

TEXTO COMPLETO DEL TRABAJO NÚMERO 066



# MINDFULNESS EN EMBARAZADAS CON TRASTORNO BIPOLAR

Elena Hernando Merino

Rosa Ana Bello Sousa

Sara Cabañas Barrajón

Iratxe Tapia Jara

EIR Salud Mental

Fundación Jiménez Díaz

## **INDICE**

1. Introducción:	3
2. Hipótesis.	12
3. Objetivos.	12
4. Descripción del Programa.	13
5. Conclusiones	18
6. Bibliografía.	19
7. Anexos	20

## **1. INTRODUCCIÓN**

El trastorno bipolar es un trastorno mental grave, crónico y recurrente; que se caracteriza por fluctuaciones en el estado de ánimo con fases de manía, hipomanía o mixtas que generalmente se alternan con fases depresivas.

Según los criterios de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) y los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) los pacientes con Trastorno Bipolar tipo I (TB I) tienen al menos un episodio de manía franco o un episodio mixto y pueden tener antes o después episodios depresivos. En el Trastorno Bipolar tipo II (TB II) el paciente experimenta síntomas maníacos menos graves que se denominan fases hipomaníacas y episodios depresivos. También se distingue la Ciclotimia que alterna la hipomanía con episodios depresivos subclínicos. Aunque existen ligeras variaciones en la clasificación de la CIE-10, se aceptan dentro de lo que se denomina “Espectro Bipolar”.

Aparece a cualquier edad, aunque el pico está entre los 15 y los 25 años. Si ocurre después de los 60, hay que sospechar un problema orgánico.

Es un trastorno relativamente frecuente, con una prevalencia entre el 0,5 y el 1,6% en la población en general. Si se consideran síntomas subclínicos y trastornos con características bipolares que no cumplen los criterios, es del 2,4%.

La incidencia se aproxima al 4% de la población adulta, pero si se incluyen formas menores y atípicas, alcanzaría el 6,5%. Este cálculo se ve dificultado por los problemas a la hora de diagnosticar los primeros episodios afectivos. Aproximadamente, el 50% de los casos se inician con episodios depresivos, diagnosticándose de Trastorno Depresivo Mayor.

Esta enfermedad tiene asociadas altas tasas de recaída, ansiedad comórbida, trastorno por uso de sustancias, morbilidad subsindromal persistente, disfunción y mortalidad prematura por la alta tasa de suicidio. Numerosos estudios demuestran que la prevalencia de ansiedad en pacientes bipolares es mayor que en población general. Kessler y cols. encontraron que el 92.1% de los pacientes bipolares cumplía también criterios para trastornos de ansiedad y el 71% sufrían trastorno por uso de sustancias.

La mortalidad de los pacientes bipolares es mayor respecto a la población general, tanto en muertes naturales como no naturales. La probabilidad de morir por suicidio es 15 veces mayor que la de la población general, calculándose que entre el 7 y el 15% de los pacientes bipolares consuman la autolisis.

El curso de la enfermedad es muy variable; en torno al 90% de los pacientes que han sufrido un episodio maníaco tienen un nuevo episodio afectivo. El porcentaje de pacientes con un episodio único no superan el 15%. Los no tratados presentan unos 10 episodios afectivos. Siendo en un 10 o 15%, más de 3 episodios al año, es decir son “cicladores rápidos” (CR). Es necesario distinguir entre recuperación sindrómica (ausencia de episodio afectivo), sintomática (ausencia de síntomas) y funcional (regreso al nivel previo laboral y psicosocial). Según Keck, un año después de un primer episodio de manía, el 48% de pacientes tenía una recuperación sindrómica, 26% sintomática y 24% funcional. Se calcula que más del 60% de los pacientes encuentran dificultades laborales o interpersonales, con tasas de divorcio 2 ó 3 veces más altas que la población en general. Por tanto, la calidad de vida de los pacientes bipolares, incluso durante la eutimia, está claramente afectada.

Por tanto, constituye la sexta causa de incapacidad laboral mundial y supone un gasto económico y social importante. En la valoración y plan de tratamiento deben considerarse estos fenómenos clínicos, que agravan el pronóstico de la enfermedad, precisando hospitalizaciones frecuentes. Es esencial por ello abordar este trastorno de forma longitudinal.

Por otra parte, la complejidad del trastorno y su tratamiento exige revisiones actualizadas de los distintos abordajes farmacológicos y psicosociales más eficaces. Todo ello hace necesario un esfuerzo terapéutico múltiple que vaya más allá de la farmacoterapia y, a su vez, la facilite. Así, el tratamiento del Trastorno Bipolar tiene dos pilares básicos que se han desarrollado de forma desigual. Por una parte, los tratamientos psicofarmacológicos y por otra, las intervenciones psicosociales. El tratamiento farmacológico es imprescindible y su abandono constituye la primera causa de recaída. Los objetivos específicos del tratamiento son reducir la intensidad, frecuencia y consecuencias de los episodios agudos, y mejorar el

funcionamiento global y la calidad de vida entre ellos. Antes de elegir el tratamiento del paciente, es necesario valorar el tipo y curso clínico como el número de episodios previos, la gravedad de estos, la polaridad, el tipo de sintomatología predominante, los antecedentes de comorbilidad, el tiempo transcurrido desde el último episodio, el grado de funcionalidad interepisódica, la conciencia de enfermedad y el grado de adherencia, y la respuesta a tratamientos anteriores. Cada fase del trastorno exige una estrategia diferente de tratamiento, por lo que el psiquiatra debe reevaluarlo constantemente. En los casos graves es habitual la politerapia.

