **RESULTADOS**

Mediante la estrategia de búsqueda en las bases de datos consultadas y tras la eliminación de aquellos artículos duplicados, se seleccionaron 41 estudios para la lectura a texto completo. De éstos, 11 cumplieron los criterios de inclusión. Aunque uno de los estudios utilizaba un procedimiento de intervención muy diferente al resto, ya que empleaba el método o la práctica en línea, es decir, un procedimiento autoadministrado, se consideró adecuado incluirlo ya que cumplía con los criterios de inclusión establecidos y resultaba interesante para el análisis.

Todos los estudios empleados en esta revisión tenían como alguno de sus objetivos el uso de mindfulness como componente principal o en conjunto con otros procedimientos, con pacientes con psicosis temprana.

En la Tabla 1 se presenta una síntesis de los principales resultados encontrados.

La muestra de los estudios incluidos estaba formada por participantes de 15 a 65 años, sin embargo, la media de edad de la mayoría se sitúa en los 25 años. No se encontró predominancia de ninguno de los dos sexos en los artículos seleccionados para esta revisión: 96 hombres y 84 mujeres; sin tener en cuenta aquellos estudios donde no se especificaba el sexo de la muestra.

Salvo el estudio de Moorhead (2013) que también analizaba a los cuidadores y los profesionales de la intervención temprana en psicosis, los participantes del resto de estudios contaban con un diagnóstico del espectro de la esquizofrenia (no superior a cinco años), con un primer episodio de psicosis o un riesgo alto / ultra-alto de desarrollar un trastorno psicótico. Asimismo, se encontró que todos los participantes consumían o habían consumido fármacos durante la intervención para tratar tanto los síntomas positivos como negativos derivados del trastorno psicótico.

De todos los estudios empleados, siete contaban con una intervención compuesta de ocho sesiones. Asimismo, dos de ellos impartían doce sesiones y en el realizado por Usher et al. (2019) se emplearon seis sesiones. En cuanto a la frecuencia, siete estudios impartían la sesión una vez por semana, dos estudios de dos sesiones por semana y un estudio realizaba las sesiones cada dos semanas. En cuanto a la duración de las sesiones, en cinco estudios la duración era de una hora aproximadamente, en tres de ellos, era de hora y media; en uno de dos horas y en otro de cuatro horas cada sesión. Por último, se revisó un estudio en línea donde los participantes tenían la posibilidad de entrar 24 horas al día desde diferentes dispositivos. Se puede determinar que, en término medio, los programas en intervención con mindfulness suelen tener de 8 a 12 sesiones de una hora semanal aproximadamente.

En relación a la evaluación, se ha encontrado gran heterogeneidad o variedad de instrumentos. Para medir Mindfulness se han empleado instrumentos como FFMQ (Five Facet Mindfulness Questionnaire), SMQ (Southampton Mindfulness Questionnaire), FMI (Freiburg Mindfulness Inventory) o KIMS (Kentucky inventory of mindfulness skills). Por otro lado, para medir síntomas positivos y negativos de la psicosis se emplearon instrumentos específicos para éstos: PANSS, SAPS, SANS, PSYRATS. Asimismo, para medir

Tabla 1. Características de los estudios revisados

AUTOR (AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA			CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN		DISEÑO DEL ESTUDIO		EVALUACIÓN		RESULTADOS PRINCIPALES
	N	Edad	Sexo	Diagnóstico clínico	Programa online (acceso)	Diseño de grupo único	Medidas pre-post. Instrumentos: GF, SFS, SES, SERS-SF, MADRS, PSS, FMI, SUS, SPS, UCLA Loneliness Scale	Medidas pre-post y 6 semanas después. Instrumentos: SCID-V, SCS, FFMQ, FSCRS, Fear of Compassion Scale, CAARMS, BPRS, DASS-21, Global functioning: Social and role scales, Relationships Questionnaire	Medidas pre-post y después de 3 meses. Instrumentos: Social demographic questionnaire, Medication Adherence Scale, BPRS, SFS, Cognitive Emotion Regulation Questionnaire, The Psychological Distress Manifestation Measure Scale, FMI-short version, BCIS, Feedback interview	
Álvarez (2018)	14	E.M: 20.3	3H, 11M	Riesgo ultra-alto de psicosis	Programa online (acceso 24hrs)	Diseño de grupo único	72% de los participantes conectados al menos 7 veces y todos participaron en el foro discusiones. Mejora de las habilidades personales (d = 0.70; p = 0.03) y habilidades de atención plena (d = 0.66; p = 0.04)			
Hickey (2021)	17	15-25	5H, 10M, 2 N. I	Un "estado mental de riesgo", un episodio psicótico o un diagnóstico reciente de esquizofrenia	8 sesiones de 90 minutos cada una; una sesión por semana	Estudio piloto de intervención no aleatorizada con seguimiento longitudinal	Hubo una gran mejora significativa en los síntomas positivos medidos por el CAARMS. Hubo una gran reducción significativa en la subescala de habla desorganizada. Se hallaron efectos moderados significativos para la angustia asociada a un contenido de pensamiento inusual, las anomalías perceptivas y el habla desorganizada a las 6 semanas de seguimiento. Hubo grandes mejoras significativas en la psicopatología general, excepto en la psicosis. A las 6 semanas de seguimiento, la depresión, la ansiedad y el estrés alcanzaron significación. También hubo grandes mejoras significativas en el funcionamiento social y de roles. Estos resultados parecen indicar que el programa no fue eficaz en la reducción de las experiencias psicóticas positivas, al menos dentro del marco temporal del estudio, pero sí en la reducción de la angustia asociada, la depresión, la ansiedad y el estrés; y en la mejora del funcionamiento			
Khoury (2015)	12	E.M(SD): 29.08 (8.13)	8H, 4M	Primer episodio psicótico	8 sesiones de 60-75 minutos cada una; una sesión por semana	No se especifica	Grandes mejoras en la regulación de las emociones negativas (en concreto, autoinculpación, rumiación y catastrofización), y de moderadas a grandes mejoras en los síntomas afectivos (en concreto, depresión, ansiedad y preocupaciones somáticas). Los resultados también mostraron una gran mejora en el autocuidado, que podría estar relacionado con un aumento de la autoconciencia			

