

EFICACIA DE LAS TERAPIAS CONTEXTUALES EN EL TRASTORNO

MANÍACO DEPRESIVO/TRASTORNO BIPOLAR

Trabajo Fin de Grado de Psicología

Nayansy Díaz González
María Emma García Martín
María del Mar Martínez Casanova

Tutorizado por Pedro Avero Delgado y Manuel Herrero Fernández

Curso Académico 2021-22

ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	2
1. INTRODUCCIÓN	3
2. MÉTODO	5
2.1 Fuentes de información - búsqueda y selección de estudios	6
2.2 Proceso de extracción de datos y riesgo de sesgo	7
3. RESULTADOS	8
3.1. Selección de los estudios incluidos	8
3.2. Características de los estudios	9
3.2.1. Participantes	9
3.2.2. Intervención	10
3.2.2.1. Intervención en los estudios de la <i>Terapia Dialéctico Conductual</i>	10
3.2.2.2. Intervención en los estudios de <i>Terapia Conductual aplicada al Mindfulness</i>	11
3.2.3. Métodos y herramientas de evaluación	11
3.3. Hallazgos clínicos	15
3.3.1. Adherencia al tratamiento	15
3.3.2. Prolongación de la estabilidad emocional	15
3.3.2.1. Síntomas maníacos e hipomaníacos	15
3.3.2.2. Síntomas depresivos	15
3.3.2.3. Síntomas de ansiedad y estrés	16
3.3.2.4. Control afectivo	17
3.3.2.5. Ideación suicida	18
3.3.2.6. Habilidades de atención plena	18
3.3.2.7. Funciones ejecutivas	19
3.4. Riesgo de sesgos	19
4. DISCUSIÓN	23
5. CONCLUSIONES	25
REFERENCIAS	25
ANEXOS	31

RESUMEN

El presente estudio pretende mostrar la eficacia de las terapias contextuales para el trastorno bipolar. Dada la poca bibliografía existente y habiéndose encontrado pocos trabajos de investigación atendiendo a los criterios de selección de estudios con grupo control y de tratamiento, se escogieron 4 trabajos de la terapia dialéctico conductual (TDC) y 2 de la la terapia MBCT. Los resultados indican la eficacia de la TDC para la mejora de la adherencia al tratamiento y los síntomas depresivos, control afectivo y el mindfulness. En cuanto a la terapia MBCT, se observa una reducción de los síntomas de ansiedad y estrés, mejora del control afectivo y del mindfulness. Además, atendiendo a los factores comunes de ambas terapias encontramos que en los dos casos mejoran el control afectivo y las medidas de atención plena, así como, las medidas de las funciones ejecutivas.

Palabras clave: Terapia Dialéctico Conductual, MBCT, Trastorno bipolar

ABSTRACT

The present study aims to show the efficacy of contextual therapies for bipolar disorder. Given the little existing bibliography and having found few research based on the selection criteria of studies in which we include works with control and treatment groups, 4 works related to dialectical behavior therapy (DBT) and 2 on MBCT therapy were chosen. The results indicate the efficacy of DBT for improving adherence to treatment and depressive symptoms, affective control and mindfulness. Regarding MBCT therapy, a reduction in anxiety and stress symptoms, improvement in affective control and mindfulness are observed. In addition, considering the common factors of both therapies, we found that in both cases affective control and measures of mindfulness improve, as well as measures of executive functions.

Keywords: Dialectical Conductual Therapy, MBCT, bipolar disorder.

1.INTRODUCCIÓN

El Trastorno Bipolar, se considera un trastorno mental grave que causa un deterioro importante en la vida de las personas que lo padecen. Una vez diagnosticado requerirá atención, ya no solo médica, sino psicológica y social (Jara,Lana,Schneiders, 2008).

En citado trastorno hay un estado de ánimo que varía entre una fase maniaca y otra de depresión. La manía se caracteriza por exaltación o euforia, unido a sentimientos de grandiosidad y, por otro lado, la depresión, por un estado aletargado, inhibido, donde hay tristeza y pueden aparecer pensamientos suicidas (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2012).

Además, existe comorbilidad con otros trastornos, siendo los más importantes, los de dependencia o abuso de sustancias, entre otros.

Las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud indican que dicho trastorno, puede afectar entre el 2 o 3 % de la población general, correspondiéndose, por tanto, a la sexta causa de discapacidad en el mundo (Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica, 2008). También, la carga familiar de pacientes con esta patología, ocupa un tercer puesto en toda Europa (Ogilvie, Morant y Goodwin, 2005). Por otro lado, encontramos que las tasas de suicidio rondan el 9-15%, 10 veces superiores a la de la población en general (Bobes, Saiz, Montes, 2008).

Las tres formas clínicas principales del trastorno bipolar, (según el DSM-5) son:

1. Trastorno bipolar I: episodio de manía, con o sin episodio de depresión mayor.
2. Trastorno bipolar II: hipomanía, con depresión mayor.
3. Trastorno ciclotímico: hipomanía más síntomas depresivos leves > 2 años.

Hay determinadas investigaciones que proponen que más de un 40 % de los pacientes han sido incorrectamente diagnosticados previamente, retardando el diagnóstico correcto y repercutiendo gravemente sobre la salud de las personas (Vázquez G., 2014)

El tratamiento farmacológico ha sido el principal tratamiento, no obstante, no permite cubrir las necesidades de los pacientes bipolares (National Institute of Mental Health, 1994) por lo que los tratamientos psicológicos, se han ido abriendo paso poco a poco y hoy se consideran imprescindibles para mejorar aspectos importantes de la vida de un paciente con Trastorno Bipolar.

Las terapias de tercera generación, intentan mejorar la vida de las personas con el aprendizaje de habilidades que permitan reconocer la función que tienen nuestros pensamientos e incrementar nuestro entendimiento del contexto, favoreciendo una mejor adaptación a las situaciones del día a día. Cambiamos, de este modo, lo que puede ser modificado y se acepta lo que no (Churchill, Moore, Fukikama, 2013).

Dentro de estas terapias nos centraremos en las Terapia dialéctica conductual (Dialectical Behavioural Therapy -DBT), que además utiliza estrategias como el mindfulness por lo que también incluiremos la Terapia cognitiva basada en el mindfulness (Mindfulness-Based Cognitive Therapy - MBCT).

La terapia dialéctico conductual (TDC) (Linehan, 1993) ha sido un tratamiento específicamente desarrollado para el Trastorno Límite de Personalidad. El mismo, hace especial hincapié sobre los síntomas de impulsividad y las tentativas de suicidio. La TDC recoge planteamientos clásicos cognitivos conductuales como la atención plena, la aceptación o los valores y los combina con filosofías zen y budistas. De esta manera, las personas logran una mejor aceptación del sufrimiento, adquieren nuevas habilidades para autorregularse y encuentran el camino del cambio y la aceptación (Pérez y Botella, 2006).

El tratamiento de la TDC desarrollado por Linehan (1993a, 1993b) y su equipo consiste en psicoterapia individual, entrenamiento en habilidades, atención telefónica de las crisis y reuniones periódicas de supervisión (Vega, Sánchez, 2013)

Por otro lado, la Terapia cognitiva basada en Mindfulness (MBCT), fue desarrollada por Segal, Williams y Teasdale en el 2002, para prevenir recaídas en la depresión crónica. Dichas recaídas, son consecuencia de patrones de pensamiento disfóricos (Pérez, Botella, 2006). Hay estudios que demuestran su eficacia (Ma y Teasdale, 2004; Teasdale et al, 2000). También, resulta útil en el tratamiento de los trastornos de ansiedad (Miller et al, 1995).

Dichas técnicas, intentan cambiar el modo en que las personas nos relacionamos con los pensamientos, adquiriendo una forma más adaptativa, facilitando el proceso de descentramiento (Irrarrazaval, 2010). Ello lo diferencia de las terapias cognitivas clásicas, centradas en el cambio del contenido. Utilizan, además, técnicas que provienen del Mindfulness basado en la Reducción del Estrés, que desarrollaron por Kabat-Zinn et al (1992).

De esta manera, la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena (MBCT), combina terapia cognitiva con meditación, en un ambiente donde se favorece que las personas sean conscientes de sus pensamientos sin juzgarlos.

En base a lo expuesto anteriormente hemos realizado una revisión sistemática sobre la efectividad de las técnicas de Terapia Dialéctico Conductual y como complemento de estas, la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness, en relación a los cambios o mejoras en algunos aspectos del Trastorno Bipolar como pudieran ser la mejor adherencia al tratamiento, la disminución de episodios de manía, hipomanía y depresión, la disminución de intentos de suicidio y la mejora de otros síntomas.

2. MÉTODO

Diseño. Se trata de una revisión sistemática, sobre la aplicación de las terapias de tercera generación: Dialéctico Conductual y Terapia Cognitiva basada en el Mindfulness, para el tratamiento del Trastorno bipolar, con grupos experimentales y de control para así, comprobar la relación entre la aplicación de las terapias mencionadas y la mejora en la sintomatología del Trastorno.

Población. Hombres y mujeres, adolescentes y adultos, con trastorno bipolar tipo I, tipo II y ciclotímicos.

Intervención. En esta revisión se incluyen estudios en los que se comparan Terapia Dialéctico-conductual (DBT) y Terapia Cognitiva basada en el Mindfulness (MBCT), ambas aplicadas tanto en grupos de intervención como a grupos control en pacientes con Trastorno bipolar tipo I, II o ciclotímico. Se excluyeron estudios

que no contaran con grupo control, así como los que incluyesen a solo un tipo de trastorno bipolar.

Comparador. Se incluyeron estudios donde el grupo control no recibiera intervención (lista de espera) o donde sólo recibiera el tratamiento habitual (TAU) del participante.

Medidas de resultado. En esta revisión, las medidas de resultados más interesantes son la reducción de los síntomas depresivos, maníacos e hipomaníacos, de ansiedad y estrés, control afectivo, ideación suicida, la atención plena y las funciones ejecutivas en ambas terapias.

2.1 Fuentes de información - búsqueda y selección de estudios

El proceso de búsqueda de información se realizó en febrero de 2022 y se usaron una serie de bases de datos: Medline, PsycInfo, APA PsycArticles, Cochrane, entre otras.

En el proceso inicial, previamente nos cercioramos de que no existiera un trabajo similar que reuniera las condiciones de estudio planteadas. A continuación, visualizamos la bibliografía relevante para cada una de las terapias contextuales en el trastorno bipolar.

Para ello, en el buscador se añadió, el nombre de la terapia y del trastorno psicológico en cuestión: Trastorno bipolar, trastorno bipolar I, II y ciclotímico. Se usó la terminología tanto en inglés como español. Ver anexo I.

Dada la escasa información experimental encontrada en español, profundizamos en la evidencia empírica encontrada en inglés.

Una vez obtenidos los resultados, filtramos por año de publicación para obtener la mayor evidencia posible. Dado este paso, atendimos al título y los resúmenes de la evidencia para incluir los artículos que correspondieran con los criterios de homogeneización básicos propuestos en el inicio de la investigación, es

decir: grupo de tratamiento y grupo control o tratamiento habitual en pacientes bipolares. Estos criterios de homogeneización se ampliarían y ordenarían según la evidencia hallada, concretándose en: presencia de grupo control y tratamiento, proporcionalidad en la población de estudios (hombres y mujeres), y factores de medición.

2.2 Proceso de extracción de datos y riesgo de sesgo

Una vez obtuvimos los artículos que reunían las condiciones experimentales iniciales. Realizamos una tabla donde extrajimos la información más importante de los estudios. Ver anexo III. Ello nos ayudó a generar los criterios de homogeneización para el análisis de los resultados de las investigaciones.

En un segundo momento, utilizamos la herramienta para evaluar el riesgo de sesgo de los ensayos clínicos propuesta por la Colaboración Cochrane (Higgins 2011) con ella pudimos evidenciar la presencia de errores sistemáticos. Ver anexo IV. De esta manera, se puede considerar si se produce tanto una sub como sobre estimación de los efectos de las intervenciones. No obstante, estamos valorando el “riesgo de sesgo” ya que es imposible conocer hasta qué grado están afectados los estudios por sesgo. Esta herramienta valora especialmente 5 clases de sesgos: sesgos de selección, sesgo de realización, sesgos de detección, sesgo de desgaste y sesgo de notificación.

Finalmente, hicimos un análisis cualitativo de la evidencia encontrada. Para ello, tuvimos en cuenta la metodología utilizada en cada una de las terapias (dialéctico conductual y mindfulness), la distribución igualitaria del género y los factores de medición como criterios de homogeneización principales. De esta manera podemos atender a los resultados de la revisión que nos compete en el siguiente apartado.

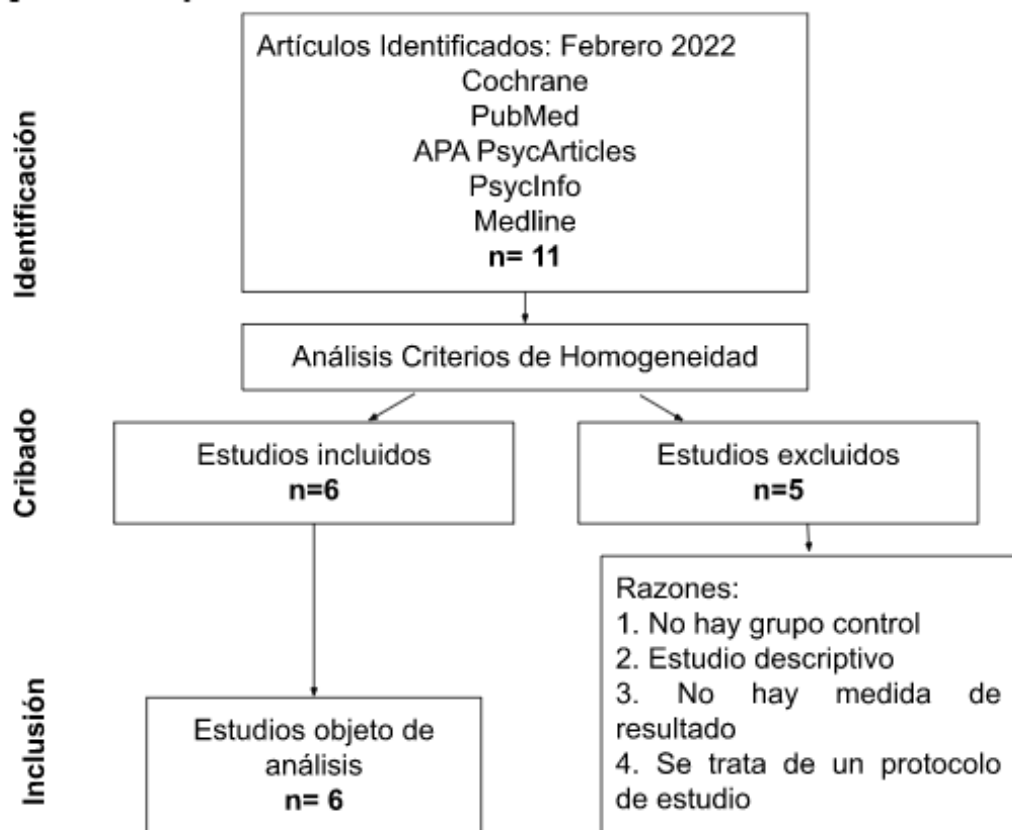
3. RESULTADOS

3.1. Selección de los estudios incluidos

La primera fase de la búsqueda dio un resultado de 11 artículos, de los cuáles 6 eran sobre la Terapia dialéctico conductual y 5 sobre Mindfulness. De estos estudios, tras la realización del cuadro de homogeneidad y aplicando los criterios de exclusión, 5 artículos fueron eliminados (3 de mindfulness y 2 de TDC), quedando un total de seis estudios. En la figura 1, se puede ver el diagrama de flujo.