La baja adherencia al tratamiento es un aspecto prioritario a trabajar con el paciente. Cerca del 50% de los pacientes bipolares abandonan el tratamiento a lo largo de la enfermedad y más del 90% se lo plantean en algún momento.

Su prevención y tratamiento son particularmente importantes y complicados para la mujer en edad reproductiva.

Tradicionalmente, algunas observaciones clínicas han descrito que el embarazo era un factor protector, capaz de reducir el riesgo de recurrencia de enfermedades mentales graves; sin embargo, estudios recientes apuntan en sentido opuesto. Un estudio realizado por el *Nacional Institute of Mental Health (NIMH)* evaluó a 139 bipolares embarazadas, de las cuales un tercio describe un episodio afectivo durante el embarazo y el 45% haber presentado problemas emocionales severos durante el curso de éste o durante el primer mes del puerperio. Varios estudios han demostrado que en ausencia de tratamiento farmacológico, el 50-60% de las mujeres con Trastorno Bipolar recaen durante el embarazo. Así mismo, las tasas de recaída aumentan tras una suspensión abrupta de litio (Blehar et al., 2000).

Por tanto, mientras que el 10-15% de las mujeres en la población general experimentan Depresión Posparto (PPD) (Howard, Boath y Henshaw 2006), en mujeres con antecedentes de Trastorno Depresivo Mayor puede llegar al 50% (Di Florio et al 2012;. Payne et al 2007;. Wisner et al., 2001; Wisner et al. 2004). Además, el 25-50% de mujeres con Trastorno Bipolar experimentan manía postparto o psicosis y las mujeres con antecedentes de psicosis postparto tienen un riesgo del 54% de sufrir una recurrencia (Blackmore et al 2013;. Jones y Craddock 2.001). La tasa de mujeres que

experimentan síntomas de hipomanía en los primeros días después del parto oscila entre 9 y 19% en diferentes estudios (Webster et al., 2003), (Hasegawa 2000), (Garza et al. 2009), y en 6 semanas después del parto la tasa es de 7.9%.

Hay evidencia creciente sobre peores resultados en el periodo postnatal en niños cuyas madres no han sido tratadas de su trastorno mental durante el embarazo como complicaciones obstétricas tales como mayor riesgo de parto prematuro o lactantes con bajo peso al nacer (IOM 2007; Lobel, Cannella, Graham, DeVincent, Schneider, y Meyer, 2008; Dunkel Schetter, 2011; Dunkel Schetter y Glynn, 2010; Dunkel Schetter y Lobel, 2012) u otros efectos adversos que pueden afectar en el apego (Anhalt, Telzrow & Brown, 2007). Esto es un problema de salud pública en algunos países como Estados Unidos, donde las tasas de parto prematuro y bajo peso al nacer son del 13% y 8% respectivamente (Hamilton, Hoyert, Martin, Strobino, y Guyer, 2013). Sin embargo, estas mujeres embarazadas a menudo no reciben la detección, prevención o tratamiento de problemas de estado de ánimo y el estrés (Marcus et al 2003;. Flynn et al., 2006). Los estudios también han identificado problemas a largo plazo, en el desarrollo en la infancia y la adolescencia (Halligan, Murray, Martins y Cooper, 2007; Davis et al., 2004; Davis et al., 2007; DiPietro et al, 2010;. DiPietro et al., 2002; Van den Bergh et al., 2005).

Es importante saber que muchos fármacos usados en el tratamiento del trastorno mental durante el embarazo pueden ocasionar riesgos, en especial para el feto.

Varios estudios han descrito que el litio puede producir malformaciones en el corazón fetal (0,1% de los casos). Así, el riesgo relativo para la anomalía de Ebstein es 20 veces más alto que en la población general.

La Lamotrigina es un fármaco antiepiléptico que ha demostrado una propiedad específica para prevenir las fases depresivas del TB. Su uso aumenta el riesgo de fisuras orales (Gentile S, 2006).

El valproato sódico es el antiepiléptico más utilizado, pero también se aplica como antimaníaco y eutimizante. El riesgo de agranulocitosis, fallo hepático y síndrome de Stevens Johnson es mayor en las primeras 8 semanas de haber iniciado el tratamiento. La exposición a valproato está asociada con

un incremento dos veces mayor en la tasa de malformaciones en el feto, lo cual incluye defectos del tubo neural (Taylor et al., 2007).

El mayor riesgo de aparición de dichas malformaciones es con ácido valproico (3-5%), le sigue la carbamacepina (1%) y el riesgo más bajo lo presenta el litio (0,1%).

Las benzodiazepinas son los fármacos de elección para el tratamiento de la ansiedad y el insomnio. Todas ellas tienen un bajo riesgo de producir malformaciones congénitas, siendo la más frecuente el labio leporino con una incidencia del 0.7%. El Lorazepam es de elección durante la gestación.

Esta falta de información viene dada por la falta de ensayos clínicos apropiados con mujeres embarazadas, por razones éticas obvias. En consecuencia, ninguna droga psicotrópica ha sido aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) para su uso durante el embarazo. Por tanto, los profesionales sanitarios se enfrentan a un complejo desafío clínico, el de minimizar el riesgo para el feto mientras limitan el impacto de la morbilidad sobre la madre, el neonato y su familia en el caso de no tratar a la madre. Es necesario tener en cuenta todos estos factores para tratar correctamente a la madre durante el embarazo y posparto.

En los últimos años, ha habido un creciente interés por el desarrollo de intervenciones psicosociales para el manejo del Trastorno Bipolar. Esto se debe a que se ha constatado que los factores ambientales juegan un papel importante en el curso de la enfermedad, la poca adherencia terapéutica, y que la farmacología no asegura la ausencia de recaídas. Hay diferentes intervenciones que pretenden servir de complemento al tratamiento farmacológico. Estas son la psicoeducación, la terapia cognitivo-conductual, las intervenciones familiares, la terapia interpersonal y de ritmos sociales. La mayoría de intervenciones comparten los siguientes componentes: la psicoeducación, el entrenamiento en habilidades de comunicación y el entrenamiento en resolución de problemas.

Las intervenciones psicoeducativas parten de la idea de que un mayor conocimiento sobre la enfermedad favorecerá el curso de la enfermedad. Reciben entrenamiento en la detección temprana de signos de recaídas y se

mejora el conocimiento de los psicofármacos, con el objetivo de reducir los abandonos.

La terapia cognitivo-conductual es un método muy estructurado que se utiliza para modificar pensamientos distorsionantes mediante la identificación y la sustitución de pensamientos negativos y erróneos; exponiéndose a ellas y consiguiendo un autocontrol (Maldonado y Lartigue, 2008).

La intervención familiar pretende dar apoyo a la familia, aumentando sus conocimientos sobre la enfermedad y su tratamiento, y entrenándoles en habilidades de afrontamiento.

La terapia interpersonal y de ritmos sociales (IPSRT) trabaja la importancia del impacto que los factores psicosociales pueden tener en los ritmos sociales y circadianos, con su efecto sobre los episodios afectivos. Se plantea como una terapia individual y estructurada, centrada en las relaciones interpersonales, a través de la identificación y afrontamiento de eventos problemáticos; así como en la regularidad de ritmos en la vida diaria, con el objetivo de evitar recaídas. Se trabaja especialmente en la regulación del sueño.

Las intervenciones psicoeducativas han demostrado mejorar la evolución de los pacientes, reduciendo las recaídas y por tanto, los ingresos hospitalarios (Colom F, 2004). Las investigaciones indican que la psicoeducación es eficaz no solamente por mejorar la adhesión al tratamiento farmacológico, también mejorando la calidad de vida (Colom F, 2003).

Los resultados de las revisiones sistemáticas realizadas sobre la psicoterapia durante el embarazo, estiman que dejar a la madre sin atender la enfermedad mental, tiene consecuencias también para la salud y el desarrollo del feto, el niño o el adolescente. Pero las recomendaciones son limitadas. Incluyen la terapia cognitiva conductual (TCC), la psicoterapia interpersonal (IPT) y la terapia psicodinámica (NICE 2007).

Sin embargo, dentro del Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014, aún no se ha desarrollado un programa específico para la atención a mujeres embarazadas con trastorno mental.

La escasa evidencia que existe sugiere que la relajación muscular progresiva, el yoga y la meditación pueden ser útiles para mejorar el bienestar

psicológico materno y los resultados perinatales (Beddoe & Lee, 2008). Durante los últimos años, la Atención Plena ha sido incorporada en muchos programas de mejora de la salud y en modelos de tratamientos psicológicos, para hacer frente a diversos trastornos mentales (Bergman et al. 2007; Dunkel Schetter 2009; Lupien et al. 2009; Otte 2011). Los resultados del estudio de Brown et al., 2007, demuestran que estas intervenciones son eficaces para aliviar trastornos de depresión y ansiedad, así como problemas físicos. (Chiesa y Serretti, 2009 y 2011; Fjorback et al. 2011; Grossman et al. 2004; Hoffman et al. 2010; Keng et al. 2011; Khoury et al. 2013; Toneatto y Ngyuen 2007)

La definición de Atención Plena, o mindfulness, es la conciencia que surge de prestar atención, de forma intencional, en el momento presente, sin juzgarla, sin evaluarla y sin reaccionar a ella, con una actitud de compasión, independientemente de si la experiencia es agradable o desagradable. Aunque no es su objetivo, también sirve para la relajación.

Las intervenciones basadas en la Atención Plena más conocidas y con apoyo empírico son la Reducción de Estrés Basada en la Atención Plena (Mindfulness Based Stress Reduction - MBSR) (Kabat-Zinn 1990), la Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena (Mindfulness Based Cognitive Therapy - MBCT) (Segal, Williams, y Teasdale, 2002), la Terapia Conductual Dialéctica (Dialectical Behavior Therapy - DBT) (Lineham 1993) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (Acceptance and Commitment Therapy -ACT) (Hayes et al., 2004).

El trabajo pionero que investiga el uso de MBSR, se llevó a cabo en los Estados Unidos por Kabat-Zinn en el 1990, donde demostró numerosos beneficios para la salud. Se ha utilizado para condiciones como enfermedad crónica, dolor crónico, cáncer, enfermedad mental, adicción al tabaco, así como ansiedad y depresión durante el embarazo.

La MBCT para la prevención de recaídas en la depresión ha sido desarrollada por un grupo de investigadores agrupados en torno a J. Teasdale. Con este objetivo, se ha combinado el programa MBSR, con principios de terapia cognitiva clásica. La idea es trabajar en la “desautomatización” de la mente, para que el paciente sea capaz de reconocer el estado y dejarlo pasar si vuelve a aparecer. Se encontró que la MBCT se aplica en pacientes con

depresión mayor remitida con dos o más episodios y en depresión unipolar y bipolar con ideación suicida remitida. También se han descrito efectos positivos en pánico (Kim et al. . 2009), en el TAG (Kabat-Zinn et al. 1992; Roemer y Orsillo 2007; Craigie et al 2008; Evans et al 2008; Majid et al 2010; Hoffman et al. 2010; Vollestad et al. 2011; Sipe y Eisendrath 2012; Arco et al, 2013; Hoge et al 2013; Hayes-Skelton et al 2013) y en el trastorno de ansiedad social (Koszycki et al. 2007).

La Terapia Conductual Dialéctica (DBT) ha sido creada para tratar el trastorno límite de personalidad. Lineham (1993) ha desarrollado una intervención que se encuadra en la tradicional terapia cognitivo-conductual. Incluye un seguimiento individual, más el aprendizaje en grupo sobre habilidades de toma de conciencia, de tolerancia al estrés, de regulación emocional y de eficacia interpersonal.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es el vehículo por medio del cual la Atención Plena ha entrado en la Terapia de Conducta. Está orientada hacia la aceptación y el cambio de conducta.

Se realizaron 12 estudios en los EE.UU., Australia y Nueva Zelanda de intervenciones basadas en mindfulness, donde se incluye el programa de educación para el parto basada en Mindfulness (Mindfulness-Based Childbirth Education, MBCE), el programa de parto y crianza de los hijos para padres basado en Mindfulness (Mindfulness-Based and Parenting, MBCP), de la terapia cognitiva basada en mindfulness con un enfoque en la depresión perinatal (mindfulness-based cognitive therapy for the prevention of perinatal depressive, MBCT-PD) y otros con nombres propios como CALM o MindBabyBody.

El MBCP fue desarrollado por Nancy Bardacke et al. en 1998 como una adaptación del MBSR, con el fin de reducir el estrés relacionado el embarazo, el parto y la crianza temprana a través de prácticas de meditación de atención plena. Los resultados son estadísticamente significativas entre las poblaciones generales, pero no se ha estudiado en mujeres con antecedentes psiquiátricos.

El MBCT-PD incluye adaptaciones para la depresión perinatal, centrándose en breves prácticas informales de mindfulness y de yoga

personalizados para el perinatal período como "estar con el bebé", la psicoeducación sobre la depresión perinatal y la transición a la paternidad. Las tasas de recaídas son de un 18%, frente al 30% en las que no se favorecieron de esta intervención (Goodman y Tully 2009). Más de dos tercios de las mujeres describieron un aumento en el conocimiento de los factores desencadenantes, en la capacidad de tener la habilidad de afrontamiento y la capacidad de salir del estado de depresión.

El programa CALMA está basado en la auto-compasión. Además, el yoga consciente y las posturas utilizadas para la meditación están adaptadas para la comodidad de las embarazadas y algunas de las meditaciones incorporan la atención plena del feto en desarrollo. Otro programa específico es el MindBabyBody que utiliza la atención plena y la terapia cognitivo-conductual, pero también ejercicios de yoga. Beddoe, Yang, Kennedy, Weiss, y Lee, (2009) examinaron las técnicas del yoga Iyengar, junto con un enfoque MBSR para las mujeres embarazadas, que llaman "Yoga consciente".

En conclusión, el abordaje no farmacológico en embarazadas con trastorno bipolar, debe estar presente durante todo el embarazo y a pesar de la gran necesidad de intervenciones de este tipo, la investigación en este ámbito es muy deficiente hasta la fecha. Por eso, en este estudio pretendemos desarrollar y evaluar una intervención que reduzca el estrés y la ansiedad, así como pensamientos negativos y depresivos, durante el embarazo y el postparto temprano, con el fin último de evitar recaídas y afrontar mejor el cambio de vida. Así, la naturaleza breve y psicoterapéutica de la atención plena o mindfulness, hacen una intervención de elección durante el embarazo desde la consulta de enfermería. Además consideramos que con esta práctica se desarrollan habilidades muy importantes para trabajar con las mujeres embarazadas como la aceptación de los pensamientos, las emociones y las sensaciones corporales, la tolerancia al estrés, la reducción de la reactividad y la evitación de experiencias incómodas.

## **2. HIPOTESIS**

El programa de enfermería basado en mindfulness puede evitar las recaídas y mejorar el afrontamiento del cambio de vida en embarazadas con Trastorno Bipolar.

## **3. OBJETIVOS**

- GENERAL
  - Evaluar la eficacia de una intervención enfermera basada en mindfulness con el fin de evitar recaídas en mujeres con trastorno bipolar durante el embarazo y el postparto inmediato, en el SERMAS.
- ESPECÍFICOS
  - Reducir el número de recaídas.
  - Reducir el nivel de ansiedad, consiguiendo bajar la puntuación de la Escala de Hamilton (HAM)
  - Reducir el riesgo de depresión, consiguiendo bajar la puntuación de Escala de depresión postnatal de Edimburgo (EPDS)
  - Reducir el riesgo de manías, consiguiendo bajar en la puntuación global de la Escala de manías de Young (YMRS)
  - Aumentar la funcionalidad o habilidades de afrontamiento que se evaluará a través del Inventario de Estrategias de Afrontamiento
  - Aumentar la percepción de actitud plena que se evaluará haciendo uso de la Escala de atención plena (MAAS)

#### **4. METODOLOGÍA**

En este estudio, hemos desarrollado un programa basado en mindfulness para el seguimiento de la mujer embarazada con trastorno bipolar con el fin de evitar recaídas, reduciendo el estrés o la ansiedad y mejorando el estado de ánimo durante el embarazo y el postparto temprano; que se llevará a cabo en el CSM Pontones.

##### **Población del estudio o selección muestral**

Todas las pacientes del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) por el servicio de ginecología o psiquiatría que estén embarazadas y estén diagnosticadas de trastorno bipolar, son derivadas a la Consulta de enfermería de Salud Mental de la Fundación Jiménez Díaz.

##### **Criterios de inclusión**

- 1.- Mujeres embarazadas
- 2.- Diagnóstico: Trastorno Bipolar
- 3.- Edad: reproductiva (desde los 18 años hasta los 50 años).
- 5.- Confidencialidad y aspectos éticos: Aceptación de manera voluntaria. Deberán firmar consentimiento informado de su participación.
- 6.- Nivel educacional: Mínimo acceso a la lecto-escritura
- 7.- Tratamiento farmacológico: con o sin fármacos.

##### **Criterios de exclusión**

- 1.- Menores de 18 años
- 2.- Diagnóstico diferente al Trastorno Bipolar
- 3.- Retraso mental

4.- Aquellas que estén recibiendo otra psicoterapia o que hayan participado en otro estudio previo en el último mes

### **Diseño metodológico**

El programa consiste en 8 sesiones de dos horas de duración con una frecuencia de una vez por semana durante dos meses. Posteriormente, se hará una sesión mensual durante el embarazo y el postparto inmediato. Además, será recomendada la práctica en casa 6 días a la semana durante 30 minutos. Se admiten hasta 10 pacientes por grupo y las sesiones se adaptan a los horarios de disponibilidad de las participantes, facilitando un grupo por la mañana y otro por la tarde.

Los archivos de audio grabados se proporcionaron cada semana para orientar las prácticas de meditación mindfulness en casa y se proporcionó un DVD para guiar la práctica de yoga. Además, una vez finalizada la intervención, se les entregará un cuaderno con toda la información sobre los temas trabajados durante las sesiones.

En concreto, los participantes aprenden las prácticas formales de atención plena (meditación sentada y caminando, exploración del cuerpo, y estiramientos de yoga), prácticas de mindfulness informales (la atención plena en actividades de día y la respiración consciente), y habilidades cognitivo-conductuales (seguimiento de eventos agradables y desagradables, pensamientos y creencias que identifican y su relación con la emoción, la identificación de los signos de recaída, y el desarrollo de un plan de acción).

En esta intervención nos centraremos en el manejo del estrés y la ansiedad, así como en las habilidades para un mejor afrontamiento de la maternidad. Pero también se trabajará la detección precoz de nuevos episodios y mantener la regularidad en los hábitos. El programa se puede estructurar en tres partes: el autodescubrimiento, la creación de la felicidad y el desarrollo de habilidades para la vida diaria. La primera parte está destinada a fomentar la autoconciencia y la conciencia del propio cuerpo. La segunda parte alienta el cultivo de la empatía, la compasión y la gratitud. La tercera parte tiene como

objetivo motivar a los participantes a comprometerse con una práctica regular para el futuro.

Teniendo en cuenta el embarazo, se hicieron una serie de adaptaciones como por ejemplo, la inclusión de la conciencia del feto en desarrollo y el vientre durante la meditación del cuerpo; la atención en relación con el dolor o problemas del sueño durante el embarazo, la ansiedad sobre el trabajo, o hacer frente a una difícil crianza; y una mayor inclusión de la marcha y formas de movimiento consciente adaptado a las mujeres embarazadas. También se añadió la psicoeducación sobre la depresión perinatal y la transición a la paternidad.

El programa es impartido por una enfermera especialista en salud mental que se ha formado con un curso intensivo de capacitación en Mindfulness.

Las sesiones están configuradas del siguiente modo:

## **VALORACIÓN PREVIA INDIVIDUAL EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA**

- Presentación del profesional y del programa.
- Aplicación de los test para valorar a la paciente:<sup>(ANEXOS)</sup>
  - Escala de ansiedad de Hamilton
  - Escala de depresión postnatal de Edimburgo (EPDS)
  - Escala de manías de Young (YMRS)
  - Inventario de Estrategias de Afrontamiento
  - Escala de atención plena (MAAS)

### **1º SESIÓN:**

- Bienvenida: presentación del profesional, del grupo y de las normas.
- Respiración consciente
- Meditación de la uva pasa
- Discusión o reflexión sobre el piloto automático

- Material y tarea para casa: Diario del embarazo consciente y atención plena. Practica el stop.

## **2º SESIÓN:**

- Revisión de tareas de casa
- Respiración consciente
- Body Scan
- Discusión o reflexión: Lista de situaciones o acontecimientos estresantes en estos momentos del embarazo
- Material y tarea para casa: Diario del embarazo consciente y respiración. “Sandwich Mindfulness”

## **3º SESIÓN:**

- Revisión de tareas de casa
- Body Scan
- Meditación de los sonidos
- Discusión o reflexión: Plan de acción de situaciones estresantes de la sesión anterior
- Material y tarea para casa: Diario del embarazo consciente y sonidos. Técnica RAIN

## **4º SESIÓN:**

- Revisión de tareas de casa
- Body Scan
- Meditación de los movimientos
- Discusión o reflexión
- Material y tarea para casa: Diario del embarazo consciente y paseo atenta. “Hazte un spa”

## **5º SESIÓN:**

- Revisión de tareas de casa
- Body Scan
- Meditación de los pensamientos
- Discusión o reflexión sobre pensamientos negativos
- Material y tarea para casa: Diario del embarazo consciente y escucha activa. “oreja dentro, oreja fuera”