Tabla 1. Características de los estudios revisados

AUTOR (AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA			CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN		DISEÑO DEL ESTUDIO	EVALUACIÓN	RESULTADOS PRINCIPALES
	N	Edad	Sexo	Diagnóstico clínico				
MacDougal (2018)	17	E.M: 23.71	13H, 4M	Diagnóstico de trastorno psicótico primario (< 3 años) según DSM-V	12 sesiones de una hora cada una; una sesión por semana	Estudio piloto con un diseño aleatorizado simple ciego. Dos grupos: tratamiento EPI-MAP y EPI-TAU	Medidas pre-post. Instrumentos: CSQ-8, SAPS, SANS, KIMS, RSES, POMS-short form, SFS	Los participantes del grupo EPI-MAP informaron de un estado de ánimo depresivo y una fatiga significativamente menores en comparación con el grupo de control EPI-TAU durante el seguimiento. La puntuación media del CSQ-8 (30.2, DE = 1.6) sugiere un alto grado de satisfacción de los clientes con el MAP
Moorhead (2012)	19	No se especifica	No se especifica	Grupo mixto de participantes: miembros del equipo clínico, pacientes y cuidadores	8 sesiones de una hora cada una; una sesión por semana	No se especifica	Medidas pre-post. Instrumentos: CORE-OM	Alta participación y aceptabilidad. Significativa disminución en la puntuación de angustia (de 300 a 90; p<0.01)
Samson (2014)	10	E.M: 29	7H, 3M	Psicosis temprana con síntomas como paranoia, alucinaciones y creencias delirantes	8 sesiones de 90 minutos cada una; una sesión por semana	No se especifica	Medidas pre-post. Instrumentos: CORE-OM, SMQ, SMQ-21	Se produjo una reducción de la angustia, una mejora en la capacidad de relacionarse con las experiencias agustiosas de forma consciente y se redujeron los estados emocionales negativos de la depresión, la ansiedad y el estrés. Sin embargo, estas diferencias no alcanzaron la significación estadística
Tong (2016)	14	26-44	4H, 10M	Diagnóstico del espectro de la esquizofrenia de acuerdo con el DSM-IV	7 sesiones de una hora y media cada una; una sesión por semana	No se especifica	Medidas pre-post. Instrumentos: PANSS Item G2; DASS-21-D, BDI-II, DASS-21-Anxiety subscale, SF-12, DASS-21-Stress subscale. FFMQ, semi-structured interview	Mejora significativa en las puntuaciones de depresión. Mejora en general de la psicopatología. Significativa mejora en la calidad de vida.
Usher (2019)	33	E.M (SD): 19.5 (3.8)	18H, 15M	Jóvenes con antecedentes de al menos un episodio psicótico	6 sesiones de 4 horas cada una; una sesión por semana	Dos grupos no aleatorizados: M3 y grupo control	Medidas al inicio, a las 6 semanas y a las 12 semanas. Instrumentos: QSANSQSAPS, CD-RISC, CYRM, SF-12	Disminución media significativa de los síntomas positivos en comparación con los controles desde el inicio hasta las 12 semanas

Tabla 1. Características de los estudios revisados

AUTOR (AÑO)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA			CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN	DISEÑO DEL ESTUDIO	EVALUACIÓN	RESULTADOS PRINCIPALES	
	N	Edad	Sexo					Diagnóstico clínico
Van der Valk (2013)	19	E.M (SD): 31.8 (5.2)	14H, 5M	Espectro de la esquizofrenia	8 sesiones de una hora cada una; dos sesiones por semana	Estudios piloto prospectivo no aleatorizado y no controlado	Medidas pre-post. Instrumentos: PANSS, SCL-90, SMQ, CSQ-8	No hay aumento de los síntomas positivos de PANSS. Reducción significativa de la agorafobia y puntuaciones psiconeuróticas. Tendencia hacia una mejora en el rasgo de no aversión (p = 0.079)
Hardenber (2022)	27	17-65	No se especifica	Espectro de la esquizofrenia	8 sesiones de 50 minutos; una o dos veces por semana	Estudio piloto sin grupo control	Medidas pre-post, a las 8 semanas. Instrumentos: GAS, PANSS, CDSS, RFS, PCL, PSYRATS, PD, BASS, ERI, ERQ, RSES, SCS, ERSQ	Cambio estadísticamente significativo con el paso del tiempo en el primer y segundo objetivo de la terapia individual de los pacientes (GAS scale 1: X1 = 44.1, p < 0.01; GAS scale 2: X2 = 30.0, p < 0.01). Cambio en los síntomas psicóticos en general (PANSS-P: X2 = 34.9, p < 0.01)
Wang (2016)	138	E.M (SD): 23.8 (6.8)	24H, 22M	Espectro de la esquizofrenia (< 5 años) según DSM-IV-TR	12 sesiones de grupo de dos horas (12-15 pacientes por grupo) cada 2 semanas (es decir, 24 semanas en total)	Ensayo controlado aleatorizado de medidas repetidas, ciego para el evaluador y de tres brazos: MPPG, TAU y CPGP	Medidas pre-post y 6 meses después. Instrumentos: SLOF, PANSS, QPR, ITAQ, FFMQ	Mejora significativa en el funcionamiento global, insight y adhesión al programa Mindfulness. Reducción de síntomas positivos y negativos. Mejoras significativamente mayores en diferentes aspectos del funcionamiento de los pacientes (incluido el automantenimiento, las interacciones sociales y las habilidades vitales), los síntomas tanto positivos como negativos (psicóticos) y la comprensión de su enfermedad y sus tratamientos durante el seguimiento de 6 meses, con tamaños del efecto moderadamente grandes. La intervención en mindfulness también puede mejorar el progreso de recuperación de estos pacientes (p. ej., aceptar responsabilidades y tareas para reconstruir la propia vida y la capacidad de participar en la autorreflexión sobre las formas en que la recuperación se ve influida por las propias relaciones interpersonales)

