

CASO CLÍNICO

CLINICAL CASE

Recibido: 02/04/2019. Aceptado: 12/07/2019

TERAPIA GRUPAL BASADA EN MINDFULNESS EN PACIENTES CON ALUCINACIONES AUDITIVAS CRÓNICAS. ESTUDIO DE TRES CASOS

MINDFULNESS-BASED GROUP THERAPY FOR PATIENTS EXPERIENCING CHRONIC AUDITORY HALLUCINATIONS. STUDY OF THREE CASES

Aina Moreno-Mas^{1,*}, Elisabet Tasa-Vinyals^{1,4,*}, Clara Caldentey-Duran^{1,4,*}, Núria Pujol-Famada^{1,3,ª},
Pere Roura-Poch^{2,#}, María José Álvarez-Alonso^{1,3,#}

¹Servicio de Psiquiatría y Salud Mental. Osona Salut Mental. Consorci Hospitalari de Vic. Vic (Barcelona), España

²Servicio de Epidemiología. Consorci Hospitalari de Vic. Vic (Barcelona), España

³Grup d'Investigació en Salut mental i Innovació Social (SaMIS). Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya.
Consorci Hospitalari de Vic. Vic (Barcelona), España

⁴Grup de REerca Multidisciplinari en SALut Mental (GREMSAM). Consorci Hospitalari de Vic. Vic (Barcelona), España
*Psicòloga. #Médico residente Psiquiatría. #Médico adjunto Psiquiatría. ªEnfermera

Correspondencia: Dra. María José Álvarez Alonso. Consorci Hospitalari de Vic. Servicio de Psiquiatría y Salud Mental. Osona Salut Mental.
Carrer de Francesc Pla El Vigatà, 1, 08500, Vic (Barcelona), España. E-mail: mjalvarez@chv.cat

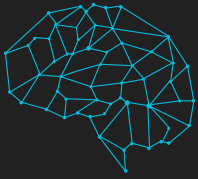
LEER



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2019;10:46-53.

46



RESUMEN

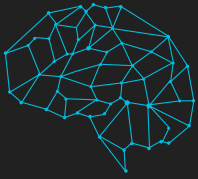
Este estudio tiene como objetivo principal evaluar la eficacia de un programa piloto de intervención grupal basada en atención plena (mindfulness) en un grupo reducido de pacientes que presentan alucinaciones auditivas crónicas y resistentes a la medicación, independientemente de su diagnóstico principal. Se trata de un estudio empírico de intervención psicológica basado en un diseño pre-post con un solo grupo (de cohorte). La intervención consistió en una propuesta de terapia basada en mindfulness adaptado a la psicosis en base a la literatura disponible, con una duración de 8 sesiones de 90 minutos cada una, incluyendo meditaciones guiadas y trabajo de introspección metacognitiva. Se realizó una evaluación pre y post intervención con la Psychotic Symptom Rating Scale (PSYRATS), separadas por 10 semanas. Un total de 9 pacientes ambulatorios fueron reclutados, de los cuales 3 completaron el estudio. Los resultados muestran un cambio clínicamente significativo en la relación de los pacientes con sus voces, que se refleja en una reducción de la cantidad de angustia, la duración, la intensidad, la cantidad de contenido negativo y la interferencia que provocan en su vida cotidiana. Asimismo, aumentó la percepción de control sobre las voces. Los resultados apoyan el mindfulness como herramienta terapéutica prometedora en pacientes con alucinaciones auditivas crónicas, y apuntan a la necesidad de trabajos con grupos más amplios y diseños de investigación más complejos.

Palabras clave: Mindfulness. Meditación. Metacognición. Alucinaciones. Trastornos psicóticos.

