

EFFECTIVIDAD DEL MBCT PARA EL TRASTORNO BIPOLAR: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

THE EFFECTIVENESS OF MBCT FOR BIPOLAR DISORDER: A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW

Robmarie López-Soto

Departamento de Psicología Clínica, Ponce Health Sciences University

Domingo Marqués-Reyes

Departamento de Psicología Clínica, Universidad Carlos Albizu

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

López-Soto, R. y Marqués-Reyes, D. (2016). Efectividad del MBCT para el Trastorno Bipolar: Una Revisión Sistemática. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 231-249.

Resumen

Las personas con el trastorno bipolar (TB) presentan déficits neurocognitivos que dificultan el manejo de síntomas afectivos, las relaciones interpersonales y la auto-regulación. La práctica de atención plena o mindfulness se encuentra asociada a mejoras en la regulación afectiva y en el funcionamiento neurocognitivo general, por lo cual se hipotetizó que un acercamiento basado en atención plena mejoraría la auto-regulación en pacientes con TB. La terapia cognitiva basada en atención plena (MBCT, por sus siglas en inglés), inicialmente creada para el tratamiento de la Depresión Mayor (Segal, Williams & Teasdale, 2002), fue posteriormente adaptada para TB, por lo cual se realizó una revisión de literatura (n=10) para evaluar las particularidades de su efectividad. Se realizó una búsqueda en las bases de datos PubMed, PsychINFO, PsychArticles y CINAHL utilizando los términos "MBCT and Bipolar Disorder", "MBCT y Trastorno Bipolar" y "MBCT y Bipolaridad". Revisiones de literatura, artículos no disponibles en inglés o español y estudios enfocados en el uso de MBCT para otras condiciones, fueron excluidos. Los resultados sugieren que el MBCT se encuentra asociado a mayor estabilidad emocional, adherencia al tratamiento y mejoría en el funcionamiento neurocognitivo de los pacientes con TB, particularmente aquellos que han experimentado más de 12 episodios afectivos en el transcurso de su vida.

Palabras Clave: *trastornos del ánimo, trastorno bipolar, atención plena, MBCT, terapias cognitivas*

Abstract

Individuals with Bipolar Disorder (BD) often present associated neurocognitive deficits that adversely influence self-regulation and quality of life. However, mindfulness-based practices are associated with significant improvements in attention, working memory, and emotion regulation. As such, we hypothesized that an intervention such as Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT), initially created for the treatment of Depression (Segal, Williams, & Teasdale, 2002), would effectively improve self-regulation in patients with BD. The following databases were searched for peer-reviewed articles pertaining to MBCT for BD: PubMed, PsychINFO, PsychArticles, and CINAHL, using the keywords: "MBCT and Bipolar Disorder", "MBCT y Trastorno Bipolar", and "MBCT y Bipolaridad". Literature reviews, articles unavailable in English or Spanish, and studies that addressed MBCT for other psychiatric conditions were excluded. Findings from the systematic literature review (n=10) suggest that MBCT is associated to significant improvements in emotional stability, neurocognitive functioning and treatment adherence, particularly in patients with a lifetime history of 12 or more affective episodes.

Keywords: *mood disorders, bipolar disorder, mindfulness, MBCT, cognitive therapy*

Fecha de recepción v1: 24/11/2015. Fecha de recepción v2: 14/02/2016. Fecha de aceptación: 22/02/2016.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: rlopez@stu.psm.edu

© 2016 Revista de Psicoterapia



La desregulación emocional es frecuente en el Trastorno Bipolar (TB), aún durante la fase eutímica (Caseras et al., 2015). El funcionamiento neurocognitivo también se encuentra comprometido en TB (Martínez-Arán et al., 2011; Palsson et al., 2013; Torres, Boudreau, & Yatham, 2007), mientras que aproximadamente un 90% de pacientes con bipolaridad presenta algún desorden de ansiedad (Holmes et al., 2008). La ansiedad es un potencial disparador de episodios afectivos debido a que predispone al individuo a la rumiación – propiciando depresión si es de índole negativa o hipo/manía si es de índole positiva. En ambos casos, aumenta el riesgo de conductas suicidas o de autodaño (Holmes et al., 2008; Simon, Hunkeler, Fireman, Lee, & Savarino, 2007).

La auto-regulación comprende los procesos involucrados en el manejo de la reactividad emocional, para responder adaptativamente a las exigencias del ambiente (Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer, 2010; Campbell-Sills & Barlow, 2007). Aunque la desregulación emocional subyace varias condiciones, los déficits característicos a TB se encuentran asociados a deficiencias neurocognitivas en atención, procesamiento de recompensas y memoria de trabajo, poco atribuibles al uso de estabilizadores de ánimo (Roiser et al., 2009; Yatham et al., 2010). Por otra parte, la adherencia al tratamiento es un reto tanto para el paciente como para el terapeuta, ya que los individuos con TB tienden a identificarse con su conducta maníaca y sufren al percibirse como incapaces de manejar sus emociones (Inder et al., 2008). Similarmente, la ambivalencia mostrada hacia sus relaciones interpersonales (Morris et al., 2009), es una fuente de conductas maladaptativas que refuerzan la tendencia a percibirse como inefectivo.

Tratamientos para el Trastorno Bipolar

Aunque la farmacoterapia continua siendo la modalidad principal de tratamiento, un estudio realizado por Gaudiano, Weinstock y Miller (2008) develó que aproximadamente el 60% de los pacientes con TB muestran dificultad para adherirse a la farmacoterapia, por temor a experimentar aplanamiento emocional (Vieta, 2007). Similarmente, un estudio realizado por Rusner, Carlson, Brunt y Nystrom (2010) encontró que la farmacoterapia mejora la calidad de vida en pacientes con TB, pero únicamente cuando la dosis no suprime por completo su vida emocional. De lo contrario, aumenta el riesgo de recaídas maníacas o episodios depresivos severos que propician la hospitalización.

Existen varias intervenciones psicosociales empíricamente válidas para el tratamiento de bipolaridad, cuales deberían ser implementadas según la severidad del cuadro clínico del paciente y su historial de adherencia al tratamiento. Según Bravo et al. (2013), la psicoeducación, la terapia interpersonal y de ritmos sociales (IPSRT) y la terapia cognitiva conductual (CBT) se encuentran entre las más recomendadas y utilizadas. No obstante, la efectividad de la terapia cognitiva conductual para TB aparenta disminuir con la cantidad y la severidad de los episodios afectivos experimentados (Colom & Lam, 2005; Deckersbach et al.,

2014; Holmes et al., 2008), resaltando tanto la heterogeneidad de la condición, como la importancia de escoger un tratamiento acorde al contexto clínico del paciente. Rusner et al. (2010) sugieren reenfocar la psicoterapia hacia el logro de un funcionamiento general óptimo en lugar de enfocar el tratamiento al logro de la remisión, ya que los síntomas afectivos residuales tienden a persistir en TB.