Nota: E.M: Edad Media; H: Hombre ; M: Mujer ; GF: Global Functioning Social; SFS: Satisfaction with Life Scale; SES: The Self-efficacy Scale; SERS-SF: Self-esteem Rating Scale-Short Form; MADRS: Montgomery-Asberg Depression Rating Scale; PSS: Perceived Stress Scale; FMI: Freiburg Mindfulness Inventory; SUS: Strengths Use Scale; SPS: Social Provisions Scale; N.I: No Identificado; SCID-V: Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders; SCS: Self-Compassion Scale; FFMQ: Five Facet Mindfulness Questionnaire; CAARMS: Comprehensive Assessment of the At Risk Mental; BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale; DASS-21: Depression Anxiety Stress Scale-21; SD: Desviación Típica; BCIS: Beck Cognitive Insight Scale; CSQ-8: Client Satisfaction Questionnaire; SAPS: Assessment of Positive Symptoms; SANS: Assessment of Negative Symptoms; KIMS: Kentucky Inventory of Mindfulness Skills; RSES: Rosenberg Self-Esteem Scale; POMS: Profile of Mood States; CORE-OM; ; SMQ: Southampton Mindfulness Questionnaire; SMQ-21: Southampton Mindfulness Questionnaire; PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale; BDI-II: Beck Depression Inventory-II; SF-12: Short Form Health Survey; QSANSQSAPS: Quick Scale for the Assessment of Negative and Positive Symptoms; CD-RISC: Connor-Davidson Resilience Scale; CYRM: Child and Youth Resilience Measure; SCL-90: Symptom Checklist 90; GAS: Goal Attainment Scale; CDSS: Calgary Depression Scale for Schizophrenia; RFS: Role Functioning Scale; PCL: Paranoia Checklist ; PSYRATS: Psychotic Symptom Rating Scale; PD: The Peters et al. Delusions Inventory - short version; BASS: The Beliefs about Stress Scale; ERI: The emotion

Regulation Inventory; ERQ: The Emotion Regulation Questionnaire; SCS: Self-Compassion Scale; ERSQ: The Emotion Regulation Questionnaire; SLOF: Specific Level of Functioning Scale; QPR: Questionnaire about the Process of Recovery; ITAQ: Insight and Treatment Attitudes Questionnaire; EPI-MAP: Early Psychosis Intervention Mindfulness Ambassador Program; EPI-TAU: Early Psychosis Intervention Treatment As Usual; M3: Meals, Mindfulness and Moving Forward; MPGP: Mindfulness-Based Psychoeducation Group Program ; CPGP: Conventional Psychoeducation Group Program

concretamente depresión, ansiedad y estrés también se emplearon instrumentos como el DASS, MADRS, PSS, BDI-II, SF-12 o CDSS. Además, a algunos participantes se les pasaron instrumentos que medían estados mentales de riesgo (CAARMS), áreas de funcionamiento social relevantes (SFS), cuestionarios de satisfacción (CSQ-8), concepto de salud, autoeficacia (SES), valoración de la autoestima (SERS-SF), entre otros.

A continuación, se expondrán los principales resultados de los estudios, ordenados en función de su potencia.

En 2016, Wang y colaboradores, realizaron un estudio que evaluó los efectos de un programa grupal de psicoeducación basado en mindfulness (MPGP) versus un programa grupal de psicoeducación convencional versus el tratamiento habitual solo. Un total de 138 participantes fueron asignados aleatoriamente a los tres grupos. El programa basado en Mindfulness consistió en 12 sesiones de grupo de dos horas cada dos semanas y se desarrolló a partir del programa MBSR de Kabat-Zinn, cabe destacar que muy pocos participantes abandonaron. El programa contenía siete ámbitos, entre los que se incluían: 1) visión general y compromiso con el programa; 2) mejora de la conciencia y la comprensión de las sensaciones corporales, los pensamientos y los sentimientos relacionados con las experiencias o los síntomas de la enfermedad; 3) ejercicios guiados de conciencia corporal, atención plena y prácticas para hacer en casa; 4) taller educativo de gestión de la enfermedad (esquizofrenia); 5) enfrentarse y controlar los pensamientos y percepciones negativas, y las dificultades vitales causadas por los síntomas, y practicar las estrategias de resolución de problemas más eficaces; 6) ensayos conductuales de medios para la prevención de recaídas; y 7) prácticas eficaces de mindfulness, utilización de recursos de apoyo comunitario y elaboración de planes de futuro realistas. El MPGP mostró mejoras significativamente mayores en cuatro resultados del estudio, incluido el funcionamiento de los pacientes ( $F[2,129] = 6,98$ ;  $P = 0,0009$ ) y sus subescalas ( $P = 0,003-0,0007$ ); la gravedad de los síntomas psicóticos ( $F[2,129] = 6,20$ ,  $P = 0,003$ ) y las subescalas de síntomas positivos y negativos ( $P = 0,001$  y  $0,005$ , respectivamente), el progreso en la recuperación ( $F[2,129] = 5,83$ ,  $P = 0,005$ ) y la comprensión de su enfermedad/tratamiento ( $F[2,129] = 5,10$ ,  $P = 0,01$ ). El nivel de funcionamiento ( $DM = 16,8$  y  $30,6$ ,  $P = 0,008$  y  $0,0009$ , respectivamente), los síntomas psicóticos ( $DM = 8,5$  y  $18,5$ ,  $P = 0,01$  y  $0,003$ , respectivamente) y el progreso de la recuperación de la enfermedad ( $DM = 3,4$  y  $8,3$ ,  $P = 0,01$  y  $0,0008$ , respectivamente) mejoraron significativamente en los tiempos 2 y 3. La percepción de la enfermedad/tratamiento del MPGP mejoró significativamente más en el tiempo 3 ( $DM = 5,4$ ;  $P = 0,001$ ) y además, el MPGP tuvo significativamente menos pacientes rehospitalizados en unidades psiquiátricas en los últimos 6 meses. Estas mejoras fueron significativas en comparación con los grupos de sólo psicoeducación y sólo atención estándar.

En otro estudio controlado para demostrar la adherencia de un programa de intervención de 6 semanas sobre el estilo de vida ("Meals, Mindfulness, & Moving Forward" [M3]) diseñado para ayudar a mejorar las prácticas de estilo de vida de los jóvenes con antecedentes de al menos un episodio psicótico, Usher y colaboradores (2019) obtuvieron un buen grado de participación, el 88% de los pacientes asistieron al menos

a cuatro de las seis sesiones. El M3 se basó en modelos holísticos de intervención conductual que enseñan formas prácticas de mejorar el bienestar en la vida cotidiana. Se utilizaron las siguientes actividades: la meditación de atención plena, clases de cocina, excursiones a un supermercado y a un restaurante de comida rápida de bajo coste para el aprendizaje práctico, educación nutricional, ejercicio (caminar, ejercicios en casa, tambor taiko y ju jitsu), y debates de grupo moderados para facilitar una vida más saludable. Los compañeros de estudio participaron en todas las actividades junto a sus parejas. El grupo de intervención presentó una disminución media significativa de los síntomas positivos en comparación con los controles desde el inicio hasta las 12 semanas ( $t = -3,29$ ;  $P = 0,002$ ). El modelo también mostró que el uso de medicación psicotrópica se asoció significativamente con una mejora de los síntomas positivos ( $t = -3,10$ ;  $P = 0,004$ ).