## **6º SESIÓN:**

- Revisión de tareas de casa
- Body Scan
- Meditación de los recuerdos y las emociones
- Discusión o reflexión sobre el dolor
- Material y tarea para casa: Diario del embarazo consciente y ejercicio de “las tres eses”

## **7º SESIÓN:**

- Revisión de tareas de casa
- Body Scan
- Auto-compasión
- Discusión o reflexión sobre la aceptación
- Material y tarea para casa: Diario del embarazo consciente y meditación “Vínculo mamá- bebé”

## **8º SESIÓN:**

- Revisión de tareas de casa
- Body Scan
- Trabajo con valores. Metáfora del barco
- Discusión o reflexión sobre posicionamiento y empoderamiento

- Material y tarea para casa: Diario del embarazo consciente y continuar la práctica mindfulness como estrategia de bienestar y autocuidado

## **SESIONES DE SEGUIMIENTO MENSUALES**

### **SESIÓN DE CIERRE:**

- Aplicación de los test utilizados previamente, a los 2 meses después del parto.
- Despedida y evaluación.

### **CONCLUSIONES**

Este programa se evaluará mediante una batería de escalas pre-postintervención y los datos que se obtendrán, servirán de fundamento para la recomendación en los programas nacionales para el tratamiento y prevención de las recaídas en embarazadas con trastorno bipolar; y para otros países con condiciones similares

Si es efectivo, se podría ampliar la intervención a embarazadas con todo tipo de trastorno mental.

Existe diversos estudios que hacen hincapié en la necesidad de una intervención no farmacológica en este tipo de población, pero en ellos no se trata directamente la intervención realizada por enfermeras. Además, resulta una novedad ya que sí se han encontrado programas de mindfulness, pero ninguno dirigido a embarazadas con trastorno bipolar. La publicación de este estudio puede ser la base para posteriores estudios longitudinales y para nuevas investigaciones., utilizando un grupo control y otro de intervención.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Gaviria S.L, Tratamiento del trastorno afectivo bipolar en el embarazo. Rev Chil Neuro-psiquiat 2008
- Guía de práctica clínica sobre trastorno bipolar. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sanidad 2012
- Dimidjian S, Goodman S, Felder J, Gallop R, Brown A, Beck A. An open trial of mindfulness-based cognitive therapy for the prevention of perinatal depressive relapse/recurrence. Arch Women's Mental Health 2014
- Duncan L, Bardacke N. Mindfulness-Based Childbirth and Parenting Education: Promoting Family Mindfulness During the Perinatal Period. Journal of Child and Family Studies 2010
- Goodman JH, A Guarino K, Chenausky L, Klein J, Prager R, Petersen. et al. CALM pregnancy: results of a pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for perinatal anxiety. Arch Womens Ment Health 2014
- Guardino C, Dunkel Schetter C, Bower J, Lu M, Smalley S. Randomized Controlled Pilot Trial of Mindfulness Training for Stress Reduction during Pregnancy. Psychology & health 2014
- Woolhouse H, Mercuri K, Judd F, Brown S. Antenatal mindfulness intervention to reduce depression, anxiety and stress: a pilot randomised controlled trial of the MindBabyBody program in an Australian tertiary maternity hospital. BMC Pregnancy Childbirth 2014
- Stefan G. Hofmann, Alice T. Sawyer, Ashley A. Witt, and Diana Oh. The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression: Meta-Analytic Review. Boston University 2010

## **ANEXOS**

### **ANEXO 1**

#### **ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON**

Se trata de una escala administrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
<b>1. Estado de ánimo ansioso.</b> Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión(anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
<b>2. Tensión.</b> Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
<b>3. Temores.</b> A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
<b>4. Insomnio.</b> Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
<b>5. Intelectual (cognitivo)</b> Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
<b>6. Estado de ánimo deprimido.</b> Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
<b>7. Síntomas somáticos generales (musculares)</b> Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
<b>8. Síntomas somáticos generales (sensoriales)</b> Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
<b>9. Síntomas cardiovasculares.</b> Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
<b>10. Síntomas respiratorios.</b> Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
<b>11. Síntomas gastrointestinales.</b> Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
<b>12. Síntomas genitourinarios.</b> Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
<b>13. Síntomas autónomos.</b> Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
<b>14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)</b> Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial.	0	1	2	3	4
	<b>Ansiedad psíquica</b>				
	<b>Ansiedad somática</b>				
	<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>				

## ANEXO 2

### ESCALA DE DEPRESIÓN DE POST-PARTO DE EDINBURGH (EPDS)

La Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de post-parto en Livingston y Edinburgh. Consiste de diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad. No obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de la EPDS que al juicio clínico. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico. La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

#### Instrucciones de uso:

1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
2. Tienen que responder las diez preguntas.
3. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
4. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos del inglés sean limitados o que tenga problemas para leer.
5. La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de post-parto. La clínica de pediatría, la cita de control de post-parto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

Pautas para la evaluación: A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0). Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el “0” para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento.

Los usuarios pueden reproducir esta escala sin necesidad de obtener permisos adicionales siempre y cuando respeten los derechos de autor y citen los nombres de los autores, el título y la fuente del artículo en todas las copias que reproduzcan.

Pregunta	0	1	2	3
1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas	Tanto como siempre	No tanto como ahora	Mucho menos	No, no he podido
2. He mirado el futuro con placer	Tanto como siempre	Algo menos de lo que solía hacer	Definitivamente menos	No, nada
3. Me culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien	Sí, la mayoría de las veces	Sí, algunas de las veces	No muy a menudo	Nunca
4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo	No, para nada	Casi nada	Sí, a veces	Sí, a menudo
5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno	Sí, bastante	Sí, a veces	No, no mucho	No, nada
6. Las cosas me oprimen o agobian	Sí, la mayor parte de las veces	Sí, a veces	No, casi nunca	No, nada
7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir	Sí, la mayoría de las veces	Sí, a veces	No muy a menudo	No, nada
8. Me he sentido triste y desgraciada	Sí, casi siempre	Sí, bastante a menudo	No muy a menudo	No, nada
9. He sido tan infeliz que he estado llorando	Sí, casi siempre	Sí, bastante a menudo	Solo en ocasiones	No, nunca
10. He pensado en hacerme daño a mí misma	Sí, bastante a menudo	A veces	Casi nunca	No nunca

## ANEXO 3

### ESCALA DE MANÍAS DE YOUNG

Se trata de un cuestionario que consta de 11 ítems con 5 opciones de respuesta cada una. El valor de la puntuación de cada ítem está predeterminado, aunque es posible asignar valores intermedios con el fin de contrarrestar la falta de colaboración de los pacientes más graves. Se recomiendan los puntos de corte mayor o igual a 20 para manía moderada, y mayor o igual a 30 para manía grave.

	PUNTOS
<b>EUFORIA</b>	
Ausente	0
Posible o moderada, sólo cuando se le pregunta	1
Clara aunque subjetiva y apropiada al contenido: optimista, seguro de sí mismo/a, alegre.	2
Elevada e inapropiada	3
Grave y desorganizada	4
<b>HIPERACTIVIDAD</b>	
Ausente	0
Subjetivamente aumentada	1
Vigoroso/a, hipergestual	2
Energía excesiva, hiperactividad fluctuante, inquietude	3
Agitación o hiperactividad constant	4
<b>IMPULSO SEXUAL</b>	
No aumentado	0
Posible o moderadamente aumentado	1
Claro aumento al preguntar	2
Espontáneamente referido como elevado, contenido sexual del discurso, preocupación por temas sexuales	3
Actos o incitaciones sexuales evidentes	4
<b>SUENO</b>	
No reducido	0
Disminución en menos de una hora	1
Disminución en más de una hora	2
Refiere disminución de la necesidad de dormir	3
Niega necesidad de dormir	4
<b>IRRITABILIDAD</b>	
Ausente	0
Subjetivamente aumentada	2
Irritabilidad fluctuante, episodios recientes de rabia o enfado	4
Predominantemente irritable, brusco y cortante	6
Hostil, no colaborador/a, no entrevistable	8
<b>EXPRESIÓN VERBAL</b>	
No aumentada	0
Sensación de locuacidad	2
Aumentada de forma fluctuante, prolijidad	4
Claramente aumentada, difícil de interrumpir, intrusiva	6
Verborrea ininterrumpible y continua	8

	<b>PUNTOS</b>
<b>TRASTORNOS DEL CURSO PENSAMIENTO</b>	
Ausentes	0
Circunstancialidad, distracción moderada, aceleración del pensamiento	1
Distracción clara, descarrilamiento, taquipsiquia	2
Fuga de ideas, tangencialidad, rimas, ecolalia	3
Incoherencia, ininteligibilidad	4
<b>TRASTORNOS FORMALES DEL PENSAMIENTO</b>	
Ausentes	0
Planes discutibles, nuevos intereses	2
Proyectos especiales, misticismo	4
Ideas grandiosas o paranoides, ideas de referencia	6
Delirios, alucinaciones	8
<b>AGRESIVIDAD</b>	
Ausente	0
Sarcástico/a, enfático/a, lacónico/a	2
Querulante, pone en guardia	4
Amenazador/a, habla a gritos, entrevista difícil	6
Agresivo/a, destructivo/a, entrevista imposible	8
<b>APARIENCIA</b>	
Indumentaria apropiada y limpia	0
Ligeramente descuidada	1
Mal arreglado/a, moderadamente despeinado/a, indumentaria sobrecargada	2
Despeinado/a, semidesnudo/a, maquillaje llamativo	3
Completamente desaseado/a, adornado/a, indumentaria bizarra	4
<b>CONCIENCIA DE ENFERMEDAD</b>	
Presente, admite la enfermedad, acepta tratamiento	0
Según él/ella, posiblemente enfermo/a	1
Admite cambio de conducta, pero niega enfermedad	2
Admite posible cambio de conducta, niega enfermedad	3
Niega cualquier cambio de conducta	4
<b>PUNTUACIÓN</b>	

## ANEXO 4

### INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006)

El propósito de este cuestionario es encontrar el tipo de situaciones que causa problemas a las personas en su vida cotidiana y cómo éstas se enfrentan a estos problemas. Piense durante unos minutos en un hecho o situación que ha sido muy estresante para usted en el último mes. Por estresante entendemos una situación que causa problemas, le hace sentirse a uno mal o que cuesta mucho enfrentarse a ella. Puede ser con la familia, en la escuela, en el trabajo, con los amigos, etc. Describa esta situación en el espacio en blanco de esta página. Escriba qué ocurrió e incluya detalles como el lugar, quién o quiénes estaban implicados, por qué le dio importancia y qué hizo usted. La situación puede estar sucediendo ahora o puede haber sucedido ya. No se preocupe por si está mejor o peor escrito o mejor o peor organizado, sólo escríbala tal y como se le ocurra. Continúe escribiendo por detrás si es necesario.

De nuevo piense unos minutos en la situación o hecho que haya elegido. Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en cómo manejó usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando el número que corresponda: 0: en absoluto; 1: un poco; 2: bastante; 3: mucho; 4: totalmente

Esté seguro de que responde a todas las frases y de que marca sólo un número en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

1	Luché para resolver el problema	1	2	3	4
2	Me culpé a mí mismo	1	2	3	4
3	Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés	1	2	3	4
4	Deseé que la situación nunca hubiera empezado	1	2	3	4
5	Encontré a alguien que escuchó mi problema	1	2	3	4
6	Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente	1	2	3	4
7	No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado	1	2	3	4
8	Pasé algún tiempo solo	1	2	3	4
9	Me esforcé para resolver los problemas de la situación	1	2	3	4
10	Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché	1	2	3	4
11	Expresé mis emociones, lo que sentía	1	2	3	4
12	Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase	1	2	3	4
13	Hablé con una persona de confianza	1	2	3	4
14	Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas	1	2	3	4
15	Traté de olvidar por completo el asunto	1	2	3	4
16	Evité estar con gente	1	2	3	4
17	Hice frente al problema	1	2	3	4
18	Me critiqué por lo ocurrido	1	2	3	4
19	Analicé mis sentimientos y simplemente los dejé salir	1	2	3	4
20	Deseé no encontrarme nunca más en esa situación	1	2	3	4
21	Dejé que mis amigos me echaran una mano	1	2	3	4
22	Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	1	2	3	4
23	Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más	1	2	3	4
24	Oculté lo que pensaba y sentía	1	2	3	4
25	Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que cosas funcionaban	1	2	3	4
26	Me recriminé por permitir que esto ocurriera	1	2	3	4
27	Dejé desahogar mis emociones	1	2	3	4
28	Deseé poder cambiar lo que había sucedido	1	2	3	4
29	Pasé algún tiempo con mis amigos	1	2	3	4
30	Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	1	2	3	4
31	Me comporté como si nada hubiera pasado	1	2	3	4
32	No dejé que nadie supiera como me sentía	1	2	3	4
33	Mantuve mi postura y luché por lo que quería	1	2	3	4
34	Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	1	2	3	4
35	Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	1	2	3	4

36	Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	1	2	3	4
37	Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto	1	2	3	4
38	Me fijé en el lado bueno de las cosas	1	2	3	4
39	Evité pensar o hacer nada	1	2	3	4
40	Traté de ocultar mis sentimientos	1	2	3	4
	<b>Me consideré capaz de afrontar la situación</b>	1	2	3	4

## ANEXO 5

### TEST DE MINDFULNESS O ATENCIÓN PLENA

Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) traducido al español por  
Homo Minimus

El MAAS es un cuestionario con quince ítems diseñado para valorar una característica de la atención plena disposicional; esto es, la conciencia abierta o receptiva de la atención y la atención a lo que está ocurriendo en el presente. El cuestionario muestra fuertes propiedades psicométricas y ha sido validado con muestras de estudiantes de universidad, comunidades y pacientes de cáncer.

Estudios de laboratorio correlacionales y cuasi-experimentales han mostrado que el MAAS descubre una característica única de la conciencia que está relacionada con y es predictiva de varios constructos de la autorregulación y el bienestar. El test se puede completar en 10 minutos o menos.

**Instrucciones:** debajo hay una serie de enunciados sobre tu experiencia diaria. Usando la escala del 1 al 6 de debajo, por favor, indique lo frecuente o poco frecuente que tienes cada experiencia. Por favor, responda de acuerdo a lo que refleje su experiencia y no de lo que piensa que su experiencia debería ser. Por favor, considere cada enunciado separadamente del resto de los enunciados.

A veces estoy experimentando una emoción y no soy consciente de ello hasta algo más tarde.					
1	2	3	4	5	6
Rompo o derramo cosas por falta de cuidado, no prestar atención o estar pensando en algo distinto.					
1	2	3	4	5	6
Encuentro difícil en permanecer centrado en lo que está pasando en el presente					
1	2	3	4	5	6
Tiendo a andar rápidamente para llegar adonde voy sin prestar atención a lo que experimento a lo largo del camino.					
1	2	3	4	5	6
Tiendo a no darme cuenta de emociones de tensión física o incomodidad hasta que realmente reclaman mi atención.					
1	2	3	4	5	6
Olvido el nombre de la persona tan pronto como me lo dice la primera vez.					
1	2	3	4	5	6
Parece como si estuviera moviéndome en “piloto automático” sin mucha conciencia de lo que estoy haciendo.					
1	2	3	4	5	6
Corro a través de las actividades sin estar realmente atento a ellas.					
1	2	3	4	5	6
Me centro tanto en el objetivo que quiero lograr que pierdo contacto con lo que estoy haciendo ahora para llegar allí.					
1	2	3	4	5	6
Hago trabajos o tareas automáticamente, sin ser consciente de lo que estoy haciendo.					
1	2	3	4	5	6
Me encuentro escuchando a las personas con una oreja, haciendo algo distinto al mismo tiempo.					
1	2	3	4	5	6
Conduzco el coche a los sitios en “piloto automático” y luego me pregunto por qué fui allí.					
1	2	3	4	5	6
Me encuentro preocupado con el pasado o el futuro.					
1	2	3	4	5	6
Me encuentro haciendo cosas sin prestar atención.					
1	2	3	4	5	6
Tomo comida sin ser consciente de lo que estoy comiendo.					
1	2	3	4	5	6