Atención Plena y el Trastorno Bipolar

Williams, Teasdale y Segal (2007) definen la atención plena o *mindfulness* como la consciencia que surge al prestar atención al presente, de forma no enjuiciante. Las intervenciones basadas en atención plena se consideran derivados del modelo cognitivo conductual, pero fomentan un nuevo modo de relacionarse con el contenido mental a través de la aceptación para manejar la incomodidad emocional. Según el modelo de procesamiento emocional de Gross (2001), los individuos que utilizan la supresión para regular emociones muestran mayor activación fisiológica, reflejando el esfuerzo cognitivo expendido en la inhibición afectiva. Además de comprometer la atención y la memoria, la supresión tiene repercusiones interpersonales. Butler, Egloff, Wilhelm, Smith, & Gross (2001) encontraron que la expresión de emociones positivas tiende a disminuir la activación fisiológica, tanto en el emisor como en el receptor; mientras que la supresión de emociones positivas llevó a mayor activación fisiológica en ambas partes, generando incomodidad afectiva y pobre atención durante la interacción. Por otra parte, Hay, Sheppes, Gross y Gruber (2014) encontraron que los participantes con TB-I en remisión tendieron a utilizar la distracción en situaciones de alta intensidad emocional, con igual frecuencia que el grupo control, sugiriendo que los individuos con TB-I conservan su capacidad para implementar estrategias de regulación emocional cuando son instruidos a hacerlo.

Según Murray et al. (2010) la práctica meditativa dirigida, i.e. practicar yoga, se encuentra relacionada con mejorías en el funcionamiento psicosocial y emocional, ya que se promueve la observación sin juicio de pensamientos y emociones. La terapia cognitiva basada en la atención plena (“Mindfulness Based Cognitive Therapy” o MBCT), inicialmente creada por Williams, Teasdale y Segal (2002) para prevenir recaídas depresivas, combina la terapia cognitiva con técnicas de atención plena para reducir el estrés. Se promueve la aceptación del presente, aunque también esto implique aceptar la incomodidad. Crear consciencia de los “pilotos automáticos” que sustentan el círculo vicioso de disforia y minusvalía es un objetivo principal del MBCT (Hoffman et al., 2011). Aunque varios estudios clínicos realizados con MBCT sustentan su eficacia al tratar la depresión, son pocos los estudios que trabajan la efectividad del MBCT para bipolaridad, por lo cual se realizó la presente revisión.

Método

En agosto de 2014 se realizó una búsqueda sistemática en las siguientes bases de datos: PubMed, PsychINFO, PsychArticles y CINAHL, utilizando los términos “MBCT and Bipolar Disorder”, “MBCT and Bipolar Spectrum”, “MBCT y Trastorno Bipolar” y “MBCT y Bipolaridad”. No se establecieron límites de fechas para ampliar el margen de los resultados. Se estableció en todas las búsquedas el criterio de “Peer Reviewed”.

Las investigaciones realizadas con MBCT debían estar enfocadas en algún aspecto del Trastorno Bipolar (I, II o NOS). Se incluyeron estudios secundarios realizados con MBCT y trastornos del ánimo, si TB estuvo representado considerablemente en la muestra. Se excluyeron estudios que: 1) Utilizaron MBCT, pero no incluyeron al TB; 2) Evaluaron intervenciones para el TB pero no utilizaron MBCT, 3) No estuvieron disponibles en inglés o en español. También se excluyeron revisiones de literatura, libros, reseñas de libros o artículos que no fuesen revisados por pares.

Resultados

La búsqueda develó un total de 2,164 artículos, de los cuales 2,124 fueron excluidos por irrelevancia al tema. De los restantes 36 artículos ($n=16$ PubMed, $n=20$ PsychINFO), cuatro fueron excluidos por ser revisiones de literatura, uno fue excluido por ser una propuesta de investigación, uno fue excluido por el idioma, dos fueron excluidos por evaluar la efectividad del MBCT para trastornos psiquiátricos de forma general, siete fueron excluidos por evaluar la efectividad de MBCT para otros trastornos, uno fue excluido por evaluar MBCT para adolescentes y 10 fueron excluidos por ser duplicados. Un total de 10 estudios fueron incluidos en la presente revisión. Las características generales de los estudios son resumidas en la Tabla 1 (Apéndice A). Un resumen de los hallazgos clínicos es presentado en la Tabla 2 (Apéndice B).

Características de los estudios

Participantes. Todos los estudios (10/10) incluyeron participantes diagnosticados con el Trastorno Bipolar tipo I o II. Aunque no se encontraron estudios cuyas intervenciones estuvieran dirigidas hacia un sólo tipo de TB, Howells, Ives-Deliperi, Horn y Stein (2012) limitaron su muestra a pacientes con TB tipo I para evaluar los cambios corticales posiblemente asociados a la intervención. Williams et al. (2008) incluyeron participantes con depresión unipolar, mientras que Weber et al. (2010) incluyeron a un participante con TB NOS. Dos estudios (Deckersbach et al., 2012; Howells, Ives-Deliperi, Horn & Stein, 2012) incluyeron participantes con comorbilidades (trastornos de ansiedad generalizada, pánico, obsesivo compulsivo, estrés postraumático, tricotilomanía, compra compulsiva, agorafobia y abuso de sustancias).

Cinco de 10 estudios incluyeron pacientes con TB en remisión (Deckersbach et al., 2012; Ives-Deliperi et al., 2013; Perich, Manicavasagar, Mitchell & Ball,

2013; Stange et al., 2010; Weber et al., 2010), mientras que los demás estudios incluyeron pacientes con síntomas residuales (Howells, Ives-Deliperi, Horn & Stein, 2012; Howells et al., 2014; Miklowitz et al., 2009; Perich et al., 2013; Williams et al., 2008)