Figura 1.

Diagrama de flujo



3.2. Características de los estudios

3.2.1. Participantes

Los estudios fueron realizados con individuos procedentes de Sudáfrica, Australia, Canadá, Estados Unidos, Irán y Reino Unido. Además, todos fueron realizados con población adulta (Wright et al, 2021; Afshari, B. et al, 2020; Sheri Van Dijk et al, 2013; Perich et al, 2013; Ives Deliperi et al, 2013) excepto el ensayo de Goldstein et al (2015) que fue realizado con población adolescente de entre 12 y 18 años y 11 meses. Las investigaciones, además, contenían proporciones similares de hombres y mujeres. Todos los participantes, padecían de TB I, II o ciclótico.

3.2.2. Intervención

3.2.2.1. Intervención en los estudios de la Terapia Dialéctico Conductual

En cuanto a la intervención, todos comparan un grupo experimental con uno control, pudiendo observarse la distinta aplicación de programas. Así, vemos se aplicó el programa THRIVE-B (Wright et al, 2021), el Manual de Sheri Van Dijk, 2013 (Ashfari et al, 2020) y el Manual de Miller et al., 2003 (Goldstein et al 2015), y por último, un último autor, hace uso de su propio manual (Sheri Van Dijk, 2013).

La mayoría de las intervenciones de los estudios de la Terapia Dialéctico Conductual, aplican tanto intervención individual como grupal, solamente dos de los estudios aplican sólo sesiones grupales, ya que la intervención de uno, se basa en el manual del otro (Sheri Van Dijk et al, 2013 y Afshari et al, 2020).

La duración de las intervenciones duró entre 12 semanas (Afshari et al 2020) y 36 semanas (Goldstein et al, 2015).

Las sesiones grupales van desde las 15 semanas (Wright et al, 2021) a las 18 semanas (Goldstein et al, 2015). Por otro lado, los estudios que incluyen sesiones individuales, éstas van desde las 8 sesiones (Wright et al, 2021) a las 18 (Goldstein et al, 2015).

La duración de las sesiones en general va desde 45 minutos (Wright et al 2021) a 90 minutos (Sheri Van Dijk et al, 2013).

En la mayoría de los estudios (Ashfari et al, 2020; Sheri Van Dijk et al, 2013; Goldstein et al, 2015), además de las sesiones para el tratamiento del control de angustia, se incluyeron sesiones de psicoeducación, cuidado personal y medicación.

En el programa de intervención de Wright et al (2021) se especifica que las sesiones individuales pueden ser presenciales o telefónicas.

Los seguimientos van desde los 3, 6, 9 y 12 meses (Wright et al, 2021; Goldstein et al, 2015) a los que se realizan antes y después de finalizado el tratamiento (Afshari et al, 2020 y Sheri Van Dijk et al, 2013)

3.2.2.2. Intervención en los estudios de Terapia Conductual aplicada al Mindfulness

Se aplicó el Curso MBCT de Segal (Perich,2013) y el Método de Paradigma de Bloques (Ives Deliperri et al, 2013).

Todos los trabajos incluyen terapias de 8 semanas.

La duración de las sesiones de meditación van desde 6 minutos entre bloques de control de dos minutos (Ives Deliperri et al, 2013) a 40 minutos (Perich et al, 2013).

Los seguimientos van desde los 3,6,9 y 12 meses (Perich, 2013) a seguimiento antes y después del tratamiento (Ives Deliperri,2013).

3.2.3. Métodos y herramientas de evaluación

El análisis de los estudios permite destacar aspectos de medida comunes y no comunes a los estudios seleccionados. Así, tenemos las medidas de depresión, manía-hipomanía, ansiedad y estrés, control afectivo, ideación suicida, calidad de vida, mindfulness, estilo de respuesta, funciones ejecutivas y adherencia al tratamiento. En la tabla 1 se muestran cada una de ellas junto con el instrumento utilizado, para tal efecto, en cada uno de los estudios.

También, si el lector desea conocer sobre las pruebas usadas en los estudios, ver anexo V.

Tabla 1*Métodos y herramientas de evaluación I*

	Depresión				Manía-hipomanía				Ansiedad y estrés					Control afectivo							
	BDI-II	MADRS	PHQ-9	HDRS	HADS	DASS	DRS	YMRS	BMRS	ALIFE	SOSI	BAI	GAD-7	STAI	DASS	ACS	DERS	DAS-24	BRQ	ALS	CALS
Wright et al. (2021)	X		X	X					X				X						X	X	
Afshari, B. et al (2020)	X							X									X				
Goldstein et al (2015)							X			X											X
Sheri Van Dijk et al. (2013)								X								X					
Ives-Deliperi et al (2013)					X			X			X	X					X				
Perich et al (2013)		X				X		X						X	X				X		

Nota:

BDI-II: Inventario de depresión de Beck

MADRS: Escala de valoración de la depresión de Montgomery-Åsber

PHQ-9: Cuestionario de Salud del Paciente

HDRS: Escala de calificación de depresión de Hamilton

DRS: Escala de calificación de la depresión

HADS: Escala Hospitalaria de ansiedad y depresión.

DASS: Escalas de depresión, ansiedad y estrés

YMRS: Young Mania Rating Scale

BMRS: Bech Mania Rating Scale

ALIFE: Evaluación Longitudinal de Seguimiento de Adolescentes
SOSI: Inventario de Síntomas de Estrés
BAI: Índice de Ansiedad de Beck
GAD-7: Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada
STAI: Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo
ACS: Escala de control afectivo

DERS: Escala de Dificultades en la Regulación Emocional
DAS-24: Escala de Actitudes Disfuncionales 24
BRQ: Cuestionario de Recuperación Bipolar
ALS: Escala de Labilidad emocional abreviada
CAL5: Escala de labilidad afectiva infantil

Tabla 1 continuación

Métodos y herramientas de evaluación II

	Ideación suicida	Calidad de vida	Mindfulness			Estilo de respuesta	Funciones ejecutivas			Adherencia al tratamiento				
	SIQ-Jr	QoL-BD	MSES	FFMQ	MAAS	KIMS	RSQ	TOL	WCST	DSp	FCR Y COWAT	BARS	Encuesta de satisfacción	MBCT- AS
Wright et al. (2021)		X				X						X		
Afshari, B. et al (2020)				X				X	X					
Goldstein et al (2015)	X												X	
Sheri Van Dijk et al. (2013)			X											
Ives-Deliperi et al (2013)				X						X	X			
Perich et al (2013)					X		X							X

Nota:

SIQ-Jr: Cuestionario de Ideación Suicida-Junior (SIQ-Jr)
 QoL-BD: Escala breve de calidad de vida en el trastorno bipolar
 MSES: Escala de autoeficacia basada en mindfulness
 FFMQ: Cuestionario de atención plena de cinco facetas
 MAAS: Escala de Consciencia de Atención Consciente
 KIMS: Inventario de Kentucky de Habilidades de Atención Plena
 RSQ: Cuestionario de estilo de respuesta

TOL: Tarea de la Torre de Londres
 WCST: Tarea de clasificación de tarjetas de Wisconsin
 DSp: Tarea de Dígitos
 FCR y COWAT= Figura compleja de rey y test COWAT
 BARS: Escala breve de calificación de adherencia para la adherencia a la medicación
 MBCT-AS: Adherencia a la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness

3.3. Hallazgos clínicos

3.3.1. Adherencia al tratamiento

En los ensayos sobre la Terapia Dialéctico conductual, sólo los estudios de Wright et al (2021), Goldstein et al (2015) y Perich et al (2013) miden la adherencia al tratamiento, mostrando que, tras la intervención, las tasas de adherencia al tratamiento aumentan en comparación con el grupo control.

3.3.2. Prolongación de la estabilidad emocional

3.3.2.1. Síntomas maníacos e hipomaníacos

El estudio de Afshari et al (2020), es el único que obtiene resultados significativos por efecto de interacción (tiempo x condición): $F=13.36$, $p< .001$. De este modo, obtiene que los síntomas maníacos se reducen a lo largo de la intervención y 3 meses después de la intervención y a los 3 meses de seguimiento.

Sin embargo, no se obtienen datos significativos en los estudios de Wright et al (2021) con una diferencia de medias de los grupos de 0,4 (IC del 95%: -1,6 a 2,4); Goldstein et al (2015) con ($F =0.19$, $p =0,67$; $re =0,21$) y Perich et al (2013) con (razón de riesgo = 1.813; 95% intervalo de confianza 0.782–3.622; $X^2 = 1.813$, $P= 0.183$). Ello indica que no se objetiviza una disminución en la gravedad de los síntomas maníacos.

En el estudio de Sheri Van Dijk et al (2013) y Ives-Deliperi et al (2013), el YMRS se usó en la entrevista inicial para identificar síntomas de manía e hipomanía que excluían a las personas, no para determinar la disminución de los síntomas maníacos o hipomaniacos.

3.3.2.2. Síntomas depresivos

Por una parte, se obtienen resultados significativos para los estudios de Afshari et al (2020), Golstein et al (2015) y Sheri Van Dijk et al (2013), que informan de reducción de los síntomas depresivos. En el primer caso, el efecto (tiempo x tratamiento) se expresa con $F=20.75$, $p<0.001$; en Golstein et al (2015) las medidas del DRS durante el seguimiento dan como resultado significativo, $F=4.02$, $p=0.05$; $re=0.98$. También, se observa, que hay una tasa media estimada de semanas sin depresión durante el seguimiento, 1.6 veces mayor entre los adolescentes que recibieron DBT que entre los adolescentes que recibieron TAU. En último lugar, el estudio de Sheri Van Dijk et al (2013) arroja una, $F=3.43$, $p=0.078$.

Por otra parte, no se encuentran resultados significativos en los estudios de Wright et al (2021) y Perich et al (2013), lo que indica que no hubo interacción significativa entre el tratamiento y el tiempo ni entre el tratamiento y el n°. de episodios previos, así como, para el tiempo de recaída en la depresión.

Por último, Ives- Deliperi et al (2013) utiliza la escala HADS para determinar una posible exclusión del estudio pero no realiza medidas post-tratamiento de la depresión.

3.3.2.3. Síntomas de ansiedad y estrés

En Wright et al (2021), se obtiene un resultado significativo, con una diferencia de medias entre los grupos de 1.4 (IC de 95%: -2.9 a 5.6), siendo menor la puntuación para el grupo de tratamiento y, por tanto, menores niveles de ansiedad y estrés.

Ives-Deliperi et al (2013), informa que los participantes no difieren significativamente en los síntomas de estrés medidos por el SOSI, cuyas medias son 0.93 para el grupo de intervención en MBCT y 1.44 para el grupo control, aunque la tendencia es menor en el primer grupo.

En último lugar, el estudio de Perich et al (2013), señala una interacción significativa, tratamiento x tiempo, para la subescala de ansiedad estado del STAI ($F = 2.158$, $P = 0.048$) y una tendencia para la subescala de ansiedad como rasgo ($F = 1.944$, $P = 0.075$). Así mismo, la subescala de estrés del DASS, indica una

tendencia para un tratamiento significativo por interacción temporal ($F = 1.864$, $P=0.088$). También, no se encuentran interacciones significativas para las subescalas de ansiedad de la DASS.

3.3.2.4. Control afectivo

Se observan mejoras en las puntuaciones de los cuestionarios de control afectivo, en los estudios de Wright et al (2021), que encuentran que a los 9 meses, se pudo observar que la diferencia de medias entre los grupos para el cuestionario BRQ fue de 349 (IC del 95%: 107 a 591), siendo el grupo de intervención el que obtuvo una puntuación mayor (lo que indica una mayor recuperación personal y menor desregulación emocional). Por otra parte, en el estudio de Sheri Van Dijk et al (2013), hay una tendencia a mejorar en las subescalas de ansiedad ($F= 5.86$ $p= 0.11$) y estado de ánimo deprimido ($F=3.67$ $p=0.069$) por parte del grupo de intervención en contraposición del grupo control en la escala ACS. Por otra parte, con respecto a la puntuación total de la ACS, mejoraron con el tiempo ($F=21.49$, $p=0.0001$), aunque no fueron diferentes para ambos grupos ($F=2.33$, $p=0.14$).

Finalmente, en el trabajo de Goldstein et al (2015), los modelos de efectos mixtos dentro del grupo indican que las puntuaciones del CALSP disminuyeron significativamente con el tiempo entre los adolescentes que recibieron DBT, mientras que no sucedió lo mismo en los adolescentes que recibieron TAU (CALSC [$F =1.1$, $p =0.44$; $2= 0.46$]; CALSP [$F =2.62$, $p =0.19$; $2= 0.74$]).

También, el estudio de Perich et al (2013), en la escala DAS-24, se encontró una tendencia en la interacción tratamiento x tiempo en la subescala de dependencia ($F =2.186$, $P=0.058$). Por otra parte, en la subescala de rendimiento se encontró un tratamiento significativo por interacción temporal ($F =2.534$, $P= 0.03$), siendo la interacción cuadrática significativa ($t =2.077$, $P =0.039$).

3.3.2.5. *Ideación suicida*

En el estudio de Goldstein et al (2015), habiendo usado la regresión logística ordenada, se objetiviza una tendencia estadística de que los adolescentes que recibieron DBT tenían mayor probabilidad de mejorar en la ideación suicida en el SIQ ($F = 3.39$, $p = 0,07$; $OR = 2.9$). El resto de estudios no mencionan nada sobre este aspecto.

3.3.2.6. *Habilidades de atención plena*

En el estudio de Wright et al (2021) señala que existe una diferencia media entre grupos para el Inventario de Kentucky de Habilidades de Atención Plena de 13.1 (IC del 95 %: 4.9 a 21.3). Ello implica, mayores habilidades de atención plena autoinformadas en el grupo de intervención.

Por otra parte, en el estudio de Afshari et al (2020), la atención plena (medida por las puntuaciones del FFMQ) mejoró con el tiempo para el grupo TDC (medias: pre-tratamiento = 96.76; post-tratamiento = 102.76; seguimiento = 95.72); en contraposición al grupo control (medias: pre-tratamiento = 93.57; seguimientos post-tratamientos = 93.77 y 93.74) siendo el efecto de interacción (tiempo x condición) significativo ($F=25.32$, $p < 0.001$). También, posteriormente, los análisis de las subescalas del FFMQ, fueron diferentes. No obstante, los ítems de observar, describir y no juzgar no fueron significativos. En el grupo de control, todas las subescalas no variaron con el tiempo.

En el trabajo de Sheri Van Dijk et al (2013), el análisis de las subescalas del MSES, las mejoras se dan para las subescalas Interpersonal ($F= 9.41$, $p=0.006$), Evitación ($F= 6.79$, $p=0.016$) y Atención plena ($F= 9.9$, $p=0.005$). También, hay una tendencia en las subescalas de intercepción ($F= 3.2$, $p=0.087$) y afecto ($F= 3.3$, $p=0.082$). No hay efecto significativo para comportamiento y cognición ($F= 0.36$, $p= 0.55$ y $F=1.77$, $p=0.20$, respectivamente). Por otra parte, las puntuaciones totales del MSES, aumentaron para el grupo de intervención y no para el control (interacción, $F=9.41$, $p= 0.006$).