En 2018, MacDougall y sus colegas estudiaron a 21 pacientes de un programa de intervención temprana en psicosis empleando el MAP ("Mindfulness Ambassador Program") un programa que hace hincapié en el desarrollo de competencias sociales y emocionales a través de habilidades básicas de mindfulness. Cada sesión tiene un enfoque específico, por ejemplo, la práctica de la gratitud, la apertura mental, el manejo hábil de los conflictos, el aprendizaje y la discusión en grupo, la práctica de habilidades de atención plena (por ejemplo, la respiración consciente, la escucha atenta, el escaneo corporal), y tareas para reforzar las habilidades aprendidas. De los 21 pacientes, el 87,5% de ellos eligieron participar en la investigación. El análisis de los resultados indicó un alto grado de satisfacción de los clientes (media del CSQ-8 = 30,2; DE = 1,6), además los intervalos de confianza para las subescalas de Fatiga y Depresión del POMS no se solaparon, lo que sugiere una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos durante el seguimiento, es decir, los participantes del grupo EPI-MAP informaron de un estado de ánimo depresivo y una fatiga significativamente menores en comparación con el grupo de control EPI-TAU durante el seguimiento.

El estudio llevado a cabo por Laura von Hardenberg en 2022 sugiere que la terapia grupal basada en la atención plena es altamente aceptada y factible para los pacientes con psicosis temprana, llevándose a cabo ésta en una sala de hospitalización. El análisis de Friedman reveló cambios significativos en los resultados primarios de la meta emocional de logro (Meta 1:  $W = 0,79$ ; Meta 2:  $W = 0,71$ ) y en los síntomas psicóticos (PANSS-T:  $W = 0,74$ ). También se encontraron tamaños de efecto significativos, aunque pequeños, en autopercepción de los pacientes sobre las habilidades de regulación emocional (ERSQ:  $W = 0,23$ ).

El estudio piloto de Hickey y colaboradores (2021) tenía como objetivo determinar la viabilidad, la aceptabilidad y la posible utilidad clínica de un novedoso programa de mindfulness y compasión (MAC-P). A diferencia de otras intervenciones, presta la misma atención a la enseñanza de la atención plena y la compasión y su aplicación a los síntomas, las relaciones y el funcionamiento. Sus ocho sesiones, tienen como metas conocer la naturaleza de la mente, llevar la atención a la conexión entre emociones y cuerpo, comprender la evolución de la mente, el cuerpo y las emociones; comprender los síntomas de la psicosis en el contexto del sistema de regulación emocional; comprender y desarrollar una respuesta compasiva, explorar formas compasivas de motivarnos a nosotros mismos, explorar cómo aportar compasión a las

comunicaciones difíciles y llevar una vida consciente y compasiva. Dieciocho fueron los participantes en este programa de ocho semanas. Tras los análisis, se produjo un gran aumento de la autocompasión ( $d = 0,983$ ) y una tendencia al aumento de la atención plena ( $d = 0,336$ ). Hubo una gran disminución del autojuicio ( $d = -1,412$ ) y una disminución moderada del aislamiento ( $d = -0,610$ ) y la sobreidentificación ( $d = -0,589$ ). Para la escala FFMQ, sólo la subescala de actuar con conciencia mostró un cambio significativo ( $p = 0,022$ ,  $d = 0,791$ ). Hubo un gran efecto significativo en la puntuación total de CAARMS ( $p = 0,008$ ,  $d = 0,840$ ). Hubo una disminución significativa de la angustia asociada con el contenido de pensamientos inusuales ( $p = 0,05$ ;  $d = -0,573$ ), las anomalías perceptivas ( $p = 0,29$ ;  $d = -0,656$ ) y el habla desorganizada ( $p = 0,03$ ;  $d = 0,644$ ). Hubo un efecto significativo en la puntuación total de la BPRS ( $p = 0,003$ ,  $d = -2,196$ ) y en la mayoría de las subescalas: ansiedad/depresión ( $p = 0,000$ ,  $d = -3,288$ ), síntomas negativos ( $p = 0,013$ ,  $d = -1,549$ ) y activación ( $p = 0,043$ ,  $d = -1,098$ ). En cuanto al funcionamiento, los resultados revelaron grandes tamaños del efecto en el funcionamiento de roles ( $p = 0,002$ ,  $d = 1,013$ ) y el funcionamiento social ( $p = 0,000$ ,  $d = 1,559$ ). La ansiedad, la depresión y el estrés mostraron mejoras de medianas a grandes ( $p = 0,000$ ,  $d = -1,405$ ). Con respecto a la autocrítica, hubo una disminución significativa en la autoinadecuación ( $p = 0,001$ ,  $d = -1,142$ ) y el odio a uno mismo ( $p = 0,002$ ,  $d = 1,005$ ). Hubo una gran reducción significativa en los estilos de apego temerosos ( $p = 0,005$ ,  $d = -0,900$ ) y de apego preocupado ( $p = 0,013$ ,  $d = -0,737$ ). Los aumentos en la autocompasión se asociaron significativamente con una disminución en el CAARMS total ( $\beta = -0,35$ ,  $p = 0,015$ ), es decir, en los estados mentales de riesgo.

Van der Valk y su equipo llevaron a cabo una intervención basada en mindfulness en la que se alentó a los participantes a someterse a la terapia como un “viaje de experiencia” donde observar su propia reacción y luego desarrollar una actitud consciente. Para ello, durante las sesiones se discute con los participantes algunos puntos de vista cognitivos que le pueden ser de ayuda en el desarrollo de una actitud consciente: ver las situaciones como si fueran experimentadas por primera vez, en lugar de reaccionar automáticamente; considerar las metas como “directrices” en lugar de centrarse en alcanzar los objetivos; desarrollar actitud apacible y amistosa hacia uno mismo en lugar de ser dura; aceptación de pensamientos desagradables, emociones y sensaciones (físicas) en lugar de descuidar o luchar contra ellos; tener fé en uno mismo dándose cuenta de que en cada momento eres más tus pensamientos y emociones; tomar conciencia y aceptar las limitaciones psicológicas propias; y ser paciente con uno mismo ya que va a llevar tiempo cambiar. Las sesiones se organizaron en función de tres etapas en la práctica de atención plena: tomar conciencia de las sensaciones corporales, tomar conciencia de las reacciones automáticas a experiencias sensoriales, y aprender a soltar estas reacciones automáticas. En este estudio 18 pacientes con primer episodio de psicosis completaron el programa. Cabe señalar que uno de los pacientes informó sentir angustia intensa, no pudiendo completar el programa. Los autores lo relacionaron con que éste no comprendió las instrucciones para practicar la atención plena. Se encontró una reducción significativa de la agorafobia ( $d = 0,43$ ) y del psiconeuroticismo ( $d = 0,44$ ); así como una tendencia a la reducción de los síntomas negativos.