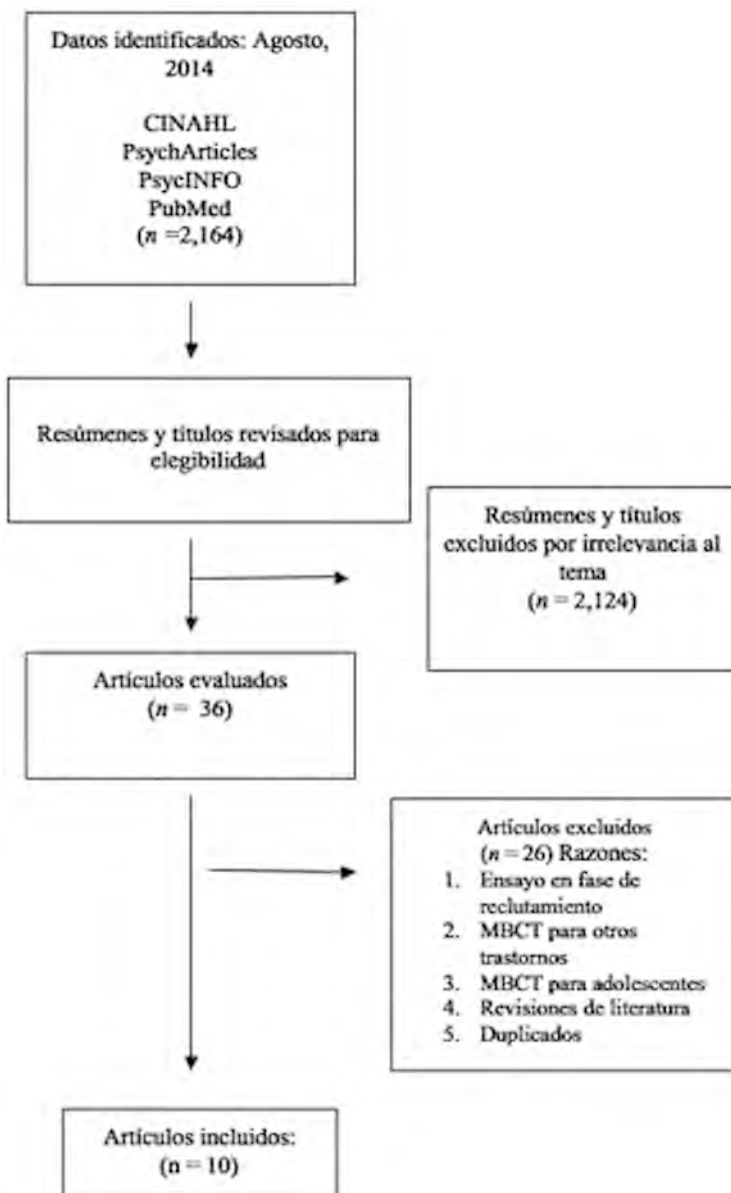


Figura 1
Diagrama detallando la selección de estudios

MBCT para el Trastorno Bipolar. Miklowitz et al. (2009) fueron los primeros en modificar el protocolo MBCT para incluir a pacientes con TB. El estudio realizado por Williams et al. (2008), fue el único en incluir pacientes con diagnóstico bipolar ($n=7$) en su muestra principal de pacientes con depresión ($n=21$). Aunque MBCT fue la intervención primaria en todas las investigaciones, algunos estudios (Deckersbach et al., 2012; Perich et al., 2013; Stange et al., 2011) implementaron la terapia con algunas modificaciones en los ejercicios de atención plena. En general, todas las intervenciones fueron de 2.5 horas y se ofrecieron en 8 semanas, con excepción de Stange et al. (2011) y Dechersbach et al. (2012) quienes realizaron 12 sesiones de 120 minutos cada una. Tanto Miklowitz et al. (2009) y Perich et al. (2013) reportaron un promedio de cuatro a ocho participantes en sus grupos de MBCT, mientras que Williams et al. (2008) reportaron de 12 a 15 participantes por grupo. Cinco de 10 estudios reportaron el tratamiento farmacológico estable como criterio de inclusión.

Medidas utilizadas para evaluar resultados. La mitad de los estudios incluidos (5/10) utilizaron medidas de atención plena para medir cambios significativos pre y posintervención. Todos los estudios excepto el de Howells et al. (2014) utilizaron medidas de autoreporte, así como evaluación por parte de un clínico, para evaluar cambios significativos en el estado de ánimo (i.e. BDI y YMRS) al concluir la intervención. Las puntuaciones obtenidas en las medidas administradas pre y posintervención se detallan en las Tablas 1 y 2.

Diseño de los estudios. Nueve de 10 estudios fueron pilotos y pudieran ser precursores a futuros ensayos controlados aleatorizados (o “RCT”s, por sus siglas en inglés).

Tabla 1

Características Generales de la Muestra, Antes de la Intervención

N, Edades y lugar del estudio	Criterios de inclusión/exclusión	Estado de ánimo y atención plena, pre-intervención	Intervención	Diseño del estudio
Total de intervenciones MBCT dirigidas al Trastorno Bipolar (N = 11)				
Deckersbach et al. (2012) N = 12 (n = 7 TB-I, 3 TB-II) Co-mórbidas: n = 7 (n = 4 Anx Gen, n = 2 Pánico, n = 2 TOC, n = 1 PTSD)/M edad = 38.7 (SD = 9.5) Estados Unidos	Síntomas residuales de depresión (sentirse deprimido o arrehedonia al menos 3 días x semana durante el mes antecedente al estudio; MINI < 3 sx. asociados) y de manía (YMRS < 12), < 1 episodio DSM-IV de depresión, manía o hipomanía durante el mes previo al estudio. Tx. Farmacológico estable. Exclusión: Ideación suicida estructurada, DSM-IV Esquizofrenia, Esquizoafectivo, Delirante, Psicótico NOS, Depresivo Mayor (congruente e incongruente con psicosis); Dependencia activa a sustancias y alcohol; Hipotiroidismo sin tx, haber recibido tx. electroconvulsivo < 6 meses previo a MBCT; condiciones neurológicas o médicas que interfirieran con tx.	Promedio estado de ánimo pre-tx: HAM-D = 11.80, YMRS = 5.40, CPAS = 44.50, ERS = 41.80, PSWQ = 57.11 Mindfulness: FFMQ (Observar = 24.30, Describir = 29.30, Actuar conscientemente = 23, No-juzicio = 25.40, No-reactividad = 18.30)	MBCT grupal (Teasdale et al. 2002), modificada para incluir psicoeducación sobre cambios en estado de ánimo y sus detonantes, monitoreo diario del estado de ánimo para detectar aumentos en sx y planes de emergencia para tratar severidad de sx. Se sustituyeron algunos ejercicios y asignaciones por ejercicios de yoga gentil. Se incluyeron técnicas de solución de problemas para manejar interferencias a la práctica de mindfulness. Sesiones: 12, 2hr x semana	PilotoEnsayo preliminar no controladoAnálisis «Intent to Treat» Seguimiento a los 3 meses.
Howells, Ives-Deliperi, Horn & Stein (2012) N = 21 (n = 12 TB-I eufórico, 2 hombres: n = 9 control, 2 hombres) Co-mórbidas: n = 8 (n = 1 Tricotilomanía y compra compulsiva, n = 1 compra compulsiva, n = 3 pánico y agorafobia, n = 3 abuso de	Criterios de inclusión y exclusión para el grupo con TB no fueron detallados. Todos recibían estabilizadores de ánimo (n = 8 con litio). Otros medicamentos utilizados fueron: antipsicóticos (n=8), antidepresivos (n=2) y ansiolíticos (n=2).	Estado de ánimo bipolar pre-tx: YMRS = 3.41, HADS (anx = 8.41, depresión = 5.08) Grupo control pre-tx: YMRS = 0.00, HADS (anx = 7.33, depresión = 3.33)	MBCT grupal (Segal et al. 2002), incluyó psicoeducación dirigida a identificar las señales tempranas de manía y depresión. Se animó a los participantes a continuar con sus medicamentos y tx. ambulatorio. Sesiones: 8 semanas	Ensayo controlado no aleatorio Efecto de los medicamentos no fue incluido en el análisis EEGGrupo control no recibió MBCTNo incluyó grupo control con Trastorno Bipolar