En cuarto lugar, el estudio de Ives-Deliperi et al (2013), notifica aumentos significativos en las medidas de atención plena del FFMQ para el grupo de intervención ($t(15)=-2.9$, $p=0.010$). Además, como resultados de la resonancia magnética, se observó un aumento significativo de la señal en la corteza cingulada anterior izquierda de aquellos participantes de la intervención MBCT, así como mayor activación de la corteza prefrontal medial y la corteza cingulada posterior.

Finalmente, las medidas con la escala de mindfulness MAAS del estudio de Perich et al (2013), no reflejan ningún dato significativo para ambos grupos.

3.3.2.7. Funciones ejecutivas

Por una parte, el estudio de Afshari et al (2020) señala que las puntuaciones del TOL (medias en el grupos de intervención: pretratamiento: 11.00; post-tratamiento: 16.19 y seguimiento 14.23; frente al grupo control: pre-tratamiento: 10.92 y seguimiento post-tratamiento: 11.03 y 10.60; con un efecto de interacción tiempo x condición significativo: $F=14.11$, $p < 0.001$) denotan una mejor planificación después de la intervención y en el seguimiento, no así, en el grupo control. También, las puntuaciones del WCST indican una mejor resolución de problemas y flexibilidad cognitiva, mientras que en el grupo de control todas las subescalas se mantuvieron estables.

Por otra parte, en el estudio de Ives-Deliperi et al (2013), indican mejoras significativas en el grupo de intervención en memoria de trabajo (lapso de dígitos hacia atrás) ($t(15)= -2.8$, $p=0.01$) memoria espacial (recuerdo de la Figura Compleja de Rey) ($t(15)=-3.4$, $p= 0.004$) y fluidez verbal, medida mediante la tarea COWAT ($t(15)=-2.6$, $p= 0.02$).

3.4. Riesgo de sesgos

A continuación, en la tabla 2 y 3 se especifican los estudios y el tipo de sesgos que se contemplan en la *Herramienta para Evaluar el Riesgo de Sesgo de*

los Ensayos Clínicos propuesta por la *Colaboración Cochrane* (Higgins 2011). En ella, se puede ver el riesgo alto (+), bajo (-), poco claro (?) de cada uno de los estudios incluidos.

En primer lugar, hay poca evidencia en la generación de la secuencia de aleatorización para las investigaciones de Afshari, B. et al (2020), Goldstein et al (2015), Sheri Van Dijk (2013) y Ives-Deliperi (2013), ya que, aunque se explica que se asigna aleatoriamente cada uno de los grupos de tratamiento, no se especifica el modo. Por el contrario, en el estudio de Wright et al (2021), el riesgo es bajo ya que los participantes se asignaron al azar en una proporción de 1:1, con minimización por sitio de ensayo y estado de la medicación. Así mismo ocurre en el estudio de Perich et al (2013), donde los participantes fueron reclutados a través de anuncios en periódicos y volantes en la comunidad local. Se evaluaron por teléfono. Fueron evaluados con el SCID-I, CIDI, YMRS y MADRS. Después se asignaron al azar al grupo de MBCT y tratamiento habitual, que se realizó mediante una lista de aleatorización generada por computadora. También, el estudio de Williams et al (2008) donde se aleatoriza mediante el uso de sobres cerrados.

En cuanto al ocultamiento de la secuencia de aleatorización, no queda claro en los estudios de Afshari et al (2020), Goldstein et al (2015), Sheri Van Dijk (2013) y Ives -Deliperi (2013), ya que no hay una descripción clara del procedimiento para ocultar la secuencia de asignación. Sin embargo, el riesgo es bajo en el estudio de Wright et al (2021) ya que los participantes se eligieron al azar a través de un sitio web de la Unidad de Ensayos Clínicos de Exeter. Se hizo, uso del azar simple y procedimiento de minimización y en el trabajo de Williams et al (2008) ya que se ocultó la asignación de los sobres cerrados al equipo de ensayo.

Además, el riesgo de enmascaramiento de participantes e investigadores es bajo en cada uno de los estudios ya que ambas partes estaban bien informadas de lo que se iba a hacer: sabían qué terapia se iba a usar y así como los objetivos de la sesión. Específicamente, en Goldstein et al (2015) se argumenta que los investigadores fueron reclutados de la clínica Especializada de Servicios Bipolares para Niños y Adolescentes (CABS, en inglés) en el Instituto y Clínica Psiquiátrica del equipo de tratamiento de CABS quienes sabían perfectamente el propósito del

estudio, así como recibieron capacitación. Así mismo, los supervisores eran conscientes de todo el trabajo que se iba realizando, asegurando que los propósitos se cumplieran, semana a semana. Por otro lado, a los adolescentes y padres se les explicó todos los procedimientos que se realizarían. También, en Williams et al (2008), las clases de MBCT fueron dirigidas por dos terapeutas experimentados con experiencia reconocida en la entrega de terapia cognitiva y MBCT.

Encontramos, riesgo bajo de enmascaramiento de los resultados, en Wright et al (2021), Goldstein et al (2015) ya que los investigadores de las evaluaciones de seguimiento desconocían la asignación y no conocían el estado del participante. Por el contrario, el riesgo es alto en el resto de estudios, ya que sabían las medidas que se estaban tomando.

En los datos de los resultados incompletos, el riesgo es bajo en todos los estudios excepto el de Sheri Van Dijk (2013) y el de Ives-Deliperi (2013) donde queda poco claro, dado que en el primero no se dan a conocer posibles exclusiones en los estudios y en el segundo, no se describe los abandonos del experimento aunque sí se señalan los motivos de inclusión y exclusión del estudio. En el resto se explican detalladamente los motivos de abandono de los participantes, el número de exclusiones o inclusiones, el diagrama del estudio con estas últimas, etc.

Por último, refiriéndonos a la descripción selectiva de los resultados, el riesgo es bajo en todos los estudios, ya que los investigadores notifican cada uno de los resultados de manera detallada.

Tabla 2.*Sesgos de los estudios de la Terapia Dialéctico - Conductual*

		Wright et al (2021)	Afshari, B. et al (2020)	Goldstein et al (2015)	Sheri Van Dijk et al (2013)
	Generación de la secuencia de aleatorización	-	?	?	?
Sesgo de selección	Ocultamiento de la secuencia de aleatorización	-	?	?	?
Sesgo de realización	Enmascaramiento de participantes y personal	-	-	-	-
Sesgo de detección	Enmascaramiento de resultados	-	+	-	+
Sesgo de desgaste	Datos de los resultados incompletos	-	-	-	?
Sesgo de descripción selectiva de los resultados	Descripción selectiva de los resultados	-	-	-	-

Nota. Riesgo bajo= - ; Riesgo alto= + ; Poco claro = ?

Tabla 3.
Sesgos de los estudios de Mindfulness.

Tabla 4.

Sesgos de los estudios de Mindfulness

		Perich et al (2013)	Ives - Deliperi et al (2013)
	Generación de la secuencia de aleatorización	-	?
Sesgo de selección	Ocultamiento de la secuencia de aleatorización	-	?
Sesgo de realización	Enmascaramiento de participantes y personal	-	-
Sesgo de detección	Enmascaramiento de resultados	+	+
Sesgo de desgaste	Datos de los resultados incompletos	-	?
Sesgo de descripción selectiva de los resultados	Descripción selectiva de los resultados	-	-

Nota. Riesgo bajo = -; Riesgo alto = +; Poco claro =?

4. DISCUSIÓN

Nuestro estudio deja claro algunos resultados interesantes de cara a la aplicación de las terapias.

En cuanto a la Terapia Dialéctico conductual, con su aplicación, se mejora la adherencia al tratamiento, los síntomas depresivos, control afectivo y el mindfulness. Esto concuerda con los hallazgos de estudios encontrados y que hacen referencia a los mecanismos de cambio de la TCD. De hecho, los investigadores señalan la posibilidad de que el principal mecanismo se relaciona con la adherencia al tratamiento o el compromiso del paciente con la terapia y sus objetivos y metas (Linehan et al., 2007). Además, con respecto a la reducción de los síntomas depresivos concuerda con los hallazgos de metaanálisis del estudio de esta terapia (Robins y Chapman, 2004). También, aunque queda aún más

investigación al respecto, se observa una posible reducción de los síntomas maníacos y la ideación suicida.

En cuanto a la terapia MBCT, se observa una reducción de los síntomas de ansiedad y estrés, mejora el control afectivo y del mindfulness.

Atendiendo a los objetivos planteados al inicio de la investigación, los factores comunes que encontramos en ambas terapias son la mejora del control afectivo y en medidas de atención plena. También, las funciones ejecutivas mejoran con ambas terapias, con la terapia de Mindfulness especialmente la memoria de trabajo, la espacial y la fluidez verbal y con la Dialectico Conductual una mejora en la planificación, resolución de problemas y flexibilidad cognitiva.

Pese a los resultados, encontramos algunas limitaciones de los estudios como es el reducido tamaño muestral, así como, ciertos criterios de exclusión que no permiten ver con claridad la influencia de la terapia para ciertos factores relacionados con el Trastorno Bipolar y para los cuales se precisa un estudio más amplio y que permita determinar fehacientemente su eficacia. Por ejemplo, la influencia en los síntomas maníacos. Por lo tanto, se requiere un trabajo más riguroso atendiendo a las características y metas de dicho trastorno. También, se requiere de mayores investigaciones de las Terapias Contextuales para el Trastorno Bipolar.

Además, se identificaron limitaciones del presente estudio. De hecho, la precisión estadística puede verse afectada al tratarse de un estudio de revisión de literatura sistemática. Además, solo se incluyeron estudios publicados en inglés, tras no encontrarse literatura relacionada en otros idiomas, incluido en Español, limitando la inclusión de datos relevantes en otros idiomas. Finalmente, solo se incluyeron estudios para el Trastorno Bipolar, limitando la comprensión para otros trastornos del estado de ánimo.

5. CONCLUSIONES

Especialmente, la Terapia Dialéctico Conductual se inclina como un tratamiento que puede ser bastante relevante para el trastorno Bipolar II, ya que queda demostrado que mejora el control afectivo, en concreto, los determinantes de los estados depresivos, mejora la atención plena y medidas ejecutivas. De hecho, queda aún por investigar su influencia sobre los síntomas maníacos/hipomaníacos propios del TB1 y ciclotímico.

REFERENCIAS

- Afshari, B., Omid, A., & Ahmadvand, A. (2020). Effects of dialectical behavior therapy on executive functions, emotion regulation, and mindfulness in bipolar disorder. *Journal of contemporary psychotherapy: On the cutting edge of modern developments in psychotherapy*, 50 (2), 123–131. <https://doi.org/10.1007/s10879-019-09442-7>.
- Bobes, J., Saiz Ruiz, J., Montes, J.M., Mostaza, J., Villademoros, F.R. y Vieta, E. (2008). Consenso español de salud física del paciente con trastorno bipolar. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, (1), 26-37.
- Borja Jaramillo, C., & Trueba, A. M. (. (2017). *Efecto de la terapia dialéctica conductual en mujeres diagnosticadas con trastorno bipolar 1*. Quito: USFQ.
- Chan, S. H. W., Tse, S., Chung, K. F., Yu, C. H., Chung, R. C. K., & Lo, H. H. M. (2019). The effect of a brief mindfulness-based intervention on personal recovery in people with bipolar disorder: A randomized controlled trial (study protocol). *BMC Psychiatry*, 19. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2242-0>.

- Chan, S.H.W., Tse, S., Chung, K.F. et al. (2019). The effect of a brief mindfulness-based intervention on personal recovery in people with bipolar disorder: A randomized controlled trial (study protocol). *BMC Psychiatry* 19, 255. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2242-0>.
- Churchill R, Moore TH, Furukawa TA, Caldwell DM, Davies P, Jones H, Shinohara K, Imai H, Lewis G, Hunot V (2013). Third wave' cognitive and behavioral therapies versus treatment as usual for depression. *Cochrane Database Systematic Review*. (10):CD008705. doi:10.1002/14651858.CD008705.pub2.
- Goldstein, T. R., Axelson, D. A., Birmaher, B., & Brent, D. A. (2007). Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: A 1-year open trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(7), 820–830. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31805c1613>.
- Goldstein, T. R., Fersch-Podrat, R. K., Rivera, M., Axelson, D. A., Merranko, J., Yu, H., Brent, D. A., & Birmaher, B. (2015). Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: Results from a pilot randomized trial. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 25(2), 140–149. <https://doi.org/10.1089/cap.2013.0145>.
- Hanssen, I., Huijbers, M. J., Lochmann-van Bennekom, M. W. H., Regeer, E. J., Stevens, A. W. M. M., Evers, S. M. A. A., Wensing, M., Kupka, R. W., & Speckens, A. E. M. (2019). Study protocol of a multicenter randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy and treatment as usual in bipolar disorder. *BMC Psychiatry*, 19. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2115-6>.

- Irarrazaval, L. (2010). Psicoterapia basada en mindfulness: Un antiguo método para una nueva psicoterapia. *rev GPU.*; 6 (4): 465-71.
- Ives-Deliperi, V. L., Howells, F., Stein, D. J., Meintjes, E. M., & Horn, N. (2013). The effects of mindfulness-based cognitive therapy in patients with bipolar disorder: A controlled functional MRI investigation. *Journal of affective disorders*, 150(3), 1152–1157. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.05.074>.
- Jara ML, Lana KL, Schneider LS, Torres KEL (2008). TRASTORNOS BIPOLARES. *Revista de posgrado de la VI cátedra de medicina*, 177.
- Linehan, M. M. (1993 a). Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder (1a ed.). New York: The Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993 b). Skills training manual for treating borderline personality disorder (1a ed.). New York. The Guilford Press.
- Linehan, M., Bohus, M., Lynch, T.R. (2007). Dialectical Behavior Therapy for Pervasive Emotion Dysregulation. In Gross, J. (Ed.) *Handbook of Emotion Regulation*, Guilford Press, NY, 581-605.
- M. Zarabanda Suárez, M. García Montes, D. Salcedo Jarabo y G. Lahera Forteza (2015). Trastorno bipolar. *Medicine*, 85, 5075-5085 <https://doi.org/10.1016/j.med.2015.08.003> .
- Ma S.H., Teasdale J. D. (2004). Terapia cognitiva basada en la atención plena para la depresión: Replicación y exploración de los efectos diferenciales de prevención de recaídas. *Revista de consultoría y psicología clínica*, 72, 30–40.