ABSTRACT

The main aim of this study is to evaluate the efficacy of a pilot mindfulness-based intervention in a reduced group of patients presenting with chronic, resistant auditory hallucinations, regardless of their primary diagnosis. A single-group pre-post (cohort) empirical study was designed. Intervention consisted of eight 90-minute sessions of mindfulness-based therapy adapted to psychosis on the basis of existing literature. Sessions included guided meditations and metacognitive introspection training. A pre-post assessment was conducted using the Psychotic Symptom Rating Scale (PSYRATS). Follow-up period was 10 weeks. 9 outpatient subjects were recruited, of which 3 completed the study. Results show a clinically significant change in patients' relationship with their voices, expressed as a reduction of the amount of distress, duration, intensity, negative content, and degree of disruption to daily life. Controllability over voices was also increased. Results support mindfulness as a promising therapeutic tool for patients experiencing chronic psychotic symptoms. Further research is needed in order to collect evidence coming from larger samples and more complex designs.

Keywords: Mindfulness. Meditation. Metacognition. Hallucinations. Psychotic Disorders.



INTRODUCCIÓN

El mindfulness o atención plena puede definirse como la conciencia sin prejuicios de la experiencia inmediata (compuesta por sensaciones, emociones, sentimientos o pensamientos), tal y como es en el momento presente (Bishop et al., 2004; Kabat-Zinn, 1990).

Varios grupos de investigación han evaluado la efectividad de las terapias psicológicas enfocadas a las alucinaciones auditivas (AA), y particularmente la escucha de voces, como variable de resultado específica y separada de otros síntomas (Louise, Rossell, Toh Wei, Scott y Thomas, 2018). Al promover una óptima recuperación, las intervenciones psicológicas se han convertido en un elemento clave del tratamiento en personas que presentan voces. Un área clave de desarrollo ha sido el ensayo de intervenciones psicológicas de tercera generación que promueven la atención plena, la aceptación y la compasión como medios de cambio. Aunque pueda afirmarse que 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 la terapia grupal basada en mindfulness como herramienta terapéutica válida en el contexto de los trastornos mentales graves como la psicosis, con la premisa de que sea adaptada a este tipo de trastornos (Abba, Chadwick y Stevenson, 2008; Farhall, Greenwood y Jackson, 2007; Thomas et al., 2014).

Chadwick, Taylor y Abba (2005) llevaron a cabo el primer estudio que tenía como objetivo evaluar la eficacia del mindfulness en pacientes que presentaban síntomas psicóticos, con prometedores resultados: se logró disminuir las puntuaciones en las escalas psicopatológicas de control y aumentar las habilidades de atención. El estudio se replicó y mejoró posteriormente (Chadwick, Hughes, Russell, Russell y Dagnan, 2009) con la incorporación al diseño de un grupo control y el seguimiento durante 10 semanas. En este estudio no se encontraron diferencias entre los grupos en cuanto a las alucinaciones, pero sí se detectaron diferencias en la capacidad de atención plena pre y postintervención en el grupo experimental. Otros trabajos posteriores corroboraron e impulsaron esta línea de resultados, enfatizando asimismo la conveniencia de completar los enfoques experimentales cuantitativos con los cualitativos (Ashcroft, Barrow, Lee y McKinnon, 2012). En 2016 vio la luz el primer ensayo clínico pragmático aleatorizado, que incluyó más de 100 pacientes en un programa basado en mindfulness de 12 semanas

de duración y con un seguimiento a 6 meses, y constató un impacto significativo del tratamiento en aspectos clave de la experiencia alucinatoria con repercusiones afectivas y conductuales mantenidas a medio plazo (Chadwick et al., 2016).

El primer metanálisis que hemos podido localizar (Khoury, Lecomte, Gaudiano y Paquin, 2013) identifica una efectividad entre discreta y moderada de las intervenciones basadas en el mindfulness, la aceptación y la compasión en los síntomas psicóticos y las considera útiles en combinación con la farmacoterapia habitual, si bien apunta a una posible mayor utilidad en los síntomas negativos en comparación con los positivos. Sin embargo, una revisión sistemática basada en un total de 15 estudios publicados hasta la fecha (Strauss, Thomas y Hayward, 2015) defiende la idea que capacitar a las personas para potenciar su capacidad de atención plena a través de intervenciones basadas en mindfulness ayuda a paliar el malestar relacionado con la escucha de voces, lográndose mejoras objetivables en las comparaciones realizadas pre y post intervención.