<p>Howells et al. (2014)</p>	<p>sustancias) Edad promedio: 37 Sur Africa</p>	<p>Inclusión para el grupo control: No hx. psiquiátrico previo; No familiares cercanos con dx. bipolar.</p>	<p>No incluidas. Se utilizó ERP y HRV para medir cambios en ritmo cardíaco en reacción a estímulos presentados.</p>	<p>Ensayo controlado no aleatorio Ausencia de grupo control con Trastorno Bipolar.</p>
<p>Ives-DeLiperi et al. (2013)</p>	<p>N=21 (n = 12 TB; 9 Control) Sur Africa</p>	<p>Cumplir con los criterios para TB-I o TB-II según DSM-IV</p>	<p>MBCT grupal de 8 semanas según Segal et al. (2002)</p>	<p>Ensayo controlado no aleatorio</p>
<p>Miklowitz et al. (2009)</p>	<p>N = 23 (n = 16 evaluados pre y post-MBCT, 7 en lista de espera); N = 10 control Sur Africa</p>	<p>Cumplir con los criterios para TB-I o TB-II según DSM-IV (confirmado por SCID). Síntomas leves o subsintomáticos (YMRS y HADS < 14).</p>	<p>Grupo con TB: HADS = 5.9, YMRS = 3, BAI = 19.3, DERS = 95.7, FFMQ = 24.7, SOSI = 1.18 Grupo control: HADS = 2.9, YMRS = 0, BAI = 7.6, DERS = 97.9, FFMQ = 27.5, SOSI = .58</p>	<p>Piloto Ensayo preliminar no controlado Grupo MBCT Oxford usó asignación aleatoria. Grupo MBCT Colorado asignó participantes de acuerdo a secuencia de reclutamiento.</p>
<p>Perich et al. (2013)</p>	<p>N = 95 (n = 48 MBCT, 47 TAU)18+ (Edad promedio no reportada) Australia</p>	<p>TB-I o TB-II en remisión (excluido si presentaban episodio maníaco, hipománico o depresivo en fase aguda, según DSM-IV). Excluido por</p>	<p>4 grupos separados de MBCT (2 en Colorado y 2 en Oxford) para TB según Segal et al. (2002), duración de 8 semanas, 2-2.5hrs x semana, grupos de 4 a 8 personas. Grupos incluyeron pacientes con Depresión Mayor. Incluyó módulos sobre ansiedad e identificación temprana de manía.</p>	<p>Ensayo Controlado Aleatorio Seguimiento a los 3, 6, 9 y 12 meses</p>

<p>participación previa en MBCT, MBSR o DBT y por Trastorno de Personalidad Antisocial o Limitrofe.</p>	<p>51.72), MAAS = 3.32 Grupo TAU; MADRS = 14.57, YMRS = 5.47, DASS (Depresión = 19.50, Anx = 12.91, Stress = 22.35), STAI (State Anx = 48.57, Trait Anx = 54.59), MAAS = 3.30</p>	<p>TB, depresión, hipo/manía y ansiedad. Algunas actividades fueron omitidas por falta de disponibilidad (protocolo MBSR y Yoga) o consideradas opcionales (compra de un libro). TAU = Participantes de la condición MBCT + Tx. Usual recibieron semanalmente material psicoeducativo sobre TB via e-mail o correo tradicional.</p>
<p>Perich, Manicavasagar, Mitchell & Ball (2013)</p>	<p>N = 34 18+ Edad promedio: 42 años (SD = 11.58) Australia</p>	<p>TB-I o TB-II confirmado por SCID según DSM-IV-TR</p> <p>Quienes meditaron 3x semana: DASS [Depresión]: <i>M</i> = 12, <i>SD</i> = 8.94; STAI [Trait]: <i>M</i> = 52.13, <i>SD</i> = 11.15; MADRS = 12.67, <i>SD</i> = 6.16</p> <p>MBCT grupal (Segal et al. 2002)</p> <p>Ensayo no controlado</p>
<p>Stange et al. (2011)</p>	<p>N = 8 (n = 6 TB-I, 4 mujeres; n = 2 TB-II, mujeres) Edad promedio: 42 (41.9) Estados Unidos</p>	<p>TB-I o TB-II confirmado por MINI. Incluidos si presentaban síntomas residuales depresivos (< 3 sx. MINI, anhedonia 3 días x semana) e hipo/maníacos (YMRS < 8), recibían dosis estable de medicamentos y no habían tenido episodio hipo/mánico o depresivo en el mes anterior a la intervención. Excluidos por psicosis o depresión mayor, dependencia a sustancias y alcohol en fase activa, hipotiroidismo sin tx, ideación suicida con plan o intento, haber recibido tx. electroconvulsivo 6 meses previo a intervención y presentar impedimentos</p> <p>Puntuaciones no provistas.</p> <p>MBCT grupal (Segal et al. 2002), 12 sesiones de 120 minutos c/u. Se añadió psicoeducación sobre TB, monitoreo de ánimo y solución de problemas. Se añadieron además ejercicios de introducción a la atención plena para crear consciencia de movimiento y actividades rutinarias.</p> <p>Ensayo no controlado Frecuencia con la cual los sujetos practicaron atención plena no fue evaluada en el estudio.</p>

<p>Weber et al. (2010)</p>	<p>N = 15 (n = 6 TB-I, 8 TB-II y 1 TB-NOS) 18 - 64 Edad M = 48 Suiza</p>	<p>médicos o neurológicos. Pacientes con TB recibiendo tratamiento ambulatorio, con dx confirmado a través de SCID. No hospitalizaciones psiquiátricas en los últimos 3 meses. YMRS < 8, MDRS ≤15 (no se excluyeron puntuaciones mayores). Exclusión por abuso o dependencia de sustancias. No se excluyeron pacientes sin tratamiento farmacológico o en remisión parcial.</p>	<p>BDI-II = 10, MADRS = 8, YMRS = 2, KIMS (Observar = 39, Describir = 28, Actuar conscientemente = 25, Aceptación no-enjuiciante = 26)</p>	<p>MBCT grupal (Segal et al. 2002)</p> <p>Piloto Ensayo preliminar no controlado</p>
<p>Williams et al. (2008)</p>	<p>N = 68 (MBCT = 21 unipolar, 7 bipolar; Lista de espera = 20 unipolar, 7 bipolar) 18 - 64 Reino Unido</p>	<p>Se incluyeron pacientes con historial de ideación o conducta suicida y con depresión mayor. Sujetos con TB en remisión (no más de 1 semana con síntomas depresivos leves, < 8 semanas total). Diagnóstico confirmado por el MINI.</p>	<p>Lista de espera: BAI = 9.3, BDI-II = 12.8, MBCT: BAI = 10.7, ansiedad y depresión. 8 semanas, grupos de 12 - 15 personas, 2 hrs x semana + 1 día adicional de práctica meditativa en la 6ta semana. Asignaciones 6 días a la semana, a 45 min. c/u</p>	<p>Piloto Ensayo controlado aleatorio MBCT vs Lista de espera Unipolar vs Bipolar</p>

Abreviaciones. Anx Gen = Ansiedad Generalizada, c/u = cada una, dx = diagnóstico, hx = historial, MBCT = Mindfulness-Based Cognitive Therapy, PTSD = *Post Traumatic Stress Disorder*, Sx = síntomas, TAU = Treatment as Usual, TB-I = Trastorno Bipolar I, TB-II = Trastorno Bipolar II, TOC = Trastorno Obsesivo Compulsivo, Tx = tratamiento

Medidas: BAI = Beck Anxiety Inventory, BDI = Beck Depression Inventory, BSIS = Beck Suicide Ideation Scale, CPAS = Clinical Positive Affect Scale, DASS = Depression Anxiety Stress Scales, DERS = Difficulties in Emotion Regulation Scale, EEG = Electroencefalograma, ERP = Event-