- Miller AL, Rathus JH, Landsman M, Linehan MM. (2003). Dialectical behavior therapy: Multi-family skills training group. Unpublished manual.
- Miller J., Fletcher K., Kabat-Zinn J. (1995). Seguimiento de tres años e implicaciones clínicas de una intervención de reducción del estrés basada en la meditación de atención plena en el tratamiento del trastorno de ansiedad. *Hospital general de psiquiatría*, 17,192–200.
- Ogilvie, A. D., Morant, N., & Goodwin, G. M. (2005).The burden on informal caregivers of people with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 7(Suppl1), 25–32. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2005.00191.x> .
- Pérez M, Botella L. (2006). Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: Concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de psicoterapia*; 17 (66-67), 77-120.
- Perich, T., Manicavasagar, V., Mitchell, P. B., Ball, J. R., & Hadzi, P. D. (2013). A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder. *Acta psychiatrica scandinavica*, 127 (5), 333–343. <https://doi-org.accedys2.bbtck.ull.es/10.1111/acps.12033>.
- Robins, C., & Chapman, A. (2004). Dialectical behavior therapy: Current status, recent developments, and future directions. *Journal of Personality Disorders*, 18, 73-89. doi:10.1521/pedi.18.1.73.32771
- Segal, Z., Teasdale, J. y Williams, M. (2002).Terapia cognitiva de la depresión basada en la conciencia plena. Un nuevo abordaje para la prevención de recaídas. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Van Dijk, S., Jeffrey, J., & Katz, M. R. (2013). (a). A randomized, controlled, pilot study of dialectical behavior therapy skills in a psychoeducational group for individuals with bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 145(3), 386–393. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.05.054>.
- Van Dijk, S., Jeffrey, J., & Katz, M. R. (2013). (b). A randomized, controlled, pilot study of dialectical behavior therapy skills in a psychoeducational group for individuals with bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 145(3), 386–393. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.05.054>.
- Vázquez, G. (.Los trastornos bipolares hoy: Más allá del DSM-5. *Revista psicodébate*, (2) 9-24. <https://doi.org/10.18682/pd.v14i2.353> .
- Williams, J. M., Alatiq, Y., Crane, C., Barnhofer, T., Fennell, M. J., Duggan, D. S., Hepburn, S., & Goodwin, G. M. (2008). (a). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in bipolar disorder: Preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *Journal of affective disorders*, 107(1-3), 275–279. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.08.022>.
- Williams, J. M., Alatiq, Y., Crane, C., Barnhofer, T., Fennell, M. J., Duggan, D. S., Hepburn, S., & Goodwin, G. M. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in bipolar disorder: Preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *Journal of affective disorders*, 107(1-3), 275–279. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.08.022>.
- Wright, K., Dodd, A. L., Warren, F. C., Medina-Lara, A., Dunn, B., Harvey, J., Javaid, M., Jones, S. H., Owens, C., Taylor, R. S., Duncan, D., Newbold, A., Norman, S., Warner, F., & Lynch, T. R. (2021). Psychological therapy for

mood instability within bipolar spectrum disorder: A randomised, controlled feasibility trial of a dialectical behaviour therapy-informed approach (the ThrIVE-B programme). *International Journal of Bipolar Disorders*, 9. <https://doi.org/10.1186/s40345-021-00226-4>.

ANEXOS

ANEXO I. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN

Terapia dialéctica conductual:

(DE "Bipolar Disorder" OR DE "Bipolar I Disorder" OR DE "Bipolar II Disorder") AND (DE "Dialectical Behavior Therapy")

Mindfulness:

(DE "Mindfulness-Based Interventions") AND (DE "Bipolar Disorder" OR DE "Bipolar I Disorder" OR DE "Bipolar II Disorder")

DE "Bipolar Disorder" AND DE "Bipolar I Disorder" AND DE "Bipolar II Disorder" AND DE "MBCT"

Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) - Acceptance and Commitment Therapy:

(DE "Acceptance and Commitment Therapy") AND (DE "Bipolar Disorder" OR DE "Bipolar I Disorder" OR DE "Bipolar II Disorder")

DE "Bipolar Disorder" AND DE "Bipolar I Disorder" AND DE "Bipolar II Disorder" AND DE "ACT"

Psicoterapia Analítico Funcional (FAP) - Functional Analytic Psychotherapy

DE "Functional Analytic Psychotherapy") AND (DE "Bipolar Disorder" OR DE "Bipolar I Disorder" OR DE "Bipolar II Disorder")

DE "Bipolar Disorder" AND DE "Bipolar I Disorder" AND DE "Bipolar II Disorder" AND DE "FAP"

Terapia Integral de Pareja - Integrative Behavioral Couple Therapy

DE "Integrative Behavioral Couple Therapy" AND (DE "Bipolar Disorder" OR DE "Bipolar I Disorder" OR DE "Bipolar II Disorder")

Terapia de Activación Conductual - Behavioral Activation Therapy

DE "Behavioral Activation Therapy" AND (DE "Bipolar Disorder" OR DE "Bipolar I Disorder" OR DE "Bipolar II Disorder")

NOTA: También se usó la correspondiente búsqueda en Español siguiendo la misma secuencia.

ANEXO II. CRITERIOS DE SELECCIÓN

Población:

- Pacientes afectados por trastorno bipolar (I, II, ciclotimia, etc)

Intervención:

- Terapia dialéctico conductual
- Mindfulness

Comparador:

- Grupo control
- Pacientes tratados con tratamiento habitual

Medidas de resultado:

- Adherencia al tratamiento
- Prolongación de estabilidad emocional
 - Síntomas maníacos e hipomaníacos
 - Síntomas depresivos
 - Síntomas de ansiedad y estrés
 - Control afectivo
 - Ideación suicida
 - Habilidades de mindfulness
 - Funciones ejecutivas

ANEXO III.

TERAPIA DIALÉCTICO-CONDUCTUAL

Autores, año, país	Duración del estudio	características de los participantes	Intervención	Seguimiento	Pérdidas en el seguimiento	Instrumentos	Resultados	Conclusiones
<p>Wright et al (2021)</p> <p>UK</p>	<p>11/09/2017 - 10/2019</p>	<p>43 reclutados (22 en la intervención y 21 en el control)</p> <p>Grupo de intervención: 14 mujeres y 8 hombres Grupo control: 9 mujeres y 12 hombres</p> <p>>18 años, con diagnóstico de TB (I, II, otro TB especificado) o trastorno ciclotímico</p> <p>Tener un periodo de al menos 2 días durante los cuales se cumplieron los criterios de síntomas de hipomanía/ manía</p> <p>Criterios de exclusión aplicados.</p>	<p>Desarrollo de un programa THRIVE-B</p> <p>Consistió en 15 reuniones grupales semanales y 8 sesiones individuales de 45 min presencial o telefónico</p>	<p>3,6,9 y 15 meses</p>	<p>26% de los participantes</p>	<p>Inventario de depresión de (Beck et al.1961) y la Escala de Altman para Rating Mania (Altman et al.1997), antes de cada sesión grupal</p> <p>Entrevista semiestructurada</p> <p>Inicio y en todos los puntos de seguimiento; PHQ-9</p> <p>Escala de Labilidad Afectiva abreviada; el Cuestionario de Recuperación Bipolar (BRQ) (Jones et al. 2013); y la escala breve de calidad de vida en el trastorno bipolar (QoL-BD) (Michalak et al.2010).</p> <p>Al inicio, 9 y 15 meses: Bech Mania Rating Scale (BMRS), Escala de calificación de depresión de Hamilton, y la Escala breve de calificación de adherencia para la adherencia a la medicación (BARS)</p> <p>Para viabilidad de las medidas de resultados</p>	<p>A los 9 meses, la diferencia entre los grupos en el BRQ fue mayor en el brazo de intervención</p> <p>Para el PHQ-9, hubo una diferencia mínima (-0,2 (IC del 95 %: -4,6 a 4,2)); en ALS (- 1,6 (IC del 95 % - 8,4 a 5,3) y QoL.BD (2,4 (IC del 95 % - 5,2 a 9,9)), se vieron favorecidos los intervención, pero para las tres medidas se incluyeron los IC del 95 % el efecto del tratamiento nulo.</p> <p>En el inventario Kentucky el grupo de intervención apunta a mayores habilidades de atención plena autoinformadas (IC del 95%: 4,9 a 21,3)</p> <p>El resto de resultados secundarios arrojaron un IC del 95 % que incluía el efecto nulo del tratamiento.</p> <p>Resultados similares se encontraron para las medidas del EQ-5D-3L y SF-36</p>	<p>Se cree en la viabilidad de un estudio más grande.</p> <p>Se vio las diferencias a la hora de reclutar, siendo diferente en las zonas urbanas que en las rurales.</p> <p>Se cumplió el criterio de no presencia de reacciones inesperadas a la terapia o procedimiento.</p> <p>Al menos el 60% de los pacientes completan al menos el 50% de las sesiones.</p> <p>Limitación del estudio: no se recopilaron comentarios cualitativos de los usuarios y menos de la mitad de la muestra original completó la encuesta de aceptabilidad a los 9 meses.</p>

Autores, año, país	Duración del estudio	características de los participantes	Intervención	Seguimiento	Pérdidas en el seguimiento	Instrumentos	Resultados	Conclusiones
<p>Afshari, B. et al (2020). Iran</p>	<p>no especificado</p>	<p>70 pacientes remitidos al Hospital Kargamejad (Irán)</p> <p>Grupo de intervención (16 mujeres con rango de edad de 18 a 44 años (M=36, SD= 6), 10 hombres y</p> <p>Grupo control: 18 mujeres con edad de 19 a 45 años (M= 37, SD=6) y 10 hombres</p> <p>Criterios de inclusión:</p> <p>Presencia de TB, nivel educativo superior al octavo grado (para realizar correctamente los cuestionarios</p>	<p>Se basa en el manual de Sheri Van Dijk (2013)</p> <p>12 sesiones (1 por semana) de 90 minutos.</p> <p>2 sesiones destinadas a la psicoeducación (síntomas, tipos y causas del TB).</p> <p>1 sesión de medicación para tratar el TB.</p> <p>1 sesión sobre la importancia del autocuidado.</p> <p>8 sesiones centradas en habilidades de tolerancia a la angustia, para ayudar a los pacientes</p>	<p>Inicio terapia, después de la intervención y 3 meses después como seguimiento.</p>	<p>1ª sesión: 1 persona</p> <p>4ª sesión: 2 personas</p> <p>8ª sesión: 1 personas.</p>	<p>Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV (SCID-I)</p> <p>Escala de calificación de manía joven (YMRS), tras la entrevista clínica con el paciente.</p> <p>Inventario de depresión de Beck (BDI- II)</p> <p>Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS)</p> <p>Cuestionario de atención plena de cinco facetas (FFMQ)</p> <p>Tarea de la Torre de Londres (TOL)</p> <p>Tarea de clasificación de tarjetas de Wisconsin (WCST)</p>	<p>No hubo diferencias entre los pacientes que completaron la terapia y los pacientes del grupo control.</p> <p>Las puntuaciones de YMRS y DBI-II disminuyeron 3 meses después de intervenir y a los 3 meses de seguimiento, lo que indica una reducción de síntomas maníacos y depresivos.</p> <p>Diferencia en las funciones ejecutivas para el grupo de intervención:</p> <p>Los resultados del TOL demostraron una mejora en la planificación al terminar la intervención y en el seguimiento,</p> <p>Todas las subescalas del WCST, mejoraron, implicaron mejor capacidad cognitiva y de resolución de problemas.</p> <p>Lo mismo ocurre con el DERS, indicando mejor autonomía y regulación de las emociones.</p> <p>Con respecto a la atención plena medida con el FFMQ puntúa mejor a los 3 meses de intervención y 3 meses de seguimiento. Además, cada</p>	<p>Los resultados apuntan a mejoría de ciertos aspectos y síntomas del trastorno bipolar.</p> <p>Las siguientes características mejoraron tras la intervención: planificación, flexibilidad psicológica, resolución de problemas, síntomas maníacos, hipomaníacos y depresivos, regulación emocional y atención plena.</p> <p>En el caso de los abandonos, se barajaron dos posibilidades de la no continuidad del tratamiento; actitud negativa a la psicoterapia y un compromiso sin éxito anterior con la misma.</p> <p>Limitaciones:</p> <p>Fue un desafío mantener a los pacientes con un compromiso con la terapia.</p> <p>Además, todos los pacientes estaban bajo efectos de la medicación</p>

		<p>y tareas). Edad entre 18-45 años y sin psicoterapia previa a los 6 meses antes del estudio.</p> <p>Criterios de exclusión:</p> <p>Cualquier individuo con episodios maníacos y psicóticos y participantes en programas de intervención</p> <p>30% TB I y 70% TB II</p>	<p>a mejorar su autocontrol y manejar situaciones de crisis.</p> <p>También, en habilidades de regulación emocional.</p> <p>El terapeuta era un psicólogo clínico experimentado o que se formó en terapia dialéctica conductual en la Universidad de Ciencias Médicas de Kashan. Además, se contó con un coterapeuta para el seguimiento.</p>				<p>escala de esta prueba mostró resultados claramente significativos y diferentes. Pero no así, los ítems de observar, describir y no juzgar. En el grupo control se mantuvieron invariantes las puntuaciones en las subescalas.</p>	
--	--	---	---	--	--	--	--	--

Autores, año, país	Duración del estudio	Duración del estudio	características de los participantes	Intervención	Seguimiento	Pérdidas en el seguimiento	Instrumentos	Resultados	Conclusiones
<p>Goldstein et al (2015)</p> <p>EEUU</p>		1 año	Adolescentes entre 12 y 18 años y 11 meses de Tratados con farmacoterapia sin evidencia de trastorno mental o del espectro autista 20 pacientes de un centro psiquiátrico.	DBT incluyó 36 sesiones (18 individuales, 18 de capacitación en habilidades familiares)	3,6,9 y 12 meses	Uno de cada grupo no asistió a la última sesión	entrevista directa con el padre y el adolescente. Los trastornos psiquiátricos no relacionados con el estado de ánimo se evaluaron utilizando el Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) (Kaufman et al. 1997), los síntomas del estado de ánimo se evaluaron mediante las secciones de trastornos del estado de ánimo del K-SADS-P (Episodio actual, 4.ª revisión) (Chambers et al. 1985), además de elementos adicionales de la Escala de calificación de manía K-SADS (K-SADSMRS) (Axelson et al. 2003) para proporcionar datos más detallados sobre los síntomas afectivos. Un psiquiatra infantil afiliado al estudio realizó una entrevista clínica con el adolescente y el padre, y luego consultó con el evaluador sobre los diagnósticos finales del adolescente. Todos los	<p>Los adolescentes en el grupo de tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - asistieron a más sesiones que los TAU - Tuvieron síntomas depresivos menos graves - 3 veces más de posibilidades de mejorar ideación suicida. - No diferencias en los síntomas maníacos o desregulación emocional con el grupo tratamiento pero si los de TAU 	<p>La DBT puede ser prometedora como complemento del tratamiento farmacológico de la depresión o la ideación suicida.</p> <p>Se necesitan ensayos controlados más grandes.</p>

						<p>participantes con criterios para DSM-IV BP. Aplicamos criterios operacionalizados para diagnosticar BP NOS (Axelson et al. 2006; Birmaher et al. 2006). La confiabilidad entre evaluadores para la presencia/ausencia de trastornos del Eje I en el KSADS-PL fue buena ($\pm 0,80$). El evaluador clínico y el psiquiatra asistente calificaron el funcionamiento global del adolescente durante el peor episodio de su vida, así como durante las últimas 2 semanas utilizando la Escala de Evaluación Global Infantil (Shaffer et al. 1983).</p> <p>Aleatorización. Tras la confirmación de la elegibilidad del estudio, el director del proyecto asignó aleatoriamente a los participantes a las condiciones del estudio. Dado que se trataba de un estudio de viabilidad, utilizamos una estructura de aleatorización 2:1 (DBT: estándar de atención psicoterapéutica [SOC]) para obtener una mayor experiencia en la entrega de la intervención DBT. Se</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--

							informó a los participantes de su grupo asignado después de completar la evaluación de referencia. Farmacoterapia. Todos los participantes del estudio recibieron farmacoterapia con un psiquiatra infantil afiliado al estudio		
--	--	--	--	--	--	--	---	--	--