Debe remarcar la publicación posterior de una revisión sistemática que destaca por su calidad metodológica, pues incluye únicamente ensayos clínicos aleatorizados (Aust y Bradshaw, 2017). En dicho trabajo, los autores reseñan un total de 11 estudios, considerablemente heterogéneos a nivel metodológico, aunque coincidentes en reportar la seguridad de la terapia basada en mindfulness en pacientes psicóticos y sus beneficios sobre las intervenciones de rutina para estos enfermos. Otra revisión sistemática más inclusiva (Potes et al., 2018) incorpora además de ensayos clínicos randomizados otro tipo de estudios prospectivos y retrospectivos, y extiende la población estudio a pacientes con trastornos mentales severos y persistentes.

Un metanálisis reciente (Louise, Fitzpatrick, Strauss, Rossell y Thomas, 2018) concluye que las intervenciones basadas en mindfulness parecen ser más prometedoras en psicosis que otras terapias de tercera generación como las basadas en la aceptación o el compromiso, aunque no encuentran efectos significativos en medidas específicas de sintomatología positiva o negativa, incluyendo el malestar generado por las AA. En cambio, un trabajo posterior del mismo grupo (Louise, Rossell y Thomas, 2019) ha logrado identificar cambios moderados en el impacto negativo de la experiencia alucinatoria, así como en sus consecuencias afectivas y funcionales.

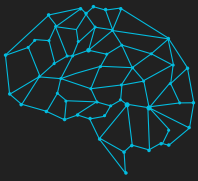


Table I. Contenido de las sesiones

SESIÓN	OBJETIVOS	MEDITACIÓN	DURACIÓN (MINUTOS)
1	Crear un clima acogedor y de respeto mutuo, presentación de los terapeutas los pacientes, primer contacto con la técnica de atención plena Pasar PSYRATS	Atención a la respiración	10
2	Comprender qué es la atención plena y cuáles son sus principios Seguir fomentando un clima grupal cálido	Atención a la respiración	10
3	Importancia del presente, componentes del mindfulness y mantener vínculo grupal	Meditación del ahora	10
4	Relación mente-cuerpo, beneficios de atender las necesidades de nuestro cuerpo y mantener vínculo grupal	Meditación del escáner corporal	10
5	Importancia del autocuidado, qué es la autocompasión, niveles de la autocompasión y mantener vínculo grupal	Meditación de autocompasión	10
6	Pensamientos y realidad, cómo relacionarnos con nuestros pensamientos, creencias sobre las voces y mantener vínculo grupal	Mente que piensa	10
7	Emociones y realidad, relaciones entre las voces y las emociones y mantener vínculo grupal	Meditación de las emociones	10
8	Resumen y valoración de las sesiones, agradecimiento participación, Administración de PSYRATS	Meditación de autocompasión	10

MÉTODO

El objetivo principal del presente estudio es evaluar la eficacia de un programa piloto basado en una intervención grupal basada en mindfulness para pacientes con patología psiquiátrica que experimentan AA crónicas y resistentes, sin tener en cuenta la naturaleza del diagnóstico principal.

Se trata de un estudio empírico de intervención psicológica basado en un diseño pre-post con un solo grupo (de cohorte).

Se reclutaron desde consultas externas del Centro de Salud Mental de Adultos del Consorci Hospitalari de Vic (CHV) pacientes con AA crónicas y persistentes resistentes a la medicación antipsicótica, independientemente del diagnóstico o diagnósticos que hubieran recibido. Se excluyeron pacientes con consumo activo de tóxicos, pacientes con trastorno antisocial de la personalidad, con alucinaciones secundarias a un trastorno orgánico y pacientes con desorganización conductual o ideación delirante severas. Los pacientes fueron derivados desde sus respectivos psiquiatras al equipo investigador. Antes de participar en el grupo se invitó a los participantes a realizar una meditación guiada inicial de 10 minutos, a modo de prueba, con el objetivo de confirmar que el paciente se sintiera cómodo con la técnica.

Todos los pacientes firmaron el consentimiento informado. El estudio fue aprobado por el comité de ética en investigación del CHV (identificador: PR172).

Durante el estudio no se realizaron cambios en la medicación en ninguno de los participantes y siguieron sus consultas habituales con su equipo terapéutico de referencia (Treatment As Usual, TAU).