Related Potentials, ERS = Emotion Reactivity Scale, FFMQ = Five-Factor Mindfulness Questionnaire, HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale, HAM-D = Hamilton Depression Rating Scale, HRV = Heart Rate Variability, KIMS = Kentucky Inventory of Mindfulness Skills, MADRS = Montgomery-Asberg Depression Scale, MAAS = Mindful Attention Awareness Scale, MINI = Mini International Neuropsychiatric Interview, PSWQ = Penn State Worry Questionnaire, SOSI = Symptoms of Stress Inventory, STAI = State Trait Anxiety Inventory, TMS = Toronto Mindfulness Scale, YMRS = Young Mania Rating Scale

Tabla 2
Hallazgos Principales de los Estudios

	Resultados	Puntuaciones significativas post-tx	Bajas del estudio
Deckersbach et al. (2012)	<p>↑FFMQ, ↓HAM-D, =YMRS (↑3m), ↓RSQ, ↓PSWQ, ↓ERS, ↓ASRS (Attn. Subscale), ↑PWBS (Environmental Mastery, Positive Relations and Purpose in Life), ↑CPAS, ↑LIFE-RIFT</p>	<p>FFMQ pre: 24.30 (Observe), 25.40 (Nonjudge), 18.30 (Nonreact); post, 30.90, 31.30, 22.60. 3m, 29.50, 29, 20.80. HAM-D pre: 11.80; post, 6.30; 3m, 7.60. YMRS pre: 5.40; post, 4.70; 3m, 7.60. RSQ pre, 51.80; post, 44.70; 3m, 47.70. PSWQ pre: 57.11; post, 45.56; 3m, 48.62. ERS pre: 41.80; post, 35.40; 3m, 32.9. ASRS (Attn) pre, 22.11; post, 17.50; 3m, 18.50. PWBS pre: 43.80 (Env. M), 64.40 (PR), 53.20 (PL); post, 53.4, 67.8, 61.9; 3m: 53.9, 69.5, 60.2. CPAS pre: 44.5; post, 55.8; 3m: 51.9. LIFE-RIFT pre: 10.2; post, 7.9; 3m, 8.7.</p>	<p>9/12 participantes completaron el estudio (n = 7 mujeres), 1 participante no pudo ser contactado para seguimiento luego de completar el estudio. M participación MBCT = 8.5 sesiones (SD=1.6).</p>
Howells, Ives-Deliperi, Horn & Stein (2012)	<p>↓HADS (no sig.)</p>	<p>HADS (Ansiedad) pre: 8.41 (TB) vs 7.33 (Control); post, 4.48 vs 4.58. HADS (Depresión) pre: 5.08 (TB) vs 3.33 (Control); post, 3.51 vs 4.76</p>	<p>Ninguna</p>
Howells et al. (2014)	<p>↓ERP N170 ↓HRV</p>	<p>Se encontró mayor estabilidad en ritmo cardíaco post tx, lo cual se asocia a mayor regulación emocional.</p>	<p>Ninguna</p>
Ives-Deliperi et al. (2013)	<p>↑FFMQ, ↓BAI, ↓DERS, ↑DSB, ↑RCF-R, ↑COWAT</p>	<p>EG: FFMQ pre, 24.7 MBCT vs. 24.9 Lista de Espera; post, 28.9 vs 24.9, $t(15) = -2.9, p = .010$. BAI pre, 20 vs 23; post, 14 vs 21, $t(15) = 2.3, p = .05$. DERS pre, 101 vs 86; post, 73 vs. 96, $t(15) = 4.1, p = .001$. DSB pre, 4.5 vs 5; post, 5 vs 5.5, $t(15) = -2.8, p = .01$. RCF-R pre, 17.4 vs 15.4; post, 24 vs 20, $t(15) = -3.4$, $p = .004$. COWAT pre, 38 vs 37; post, 43 vs 39, $t(15) = -2.6, p = .02$.</p>	<p>Ninguna</p>
Miklowitz et al. (2009)	<p>↓BDI-II, ↓HAM-D, ↓BSIS, ↓YMRS (no sig.)</p>	<p>HAM-D pre, 5.45; post, 3.69, Cohen's $d = .37$ tamaño del efecto moderado. BDI-II pre, 15.62; post, 10.64, Cohen's $d = .49$ moderado alto. BSIS pre, 4.05; post, 1.87, Cohen's $d = .51$ alto. YMRS pre, 2.14; post, 1.75; $d = .17$ bajo.</p>	<p>6/22 no completaron el tx. Pacientes que abandonaron el tx tendían a ser más jóvenes (M = 29 años, SD = 8.7) que quienes completaron el tx (M = 48 años, SD = 9.3), $F(1, 12) = 14.17$, $p = 0.003$. La tasa de adherencia fue de 72.7%</p>

	Resultados	Puntuaciones significativas post-tx	Bajas del estudio
Perich et al. (2013)	↓STAI-S, ↓STAI-T, ↓DASS stress, =DASS ansiedad, =YMRS	EG: STAI-S pre, 47 MBCT vs. 49 TAU; post, 41 vs. 44; 12m, 39 vs. 43; F=2.158, p=0.048 DAS-24 (Achievement) pre: 23 MBCT vs 22 TAU; post: 19 vs 21; 12m: 19 vs 18	14/48 (29%) no completaron requisitos para MBCT (10 desertores de tx); 22/47 (47%) no completaron requisitos para TAU (10 desertores de tx). M participación MBCT = 7 sesiones (SD = 0.94, range: 4-8)
Perich, Manicavasagar, Mitchell & Ball (2013)	↓MADRS, ↓STAI, ↓DASS No cambios sig. postx en: TMS, YMRS, MAAS	Cantidad de días de práctica meditativa no CORR sig. con puntuaciones postratamiento. MADRS (sig. > 12 meses), STAI y DASS (sig. postx. Con meditación de 3 días x semana vs. 2x semana)	N = 34 (70.8%) completaron el tratamiento. El nivel de adherencia al tratamiento fue aceptable (M = 15.1, SD = 3.3) según el MBCT-AS (Adherence Scale).
Stange et al. (2011)	↓BRIEF (Initiate, Working Memory), ↓FRSBe (Apathy, Executive Functioning), ↑FFMQ (Nonjudgment, Awareness), ↓HAM-D, ↓YMRS (correlación significativa con BRIEF Initiate subscale)	BRIEF pre: 65.13 (Initiate), 68.25 (WM); post, 56.13, 56.75; 3m, 63.25, 54.88. FRSBe pre: 62.25 (Apathy), 66.88 (EF); post, 49.63, 51.25; 3m: 56.38, 55.38. FFMQ: (pre-post NR), Nonjudgment CORR con BRIEF (Global Executive Composite), $r = -.87$, $p < .001$ y FRSBe (Disinhibition), $r = -.86$, $p < .001$. Awareness CORR con FRSBe (EF), $r = -.71$, $p < .05$. YMRS: (pre-post NR), CORR con BRIEF Initiate, $r = .74$, $p < .05$. HAM-D (pre-post NR), no CORR sig.	9/10 completaron el tratamiento; 1 fue excluido de análisis por datos incompletos en las escalas de funcionamiento cognoscitivo, resultando en $n = 8$. Seguimiento a los 3 meses encontró continuidad del tamaño del efecto en la subescala de <i>Executive Functioning</i> del FRSBe (pre-post $d = 1.39$; 3m $d = 0.47$).
Weber et al. (2010)	↓BDI-II, ↓MADRS, ↑KIMS (no sig.), = YMRS	El aumento en <i>mindfulness</i> no fue significativo, aunque estuvo significativamente correlacionado con una disminución en síntomas depresivos post-tx.	De los 23 pacientes, 15 acudieron a un mínimo de 4 sesiones.
Williams et al. (2008)	↓BDI-II, ↓BAI	BDI-II pre (Bipolar): 12.8 Control vs 15.8 MBCT; post, 15.3 vs 7.1. Main effect for time, $F(1,41) = 6.07$, $p = .018$; Sig. Time x Condition: $F(1,41) = 8.05$, $p = .007$. BAI pre (Bipolar): 11.4 Control vs. 12.7 MBCT; post, 20.6 vs. 6.8. Time x Condition: $F(1,41) = 5.63$, $p = .022$. Time x Condition x Group: $F(1,41) = 7.55$, $p = .009$.	Ninguna