Moorhead en 2012 llevó a cabo un programa con tres secuencias: reaccionar frente a soltar; evitar la experiencia frente a enfrentarse a ella; y juicio versus aceptación. Se utilizó mindfulness como una nueva forma de relacionarse con la experiencia angustiosa. El enfoque es adaptado para la población con psicosis en un proceso de terapia de grupo. Algunas de las características son: evitar el silencio prolongado; practicar fuera de las sesiones no es obligatorio; énfasis en ser amable con uno mismo; y anclar la conciencia en el cuerpo y las sensaciones respiratorias. En este estudio abierto participaron 11 pacientes de una unidad ambulatoria de atención temprana en psicosis, cinco miembros del personal de salud y tres cuidadores. La intervención se llevaba a cabo en la comunidad, en el servicio donde recibían tratamiento, con los cuidadores y profesionales de la salud del mismo, que también participaron. Un programa de ocho semanas con sesiones de una hora a la semana, donde participaron una media de 11,25 personas en cada sesión. Se obtuvo un efecto positivo en la vida cotidiana. Además, se midió el nivel de angustia globalmente -incluía a todos los participantes-, y otra puntuación del subgrupo de pacientes: disminución significativa después del programa (medida idiosincrática antes = 300; medida idiosincrática después = 90; puntuación z de la prueba U de Mann-Whitney = -3,82,  $p < 0,01$ ); y disminución no significativa (medida idiosincrática antes = 272,5; medida idiosincrática después = 205; puntuación z de la prueba U de Mann-Whitney = -1,76,  $p < 0,079$ ), respectivamente.

Tong en 2016 realizó un estudio mezclando aspectos cuantitativos y cualitativos. Él y el resto de sus colegas se centraron en el efecto de la intervención basada en mindfulness. Las sesiones se organizaron en cuatro componentes: introducción, prácticas de atención plena, aplicación en la vida diaria y consolidación del aprendizaje. Los 14 participantes habían tenido menos de cinco años de evolución desde el primer episodio psicótico. El programa que se llevó a cabo fue el programa basado en reducción del estrés (MBSR). Algo original que se condujo en este estudio es que varias de las sesiones se realizaron fuera del centro, de modo que los participantes tuvieran mayor facilidad para generalizar la práctica a situaciones de la vida diaria. Se mostraron mejoras en las puntuaciones de ansiedad y depresión: 14+/-12,34 (antes); 5,64 +/-2,26 (después) y calidad de vida (forma corta – 12: 61,15 +/- 23,67 (antes); 86,56 +/- 6,43 (después)), aunque no se encontraron cambios en las puntuaciones que midieron síntomas positivos.

Khoury y colaboradores trataron de examinar la aceptabilidad, viabilidad y la utilidad clínica de un nuevo tratamiento para la regulación emocional que combina compasión, aceptación y atención plena (CAM) para 12 individuos con psicosis temprana. La CAM se basó en la integración de estrategias para la regulación de las emociones. La atención plena se introdujo gradualmente y se practicó mediante ejercicios concretos al principio. Posteriormente, se introdujo la práctica de la meditación mindfulness, pero los ejercicios duraban menos de 15 minutos. Se enseñaron habilidades de aceptación, desapego y compasión. El tratamiento también incluía ejercicios sobre valores individuales y objetivos personales. En general, los participantes informaron estar satisfechos con la intervención. Los análisis revelaron grandes mejoras ( $d = 1,00$ ) en la regulación de las emociones negativas (es decir, autoinculpación, rumiación y catastrofización) entre los

participantes a los tres meses de seguimiento. Los pacientes también mostraron una mejora moderada ( $d = 0,61$ ) en la regulación total de las emociones (es decir, positivas y negativas). Los síntomas positivos mostraron una pequeña mejoría en el postratamiento ( $d = 0,36$ ), y la subescala de depresión-ansiedad mostró una mejoría de moderada a grande en el seguimiento ( $d = 0,68$ ), pero los resultados fueron una tendencia a la significación en ambos casos. Los síntomas que mejoraron mayoritariamente fueron: ansiedad ( $d = 0,92$ ), depresión ( $d = 0,91$ ) y preocupaciones somáticas ( $d = 0,50$ ). Los valores de los tamaños del efecto se calcularon a los tres meses de seguimiento, y los resultados fueron estadísticamente significativos para la ansiedad, el descuido de sí mismo y las preocupaciones somáticas ( $p < 0,05$ ), y se acercaron a la significación para la depresión ( $p = 0,065$ ). No se encontraron mejoras significativas en las medidas de funcionamiento social, insight y angustia.

En 2014, Carly Samson and Clare Mallindine, en un estudio no controlado investigaron si el entrenamiento en mindfulness en un entorno grupal se asocia con una reducción de la angustia y una mejora en las habilidades de mindfulness para las personas que tienen experiencias psicóticas. En este estudio, ocho participantes que presentaban diversos síntomas, como paranoia, alucinaciones y creencias delirantes, completaron el programa de ocho sesiones semanales de hora y media. El objetivo era enseñar a las personas a relacionarse con sus experiencias de una manera menos angustiosa, para ello, incluyeron los temas de observación a los pensamientos, sentimientos y sensaciones, estar en el momento presente, no juzgar, promover las emociones positivas, afrontar las difíciles y la aceptación. Se promovía una práctica de mindfulness más breve, dirigida por los facilitadores, evitando los silencios prolongados y reduciendo el énfasis en la práctica entre sesiones. No se produjeron cambios estadísticamente significativos. Sin embargo, sí se encontraron diferencias. Se produjo una reducción en las puntuaciones CORE-OM (media antes = 1,25; media después = 0,88,  $t_7 = 1,41$ ;  $p = 0,20$ ) lo que indica una reducción de la angustia, también disminuyó la puntuación DASS (media antes = 31,63; media después = 14,38,  $t_7 = 1,9$ ,  $p = 0,10$ ) y un aumento en la puntuación SMQ (media antes = 44,75; media después = 58,75,  $t_7 = -1,86$ ,  $p = 0,11$ ) lo que sugiere una mejora en la capacidad de relacionarse con las experiencias angustiosas de forma consciente.