Autores, año, país	Duración del estudio	Características de los participantes	Intervención	Seguimiento	Pérdidas en el seguimiento	Instrumentos	Resultados	Conclusiones
Sheri Van Dijk, Janet Jeffrey, Mark R. Katz (2013) Canadá	12 semanas	26 participantes, asignados aleatoriamente a los grupos de intervención y control (13 por grupo, 75% mujeres, 25% hombres). Sólo 12 de cada grupo completaron el estudio. >18 años, con diagnóstico de TB (I o II) Criterios de exclusión: personas que se encontraban actualmente en estado maníaco, con diagnóstico concurrente de retraso en el desarrollo, con comportamientos	Consistió en 12 sesiones de 90 minutos: 1 sesión de psicoeducación sobre el TB. 1 sesión sobre medicación en el TB 1 sesión sobre cuidado personal 8 sesiones en habilidades de tolerancia a la angustia Terapia concomitante: seguir acudiendo a sus psiquiatras o médicos y a cualquier otro profesional al que acudieran normalmente.	Sin información	Sin información	Entrevistas semiestructuradas a cada participante antes de la asignación aleatoria de grupos Inventario de depresión de Beck (BDI-II) (Beck et al., 1996) La escala de autoeficacia basada en mindfulness (MSES) (Cayoun y Freestun, 2004) La escala de control afectivo (ACS) (Williams et al., 1997) La Young mania rating scale (YMRS) (Young et al., 1978) Formulario de evaluación de la intervención Todas ellas tras las 12 semanas de entrenamiento	Los sujetos del grupo de control informaron puntuaciones más altas o mayor depresión en comparación con el grupo de intervención Tras 12 semanas, la mayoría de los pacientes (92%) en el grupo de intervención se categorizaron como depresión mínima o leve en comparación con los del grupo de control, para los cuales el 42% se encontraba en las categorías mínima/leve y el 58% seguían clasificados como depresivos moderados o severos. BDI-II: Grupo de intervención redujo sus puntuaciones en 16,3 puntos, y el grupo control	La vida de muchos pacientes podría mejorar mediante la psicoterapia complementaria al tratamiento psicofarmacológico. Necesidad de ensayos adicionales que evalúen la eficacia del uso de habilidades DBT para tratar el BD, especialmente dada la pequeña muestra de este estudio. Beneficiosos estudios que comparen uso de las habilidades de DBT con otros tratamientos que ya han demostrado ser efectivos en el tratamiento de BD (ej. CBT, IPSRT) y ensayos con seguimiento.

		<p>violentos o agresivos continuos, personas que no pudieran leer o comprender el inglés.</p> <p>Análisis secundario con 56 participantes adicionales</p>					<p>en 10,3 puntos (no significativo).</p> <p>Las puntuaciones promedio de MSES mejoraron para ambos grupos. Y las puntuaciones totales aumentaron más para el grupo de intervención que para el grupo de control</p> <p>ACS-TOTAL: No diferencias significativas entre ambos grupos.</p> <p>Datos de otros 75 pacientes fueron usados para comparar en el pre-test y post-test. Los pacientes informaron que tenían menos síntomas de depresión, una mayor autoeficacia y un mejor control emocional.</p>	<p>Útil una mayor identificación de los factores que afectarían la respuesta al tratamiento para que cada paciente se empareje con el tratamiento que les vaya a beneficiar más.</p> <p>Limitaciones: Pequeño tamaño de la muestra, que los pacientes continuaron con su atención habitual además de las sesiones, superposición con otros tratamientos efectivos, no hubo seguimiento.</p>
--	--	---	--	--	--	--	---	---

EXCLUSIONES TERAPIA DIALÉCTICO CONDUCTUAL:

Autores, año, país	Duración del estudio	Características de los participantes	Intervención	Seguimiento	Pérdidas en el seguimiento	Instrumentos	Resultados	Conclusiones
Jaramillo , Camila (2017)	Un año	20 participantes Mujeres con trastorno Bipolar Edad entre 30 y 40 años Pertenece a diez centros psiquiátricos tienen que haber	Terapia Dialéctico Conductual de Marsha Linehan y diálogo abierto. Grupo control: 2 sesiones de diálogo abierto a la semana de 2 horas.	Antes y después del tratamiento	Sin información	La escala de Young.	Mujeres con TB1: - Mejoran síntomas - Episodios - Plano social	Posible mejoría de los síntomas maníacos en mujeres con TB1.

		tenido un episodio maníaco y no haber recibido tratamiento en los últimos 2 años.	Grupo tratamiento: igual más 1 sesión semanal de terapia grupal.					
--	--	---	--	--	--	--	--	--

Autores, año, país	Duración del estudio	Características de los participantes	Intervención	Seguimiento	Pérdidas en el seguimiento	Instrumentos	Resultados	Conclusiones
Goldstein et al (2007)	1 año y 6 meses	<p>10 pacientes (promedio de 16 años, 8 mujeres y 2 hombres).</p> <p>Criterios de inclusión: pacientes entre 12 años-0 meses y 18 años-11 meses con diagnóstico de BD I, II o no especificado, con un episodio maníaco, mixto o depresivo agudo en los 3 meses anteriores al estudio, siguiendo tratamiento farmacológico, con al menos un tutor dispuestos a participar en las sesiones familiares, sin evidencias de retraso mental o trastorno orgánico del SNC, y no recibir otra</p>	<p>El período de tratamiento agudo (6 meses) incluye 24 sesiones semanales.</p> <p>Las sesiones alternan entre las dos modalidades de tratamiento (capacitación en habilidades familiares y terapia individual).</p> <p>El tratamiento de continuación consta de 12 sesiones adicionales que se reducen en frecuencia durante 1 año.</p>	3, 6, 9 y 12 meses	1 paciente abandonó prematuramente el experimento	<p>Los padres complementaron la Escala de labilidad afectiva infantil (Gerson et al., 1996).</p> <p>Los participantes complementaron: Escala Modificada de Ideación Suicida (MSSI; Miller et al., 1986).</p> <p>Los síntomas maníacos se evaluaron a través de K-SADS-MRS (Axelson et al., 2003; Chambers et al., 1985b),</p> <p>Los síntomas depresivos se evaluaron mediante la sección DRS de la entrevista semiestructurada K-SADS-P (Chambers et al., 1985a)</p> <p>Evaluación Matson autoevaluada de habilidades sociales con jóvenes (MESSY; Matson et al., 1983)</p>	<p>De los 10 pacientes que aceptaron participar, nueve completaron con éxito todo el estudio de tratamiento</p> <p>La asistencia al tratamiento fue alta, asistiendo a más del 90% de las sesiones programadas.</p> <p>Los cuestionarios de satisfacción posteriores al tratamiento indican que la intervención fue aceptable y apropiada para las necesidades de los participantes.</p> <p>MSSI: el 80 % de los participantes tenía antecedentes de intento de suicidio, y las calificaciones en el MSSI como en el K-SADS-DRS reflejaron la presencia de ideación suicida en el momento de la admisión. Al finalizar se observa una ausencia de tendencias suicidas ($t = 2.5$, $p = .04$, Cohen's $d = 1.2$;</p>	<p>Las ganancias clínicas antes y después del tratamiento fueron evidentes en los dominios de tendencias suicidas, conducta autolesiva no suicida, desregulación emocional y síntomas depresivos.</p> <p>Apoyo inicial para la factibilidad y eficacia clínica de DBT para adolescentes con BP en una muestra altamente sintomática.</p> <p>Limitaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los hallazgos provienen de un pequeño ensayo abierto y, por lo tanto, deben considerarse - No tenemos datos de un grupo de comparación, no podemos concluir que DBT fue responsable de la mejora observada. - Los elementos de DBT se superponen con otras intervenciones

		psicoterapia ambulatoria.				<p>Después del tratamiento, los pacientes y los padres completaron un cuestionario de satisfacción</p>	<p>DRS paired $t = 2.4$, $p = .04$, Cohen's $d = 0.9$. Las disminuciones en las autolesiones no suicidas no fueron estadísticamente significativas ($t = 2.1$, $p = .06$, $d = 0.8$).</p> <p>Escala de labilidad afectiva infantil: puntuaciones totales disminuyeron significativamente ($t = 3.0$, $p = .02$, $d = 0.3$), desde valores medios previos al tratamiento hasta valores posteriores al tratamiento por debajo de los informados.</p> <p>K-SADS-DRS: Mejoría significativa en la sintomatología depresiva. Cayeron del rango moderado en el momento de la admisión (media $23,1 \pm 12,0$) al rango leve a los 12 meses de seguimiento (media $14,9 \pm 10,6$; $t=2.6$, $p= .03$, $d = .7$). No encontramos diferencias significativas entre el pretratamiento (media $13,3 \pm 12,1$) y el postratamiento (media $12,2 \pm 14,2$; $t = 0.3$, $p > .05$, $d=0.1$). Las puntuaciones medias de MRS reflejaron una sintomatología maníaca leve.</p> <p>MESSY: Las mejoras en el funcionamiento interpersonal con el tratamiento no fueron estadísticamente</p>	<p>eficaces para BP lo que hace posible que el "ingrediente activo" en DBT para adolescentes BP sea común a otras terapias.</p> <p>- No se empleó el equipo de consulta (un elemento central de DBT para brindar apoyo al terapeuta y mejorar la adherencia), Esta omisión puede haber causado niveles más altos de agotamiento del terapeuta, lo que resultó en una efectividad reducida.</p>
--	--	---------------------------	--	--	--	--	---	--

							<p>significativas (Adolescentes: $t = 1.2$, $p > .05$, $d = 0.4$; Padres: $t = 0.9$, $p > .05$, $d = 0.2$).</p> <p>Farmacoterapia: No hubo diferencias en el número de medicamentos prescritos para los participantes antes y después del tratamiento (media previa al tratamiento $2,2 \pm 1,3$; media posterior al tratamiento $2,6 \pm 1.7$; paired $t = -0.8$, $p > .05$, $d = -0.2$).</p> <p>A 7 de los 10 pacientes se mantuvieron con la misma cantidad de medicamentos que al inicio, a 1 se le prescribieron menos medicamentos y a 2 se les prescribieron más medicamentos.</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--	--

MINDFULNESS

Autores, año, país	Duración del estudio	Características de los participantes	Intervención	Seguimiento	Pérdidas en el seguimiento	Instrumentos	Resultados	Conclusiones
Perich et al. (2013) Sydney, Australia	14 meses	95 hombres y mujeres que se asignaron a MBCT+ TAU y TAU Criterios de inclusión: i) diagnóstico DSM-IV de por vida de trastorno bipolar I o II; ii) medicado con estabilizador del	Adaptación del curso de MBCT de 8 semanas desarrollado por Segal et al. Consiste en: Práctica semanal de atención plena y terapia cognitiva.	3,6,9 y 12 meses	25 en el grupo de MBCT 14 en el grupo de TAU	Medidas administradas por el médico: Entrevista clínica estructurada para Trastornos DSM--IV-TR (SCID-I) Escala de calificación de manía joven (YMRS)	Catorce participantes (29 %) (incluidos 10 abandonos) no llegaron a completar los requisitos de condición de MBCT, y 22 (47 %) (incluidos 18 abandonos) no completaron los requisitos de TAU. Los que completaron se	La MBCT no parece ofrecer un beneficio mayor en términos de retrasar el tiempo hasta la aparición de un episodio de depresión o hipo/manía para las personas con TB. No resultados significativos entre el

		<p>estado de ánimo iii) al menos 18 años de edad; iv) educación secundaria; v) capaz de dar su consentimiento informado; vi) dominio del inglés hablado y escrito; vii) actualmente bajo el cuidado de un médico de cabecera o psiquiatra; viii) al menos un episodio de trastorno bipolar (hipo/manía, depresión, episodio mixto) en los 18 meses anteriores; y ix) una incidencia de al menos 3 episodios bipolares a lo largo de la vida.</p> <p>Criterios de exclusión: i) episodio actual de depresión mayor, hipomanía o manía del DSM-IV; ii) diagnóstico de por vida de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, trastorno por abuso de sustancias, síndrome cerebral orgánico, trastorno de personalidad antisocial o límite; iii) la presencia de una condición médica significativa concurrente que impida la capacidad de participar; iv) recibiendo</p>	<p>Adaptaciones:</p> <p>En la información sobre psicoeducación y prevención de recaídas se adaptó para incluir educación sobre el trastorno bipolar, la depresión, la hipo/manía y la ansiedad.</p> <p>El libro de "Full Catastrophe Living" era opcional en lugar de obligatoria y se omitió el DVD "MBSR"</p> <p>Se omite el CD de yoga y, en su lugar, se pidió a los participantes que alternaran entre un "escaneo corporal" de 40 minutos y el CD de meditación sentado de 40 minutos.</p>			<p>Escala de valoración de la depresión de Montgomery-Asberg (MADRS)</p> <p>Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI)</p> <p>Medidas de autoinforme:</p> <p>Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS)</p> <p>Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)</p> <p>Escala de Actitudes Disfuncionales 24 (DAS-24)</p> <p>Cuestionario de estilo de respuesta (RSQ)</p> <p>Escala de Consciencia de Atención Consciente (MAAS)</p>	<p>definieron como aquellos que completaron la entrevista postratamiento así como las medidas de los cuestionarios y para aquellos asignados a MBCT, habían participado en un mínimo de cuatro sesiones de terapia grupal.</p> <p>Los asignados a tratamiento habitual tuvieron alta tasa de abandono.</p> <p>No hubo diferencias significativas en los cambios de medicación de los pacientes de las dos condiciones.</p> <p>No hubo diferencias demográficas o clínicas de la muestra en cada condición.</p> <p>Un anova arroja diferencias significativas entre las condiciones al inicio de estudio en las subescalas YMRS, MADRS, DASS (depresión, ansiedad y estrés), STAI (estado/rasgo de ansiedad), subescalas RSQ, subescalas DAS o MAAS</p> <p>32 participantes completaron las entrevistas de seguimiento de 12 meses del CIDI (MBCT=22 y TAU=12)</p> <p>19 (59%) participantes en MBCT y 10 (48%) en la TAU informaron un</p>	<p>tratamiento y el tiempo para la depresión o hipo/manía en el periodo de 12 meses.</p> <p>El grupo de tratamiento MBCT arrojó puntajes significativamente más bajos en ansiedad que los de TAU. También, auto informaron menores medidas de estrés.</p> <p>Por otro lado, encontramos puntuaciones más bajas en la subescala de Logro de la DAS en el seguimiento de 12 meses.</p> <p>También, puntuaciones más bajas en la subescala de Dependencia del DAS, menores puntajes de rumiación. Sin embargo, no se observaron disminuciones en la depresión, por lo que se requiere de más investigación.</p> <p>Limitaciones:</p> <p>-Pequeño tamaño muestral debido a la tasa de abandonos. -Los cambios de medicación de los pacientes.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	---