La intervención consistió en una terapia basada en mindfulness adaptada a la psicosis según Chadwick, Taylor y Abba (2005), con una duración de 8 sesiones de 90 minutos cada una, incluyendo meditaciones guiadas de 10-20 minutos y espacio para la puesta en común, trabajando la introspección metacognitiva. En la tabla I se describen los contenidos de las sesiones.

Se valoró el cambio en la relación con las voces mediante la versión en castellano de la Psychotic Symptom Rating Scale (PSYRATS) (González et al., 2003) para el estudio de las AA. Este instrumento fue elegido porque es la primera escala específica para el estudio de las AA que dispone de validación en castellano. Se trata de una entrevista semiestructurada que evalúa 11 dimensiones de las alucinaciones (frecuencia, duración, localización, intensidad, creencias

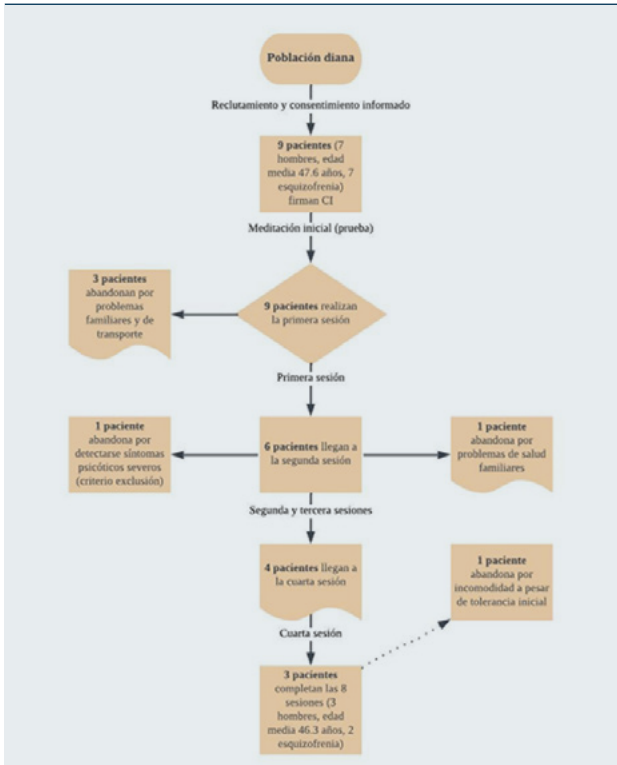
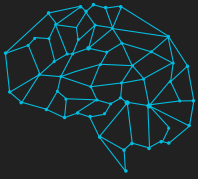


Figura 1. Diagrama de flujo del estudio.

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. Se ha descrito que variaciones en las puntuaciones podrían reflejar resultados de tratamiento, hecho que serviría para optimizarlo según las necesidades de cada paciente. Esta escala ha mostrado una alta fiabilidad interexaminadores, con un coeficiente alfa de fiabilidad en los 11 ítems superior a 0,85.

MUESTRA INICIAL

El número inicial de pacientes reclutados que firmaron el consentimiento informado fue de 9, siguiendo los criterios

de inclusión y exclusión establecidos. Todos realizaron una meditación previa, que fue bien tolerada.

Se analizaron inicialmente las características basales de la muestra, hallando que se componía de 2 mujeres y 7 hombres, con edad media de 47,6 años, y siendo el diagnóstico mayoritario (7 pacientes) el de esquizofrenia, seguido de un doble diagnóstico de trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos y trastorno por estrés postraumático (2 pacientes). De los 9 pacientes inicialmente reclutados, solamente 3 completaron el grupo. Se realizó un análisis de las circunstancias de las pérdidas, encontrándose que:

- En la primera sesión acudieron 6 de 9 pacientes; los otros 3 no comenzaron el grupo por problemas familiares y de transporte.
- De los 6 pacientes que acudieron a la primera sesión: 1 paciente fue excluido por valorarse con posterioridad a la entrevista inicial que cumplía criterios de exclusión (síntomas psicóticos severos). Otro paciente reportó problemática de salud familiar, y no realizó más sesiones.
- De los 4 pacientes restantes 1 paciente decidió dejar el grupo en la cuarta sesión por no encontrarse cómodo con las meditaciones, a pesar de haberlas tolerado inicialmente.