De estos estudios, el único que indagó el efecto de un programa de intervención en mindfulness basado en individuos con riesgo ultra alto de psicosis fue un estudio piloto llevado a cabo por Álvarez-Jiménez y colegas en 2018. Este programa se diseñó para fomentar la autoeficacia y aumentar las emociones positivas, además de brindar apoyo social en un entorno social. Para ello se fusiona la terapia online interactiva, las redes sociales en línea entre pares y también con expertos. En la plataforma se incluyen ejercicios atractivos junto con un entorno que es fácil de usar (promueve la autocompetencia), es auto-dirigido (promueve la autonomía) y permite conexiones significativas (es decir, promueve la relación). Un componente que permite un cambio de comportamiento real es el uso de avisos llamados 'Hazlo'. Por ejemplo, el usuario encontrará sugerencias de comportamiento específicas para ejercitar una fuerza personal, como la bondad, en un contexto determinado, como la escuela. Los usuarios pueden calificar, comentar y compartir pasos con otros

a través de las noticias. Pueden apoyar los esfuerzos de otros para participar en cambios de comportamiento específicos. Por ejemplo, si un joven publica un desafío de equipo a 'comer menos comida rápida y cocinar alimentos más saludables', otros participantes pueden asumir el desafío o seguir su progreso (es decir, "animar" al equipo). Se alienta a los usuarios a comunicarse entre sí a través de la red social en línea 'café' para fomentar el apoyo social. Cada usuario crea su propio perfil con imágenes y puede visitar el muro de otros usuarios, donde se muestran sus publicaciones y actividad general. Las publicaciones pueden incluir "rompehielos" para fomentar la interacción social; por ejemplo, '¿Qué es lo más raro que has comido?'; 'reacciones' (diseñado para facilitar el apoyo social; por ejemplo: 'te entiendo', 'pensando en ti'); así como contenido relacionado con la salud mental o de interés general. Las publicaciones también se pueden etiquetar para que los usuarios puedan recibir notificaciones. El 'Háblalo' es un espacio donde se busca la resolución de un problema promoviendo la autoeficacia y las relaciones interpersonales (por ejemplo, '¿cómo lidiar con la baja autoestima sobre tu cuerpo'), que son discutidos en grupos moderados. Emplearon el CAARMS en un servicio de intervención temprana de personas con riesgo ultra-alto de psicosis. Se evaluó la eficacia de esta aplicación en línea al cabo de 2 meses. Se incluyeron varios apartados: módulos de aprendizaje de atención plena; ejercicios de atención plena y activación conductual; y un clínico en el foro. Los autores partían de la hipótesis de que los usuarios al interactuar con el programa, fortalecerían el empoderamiento, la autoeficacia, las habilidades sociales y la resolución de problemas. El 72% de los participantes se conectaron al menos siete veces y todos contribuyeron al foro de discusión, de hecho, el 57% de los participantes publicaron al menos 28 mensajes en el foro. Mejoró significativamente el funcionamiento social global ( $d = 1,83$ ;  $p < 0,001$ ), habilidades personales ( $d = 0,70$ ;  $p = 0,03$ ) y habilidades de atención plena ( $d = 0,66$ ;  $p = 0,04$ ). Se encontró correlación positiva entre las habilidades de atención plena y el sentimiento de bienestar ( $r = 0,69$ ;  $p = 0,01$ ).

## CONCLUSIÓN

Durante mucho tiempo, ha sido una cuestión muy delicada si existe aceptabilidad y viabilidad en las intervenciones basadas en mindfulness para este tipo de pacientes psicóticos. Sin embargo, los estudios que se examinan en esta revisión nos indican una buena tolerancia de las intervenciones basadas en atención plena en este tipo de pacientes, donde en la mayor parte de ellos, se observa una reducción de los efectos de las experiencias angustiosas, depresión y preocupaciones. Es importante señalar que en todos los estudios que se incluyeron en esta revisión se propusieron intervenciones grupales.

Existen pruebas que sugieren que las primeras fases de la enfermedad, que se conocen como el "periodo crítico", ofrecen una oportunidad para administrar tratamientos eficaces, que pueden disminuir la probabilidad de déficits en el funcionamiento a largo plazo (McGlashan, 2005). Actualmente, los datos disponibles sugieren que las intervenciones basadas en mindfulness resultan ampliamente aceptadas para pacientes con un primer episodio de psicosis, pacientes que tienen un diagnóstico de esquizofrenia o sus

derivados no superior a 5 años o pacientes con alto riesgo de sufrir un trastorno psicótico. Estos se adhieren favorablemente a este tipo de intervenciones, que pueden tener un efecto clínico en la reducción de los síntomas de ansiedad y depresión, así como una mejora principalmente en los síntomas negativos, pero también, aunque en menor medida, en los síntomas positivos de la psicosis. Por ejemplo, en el estudio de Wang y colaboradores (2016) que contaba con una muestra amplia y en el que se combinaba mindfulness con psicoeducación, se encontró una reducción significativa en los síntomas tanto positivos como negativos. Lo mismo ocurrió en el estudio de Khoury y colaboradores (2015), donde, a pesar de que no hubo diferencias significativas, los resultados en ansiedad/depresión y síntomas positivos fueron una tendencia a la significación en ambos casos.

Las intervenciones basadas en mindfulness no disponen de mucha evidencia científica en cuanto a su eficacia en la reducción de síntomas positivos, como pueden ser las alucinaciones, las ideas delirantes o las percepciones extrañas. Tong (2016) no informó de ningún cambio en las puntuaciones que midieron síntomas positivos. Sin embargo, von Hardenberg (2022) reveló que sus pacientes presentaron cambios significativos en los síntomas psicóticos. Asimismo, Usher y colaboradores (2019) encontraron que el grupo de intervención presentó una disminución media significativa de los síntomas positivos. Esta disminución de los síntomas positivos también fue encontrada por Wang y colaboradores (2016) a través de una intervención basada en mindfulness y psicoeducación. Es necesario continuar con la investigación para poder realizar conclusiones firmes. Aunque sí está demostrado que las intervenciones en mindfulness pueden resultar útiles para disminuir la ansiedad y la angustia asociada a los síntomas e incluso la intensidad de los mismos.

Por otro lado, mindfulness puede facilitar la autocompasión y la aceptación de las experiencias emocionales, así como la regulación de las propias emociones, tal y como encontraron Khoury y colaboradores en su estudio. Asimismo, a través del uso de una amplia gama de instrumentos psicométricos se ha encontrado una mejora en la calidad de vida y el funcionamiento social y global tras la intervención basada en mindfulness en la mayoría de estudios incluidos en esta revisión. Además, se encuentra en los estudios de MacDougall (2018) y Álvarez-Jiménez (2018) que las intervenciones basadas en atención plena mejoran autoestima y auto-eficacia en pacientes con psicosis temprana. De este último se concluye también el interés terapéutico del mindfulness en individuos con riesgo ultra alto de psicosis; población con la que hay muy pocos estudios.