Leyenda: ↑ Aumento en puntuaciones, = Ningún cambio, ↓ Disminución en puntuaciones.

Abreviaciones: CORR = Correlación, EF = Executive Functioning, NR = Not Reported, TAU = Treatment as Usual, TB = Trastorno Bipolar

Medidas: BAI = Beck Anxiety Inventory, BDI = Beck Depression Inventory, BRIEF = Behavior Rating Inventory of Cognitive Function, BSIS = Beck Suicide Ideation Scale, CPAS = Clinical Positive Affect Scale, DAS-24 = Dysfunctional Attitudes Scale, DASS = Depression Anxiety Stress Scales, DERS = Difficulties in Emotion Regulation Scale, DSB = Digit Span Backwards, EEG = Electroencefalograma, ERP = Event-Related Potentials, ERS = Emotion Reactivity Scale, FFMQ = Five-Factor Mindfulness Questionnaire, FrSBE = Frontal Behavior Systems Scale, HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale, HAM-D = Hamilton Depression Rating Scale, HRV = Heart Rate Variability, KIMS = Kentucky Inventory of Mindfulness Skills, LIFE-RIFT = Range of Impaired Functioning Tool, MADRS = Montgomery-Asberg Depression Scale, MAAS = Mindful Attention Awareness Scale, MINI = Mini International Neuropsychiatric Interview, PSWQ = Penn State Worry Questionnaire, PWBS = Psych. Well-Being Scale, RCF-R = Rey Complex Figure - Recall, RSQ = Rumination Style Questionnaire, SOSI = Symptoms of Stress Inventory, STAI = State Trait Anxiety Inventory, TMS = Toronto Mindfulness Scale, YMRS = Young Mania Rating Scale

Tres estudios fueron ensayos preliminares no controlados, mientras que el estudio de Williams et al. (2008), un estudio sobre la viabilidad del MBCT para tratar el funcionamiento interepisódico de pacientes con TB, fue un ensayo controlado aleatorizado. Según Stratford et al. (2015), aunque los estudios pilotos pudieran mostrar mayor sesgo en el muestreo y en la ejecución debido a la falta de aleatorización, pudieran contar con mayor validez externa debido al tipo de población incluida. El estudio de Perich et al. (2009) fue el único en utilizar un ensayo controlado aleatorizado sin ser piloto. Tres de 10 estudios fueron ensayos controlados no aleatorios (Howells, Ives-Deliperi, Horn & Stein, 2012; Howells et al., 2014; Ives-Deliperi et al., 2013), mientras que los estudios de Perich, Manicavasagar, Mitchell y Ball (2013) y de Stange et al. (2011) fueron ensayos no controlados.

Hallazgos Clínicos

Prolongación de estabilidad emocional (n=5)

Síntomas maníacos. Siete de 10 estudios utilizaron el Young Mania Rating Scale (YMRS) para evaluar síntomas maníacos e hipomaníacos durante la intervención. Cinco de éstos estudios (Deckersbach et al., 2012; Howells, Ives-Deliperi, Horn & Stein, 2012; Perich et al., 2013; Perich, Manicavasagar, Mitchell & Ball, 2013; Weber et al., 2010) no encontraron cambios significativos en las puntuaciones del YMRS al concluir el tratamiento. No obstante, un seguimiento postratamiento realizado a los tres meses por Deckersbach et al. (2012) encontró un aumento significativo en las puntuaciones del YMRS. Aunque Miklowitz et al. (2009) encontraron una disminución no significativa en el YMRS, Stange et al. (2011) hallaron una disminución significativa y altamente correlacionada ($r = .74, p < .05$)

con puntuaciones obtenidas en la subescala de “Inicio de Tareas” (*Initiate*) del Behavior Rating Inventory of Executive Functioning (BRIEF).

Tabla 3

Disminución significativa de síntomas

<i>Estudios Incluidos</i> (n=10)	<i>Ansiedad</i> (n=5)	<i>Depresivos</i> (n=7)	<i>Neurocognitivos</i> (n=5)	<i>Desregulación Emocional</i> (n=6)
Deckersbach et al. (2012)	↓PSWQ (Preocupación)	↓HAM-D, ↓RSQ (Rumiación)	↓ASRS (Atención)	↓ERS (Reactividad Emocional), ↑CPAS (Afecto Positivo)
Howells, Ives-Deliperi, Horn & Stein (2012)	N/A	↓HADS (No significativo)	N/A	↑FFMQ
Howells et al. (2014)	N/A	N/A	N/A	↓ERP N170 (Procesamiento de caras), ↓HRV (Ritmo cardíaco)
Ives-Deliperi et al. (2013)	↓BAI	N/A	↑DSB, ↑RCF-R, ↑COWAT (Fluidez Verbal)	↓DERS (Dificultad para regular emociones), ↑FFMQ
Miklowitz et al. (2009)	N/A	↓BDI-II, ↓BSIS (Ideación Suicida), ↓HAM-D	N/A	N/A
Perich et al. (2013)	↓STAI-S, ↓STAI-T, ↓DASS (estrés)	↓MADRS	N/A	N/A
Perich, Manicavasagar, Mitchell & Ball (2013)	↓DASS	↓MADRS	N/A	N/A
Stange et al. (2011)	N/A	↓HAM-D	↓BRIEF (Memoria de trabajo, ↓Inicio de Tareas), ↓FrSBe (Apatía,	↑FFMQ (dimensión no-enjuiciante y plena consciencia)

			Funciones Ejecutivas)	
Weber et al. (2010)	N/A	↓BDI-II, ↓MADRS	N/A	↑KIMS (no significativo)
Williams et al. (2008)	↓BAI	↓BDI-II	N/A	N/A