MUESTRA FINAL:

PACIENTES QUE CONCLUYERON EL ESTUDIO

3 pacientes realizaron al menos a 6 de las 8 sesiones

- Sexo: los 3 hombres
- Diagnóstico principal: 1 paciente con un doble diagnóstico de trastorno por estrés postraumático más depresión mayor con síntomas psicóticos, y los 2 restantes con un diagnóstico de esquizofrenia
- Edad media: 46,3 años

En la figura 1 se describe el diagrama de flujo del estudio.

RESULTADOS

Considerando los 3 pacientes que completaron el estudio (acudieron al menos a 6 de las 8 sesiones), no se registraron recaídas clínicas en el periodo del estudio (10 semanas). Se detectó una mejoría clínicamente significativa en los siguientes ítems de PSYRATS: cantidad de angustia causada por las voces, duración de las mismas, intensidad, cantidad de contenido negativo y control, como se describe en la tabla II.

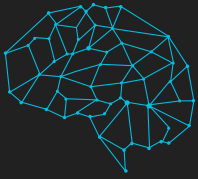
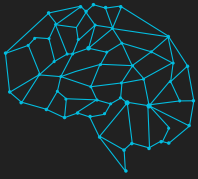


Table II. Cambios en 9 de las 11 dimensiones de la PSYRATS. Comparación pre-post intervención

DIMENSIONES PSYRATS	PUNTUACIONES PREINTERVENCIÓN	PUNTUACIONES POSTINTERVENCIÓN	RESULTADO
Duración	<ul style="list-style-type: none"> 1 paciente puntúa 4: Cuatro horas a la vez 2 paciente puntúan 3: Al menos una hora 	<ul style="list-style-type: none"> 1 paciente puntúa 4 de nuevo 2 paciente puntúan 2 : Unos pocos minutos 	2 pacientes alcanzan disminución de la duración de las voces
Intensidad	<ul style="list-style-type: none"> 1 paciente puntúa 4: Extremadamente alta, gritan 1 paciente puntúa 3: Más alta que la propia voz 1 paciente puntúa 2: Más o menos de igual intensidad que la propia voz 	<ul style="list-style-type: none"> 1 paciente reduce su puntuación a 2 1 paciente mantiene su puntuación 1 paciente reduce su puntuación a 1: Susurros 	2 pacientes alcanzan disminución de la intensidad de las voces
Creencias sobre la procedencia de las voces	<ul style="list-style-type: none"> 1 paciente puntúa 3: >50% convicción origen externo 2 paciente puntúan 1: Generadas internamente 	<ul style="list-style-type: none"> 1 paciente reduce su puntuación a 2: <50% convicción origen externo 2 pacientes mantienen su puntuación 	2 pacientes mantienen sus creencias acerca del origen de sus voces
Cantidad de contenido negativo	<ul style="list-style-type: none"> 1 paciente puntúa 4: 100% 1 paciente puntúa 3: >50% 1 paciente puntúa 1: Ocasionalmente 	<ul style="list-style-type: none"> 1 paciente reduce su puntuación a 3 1 paciente reduce su puntuación a 2: <50% 1 paciente aumenta su puntuación a 2 	2 pacientes alcanzan mejoría en el tiempo de presencia de voces negativas 1 paciente experimenta más presencia de voces con contenido negativo
Grado de contenido negativo	<ul style="list-style-type: none"> 1 paciente puntúa 4: amenazas 1 paciente puntúa 3: Insultos personales 1 paciente puntúa 1. No son comentarios personales 	<ul style="list-style-type: none"> El paciente que puntúa 3 pasa su puntuación a 1 Los otros 2 se mantienen 	1 paciente pasa de voces que insultan a voces sin comentarios personales
Cantidad de angustia	<ul style="list-style-type: none"> 1 paciente puntúa 4: 100% 1 paciente puntúa 3: >50% 1 paciente puntúa 2: <50% 	<ul style="list-style-type: none"> 1 paciente reduce su puntuación a 3 1 paciente reduce su puntuación a 2 1 paciente reduce su puntuación a 1: <10% 	Todos los pacientes disminuyen en 1 punto la cantidad de angustia causada por sus voces
Intensidad de la angustia	<ul style="list-style-type: none"> 1 paciente puntúa 4: Extrema 2 paciente puntúan 2: Moderada 	<ul style="list-style-type: none"> 2 pacientes mantienen su puntuación 1 paciente reduce su puntuación a 1: Ligera 	1 paciente alcanza mejoría en la intensidad de la angustia causada por las voces
Trastorno causado por las voces en la vida del paciente	<ul style="list-style-type: none"> 3 paciente puntúan 2à Moderado 	<ul style="list-style-type: none"> 2 pacientes reducen su puntuación a 1: Mínimo 1 paciente mantiene su puntuación 	2 pacientes alcanzan mejoría en menor impacto de las voces en su vida diaria
Control sobre las voces	<ul style="list-style-type: none"> 1 paciente puntúa 4: No control 1 paciente puntúa 3: Mayormente incontrolable 1 paciente puntúa 2: 50% control 	<ul style="list-style-type: none"> 1 paciente reduce su puntuación a 3 1 paciente reduce su puntuación a 2 1 paciente mantiene su puntuación 	2 pacientes aumentan la percepción de control sobre sus voces



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 lo que concierne al bienestar psicológico, todos los participantes 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 en marcha estas habilidades.

Describimos a continuación algunas frases textuales recogidas a lo largo de la terapia:

"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 (las voces), por muy fuertes y desagradables que sean, 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 mí 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 de 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 tantos 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"

"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"

"A veces me daba miedo explicar según qué pensamientos o experiencias sobre las voces, por si el diagnóstico cambiaba o sería peor"

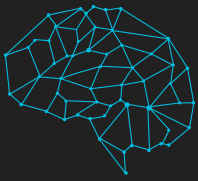
"Explicar lo que siento y lo que pienso me hacía sentir muy bien, aunque había veces que no me salía explicar según qué y después me sentía mal"

CONCLUSIONES

En primer lugar, uno de los hallazgos más significativos 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 anteriores estudios de diseño comparable al nuestro (es decir, de corte transversal y diseños pre-post sin grupo control), según los cuales el entrenamiento de estos pacientes en atención plena conlleva una disminución de la angustia asociada a la escucha de voces.

Además, la mejoría hallada 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 alucinatoria de una forma diferente.

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 (internas versus externas), el grado de contenido negativo y la intensidad de la angustia, aunque únicamente en uno de los tres pacientes. Dado que el componente cognitivo no ha sido uno de los aspectos más trabajados durante las sesiones, es comprensible que el cambio en las creencias se haya dado únicamente en un solo paciente. Las dimensiones de frecuencia y localización no han variado su puntuación en ninguno de los 3 pacientes después de la intervención. Solo ha habido empeoramiento en una dimensión en 1 de los 3 pacientes: concretamente, en este caso aumenta la cantidad de contenido negativo de las voces.



La limitación principal del estudio es el reducido número de participantes. La propia clínica alucinatoria de los pacientes, junto a las características de una comarca rural con gran dispersión geográfica y precariedad en el transporte público son factores que, en nuestra opinión, han contribuido tanto a lo reducido del grupo desde su inicio como a las pérdidas a lo largo del seguimiento.

Los resultados nos animan a seguir trabajando con grupos más amplios y diseños de investigación mejorados, que permitan la inclusión de grupos control y la elaboración de análisis estadísticos.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA, BUENAS PRÁCTICAS Y CESIÓN DE DERECHOS

- Financiación: Este estudio no ha recibido financiación externa.
- Contribución: Aina-Moreno Mas y María José Álvarez-Alonso diseñaron el estudio y escribieron el protocolo. Aina Moreno-Mas, Clara Caldentey-Duran, Núria Pujol-Famada y María José Álvarez-Alonso implementaron el protocolo. Aina Moreno-Mas, Pere Roura-Poch y María José Álvarez-Alonso realizaron los análisis estadísticos. Aina Moreno-Mas, Elisabet Tasa-Vinyals y María José Álvarez-Alonso contribuyeron en el redactado y la elaboración de las tablas de resultados. Elisabet Tasa-Vinyals elaboró las traducciones al inglés. Elisabet Tasa-Vinyals, Núria Pujol-Famada y María José Álvarez-Alonso contribuyeron a la comunicación y difusión pública de los resultados.
- Conflictos de intereses: Los autores declaran la ausencia de potenciales conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abba, N., Chadwick, P., y Stevenson, C. (2008). Responding mindfully to distressing psychosis: a grounded theory analysis. *Psychotherapy Research*, 18(1), 77-87. doi:10.1080/10503300701367992
2. Ashcroft, K., Barrow F., Lee, R., y MacKinnon K. (2012). Mindfulness groups for early psychosis: A qualitative study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85(3), 327-334. doi:10.1111/j.2044-8341.2011.02031
3. Aust, J., y Bradshaw, T. (2017). Mindfulness interventions for psychosis: a systematic review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(1), 69-83. doi:10.1111/jpm.12357
4. Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., ... Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology*, 11(3), 230-241. doi:10.1093/clipsy/bph077
5. Chadwick, P., Hughes, S., Russell, D., Russell, I., y Dagnan, D. (2009). Mindfulness groups for distressing voices and paranoia: A replication and randomized feasibility trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(4), 403-412. doi:10.1017/s1352465809990166
6. Chadwick, P., Strauss, C., Jones, A. M., Kingdon, D., Ellett, L., Dannahy, L., y Hayward, M. (2016). Group mindfulness-based intervention for distressing voices: A pragmatic randomised controlled trial. *Schizophrenia Research*, 175(1-3), 168-173. doi:10.1016/j.schres.2016.04.001
7. Chadwick, P., Taylor, K. N., y Abba, N. (2005). Mindfulness groups for people with psychosis. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 33(3), 351-359. doi:10.1017/s1352465805002158
8. 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*, 27(4), 476-493. doi:10.1016/j.cpr.2006.12.002
9. González, J. C., Sanjuán, J., Cañete, C., Echáñove, M. J., y Leal, C. (2003). La evaluación de las alucinaciones auditivas: La Escala PSYRATS. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31(1), 10-17.
10. Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: The program of the Stress Reduction Clinic at the University of Massachusetts Medical Center*. New York, NY: Delacorte Press.
11. Khoury, B., Lecomte, T., Gaudiano, B. A., y Paquin, K. (2013). Mindfulness interventions for psychosis: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 150(1), 176-184. doi:10.1016/j.schres.2013.07.055
12. Louise, S., Fitzpatrick, M., Strauss, C., Rossell, S. L., y Thomas, N. (2018). Mindfulness- and acceptance-based interventions for psychosis: Our current understanding and a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 192, 57-63. doi: 10.1016/j.schres.2017.05.023
13. Louise, S., Rossell, S. L., Toh Wei, L., Scott, M., y Thomas, N. (2018). Does mindfulness help people adapt to the experience of hearing voices? *Psychiatry Research*, 270, 329-334. doi:10.1016/j.psychres.2018.09.013
14. Louise, S., Rossell, S. L., y Thomas, N. (2019). The acceptability, feasibility and potential outcomes of an individual mindfulness-based intervention for hearing voices. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47(2), 200-216. doi:10.1017/S1352465818000425
15. Potes, A., Souza, G., Nikolitch, K., Penheiro, R., Moussa, Y., Jarvis, E., ... Rej, S. (2018). Mindfulness in severe and persistent mental illness: A systematic review. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. doi:10.1080/13651501.2018.1433857
16. 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*, 6, 1154. doi:10.3389/fpsyg.2015.01154
17. Thomas, N., Hayward, M., Peters, E., van der Gaag, M., Bentall, R. P., Jenner, J., ... McCarthy-Jones, S. (2014). Psychological therapies for auditory hallucinations (voices): current status and key directions for future research. *Schizophrenia Bulletin*, 40(S4), 202-212. doi:10.1093/schbul/sbu037