		<p>actualmente otra terapia psicológica, y v) participación previa en un curso de MBCT, MBSR o Terapia Dialéctica Conductual.</p>					<p>episodio hipo/maniaco, mientras que 20 (59%) en la condición MBCT y 17 (68%) en la TAU informaron un episodio depresivo durante la semana.</p> <p>No diferencias significativas recurrencia de la hipomanía (razón de riesgo = 1.813; 95% de intervalo de confianza 0.782–3.622; $v_2 = 1.813$, $P = 0.183$) o depresión (razón de riesgo = 0.974; 95% de intervalo de confianza 0.509–1.864; $v_2 = 0.006$, $P = 0.936$).</p> <p>Medidas de resultado primarias: Análisis MAD-RS y YMRS. No hubo una interacción significativa entre el tratamiento y el tiempo, ni entre el tratamiento y el número de episodios previos para las puntuaciones MADRS o YMRS.</p> <p>Medidas de resultado secundarias; Análisis de las subescalas DASS (depresión, ansiedad y estrés) y las subescalas STAI (estado y rasgo de ansiedad).</p> <p>Subescala de estrés DASS: -Encontramos una tendencia a un tratamiento significativo por interacción temporal ($F = 1.864$, $PAG = 0,088$)</p>	
--	--	---	--	--	--	--	--	--

							<p>-La interacción de tratamiento por tiempo por nº de episodios previos no es significativa.</p> <p>-No hay interacciones significativas para las subescalas de depresión o ansiedad.</p> <p>STAI- ansiedad: -Interacción significativa entre el tratamiento y el tiempo para la subescala (F =2.158,PAG =0.048) y una tendencia para la subescala de ansiedad STAltrait (F =1.944,PAG =0,075).</p> <p>Se encontró una tendencia para la interacción tratamiento por tiempo para la subescala de dependencia DAS-24 (F =2.186, PAG =0,058)</p> <p>La RSQ – subescala de rumiación – demostró una pequeña tendencia para el tratamiento por interacción temporal (F =1.894,PAG =0,098). No se encontraron otros resultados significativos</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Autores, año, país	Duración del estudio	Características de los participantes	Intervención	Seguimiento	Pérdidas en el seguimiento	Instrumentos	Resultados	Conclusiones
<p>Ives Deliperi et al. (2013)</p> <p>South Africa</p>	<p>8 semanas</p>	<p>23 pacientes con trastorno bipolar tipo I y II.</p> <p>-16 tratamiento</p> <p>-7 lista de espera.</p> <p>10 sujetos control sanos</p>	<p>Se utilizó un paradigma de bloques, que consiste en un bloque activo de atención plena de 6 minutos entre dos bloques de control de 2 minutos.</p> <p>En el bloque activo se pidió a los pacientes que realizaran un ejercicio de meditación</p> <p>En el bloque control, los participantes realizaban una tarea de distracción. Esta se utilizó para diferenciarla de lo que se denomina atención plena.</p>	<p>Antes y después de la intervención</p>	<p>No especificado</p>	<p>Cuestionarios de autoinforme:</p> <p>-Cuestionario de atención plena de cinco facetas (FFMQ)</p> <p>-Inventario de Síntomas de Estrés (SOSI)</p> <p>-Escala de dificultades en la Regulación Emocional (DERS)</p> <p>-Índice de ansiedad de Beck (BAI)</p> <p>-Inventario de manos de Edimburgo (EHI)</p> <p>Protocolo experimental de fMRI.</p>	<p><u>Medidas de autoinforme:</u></p> <p>-La atención plena aumentó en el grupo de bipolares con tratamiento de MBCT, en comparación con el grupo de bipolares sin tratamiento ($t(15)=-2.9$, $p=.010$) y se observan niveles menores en ansiedad ($t(15)=2.3$, $p=.05$) y desregulación emocional ($t(15)=4.1$, $p=.001$)</p> <p>También, se observó mejor rendimiento en tareas neuropsicológicas de memoria de trabajo (dígitos hacia atrás) ($t(15)=-2.8$, $p=.01$); memoria espacial (recuerdo de la Figura Compleja de Rey), ($t(15)=-3.4$, $p=.004$) y fluidez verbal en la tarea COWAT después de MBCT, ($t(15)=-2.6$, $p=.02$)</p> <p><u>Resultados de resonancia magnética funcional:</u></p> <p>En el grupo con condición de meditación, se identifica un grupo (BPT) con disminución de la señal en el PFC medial.</p> <p>Después de 8 semanas de intervención de atención plena, se compararon con el grupo HC y se observó</p>	<p>-Al inicio del estudio, los pacientes bipolares informaron de mayores niveles de ansiedad y desregulación emocional, en comparación con los controles sanos, así como niveles inferiores en atención plena y funcionamiento ejecutivo. También se vieron disminuciones significativas de la señal BOLD en la PFC medial.</p> <p>Por otra parte, el tratamiento dio resultado de reducción de la ansiedad y las emociones, mejoría en la atención plena y el rendimiento ejecutivo en el grupo BPT, pero no en el grupo BPW (bipolares con no tratamiento). Además, se vieron aumentos significativos de la señal BOLD en la PFC medial y la corteza cingulada posterior en el grupo BPT, en comparación al BPW.</p> <p>Limitaciones:</p> <p>-Pequeño grupo de control</p> <p>-Disparidad de los grupos</p>

							<p>un aumento significativo en la corteza cingulada anterior izquierda.</p> <p>Se observan aumentos significativos de la señal en la PFC medial y la corteza cingulada posterior de la RH en el grupo BPT en comparación al grupo BPW</p>	
--	--	--	--	--	--	--	---	--

EXCLUSIONES MINDFULNESS

Autores, año, país	Duración del estudio	Características de los participantes	Intervención	Seguimiento	Pérdidas en el seguimiento	Instrumentos	Resultados	Conclusiones
Hanssen et al. (2019)	No especificado	<p>160 personas adultas (≥ 18 años) con TB I o II, que hayan sufrido:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Al menos 2 ep. depresivos a lo largo de la vida (actuales o en remisión parcial) - Al menos un ep. del estado de ánimo (depresivo y/o (hipo)maníaco) en el año anterior al inicio. - Y que su puntuación en la YMRS sea de 12 o inferior. <p>DOS GRUPOS: Control: Sólo Mindfulness (MBCT) Intervención: Mindfulness (MBCT) + Tratamiento habitual</p>	<p>Ocho sesiones semanales de 2,5h, un día de silencio de 6h entre las sesiones seis y siete, y tareas en el hogar para practicar ejercicios de meditación tanto formales como informales unos 45 min al día.</p> <p>A los participantes en la condición MBCT + TAU se les pedirá que documenten diariamente la adherencia a la práctica de atención plena.</p> <p>A los participantes en ambas</p>	A los 3,4,9,12 y 15 meses	A los 12 meses casi el 65 % de los participantes abandonaron	<p>Entrevista de investigación para saber si cumplen los criterios de inclusión o exclusión con el uso de SICD-I y YMRS.</p> <p>Se les pasaron los siguientes cuestionarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - IDS-C: Inventario de sintomatología depresiva. - YMRS: Escala de Young para la evaluación de la manía. - SCID-I: Entrevista semiestructurada destinada a realizar los diagnósticos más importantes del eje I del DSM-IV. - ASRM: Escala de autoevaluación de manía de Altman. - QIDS-SR: Inventario de rápido de sintomatología 	Este estudio encontró un tamaño del efecto de 0,5 para la reducción de los síntomas depresivos en personas con depresión recurrente (unipolar), que estaban parcialmente en remisión (n=124), o parcialmente deprimido actualmente (n=58).	Este estudio proporcionará información valiosa sobre la accesibilidad y (costo) efectividad de MBCT en términos de síntomas de BD calificados por el médico y autoevaluados, tasas de recaída, salud mental positiva y funcionamiento general.

		(TAU)	condiciones también se les pedirá que documenten su adherencia a la medicación,			<p>depresiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> - STAI: Cuestionario de ansiedad estado-rasgo - FAST: Prueba breve de evaluación del funcionamiento. - MHC-SF: Continuos de salud mental - versión abreviada. - FFMQ-SF: el formato breve del cuestionario de las cinco facetas del mindfulness. - SCS-SF: Versión abreviada de la Escala de autocompasión. - RPA-NL: Cuestionario de afecto positivo- versión holandesa. - RRS-EXT: Versión extendida de la Escala de respuesta rumiante. - EQ-5D-5L: Para medir la calidad de vida y los años de vida ajustados por calidad. - TiC-P: Cuestionarios Trimbo/iMTA para costes asociados a enfermedades psiquiátricas. 		
--	--	-------	---	--	--	---	--	--

El artículo de Hanssen et al. se descarta ya que es una propuesta a una futura investigación, sobre la que aún no hay datos experimentales, el artículo relata cómo podría ser dicha investigación, así como qué métodos e instrumentos se utilizarían y lo que se podría averiguar, sin embargo los resultados y conclusiones pertinentes no se especifican.

Autores, año, país	Duración del estudio	Características de los participantes	Intervención	Seguimiento	Pérdidas en el seguimiento	Instrumentos	Resultados	Conclusiones
Chan et alu ,2019	6 meses	20 personas los participantes del estudio quienes	La intervención breve MBI constará de	La evaluación de resultados se llevará a cabo	No hace mención	Metodología de investigación participativa fotovoz empleado. Esto ayudará a facilitar la		

		<p>fueron asignados al azar a un grupo de MBI breve o a un grupo de control en lista de espera de acuerdo con una lista de aleatorización generada por ordenador. Los participantes serán conscientes del grupo al cual han sido asignados.</p>	<p>cuatro sesiones semanales de 120 min cada una. La intervención breve MBI se llevará a cabo en grupos de aproximadamente 8 a 10 participantes y estará dirigido por terapeutas calificados en la enseñanza de la atención plena. Se alentará y registrará la práctica diaria en el hogar para los participantes en el grupo MBI breve. El grupo de control continuará con la atención de rutina en entornos hospitalarios o comunitarios, pero se le ofrecerá la intervención breve de MBI después de 6 meses</p>	<p>al inicio, después de la intervención y a los seis meses de seguimiento</p>		<p>investigación de la experiencia profunda de atención plena de los participantes durante el breve entrenamiento de MBI a medida que avanzan en el proceso de recuperación personal. Mediante el intercambio de fotografías y debates, los participantes compartirán sus percepciones y narrativas relacionadas con la recuperación. A los participantes del grupo de intervención se les pedirá que tomen fotos con sus teléfonos inteligentes al final de cada sesión del breve programa MBI. Los temas de las fotos serán sobre su experiencia vivida de atención plena en su viaje de recuperación. También se les pedirá que escriban sus reflexiones sobre las fotos y se les invitará a participar en una entrevista de grupo focal de seguimiento, que se llevará a cabo 1 mes después de la finalización del breve programa MBI. El formato de la entrevista será semiestructurado, con una indagación colaborativa de las experiencias obtenidas del programa</p>	
--	--	---	---	--	--	--	--

						Experiencias personales de recuperación de BD: esto se evaluará mediante el Cuestionario de recuperación bipolar (BRQ; 37). Este cuestionario de 36 elementos mide las experiencias de recuperación de un individuo, como la comprensión personal de sí mismo, el sentido de agencia personal o la identificación de la recuperación como un proceso dinámico. Aceptación de la enfermedad: Esto será evaluado por la Escala de Estigma Interiorizado de Enfermedad Mental (ISMI ;) y la Escala Insight de Trastornos del Estado de Ánimo (MDIS		
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Autores, año, país	Duración del estudio	Características de los participantes	Intervención	Seguimiento	Pérdidas en el seguimiento	Instrumentos	Resultados	Conclusiones
Williams, Alatiq , Crane,, Barnhofer, T., Fennell, M. J., Duggan, Hepburn, , & Goodwin, (2008).	8 semanas	Los participantes de entre 18 y 65 años que cumplieron con los criterios de inclusión (al menos un episodio previo de depresión mayor	Durante el ensayo, se alentó a ambos grupos de pacientes a continuar asistiendo a citas ambulatorias, recibir medicamentos y beneficiarse de	Al final del tratamiento	15 participantes no asistieron a su primera evaluación o se retiraron después de la	Los participantes fueron entrevistados utilizando la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional MINI (Sheehan et al., 1998) para establecer la historia	Los resultados sugieren que MBCT condujo a mejores resultados inmediatos en términos de ansiedad que fueron específicos para el grupo bipolar. Tanto los	Sugiere un efecto inmediato de MBCT sobre la ansiedad y los síntomas depresivos entre los participantes bipolares con ideación o comportamiento suicida, e

UK		<p>acompañado de ideación suicida grave) fueron reclutados de médicos generales y psicólogos / psiquiatras locales y de la comunidad. Se requirió que todos los participantes cumplieran con los criterios del NIMH para la recuperación en el momento de la participación (no más de una semana de síntomas depresivos mínimos en las últimas 8 semanas) y que no hubieran experimentado episodios maníacos durante al menos 6 meses</p> <p>68 participantes que fueron asignados al azar (ocultos del equipo del ensayo) al tratamiento inmediato con MBCT (24 unipolares, 9 bipolares) o a la condición de control de la lista de espera (27 unipolares, 8 bipolares)</p>	<p>cualquier otro servicio que de otro modo habrían recibido. En la evaluación posterior a la evaluación, los participantes fueron entrevistados sobre el tratamiento recibido durante su período de participación en el estudio. En el grupo control, 4 participantes habían recibido otra psicoterapia visitando a sus psiquiatras (3 unipolares, 1 bipolar), mientras que en el grupo MBCT 4 participantes lo habían hecho (2 unipolares, 2 bipolares). Ninguno de los participantes informó haber utilizado meditación o yoga sin MBCT con fines terapéuticos durante su período de prueba.</p> <p>Las clases de MBCT fueron dirigidas por dos terapeutas experimentados con reconocida experiencia en la entrega de terapia cognitiva y MBCT. Las clases incluyeron de 12 a 15 participantes y se reunieron semanalmente durante 2 horas durante un período de</p>		<p>primera evaluación Se dispuso de datos de seguimiento de 21 participantes unipolares y 7 bipolares en el grupo MBCT y de 20 participantes unipolares y 7 bipolares en el grupo de lista de espera.</p>	<p>psiquiátrica. Después de esto, los participantes completaron una serie de otras medidas de evaluación. Inventario de depresión de Beck (BDI-II) (Beck et al., 1996). Autoinforme de 21 ítems bien establecido utilizado para medir la gravedad de los síntomas depresivos. Beck Anxiety Inventory (BAI) (Beck y Steer, 1990) Autoinforme de 21 ítems que mide los síntomas comunes de la ansiedad. La escala es fiable y válida y es capaz de diferenciar la ansiedad de la depresión.</p>	<p>participantes bipolares como los unipolares asignados a MBCT mostraron reducciones en los síntomas depresivos residuales en relación con la condición de lista de espera.</p>	<p>indica que se puede justificar una mayor investigación sobre el uso de MBCT con pacientes bipolares.</p>
----	--	--	---	--	---	---	--	---

			<p>8 semanas, incluido un día completo de práctica de meditación después de la semana 6. También se les pidió a los participantes que completaran la tarea (incluida la práctica diaria de meditación, observaciones de pensamientos, sentimientos y reacciones corporales) que se esperaba que tomara al menos 45 minutos por día, 6 días por semana.</p>					
--	--	--	--	--	--	--	--	--

**ANEXO IV. HERRAMIENTA PARA EVALUAR EL RIESGO DE SESGO DE
LOS ENSAYOS CLÍNICOS PROPUESTA POR LA COLABORACIÓN
COCHRANE (HIGGINS 2011)**

ESTUDIO: Wright et al (2021)

DOMINIO	RIESGO DE SESGO	JUSTIFICACIÓN
Generación de la secuencia de aleatorización (sesgo de selección)	Alto Bajo Poco claro	Los participantes se asignaron al azar en una proporción de 1: 1, con minimización por sitio de ensayo y estado de la medicación.
Ocultamiento de la secuencia de aleatorización (sesgo de selección)	Alto Bajo Poco claro	Los participantes se eligieron al azar a través de un sitio web de la Unidad de Ensayos Clínicos de Exeter. Uso del azar simple y procedimiento de minimización
Enmascaramiento de investigadores, personal implicado en el estudio o participantes en el estudio (sesgo de realización) Nota: evaluar para cada desenlace o grupo de desenlaces relevante	Alto Bajo Poco claro	Estaban bien informados de lo que se iba a hacer.
Enmascaramiento de la evaluación o medida de los resultados (sesgo de detección) Nota: evaluar para cada desenlace o grupo de desenlaces relevante	Alto Bajo Poco claro	Los investigadores de las evaluaciones de seguimiento desconocían la asignación y no conocían el estado del participante.
Datos de los resultados incompletos (sesgo de desgaste) Nota: evaluar para cada desenlace o grupo de desenlaces relevante	Alto Bajo Poco claro	Se describen los detalles de abandono de los participantes y el principal motivo. Los motivos de las inclusiones y exclusiones, etc.
Descripción selectiva de los resultados (sesgo de descripción selectiva de los resultados)	Alto Bajo Poco claro	Se explican los resultados con todo lujo de detalles

ESTUDIO: Afshari, B. et al (2020).