Merece ser mencionada la importancia de los resultados de los análisis cualitativos. Por ejemplo, en el estudio de Khoury y colaboradores (2015) la mayoría de los participantes informaron de que el tratamiento fue una experiencia positiva describiéndolo como "agradable, maravilloso, interesante y nutritivo". Asimismo, en el análisis cualitativo de Tong (2016) los resultados se convirtieron en una teoría fundamentada

según la cual los participantes expresaron su satisfacción general con la intervención, que les ha aportado cambios en cuanto al uso de mindfulness, la relación consigo mismos de forma diferente y la reducción de la percepción del rol de enfermo.

Se puede concluir que los pacientes con primer episodio de psicosis, con riesgo ultra alto de psicosis y con esquizofrenia toleran favorablemente la técnica basada en mindfulness, que ha demostrado ser eficiente y factible. Además, se trata de una práctica fácil de aplicar y de bajo costo, sin embargo, a pesar de que los resultados son prometedores, se requiere seguir estudiando para obtener conclusiones firmes.

## **LIMITACIONES**

Esta revisión sistemática tiene algunas limitaciones de las que cabe destacar, en primer lugar, la alta variedad de situaciones en cómo han sido llevadas a cabo las intervenciones mindfulness, unas en la comunidad, otras en centros de rehabilitación y otra on line autoadministrada. Además, el número de sujetos que han participado en cada una es muy variable, desde 10 sujetos en el estudio de Carly Samson (2014) hasta 128 sujetos del estudio de Li-Qun Wang en 2016. Cabe destacar también que la mayoría de artículos incluidos eran estudios pre-post sin grupo de control. Debido a esta heterogeneidad metodológica, estos estudios han sido difíciles de comparar.

Es pertinente señalar que sólo en dos de los once artículos se examinó el enfoque basado en mindfulness en individuos con riesgo ultra alto de psicosis, pues aún hay muy pocos estudios con esta población. Se entiende que no solo sus síntomas son menos pronunciados que en el caso de los pacientes con un primer episodio psicótico, sino que hay una mayor dificultad para identificar este perfil clínico (Mills, 2007). Es importante tener esto en cuenta para que pueda cambiar en un futuro próximo y así que haya más investigación con esta población.

## **REFERENCIAS**

Alvarez-Jimenez, M., Gleeson, J.F., Bendall, S., Penn, D.L., Yung, A.R., Ryan, R.M., Eleftheriadis, D., D'Alfonso, S., Rice, S., Miles, C., Russon, P., Lederman, R., Chambers, R., Gonzalez-Blanch, C., Lim, M.H., Killackey, E., McGorry, P.D. y Nelson, B. (2018). Enhancing social functioning in young people at Ultra High Risk (UHR) for psychosis: a pilot study of a novel strengths and mindfulness based online social therapy. *Schizophrenia Research*, 202, 369–377. doi: 10.1016/j.schres.2018.07.022

Brunet, K., Birchwood, M., Upthegrove, R., Michail, M., y Ross, K. (2012). A prospective study of PTSD following recovery from first episode psychosis: The threat from persecutors, voices, and patienthood. *British Journal of Clinical Psychology*, 12(51), 418–433.

Chadwick, P. (2006). *Person-Based Cognitive Therapy for Distressing Psychosis*. John Wiley & Sons.

- Chadwick, P, Taylor, KM, y Abba, N. (2005). Mindfulness groups for people with psychosis. *Behaviour and Cognitive Psychotherapy*, 33(3), 351–359. doi: 10.1017/S1352465805002158
- Correll, C.U., Galling, B., Pawar, A., Krivko, A., Bonetto, C., Ruggeri, M., Craig, T.J., Nordentof, M., Srihari, V.H., Guloksuz, S., Hui, C.L., Chen, E.Y.H, Valencia, M., Juarez, F., Robinson, D.G., Schooler, N.R, Brunette, M.F, Mueser, K.T, Rosenheck, R.A.,... Kane, J.M. (2018). Comparison of Early Intervention Services vs Treatment as Usual for EarlyPhase Psychosis: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression. *JAMA Psychiatry*, 75(6), 555–65. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2018.0623
- 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* 42(1), 111–116.
- Frith, C.D. y Johnstone, E.C. (2003). *Schizophrenia: A very short introduction*. Oxford: Oxford University Press
- Green, W.H., Padron-Gayol, M., Hardesty, A.S., Bassiri, M. (1992). Schizophrenia with childhood onset: a phenomenological study of 38 cases *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(5), 968-976.
- Guendelman, S., Medeiros, S., & Rampes, H. (2017). Mindfulness and emotion regulation: Insights from neurobiological, psychological, and clinical studies. *Frontiers in Psychology*, 8, 1-23.
- Gutiérrez, R. M., & González, B. P. (2016). Las Psicosis de inicio temprano: una revisión. *Revista de psiquiatría infanto-juvenil*, 33(4), 458-468
- Healy, C., Brannigan, R., Dooley, N., Coughlan, H., Clarke, M., Kelleher, I., y Cannon, M. (2019). Childhood and adolescent psychotic experiences and risk of mental disorder: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49(10), 1589-1599. doi: [10.1017/S0033291719000485](https://doi.org/10.1017/S0033291719000485)
- Hickey, T., Nelson, B., Enticott, J., y Meadows, G. (2021). The MAC-P program: A pilot study of a mindfulness and compassion program for youth with psychotic experiences. *Early intervention in psychiatry*, 15(5), 1326-1334.
- Hölzel, B.K., Lazar, S.W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., y Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on psychological science*, 6(6), 537-559.