Leyenda: ↑Aumento en puntuaciones, ↓Disminución en puntuaciones

Abreviaciones: ASRS (Adult ADHD Self-Report Scale), BAI (Beck Anxiety Inventory), BDI-II (Beck Depression Inventory), BRIEF (Behavior Rating Inventory of Executive Function), BSIS (Beck Suicide Ideation Scale), CPAS (Clinical Positive Affect Scale), DASS (Depression Anxiety Stress Scales), DERS (Difficulties in Emotion Regulation Scale), DSB (Digit Span Backwards), ERP (Event-Related Potentials), ERS (Emotional Reactivity Scale), FFMQ (Five Factor Mindfulness Questionnaire), FrSBE (Frontal Behavior Systems Scale), HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), HAM-D (Hamilton Depression Rating Scale), HRV (Heart Rate Variability), KIMS (Kentucky Inventory of Mindfulness Skills), MADRS (Montgomery-Asberg Depression Scale), PSWQ (Penn State Worry Questionnaire), RCF-R (Rey Complex Figure – Recall), RSQ (Rumination Style Questionnaire), STAI (State-Trait Anxiety Inventory)

Síntomas depresivos. Siete de 10 estudios encontraron cambios significativos en los síntomas depresivos reportados posintervención. El estudio realizado por Howells, Ives-Deliperi, Horn & Stein (2012) fue el único en develar cambios no significativos en síntomas depresivos, aunque también fue el único estudio en utilizar el *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) para evaluar tales síntomas. Por otra parte, el estudio de Miklowitz et al. (2009), único en evaluar ideación suicida, encontró una disminución significativa en las puntuaciones del *Beck Suicide Ideation Scale* (BSIS). Similarmente, Deckersbach et al. (2012) encontraron una disminución significativa en tendencias rumiantes asociadas a la depresión.

Síntomas de ansiedad. Cinco de 10 estudios encontraron disminución significativa de ansiedad al concluir la intervención MBCT, particularmente en la tendencia a preocuparse (Deckersbach et al., 2012) y a experimentar estrés (Perich et al., 2013). Perich et al. (2013) también encontraron una disminución significativa en rasgo/estado de ansiedad.

Desregulación Emocional. Seis de 10 estudios encontraron cambios significativos en la habilidad para regular sus emociones. Deckersbach et al. (2012) encontraron una reducción significativa en la tendencia a reaccionar emocionalmente y un aumento significativo en afectividad positiva. Howells et al. (2014) encontraron una mejoría significativa en la habilidad para procesar expresiones faciales y mantener la calma ante estímulos emocionales. Ives-Deliperi et al. (2013) encontraron una mejoría significativa en la habilidad para regular emociones. Aunque tres de 10 estudios encontraron una mejoría significativa en la habilidad para practicar la atención plena, los resultados de Stange et al. (2011) circunscriben el aumento en

atención plena a las dimensiones de no-juicio y plena consciencia.

Adherencia al tratamiento (n=9)

Cuatro de 10 estudios (Howells, Ives-Deliperi, Horn & Stein, 2012; Howells et al., 2014; Ives-Deliperi et al., 2013; Williams et al., 2008) reportaron cero bajas de las intervenciones realizadas. Stange et al. (2011) reportaron una baja, mientras que Deckersbach et al. (2012) indicaron que 9/12 participantes completaron la intervención. Miklowitz et al. (2009), encontraron una asociación entre las bajas de su estudio (6/22) y menor edad de los participantes ($M=29$ años, $SD=8.7$), en comparación a quienes completaron el tratamiento ($M=48$ años, $SD=9.3$). Perich, Manicavasagar, Mitchell & Ball (2013) hallaron que el 70.8% de los participantes completaron la intervención, reflejando un nivel de adherencia aceptable según la escala de adherencia MBCT-AS ($M=15.1$, $SD=3.3$) administrada por los investigadores.

Mejoría en la calidad de vida (n=2)

Dos de 10 estudios evaluaron mejorías en calidad de vida luego de la intervención. Deckersbach et al. (2012) encontraron una mejoría significativa en las destrezas de dominio ambiental, aumento significativo de relaciones interpersonales positivas y mayor sentido de propósito en la vida según lo reportado en el *Psychological Well Being Scale* (PWBS) y en las puntuaciones obtenidas en el *Range of Impaired Functioning Tool* (LIFE-RIFT). Similarmente, Perich et al. (2013) hallaron una disminución significativa en actitudes disfuncionales, según reportadas en el *Dysfunctional Attitudes Scale* (DAS-24).

Discusión

La muestra típica de los estudios realizados con MBCT consistió de pacientes con TB en su fase eutímica. No obstante, algunos estudios conceptualizaron la eutimia como un período de total remisión sintomatológica, mientras que otros incluyeron participantes con síntomas residuales de hipomanía o depresión. La fluctuación en definiciones de eutimia aparenta sustentar al Trastorno Bipolar como un espectro de síntomas de continuidad e intensidad variable (Stratford et al., 2014). Futuras investigaciones pudieran evaluar la efectividad del MBCT para pacientes que presentan síntomas afectivos de intensidad moderada o variabilidad según subtipo (I o II), ya que cada subtipo tiene particularidades sintomatológicas que ameritan una evaluación especializada de los efectos del MBCT.

Todos los estudios incluyeron participantes entre las edades de 18 a 64 años de edad. No obstante, el rango de edad de los participantes fluctuó entre los 37 a los 48 años de edad, quienes además mostraron mayor adherencia al tratamiento que los participantes de menor edad. Es posible que los participantes entre éstas edades mostraran más introspección asociada a la cronicidad de sus síntomas o más apertura a otras modalidades de tratamiento, por lo cual se recomienda a futuras

investigaciones con MBCT considerar la variable de edad en TB.

Tal vez el hallazgo más prevalente a través de las investigaciones fue su efectividad para mejorar la regulación emocional. Únicamente un estudio (Perich et al., 2013) encontró que el MBCT no aplazó significativamente la recurrencia de episodios maníacos, hipomaníacos o depresivos. No obstante, el efecto pudiera estar relacionado a la frecuencia de las prácticas meditativas, ya que el estudio indicó que los participantes que meditaron durante tres o más días a la semana reportaron puntuaciones más bajas en las medidas de depresión administradas luego de un año. Sólo un estudio (Williams et al., 2008) incluyó pacientes con ideación suicida, por lo cual futuras investigaciones pudieran evaluar la efectividad del MBCT para pacientes con TB que presenten síntomas afectivos moderados a severos.

Por otra parte, 8/10 estudios no reportaron cambios significativos en síntomas maníacos. Luego de tres meses, Deckersbach et al. (2012) encontraron un aumento significativo en las puntuaciones del YMRS, así como en las escalas que evalúan bienestar psicosocial, afectividad positiva y regulación emocional. Es posible que la percepción de bienestar psicosocial, afectividad positiva y regulación emocional esté influenciada por el aumento en síntomas hipo/maníacos, reflejando la tendencia a asociar su “yo verdadero” con su estado hipo/mánico según planteada por Inder et al. (2008). Deckersbach et al. (2012) recomiendan realizar sesiones revitalizantes (“booster sessions”), de forma individual o grupal, para mantener las ganancias adquiridas durante la intervención. Notablemente, la disminución en síntomas hipo/maníacos reportada por Stange et al. (2011) estuvo relacionada a una mejoría en la habilidad para comenzar tareas nuevas. Aunque la mejoría en síntomas afectivos tendió a disminuir posintervención, el funcionamiento cognitivo perduró a niveles óptimos por más de tres meses, resaltando la necesidad de evaluar el efecto de las sesiones revitalizantes para prolongar las ganancias obtenidas en MBCT.

Los estudios identificados presentan limitaciones. Todos los estudios presentan generalización limitada debido al tamaño de la muestra. Similarmente, la ausencia de un grupo control y la falta de aleatorización limitan la generalización de los resultados y la comprensión de los efectos del MBCT. Sólo se pudo identificar un ensayo controlado aleatorizado (Perich et al., 2013), cual reportó poca participación al realizar el seguimiento anual (MBCT = 22/48; TAU = 12/47). No obstante, se identificó un estudio en fase de reclutamiento (Lahera et al., 2014) cual evaluará la efectividad del MBCT, en comparación con la psicoeducación, al tratar síntomas depresivos residuales en pacientes con TB. El estudio aparenta ser el primer ensayo controlado aleatorizado en utilizar un grupo control activo (i.e. otra modalidad de terapia).

Se identificaron algunas limitaciones en la presente revisión. La precisión estadística de las tendencias observadas pudiera estar limitada al ser una revisión de literatura sistemática y no un meta-análisis. Además, se incluyeron únicamente artículos realizados en inglés y en español, limitando la inclusión de datos

disponibles en otros idiomas. Finalmente, se incluyeron únicamente aquellos estudios realizados con MBCT para TB, limitando la comprensión de la efectividad del MBCT para trastornos del ánimo en general.

Conclusión

MBCT es un tratamiento eficaz para la prolongación de eutimia y reducción de síntomas de ansiedad y depresión, incluyendo ideación suicida, en el Trastorno Bipolar. MBCT también mejoró el funcionamiento neurocognitivo de pacientes con TB, particularmente en atención, memoria, procesamiento verbal y la regulación emocional. La participación en MBCT generó buena adherencia, particularmente en participantes entre las edades de 37 a 48 años de edad. Futuras investigaciones deberán realizarse con una muestra más amplia e incluir un grupo control para promover mayor generalización de los resultados.

Referencias bibliográficas

Las referencias marcadas con asterisco fueron incluidas en la revisión de literatura. Las citas utilizadas en el texto no han sido marcadas con asterisco.

- *Deckersbach, T., Hölzel, B.K., Eisner, L.R., Stange, J.P., Peckham, A.D., Dougherty, D.D., Rauch, S.L., Lazar, S., Nierenberg, A.A. (2012). Mindfulness-based Cognitive Therapy for Non-remitted Patients with Bipolar Disorder. *CNS Neuroscience and Therapeutics*, 18(2), 133-141.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª. ed.). Washington, DC: Autor.
- Bravo, M.F., Lahera, G., Lalucat, L., Fernández-Liria, A., (2013). Clinical practice guideline on bipolar disorder: drug and psychosocial therapy. *Medicina Clínica*, 141(7): 305.e1 – 305.e10.
- Fox, K.H., Burdick, K.E., Lombardo, I., Keefe, R.S.E. (2009). Cognitive Impairment in Patients With Bipolar Disorder. *Psychiatric Times*, 26(12).
- Ghaznavi, S., Deckersbach, T. (2012). Rumination for Bipolar Disorder: Evidence for an Unquiet Mind. *Biology of Mood and Anxiety Disorders*, 2(2).
- Green, M.J., Cahill, C.M., Malhi, G.S. (2007). The cognitive and neurophysiological basis of emotion dysregulation in bipolar disorder. *The Journal of Affective Disorders*, doi: 10.1016/j.jad.2007.01.024
- Gruber, J., Hay, A.C., Gross, J.J. (2013). Rethinking Emotion: Cognitive Reappraisal is an Effective Positive and Negative Emotion Regulation Strategy in Bipolar Disorder. *Emotion*, 14(2).
- Hoffman, S.G., Sawyer, A.T., Fang, A. (2011). The Empirical Status of the “New Wave” of CBT. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 701-710.
- Hollon, S.D., Ponniah, K. (2010). A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. *Depression and Anxiety*, 27(10), 891-932.
- *Howells, F.M., Ives-Deliperi, V.L., Horn, N.R., Stein, D.J. (2012). Mindfulness based cognitive therapy improves frontal control in bipolar disorder: a pilot study. *BMC Psychiatry*, 12(15). Recuperado de: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/15>
- *Howells, F.M., Rauch, L., Ives-Deliperi, V.L., Horn, N.R., Stein, D.J. (2014). Mindfulness based cognitive therapy may improve emotional processing in bipolar disorder: pilot ERP and HRV study. *Metabolic Brain Disease*, 29(2), 367-75.
- *Ives-Deliperi, V.L., Howells, F., Stein, D.J., Maintjes, 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.

- McIntyre, R., Soczynska, J., Cha, D., Woldeyohannes, H., Dale, R. y Alsuwaidan, M. et al. (2015). The prevalence and illness characteristics of DSM-5-defined "mixed feature specifier" in adults with major depressive disorder and bipolar disorder: Results from the International Mood Disorders Collaborative Project. *Journal Of Affective Disorders*, 172, 259-264. doi:10.1016/j.jad.2014.09.026
- *Miklowitz, D.J., Alatiq, Y., Goodwin, G.M., Geddes, J.R., Fennell, M.V., Dimidjian, S., Williams, J.G. (2009). A pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2(4), 373-382.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Medicine*, 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed.1000097
- Moore, P.J., Little, M.A., McSharry, P.E., Goodwin, G.M., Geddes, J.R. (2014). Mood dynamics in bipolar disorder. *International Journal of Bipolar Disorders*, 2(11).
- *Perich, T., Manicavasagar, V., Mitchell, P.B., Ball, J.R. (2013). The association between meditation practice and treatment outcome in Mindfulness-based Cognitive Therapy for bipolar disorder. *Behavior Research Therapy*, 51(7), 338-43.
- *Perich, T., Manicavasagar, V., Mitchell, P.B., Ball, J.R., Hadzi-Pavlovic, D. (2013). A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127, 333-343.
- Sipe, W.E.B., Eisendrath, S.J. (2012). Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Theory and Practice. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(2), 63-69.
- *Stange, J.P., Eisner, L.R., Hölzle, B.K., Peckham, A.D., Dougherty, D.D., Rauch, S.L., Nierenberg, A.A., Lazar, S., Deckersbach, T. (2011). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Bipolar Disorder: Effects on Cognitive Functioning. *Journal of Psychiatric Practice*, 17(6), 410-419.
- Stratford, H.J., Cooper, M.J., Simplicio, M.D., Blackwell, S.E., Holmes, E.A. (2015). Psychological therapy for anxiety in bipolar spectrum disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 35, 19-34.
- Thornton, A.L., Baker, A.L., Johnson, M.P., Lewin, T.J. (2002). Attitudes and perceptions towards substances among people with mental disorders: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 126, 87-105.
- *Weber, B., Jermann, F., Gex-Fabry, M., Nallet, A., Bondolfi, G., Aubry, J.M. (2010). Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: a feasibility trial. *European Psychiatry*, 26(6), 334-337.
- *Williams, J.M.G., Alatiq, Y., Crane, C., Barnhofer, T., Fennell, M.J.V., 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.