DOMINIO	RIESGO DE SESGO	JUSTIFICACIÓN
<p>Generación de la secuencia de aleatorización (sesgo de selección)</p>	<p>Alto Bajo Poco claro</p>	<p>Los pacientes fueron asignados al azar en cada una de las condiciones de estudio. De esta manera, todos los participantes tuvieron la misma oportunidad de formar parte de la intervención.</p>
<p>Ocultamiento de la secuencia de aleatorización (sesgo de selección)</p>	<p>Alto Bajo Poco claro</p>	<p>Se asignaron los participantes al azar.</p>
<p>Enmascaramiento de investigadores, personal implicado en el estudio o participantes en el estudio (sesgo de realización) Nota: evaluar para cada desenlace o grupo de desenlaces relevante</p>	<p>Alto Bajo Poco claro</p>	<p>Los investigadores sabían la terapia que se iba a aplicar, así como todos los pacientes sabían el objetivo de cada sesión.</p>
<p>Enmascaramiento de la evaluación o medida de los resultados (sesgo de detección) Nota: evaluar para cada desenlace o grupo de desenlaces relevante</p>	<p>Alto Bajo Poco claro</p>	<p>Tanto el terapeuta como el coterapeuta sabían las técnicas de medida de resultados que se llevaban a efecto.</p>
<p>Datos de los resultados incompletos (sesgo de desgaste) Nota: evaluar para cada desenlace o grupo de desenlaces relevante</p>	<p>Alto Bajo Poco claro</p>	<p>Se explican detalladamente los motivos de abandono de los participantes, el número de exclusiones o inclusiones, el diagrama del estudio con estas últimas, etc.</p>
<p>Descripción selectiva de los resultados (sesgo de descripción selectiva de los resultados)</p>	<p>Alto Bajo Poco claro</p>	<p>Se abordan los contenidos de los resultados de todas las pruebas, procedimientos realizados, etc.</p>

ESTUDIO: GOLDSTEIN, et al. (2015)

DOMINIO	RIESGO DE SESGO	JUSTIFICACIÓN
<p>Generación de la secuencia de aleatorización (sesgo de selección)</p>	<p>Alto Bajo Poco claro</p>	<p>Los pacientes se asignaron utilizando una aleatorización 2:1 a TDC o Tratamiento usual.</p>
<p>Ocultamiento de la secuencia de aleatorización (sesgo de selección)</p>	<p>Alto Bajo Poco claro</p>	<p>Tras las entrevistas de inclusión al estudio, se aleatorizaron a los participantes en los dos grupos, de manera, que tenían la misma posibilidad de formar parte del grupo de tratamiento.</p>
<p>Enmascaramiento de investigadores, personal implicado en el estudio o participantes en el estudio (sesgo de realización) Nota: evaluar para cada desenlace o grupo de desenlaces relevante</p>	<p>Alto Bajo Poco claro</p>	<p>Los investigadores fueron reclutados de la clínica Especializada de Servicios Bipolares para Niños y Adolescentes (CABS, en inglés) en el Instituto y Clínica Psiquiátrica del equipo de tratamiento de CABS. Sabían perfectamente el propósito del estudio, así como recibieron capacitación. Los supervisores eran conscientes de todo el trabajo que se iba realizando, asegurando que los propósitos se cumplían, semana a semana. Además, a los adolescentes y padres se les explicó todos los procedimientos que se realizarían.</p>
<p>Enmascaramiento de la evaluación o medida de los resultados (sesgo de detección) Nota: evaluar para cada desenlace o grupo de desenlaces relevante</p>	<p>Alto Bajo Poco claro</p>	<p>Se realizaron evaluaciones trimestrales durante 1 año con un evaluador con nivel de maestría ciego al grupo de tratamiento.</p>
<p>Datos de los resultados incompletos (sesgo de desgaste) Nota: evaluar para cada desenlace o grupo de desenlaces relevante</p>	<p>Alto Bajo Poco claro</p>	<p>Describe la compleción de los resultados de los aspectos estudiados. Se explican el número de pacientes incluidos en el estudio y excluidos por no cumplir con los criterios. Se expone un diagrama de la secuencia de estudio</p>
<p>Descripción selectiva de los resultados (sesgo de descripción selectiva de los resultados)</p>	<p>Alto Bajo Poco claro</p>	<p>Se especifica las mejoras resultantes de cada uno de los tratamientos sin seleccionar propiamente resultados concretos.</p>

ESTUDIO: Sheri Van Dijk, Janet Jeffrey, Mark R. Katz (2013)

DOMINIO	RIESGO DE SESGO	JUSTIFICACIÓN
<p>Generación de la secuencia de aleatorización (sesgo de selección)</p>	<p>Alto Bajo Poco claro</p>	<p>Los pacientes fueron aleatorizados al azar</p>
<p>Ocultamiento de la secuencia de aleatorización (sesgo de selección)</p>	<p>Alto Bajo Poco claro</p>	<p>Se describe cómo llevaron a cabo la elegibilidad para el estudio y posterior asignación aleatoria.</p>
<p>Enmascaramiento de investigadores, personal implicado en el estudio o participantes en el estudio (sesgo de realización) Nota: evaluar para cada desenlace o grupo de desenlaces relevante</p>	<p>Alto Bajo Poco claro</p>	<p>Los investigadores sabían en todo momento las pruebas que se pasaron, los motivos de la evaluación. etc.</p>
<p>Enmascaramiento de la evaluación o medida de los resultados (sesgo de detección) Nota: evaluar para cada desenlace o grupo de desenlaces relevante</p>	<p>Alto Bajo Poco claro</p>	<p>Los investigadores eran conscientes de las pruebas que se estaban realizando.</p>
<p>Datos de los resultados incompletos (sesgo de desgaste) Nota: evaluar para cada desenlace o grupo de desenlaces relevante</p>	<p>Alto Bajo Poco claro</p>	<p>No se dan a conocer posibles exclusiones en el estudios.</p>
<p>Descripción selectiva de los resultados (sesgo de descripción selectiva de los resultados)</p>	<p>Alto Bajo Poco claro</p>	<p>Se hacen alusiones detalladas a todos los resultados encontrados.</p>

ESTUDIOS DE MINDFULNESS

ESTUDIO: Perich et al (2013)

DOMINIO	RIESGO DE SESGO	JUSTIFICACIÓN
<p>Generación de la secuencia de aleatorización (sesgo de selección)</p>	<p>Alto Bajo Poco claro</p>	<p>Los participantes fueron reclutados a través de anuncios en periódicos y volantes en la comunidad local. Se evaluaron por teléfono. Fueron evaluados con el SCID-I, CIDI, YMRS y MADRS. Después se asignaron al azar al grupo de MBCT y tratamiento habitual. Se realizó mediante una lista de aleatorización generada por computadora.</p>
<p>Ocultamiento de la secuencia de aleatorización (sesgo de selección)</p>	<p>Alto Bajo Poco claro</p>	<p>Se describe claramente la secuencia de aleatorización de modo que hubo la misma oportunidad de los participantes para realizar el programa.</p>
<p>Enmascaramiento de investigadores, personal implicado en el estudio o participantes en el estudio (sesgo de realización) Nota: evaluar para cada desenlace o grupo de desenlaces relevante</p>	<p>Alto Bajo Poco claro</p>	<p>El sesgo es bajo aunque en las evaluaciones iniciales de asignación de tratamiento las realizó un evaluador independiente ciego.</p>
<p>Enmascaramiento de la evaluación o medida de los resultados (sesgo de detección) Nota: evaluar para cada desenlace o grupo de desenlaces relevante</p>	<p>Alto Bajo Poco claro</p>	<p>No hay cegamiento de los evaluadores a la hora de evaluar el resultado.</p>
<p>Datos de los resultados incompletos (sesgo de desgaste) Nota: evaluar para cada desenlace o grupo de desenlaces relevante</p>	<p>Alto Bajo Poco claro</p>	<p>Se incluyen abandonos y exclusiones, los números en cada grupo de intervención, los motivos de las deserciones o exclusiones.</p>
<p>Descripción selectiva de los resultados (sesgo de descripción selectiva de los resultados)</p>	<p>Alto Bajo Poco claro</p>	<p>Se describen detalladamente cada uno de los resultados.</p>

ESTUDIO: Ives- Deliperi (2013)

DOMINIO	RIESGO DE SESGO	JUSTIFICACIÓN
<p>Generación de la secuencia de aleatorización (sesgo de selección)</p>	<p>Alto Bajo Poco claro</p>	<p>No se explica el método de aleatorización de los participantes.</p>
<p>Ocultamiento de la secuencia de aleatorización (sesgo de selección)</p>	<p>Alto Bajo Poco claro</p>	<p>No hay asignación sesgada a la intervención, No hay ocultación inadecuada de las asignaciones antes de asignarlas.</p>
<p>Enmascaramiento de investigadores, personal implicado en el estudio o participantes en el estudio (sesgo de realización) Nota: evaluar para cada desenlace o grupo de desenlaces relevante</p>	<p>Alto Bajo Poco claro</p>	<p>Los participantes del experimento no son cegados, tanto los profesionales como los pacientes son informados de lo que se va a hacer.</p>
<p>Enmascaramiento de la evaluación o medida de los resultados (sesgo de detección) Nota: evaluar para cada desenlace o grupo de desenlaces relevante</p>	<p>Alto Bajo Poco claro</p>	<p>Los evaluadores sabían en todo momento las medidas de resultado que se estaban tomando.</p>
<p>Datos de los resultados incompletos (sesgo de desgaste) Nota: evaluar para cada desenlace o grupo de desenlaces relevante</p>	<p>Alto Bajo Poco claro</p>	<p>No se describe los abandonos del experimento aunque si se señalan los motivos de inclusión y exclusión del estudio.</p>
<p>Descripción selectiva de los resultados (sesgo de descripción selectiva de los resultados)</p>	<p>Alto Bajo Poco claro</p>	<p>Los investigadores notifican cada uno de los resultados de manera detallada.</p>

ANEXO V. CUESTIONARIOS USADOS EN LAS INVESTIGACIONES

BDI-II: Inventario de depresión de Beck

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J (1961) An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4:561–71.

El BDI-II es un autoinforme compuesto por 21 ítems que se califica en una escala tipo Likert del 0 a 3. La misma, valúa la gravedad de la depresión en pacientes, ya sean adolescentes o adultos, con edad mayor de 13 años.

La puntuación es la suma de las respuestas a los 21 ítems. Si una persona ha elegido varias opciones en un ítem, se toma la opción con la puntuación más alta.

MADRS: Escala de valoración de la depresión de Montgomery Åsber

Montgomery SA, Åsberg M. (1979). A new depression rating scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry*, 134:382–9.

Instrumento de 10 ítems, cuyas preguntas se realizan durante una entrevista clínica, con los que se valoran los problemas del estado de ánimo, físico y el sueño, propios de la depresión. Va de lo más general a lo más específico.

PHQ-9: Cuestionario de Salud del Paciente

Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB (1999). Patient Health Questionnaire Primary CareNStudy Group. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD:the PHQ primary care study. *JAMA*, 282(18):1737–44.

El PHQ-9 es un cuestionario que consta de 9 ítems que evalúan la gravedad de la sintomatología depresiva en varios aspectos: insomnio, energía, alimentación, concentración, funcionamiento, autopercepción y pensamientos suicidas, en las últimas 2 semanas. Las respuestas van desde 0 (nada) a 3 (casi todos los días).

HDRS: Escala de calificación de depresión de Hamilton

Hamilton M (1986). The Hamilton rating scale for depression. In: *Assessment of depression*. Berlin: Springer, 143–52 p.

Es un cuestionario de 17 ítems que evalúa la gravedad de los síntomas de la depresión. Consta de 3 índices principales: melancolía, ansiedad y alteraciones del sueño. Los ítems se valoran de 0 -2 en unos y de 0-4 en otros. La suma máxima de puntuación es de 52 puntos.

HADS: Escala Hospitalaria de ansiedad y depresión.

Zigmond, A.S., Snaith, R.P (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 67, 361–370.

Dicha escala está estructurada en 2 subescalas de 7 ítems, que son la subescala de depresión (centrada en la anhedonia como síntoma nuclear) y la de ansiedad. Mide su sintomatología en la última semana. Se responde en una escala tipo Likert de 0-3, donde una puntuación de 0-7 (normal), 8-10 (dudoso), 11 o más (problema clínico).

DASS: Escalas de depresión, ansiedad y estrés

Crawford JR, Henry JD (2003). The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *Br J Clin Psychol*, 42:111–131.

Se trata de un cuestionario de autoinforme compuesto por las subescalas de depresión, ansiedad y estrés. Cada una tiene 7 ítems que se responden en una escala de tipo Likert de 4 puntos

DRS: Escala de calificación de la depresión

Burrows A, Morris JN, Simon S, Hirdes JP, Phillips C. 2000. Development of a Minimum Data Set-based Depression Rating Scale for Use in Nursing Homes. *Age and Ageing* 29(2), 165–72.

La DRS está compuesta por siete ítems que se evalúan de 0 a 3 y miden la depresión.

- Hizo declaraciones negativas 0-3
- Ira persistente consigo mismo o con los demás 0-3
- Expresiones (incluidas las no verbales) de lo que parece ser miedos irreal
0–3
- Problemas de salud repetitivos 0–3
- Quejas/preocupaciones ansiosas repetitivas (no relacionadas con la salud)
0–3
- Expresión facial de tristeza, dolor, preocupación 0–3

YMRS: Young mania rating scale

Young, R.C., Biggs, J.T., Ziegler, V.E., Meyer, D.A (1978). A rating scale for mania:reliability, validity and sensitivity. *British Journal of Psychiatry* 133, 429–435.

La escala tiene 11 ítems y se basa en el informe subjetivo del paciente sobre su estado clínico durante las 48 horas anteriores.

La información adicional se basa en las observaciones clínicas realizadas durante el transcurso de la entrevista clínica.

Evalúa los síntomas principales de la manía

BMRS: Bech Mania Rating Scale

Bech P, Rafaelsen OJ, Kramp P, Bolwig TG (1978). The mania rating scale: scale construction and inter-observer agreement. *Neuropharmacology*, 17, 430–1.