- Hutton, P., Kelly, J., Lowens, I., Taylor, P. J., & Tai, S. (2013). Self-attacking and self-reassurance in persecutory delusions: A comparison of healthy, depressed and paranoid individuals. *Psychiatry research*, *205*(1-2), 127-136.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living*. NY: Delta Publishing.
- Kabat-Zinn, Jon. (2005). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in Every-day Life*. Hachette Books
- Kabat-Zinn, J. (2011) "Some reflections on the origins of MBSR, skillful means, and the trouble with maps". *Contemporary Buddhism*, *12*(1), 281-306.
- Khoury, B., Lecomte, T., Comtois, G. y Nicole, L. (2015). Third-wave strategies for emotion regulation in early psychosis: a pilot study. *Early Intervention in Psychiatry*, *9*(1), 76–83. doi: 10.1111/eip.12095
- Khoury, B., Lecomte, T., Gaudiano, B.A. y Paquin, K. (2013). Mindfulness interventions for psychosis: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, *150*(1), 176–84. doi: 10.1016/j. schres.2013.07.055
- Liu, Y., Li, I., y Hsiao, F. (2021). Effectiveness of mindfulness-based intervention on psychotic symptoms for patients with schizophrenia: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Advanced Nursing*, *77*(6), 2565–2580. [https://doi.org/ 10.1111/jan.14750](https://doi.org/10.1111/jan.14750).
- Lohr, D., y Birmaher, B. (1995). Psychotic disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clinics of North America*, *4*(1), 237–254.
- Lolich, M., y Leiderman, E. (2008). Stigmatization towards schizophrenia and other mental illnesses. *Vertex*, *19*(80), 165–173.
- MacDougall, A.G., Price, E., Vandermeer, M.R.J., Lloyd, C., Bird, R., Sethi, R., Shanmugalingam, A., Carr, J., Anderson, K. y Norman, R.M.G. (2018). Youth-focused group mindfulness-based intervention in individuals with early psychosis: a randomized pilot feasibility study. *Early Intervention in Psychiatry*, *13*(4), 993–998. doi: 10.1111/eip.12753
- McClellan, J., McCurry, C., Speltz, M.L. y Jones, K. (2002). Symptom factors in early-onset psychotic disorders cases. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *41*(7), 791-798.
- McGlashan, TH. (2005). Early detection and intervention in psychosis: an ethical paradigm shift. *British*

*Journal of Psychiatry*, 187(s48), 113–115.

McKenna, K., Gordon, C.T. y Rapoport, J.L. (1994) Childhood-onset schizophrenia: timely neurobiological research. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(6), 771-781.

McKie, A., Askew, K., & Dudley, R. (2017). An experimental investigation into the role of ruminative and mindful self-focus in non-clinical paranoia. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 54, 170-177.

Millan, M.J., Andrieux, A., Bartzokis, G., Cadenhead, K., Dazzan, P., Fusar-Poli, P.,...Weinberger, D. (2016). Altering the course of schizophrenia: progress and perspectives. *Nature Reviews Drug Discovery*, 15(7), 485–515. doi: 10.1038/nrd.2016.28

Mills, A., Gilbert, P., Bellew, R., McEwan, K., & Gale, C. (2007). Paranoid beliefs and self-criticism in students. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14(5), 358-364.

Moorhead, S. (2012). Report of a feasibility study of a Mindfulness group for clients, carers and staff of an early intervention in psychosis service. *Cognitive Behaviour Therapist*, 5(4):93–101. doi: 10.1017/S1754470X13000019

National Institute of Mental Health. (2020). Understanding Psychosis. <https://acortar.link/nO6E00>

Russell, A.T., Bott, L. y Sammons, C. (1989). The phenomenology of schizophrenia occurring in childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*; 28(3), 399-407.

Samson, C. y Mallindine, C. (2014). The feasibility and effectiveness of running mindfulness groups in an early intervention in psychosis service. *Cognite Behaviour Therapist*, 7(9), 1–9. doi: 10.1017/S1754470X14000087

Ten Velden Hegelstad, W., Haahr, U., Larsen, TK., Auestad, B., Barder, H., Evensen, J., Joa, I., Johannessen, J.O., Langeveld, J., Melle, I., Opjordsmoen, S., Rossberg, J.I., Rund, B.R., Simonsen, E., Vaglum, P., McGlashan, T. y Friis, S. (2013). Early detection, early symptom progression and symptomatic remission after ten years in a first episode of psychosis study. *Schizophrenia Research*, 143(2), 337–343. doi: 10.1016/j.schres.2012.10.027

Tong, AC., Lin, J.J., Cheung, V.Y., Lau, N.K., Chang, W.C., Chan, S.K., Hui, C.L., Lee, E.H y Chen, E.Y. (2016). A low

intensity mindfulness-based intervention for mood symptoms in people with early psychosis: development and pilot evaluation. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 23(6):550–560. doi: 10.1002/cpp.1981

Usher, C., Thompson, A., Griebeler, M., Senders, A., Seibel, C., Ly, R., Murchison, C., Hagen, K., Afong, K., Bourdette, D., Ross, R., Borgatti, A. y Shinto, L. (2019). Meals, Mindfulness, & Moving Forward: a feasibility study to a multi-modal lifestyle approach in early psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 13(1), 147–150. doi: 10.1111/eip.12546

Vancampfort, D., De Hert, M., Knapen, J., Wampers, M., Demunter, H., Deckx, S., Maurissen, K. y Probst, M. (2011). State anxiety, psychological stress and positive well-being responses to yoga and aerobic exercise in people with schizophrenia: A pilot study. *Disability and Rehabilitation*, 33(8), 684–689.

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*, 7(1), 64–70. doi: 10.1111/j.1751-7893.2012.00356.x

Vignaud, P., Reilly, K. T., Donde, C., Haesebaert, F., y Brunelin, J. (2019). Clinical effects of mindfulness-based intervention in patients with first episode psychosis and in individuals with ultra-high risk for transition to psychosis: A review. *Frontiers in psychiatry*, 10, 797.

Volkmar, F.R.(1996). Childhood and adolescent psychosis: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*; 35(7), 843-851.

Von Hardenberg, L., Leopold, K., Stenzel, N., Kallenbach, M., Aliakbari, N., Bechdorf, A., y Mehl, S. (2022). Feasibility and efficacy of an acceptance and mindfulness-based group intervention for young people with early psychosis (Feel-Good group). *Frontiers in psychiatry*, 13, .943488-943488

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 Treatment*, 12, 3097–3110. doi: 10.2147/NDT.S123239

Werry, J.S. (1992). Child and adolescent (early onset) schizophrenia: a review in light of DSM-III-R. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 22(4), 601-624.

Yorston, G. (2001). Mania precipitated by meditation: a case report and literature review. *Mental Health, Religion and Culture*, 4(2), 209–213.

Yung, A.R., Phillips, L.J., Yuen, H.P., Francey, S.M., McFarlane, C.A., Hallgren, M., McGorry, P.D., (2003). Psychosis prediction: 12-month follow up of a high-risk (“prodromal”) group. *Schizophrenia Research*, 60(1), 21–32