Evalúa la presencia e intensidad de los síntomas de la manía según los criterios de la CIE-10 y del DSM-IV.

Está compuesta por 11 ítems. Y se puntúan del 0-4 con lo que se pueden determinar los siguientes resultados: sin manía: 0–6; duda sobre la manía: 7–10; Hypomania: 11–14; manía moderada: 15–24; manía severa: 25–44

ALIFE: Evaluación Longitudinal de Seguimiento de Adolescentes

Keller MB, Lavori PW, Friedman B, Nielsen E, Endicott J, McDonald-Scott P, Andreasen NC (1987). The Longitudinal Interval Follow-Up Evaluation: A comprehensive method for outcome in prospective longitudinal studies. *Arch Gen Psychiatry*, 44, 540–548.

Es un sistema integrado para evaluar el curso longitudinal de los trastornos psiquiátricos. Consiste en una entrevista semiestructurada, un folleto de instrucciones, una hoja de codificación y un conjunto de materiales de capacitación. Un entrevistador utiliza el LIFE para recopilar información psicosocial, psicopatológica y de tratamiento detallada para un intervalo de seguimiento de seis meses.

SOSI: Inventario de Síntomas de Estrés

Leckie, M., Thompson, E (1979). Symptoms of Stress Inventory. A Self-assessment. University of Washington: Seattle.

Autoinforme de 31 ítems que evalúa el estrés académico.

BAI: Índice de Ansiedad de Beck

Beck, A. T. y Steer, R. (1993). Beck Anxiety Inventory manual. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Inventario de autoinforme de lápiz y papel de 21 ítems. No obstante, se puede administrar como una entrevista si es necesario.

Valora la presencia de síntomas de ansiedad y su gravedad. Desarrollado con el objetivo de discriminar de manera más fiable entre ansiedad y depresión.

GAD-7: Escala del trastorno de Ansiedad Generalizada

Spitzer, R. L.; Kroenke, K.; Williams, J. B. W.; Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10):1092–1097

Esta escala consta de 7 preguntas que se puntúan entre 0-3 (nunca, menos de la mitad de los días, más de la mitad de los días, casi todos los días), que giran en torno a la presencia de síntomas de ansiedad, siendo el intervalo de puntuación entre 0-21. Un resultado superior a 10, indica la consulta de un profesional de la Salud.

0–4	No se aprecia ansiedad
5–9	Se aprecian síntomas de ansiedad leves
10–14	Se aprecian síntomas de ansiedad moderados
15–21	Se aprecian síntomas de ansiedad severos

STAI: Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo.

Spielberger CD (1983). State-trait anxiety inventory for adults. Redwood City: Mind Garden.

El cuestionario STAI está compuesta por dos escalas diferentes que miden conceptos independientes de la ansiedad:

- 1) La ansiedad como estado, se conceptualiza como un estado donde los sentimientos subjetivos, los que se perciben son de tensión y aprensión, así como de hiperactividad del SNA.
- 2) La ansiedad como rasgo, se trata de una característica estable de propensión ansiosa y que varía de individuo a individuo. De esta manera, los sujetos difieren en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras.

Cada una está compuesta por 20 ítems, midiendo el concepto para el que fue realizado. Puede ser autoadministrado y se puede realizar en grupo o individualmente. No hay límite de tiempo.

DASS: Escalas de depresión, ansiedad y estrés

Lovibond SH, Lovibond PF (1995). Manual for the depression anxiety stress scales, 2nd edn. Sydney: Psychology Foundation.

Dicho cuestionario consta de 3 escalas que evalúan la intensidad y presencia de depresión, ansiedad y estrés. Con él, se recoge si los síntomas se han tenido durante la última semana y se responde en una escala tipo Likert de 0 a 3 puntos. Cada subescala tiene 7 ítems y la puntuación total se obtiene con la suma de cada uno, variando entre 0-21 puntos.

ACS: Escala de control afectivo

Williams, K. E., Chamblesst, D. L. Y Ahrens, A. (1997). Are emotions frightening? An extension of the fear of fear construct. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 239-248

Se trata de un cuestionario de 42 ítems y mide la capacidad de control de las emociones. Se califica en una escala likert de 7 puntos de 1 (muy en desacuerdo) a 7 (muy de acuerdo). Está constituida, además, por 4 subescalas: Ira, Afecto positivo, Estado de ánimo deprimido y Ansiedad. Se puntúa utilizando la media de las puntuaciones de los ítems, aunque hay cálculos que se realizan de forma inversa; una puntuación total se calcula de la misma manera.

DERS: Escala de dificultades en regulación emocional

Gratz KL, Roemer L (2004) Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the

Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology Behavior Assess* 26, 41- 54.

Se trata de un cuestionario de 36 ítems que pretende medir varias características de la desregulación emocional, que atendiendo a los autores, se integran en 6 factores:

- a) No aceptación de las emociones: hace referencia a la reacción poco adaptativa a las respuestas de uno mismo y de los otros.
- b) Dificultades en la consecución de metas cuando uno/a está alterado. Emociones que interfieren en la consecución de una meta.
- c) Dificultad para controlar comportamientos impulsivos. Se refiere a problemas para controlar el comportamiento cuando se tiene una emoción de alta intensidad.
- d) Acceso limitado a estrategias de regulación emocional
- e) Falta de conciencia emocional, para reconocer y darse cuenta de las emociones que uno tiene.
- f) Falta de claridad emocional, es decir, mide dificultades para diferenciar las emociones mientras se experimentan.

DAS-24: Escala de Actitudes Disfuncionales 24

Weissman AN (1975): The dysfunctional attitude scale: a validation study. *Dis Abstr Int*, 40, 1389–1390B.

Se trata de un cuestionario de 24 ítems que valora actitudes disfuncionales de 3 factores: el logro, la dependencia y el autocontrol. Cada creencia o actitud, es valorada en una escala Likert de 7 categorías: totalmente de acuerdo, muy de acuerdo, poco de acuerdo, neutral, un poco en desacuerdo, muy en desacuerdo y totalmente en desacuerdo.

Cada ítem, por tanto, se puntúa en un intervalo de 1-7, siendo la puntuación total en actitud disfuncional, la suma de cada ítem. Para cada pregunta, una

puntuación de 1 corresponde a una forma adaptativa de responder, mientras que una de 7, de manera, maladaptativa.

BRQ: Cuestionario de Recuperación Bipolar

Jones S, Mulligan LD, Higginson S, Dunn G, Morrison AP, (2013). The bipolar recovery questionnaire: psychometric properties of a quantitative measure of recovery experiences in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 147(1–3), 34–43.

El Cuestionario de Recuperación Bipolar se desarrolló para entender más sobre recuperación en el trastorno bipolar.

Consiste en un cuestionario de 36 ítems que se puntúan en una escala likert de 0 a 100, donde (0) es muy en desacuerdo, (25) en desacuerdo, (75) de acuerdo, y (100) muy de acuerdo. La puntuación total del BRQ se calcula sumando las puntuaciones individuales de todos los ítems, siendo 12 de ellos invertidos. Una puntuación alta indica una gran percepción de recuperación. Además, la escala incluye ítems positivos y negativos para detectar la aquiescencia.

ELEA: Escala de Labilidad emocional abreviada

Oliver MN and Simons JS (2004). The affective lability scales: development of a short-form measure. *Personality and Individual Differences*, 37(6), 1279–88.

En la investigación de Wright et al (2021) se usó la versión corta de 18 ítems que se referencia en el párrafo anterior. La escala original de 54 ítems fue desarrollada para mirar el funcionamiento afectivo. Específicamente, mide los cambios entre estados eutímicos y depresión, ansiedad, ira e hipomanía, así como, las variaciones existentes entre la hipomanía y la depresión y la ansiedad y depresión. La misma, incluyó ítems que describían el cambio a nivel afectivo de personas desde un estado de ánimo normal (eutímico) a otro que incluye euforia,

depresión e ira. Además, la escala está compuesta por seis factores: depresión, ansiedad, euforia, depresión/ansiedad, ira y afecto bifásico.

CALS: Escala de labilidad afectiva infantil

Gerson AC, Gerring JP, Freund L. and Joshi P (1996): The children's affective lability scale: A psychometric evaluation of reliability. *Psychiatry Research* 65, 189–197.

Se trata de un cuestionario de 20 ítems, que responden los padres de niños entre 6-16 años. Fue normalizado con niños/as normalmente escolarizados y con niños/as hospitalizados. Mide la labilidad emocional, entendida como cambios rápidos en la expresión emocional.

SIQJr: Cuestionario de Ideación Suicida-Junior

Reynolds W.M (1987): Suicidal ideation Questionnaire-Junior. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources Inc.

Se trata de un cuestionario de 15 ítems que mide los pensamientos suicidas en una escala de 7 puntos (casi siempre, un par de veces a la semana, una vez a la semana, un par de veces al mes, una vez al mes, tuve este pensamiento antes pero no en el mes pasado, nunca he tenido este pensamiento). La puntuación va de 0 a 90.

QoL-BD: Escala breve de calidad de vida en el trastorno bipolar

Michalak EE, Murray G, Crest. BD (2010). Development of the QoL. BD: a disorder-specific scale to assess quality of life in bipolar disorder. *Bipolar Disorder*, 12(7), 727–40.

Cuestionario de 56 ítems que aborda preguntas sobre las experiencias, comportamientos y sentimientos relacionados con la calidad de vida y que se valoran en una escala likert del 1-5 (muy en desacuerdo - muy de acuerdo)

MSES: Escala de autoeficacia basada en mindfulness

Cayoun, B.A., Freestun, J. (2004). Mindfulness-based self-efficacy scale (MSES). Retrieved from <http://www.mindfulness.net.au/mses/S>.

Es una escala en la que se miden los niveles de autoeficacia percibida antes, durante y después de los programas de terapia basados en la atención plena. A menor puntuación, menor autoeficacia en el uso de habilidades de atención plena.

El MSES fue originalmente un cuestionario de autoinforme de 35 elementos que miden autoeficacia percibida desde 0 (nada) a 4 (totalmente) que se distribuyen en 7 subescalas: Comportamiento, Cognición, Interocepción, Afecto, Interpersonal, Evitación y Atención plena.

FFMQ : Cuestionario de atención plena de cinco facetas

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

Baer, R., Smith, G., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., Walsh, E., Duggan, D., Williams, J. (2008). Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment* 15, 329–342.

Es un cuestionario creado por Ruth A. Baer, que consta de 39 ítems y mide la tendencia a utilizar la atención plena a partir de las habilidades de observación, descripción, actuar con conciencia, ausencia de juicio y ausencia de reactividad.

Se califica en una escala tipo Likert que va desde 1 (nunca o muy raramente) a 5 (muy a menudo o siempre).

MAAS: Escala de Consciencia de Atención Consciente

Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822–848. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>

Consta de 15 ítems que evalúa la capacidad del participante para mantener una atención plena, es decir, estar atento y consciente del momento presente. Se mide a través de una escala tipo Likert de 1 (casi siempre) a 6 (casi nunca). De estas puntuaciones se interpreta que, a mayor puntuación, mayor habilidad para la atención plena.

KIMS: Inventario de Kentucky de Habilidades de Atención Plena

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

El inventario consta de 39 ítems evaluados mediante una escala tipo Likert que va desde 1 (Raramente) a 4 (Casi siempre). Se miden las habilidades de: Observación, Descripción, Actuación consciente y No juzgar la experiencia interna.

RSQ: Cuestionario de estilo de respuesta

Original: Nolen-Hoeksema S, Morrow J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta earthquake. *J Pers Soc Psychol*, 61, 115–121.

Adaptación: Thomas J, Bentall RP (2002). Hypomanic traits and response styles to depression. *Br J Clin Psychol*, 41, 309–313.

Características: La versión inicial estuvo compuesta por 71 ítems que se agrupaban en cuatro dimensiones: respuestas rumiativas, respuestas distractoras, resolución de problemas y actividades de riesgo.

En el estudio se usó una adaptación de 48 ítems adaptada por Thomas y Bentall. Esta está compuesta por 3 subescalas: rumiación, afrontamiento adaptativo y toma de riesgos.

TOL: Tarea de la Torre de Londres

Shallice, T. (1982). Specific impairments of planning. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London, Biology*, 298, 199 - 209

Esta tarea implica iniciar un plan y sostenerlo durante la realización. Para ello debe inhibir los distractores y saber cuándo es necesario cambiar o no de estrategia. El participante tiene de dos a cinco movimientos que se deben realizar con tres bolas que se deben introducir en unas varillas, con el objetivo de reproducir modelos.

Evalúa la planificación que aparece en lesiones prefrontales.

WSCT: Tarea de clasificación de tarjetas de Wisconsin

Heaton, R.K. (1981). *Wisconsin Card Sorting Test Manual*. Odessa (FL). Psychological Assessment Resource Inc.

La WSCT consta de dos juegos de 64 cartas, que se dividen en tres categorías: Forma, color y número. En la tarea el participante debe ordenar las cartas según un criterio concreto, por ejemplo, forma. Cuando el participante consigue realizar correctamente este criterio, se cambia a otro, por ejemplo, color, sin previo aviso.

Se evalúa la habilidad para la resolución de conflictos, capacidad de abstracción, flexibilidad y cambio de estrategias cognitivas. Se utiliza para generar cambios en el set de respuestas.

DHA: Tarea de Dígitos hacia Atrás

La tarea Digit Span se encarga de la memoria de trabajo y evalúa la capacidad de retener información en la MCP y obtener un resultado.

FCT y COWAT: Figura compleja de rey y test COWAT

FCT

Rey, A. (1997). Test de copia y de reproducción de memoria de figuras geométricas complejas. Madrid: TEA ediciones.

Se realizan dos tareas: Copiar el modelo de la Figura de Rey (Fase de copia) y reproducir la figura según lo que la persona recuerde, sin ayuda de ningún tipo (Fase de reproducción de memoria).

TEST COWAT:

Benton, A. L., & Hamsher, K. (1976). *Multilingual aphasia examination (2nd ed.)*. Iowa City, IA: AJA Associates.

Es un test que evalúa la fluidez verbal. Consta de dos partes: la evaluación de la fluidez verbal fonética (contabilizar la cantidad de palabras que empiecen por una letra determinada, por ejemplo, F, que el sujeto pueda verbalizar durante un minuto) y la evaluación de la fluidez verbal semántica (contar la cantidad de palabras que el sujeto pueda verbalizar durante un minuto). La tarea dura entre 5 y 10 minutos y consta de 6 ítems.

BARS: Escala breve de calificación de adherencia para la adherencia a la medicación

Byerly MJ, Nakonezny PA, Rush AJ (2008). The Brief Adherence Rating Scale (BARS) validated against electronic monitoring in assessing the antipsychotic

medication adherence of outpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Res.*, 100(1–3), 60–9.

Esta escala evalúa la adherencia a la medicación antipsicótica oral. Se realizan tres preguntas al paciente acerca de si la persona conoce su prescripción, las tomas de medicación omitidas y las veces que ha tomado menos medicación de la que le corresponde.

MBCT-AS : Adherencia a la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness

Segal, Z. V., Teasdale, J. D., Williams, J. M., & Gemar, M. C. (2002). The Mindfulness-Based Cognitive Therapy Adherence Scale: Inter-rater reliability, adherence to protocol and treatment distinctiveness. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9(2), 131–138 <https://doi.org/10.1002/cpp.320>

Consta de 17 ítems que miden la adherencia terapéutica al protocolo de tratamiento de la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT).