

Eficacia de las terapias de tercera generación en personas con trastorno mental grave

Efficacy of third wave therapies
for people with severe mental
illnes

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN

INFORMES DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS



RED ESPAÑOLA DE AGENCIAS DE EVALUACIÓN
DE TECNOLOGÍAS Y PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



Comunidad de Madrid
Dirección General de Infraestructuras Sanitarias
SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

Eficacia de las terapias de tercera generación en personas con trastorno mental grave

Efficacy of third wave therapies
for people with severe mental
illness

Eficacia de las terapias de tercera generación en personas con trastorno mental grave. Raquel Luengo González, Marta Rapado Castro y David Fraguas Herráez. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Comunidad de Madrid. 2018.

1 Archivo PDF - (Informes, Estudios e Investigación)

NIPO: 680-18-032-3

Terapias basadas en *Mindfulness*
Terapia de aceptación y compromiso
Terapia metacognitiva

Dirección: Paloma Arriola Bolado

Autores: Raquel Luengo González, Marta Rapado Castro y David Fraguas Herráez
Coordinación y gestión del proyecto: Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Comunidad de Madrid. (Brezmes A, Novella Arribas B.)
Apoyo y gestión documental: Reillo O, Redondo JC

Este documento ha sido realizado por la Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Comunidad de Madrid en el marco de la financiación del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social para el desarrollo de las actividades del Plan anual de trabajo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS, aprobado en el Pleno del Consejo Interterritorial de 27 de enero de 2017 (conforme al Acuerdo del Consejo de Ministros de 1 de diciembre de 2017).

Para citar este informe: Luengo González R., Rapado Castro M., Fraguas Herráez D. Eficacia de las terapias de tercera generación en personas con trastorno mental grave. Madrid. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Comunidad de Madrid. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. 2016.

Información dirigida a profesionales sanitarios.

Todos los profesionales que han participado en este proyecto de evaluación han completado el formulario de declaración de intereses. Tras la aplicación del procedimiento de gestión de los conflictos de interés de la Red Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS se declara que: ningún profesional fue excluido del proceso en base a la información declarada.

Los revisores externos del documento no suscriben necesariamente todas y cada una de las conclusiones y recomendaciones finales, que son responsabilidad exclusiva de los autores.

Este documento puede ser reproducido total o parcialmente, por cualquier medio, siempre que se cite explícitamente su procedencia.

Fecha de edición: diciembre de 2018


Edita: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Comunidad de Madrid. D. G. de Infraestructuras Sanitarias

NIPO: 680-18-032-3

Contacto: sgtis@salud.madrid.org



Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la Comunidad de Madrid y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



comunidad.madrid/publicamadrid

Eficacia de las terapias de tercera generación en personas con trastorno mental grave

Efficacy of third wave therapies for people with severe mental illness



Declaración de intereses

Los autores declaran que no tienen intereses que puedan competir con el interés primario y los objetivos de este informe e influir en su juicio profesional al respecto.

Lista de abreviaturas y acrónimos

AAQ II: Cuestionario de Aceptación y Acción II (*Acceptance and Action Questionnaire II*)
AVAD: Años de Vida Ajustados por Discapacidad
BACS: Evaluación Cognición Breve de la Esquizofrenia (*The Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia*)
BADE: Sesgo de disconformidad con la Evidencia (*Bias Against Disconfirmatory Evidence*)
BPRS: Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (*Brief Psychiatric Rating Scale*)
CAT: Terapia cognitiva analítica (*Cognitive analytic therapy*)
CGI-SCH: Escala de Impresión Clínica Global de Esquizofrenia (*Clinical Global Impression-Schizophrenia Scale*)
DALY: Años de Vida Ajustados por Discapacidad (*Disability Adjusted Life Years*)
DBT: Terapia Dialectica Conductual (*Dialectical Behavioural Therapy*)
FAP: Terapia Analítico Funcional (*Functional Analytic Psychotherapy*)
GPTS: Escala de Pensamiento Paranoide de Green et al. (*Green et al. Paranoid Thoughts Scale*)
ITAQ: Escala de Introspección (*The Insight Scale*)
KIMS: Inventario de Habilidades Mindfulness de Kentucky (*The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills*)
PANSS: Escala de Sintomatología Positiva y Negativa (*The Positive and Negative Syndrome Scale*)
PSYRATS: Escala de Valoración de los Síntomas Psicóticos (*Psychotic Symptom Rating Scale*)
SDS: Escala de Deseabilidad Social (*Social Desirability Scale*)
SLOF: Escala de Niveles Específicos de Funcionalidad (*Specific Levels of Functioning Scale*)
SMQ: Cuestionario Mindfulness de Southampton (*The Southampton Mindfulness Questionnaire*)
SUMD: Escala de Conciencia del Trastorno Mental (*The Scale to Assess Unawareness in Mental Disorder*)
SSQ: Escala de Apoyo Social (*The Social Support Questionnaire*)
TAC: Terapia de Aceptación y Compromiso (*Acceptance and Commitment Therapy-ACT*)
TBM: Terapia basada en el Mindfulness (*Mindfulness-Based Therapy-MBT*)
TCC: Terapia cognitivo conductual

TMC: Terapia Metacognitiva (*Metacognitive Therapy – MCT*)
 NHS: National Health Service (Servicio Nacional de Salud)
 WHOQOL-BREF: Escala de Calidad de Vida de la Organización
 Mundial de la Salud – Versión Breve (*The World Health Organization
 Quality of Life*)

Índice

Lista de abreviaturas	6
Resumen	9
Summary	11
Justificación	13
Introducción	15
Descripción del problema de salud.....	15
Descripción y características de las terapias a estudio.....	22
Objetivos	27
Objetivo general	27
Objetivos específicos.....	27
Métodos	29
Estrategia de la revisión	20
Búsqueda bibliográfica	30
Selección de los estudios y valoración de la calidad de la evidencia	30
Síntesis de la evidencia.....	31
Resultados	33
Descripción de la evidencia disponible.....	33
Resultados de la búsqueda	33
Calidad de los estudios seleccionados	35
Resultados clínicos.....	38
Efectividad de las Terapias basadas en <i>Mindfulness</i>	38
Efectividad de las Terapia de Aceptación y Compromiso	42
Efectividad de la Terapia Metacognitiva	45

Discusión	49
Discusión de la metodología.....	49
Discusión de los resultados	50
Limitaciones de la revisión sistemática.....	52
Aplicaciones en la práctica clínica.....	53
Conclusiones	55
Referencias bibliográficas	57
Anexos	65
Anexo 1. Estrategia de búsqueda bibliográfica	65
Anexo 2. Herramienta de valoración crítica de los ECAs	67
Anexo 3. Herramienta de valoración crítica de las revisiones sistemáticas (AMSTAR).....	69
Anexo 4. Tablas de datos de los estudios incluidos	72
Anexo 5. Listado de estudios excluidos.....	103

Resumen

Introducción: Los trastornos mentales son la mayor causa de discapacidad en el mundo. Se estima que afectan al 38% de la población (en torno a 165 millones de personas en Europa), convirtiéndose en el mayor contribuidor de todas las causas de cargas de morbilidad medidas en AVAD en nuestro entorno.

En concreto, los trastornos psicóticos (que incluyen esquizofrenia y trastorno bipolar) son condiciones mentales graves caracterizadas por alteraciones en el pensamiento, estado del ánimo y conducta. Estos trastornos son típicamente crónicos y se manifiestan tradicionalmente a través de síntomas positivos (delirios y alucinaciones), síntomas negativos (falta de motivación, abulia), junto con cambios en el humor (depresión, manía) y alteraciones en el procesamiento de la información (déficits cognitivos). Asimismo, tienen un notable impacto en la funcionalidad, restringiendo la calidad de vida y las funciones sociales.

Incluso cuando los pacientes son cumplidores del tratamiento farmacológico, los síntomas, en especial los negativos, persisten hasta el punto que un tercio de los pacientes no responden a dos o más antipsicóticos.

Las intervenciones cognitivo conductuales incluyen una amplia gama de estrategias terapéuticas incluidas las denominadas terapias de tercera ola o de tercera generación que están siendo estudiados como tratamientos coadyuvantes a la farmacoterapia para los síntomas en pacientes con psicosis.

Entre las características comunes de las terapias de la tercera ola se encuentra la focalización en la aceptación de la situación o el contexto, la conciencia plena o el mindfulness, defusión, las relaciones personales y valores en la vida, el razonamiento o toma de conciencia de cómo los tratamientos funcionan a través del efecto que tienen sobre nuestras acciones o pensamientos, y la relación entre el cliente y terapeuta.

Objetivo: El objetivo principal de este informe es valorar los efectos de algunas terapias de la tercera ola (terapia de aceptación y compromiso, mindfulness y terapia metacognitiva) en términos de eficacia sobre la sintomatología psicótica, seguridad y calidad de vida en pacientes con psicosis.

Metodología: Se llevó a cabo una revisión sistemática para identificar estudios relevantes. Se consultaron las bases de datos de Medline (PubMed), Embase, y la Biblioteca Cochrane desde 2006 a Noviembre de 2016. La selección de los estudios fue realizada por dos revisores independientes según los criterios de inclusión y exclusión establecidos para esta revisión. Se valoró la calidad metodológica de los estudios y los datos fueron sintetizados para cada una de las terapias.

Resultados: La búsqueda dió como resultado 30 artículos. Se incluyeron y analizaron revisiones sistemáticas y ensayos clínicos aleatorizados que valoraran pacientes con psicosis. Se definieron como variables de resultados: síntomas de psicosis, calidad de vida, adherencia al tratamiento, recaídas, aceptación y seguridad.

Conclusiones: Los hallazgos muestran que las intervenciones de la tercera ola presentan algunos efectos beneficiosos en pacientes con trastornos psicóticos, y pueden ser un tratamiento útil y seguro como coadyuvante a la farmacoterapia, pero la evidencia es limitada. Es necesario llevar a cabo investigación más rigurosa para determinar la eficacia de modelos de tratamientos específicos.

Summary

Introduction: Mental disorders are the leading cause of disability in the world. It is estimated that a 38% of the total population suffers from mental (around 165 million people in Europe), being the largest contributor to the all cause morbidity burden as measured by DALY in our setting.

More specifically, psychotic disorders (including squizophrenia and bipolar disorder) are severe mental conditions characterized by fundamental disturbances in thinking, perception, mood and behaviour. These disorders are typically chronic and often manifest themselves by positive symptoms (delusions and hallucinations), negative symptoms (lack of motivation, aboulia), mood changes (manic - depressive disorder) and alteration of information processing (cognitive deficiencies). These mental conditions therefore restrict functionality, quality of life and social function.

Even when patients are compliant to pharmaceutical treatments, symptoms, especially negative, often persist and a third of patients do not respond to usual antipsychotics.

Cognitive behavior therapies involve a wide range of treatment strategies including third wave therapies that are increasingly studied as a potential adjunct to pharmacotherapy treatment for symptoms in patients with psychotic disorders.

Among the common characteristics of third wave therapies are focusing on acceptance of situation or context, fully conscious or mindfulness, defusion, patient's relationships and values in life, the rationale about how treatment works and its impact in our actions and thoughts, and the relationship between client and therapist.

Objective: The aim of this report is to assess the effects of some third wave therapies (acceptance and commintment therapy, mindfulness and metacognitive therapy) on psychotic symptoms, safety and quality of life of patients with psychosis.

Methodology: A systematic search was conducted to identify relevant studies. Medline (PubMed), Embase and the Cochrane Library were screened from inception from 2006 to November 2016. Two independent reviewers selected the papers in accordance with inclusion and exclusion criteria established for this review. The methodological quality of the studies was assessed and data were summarized for each therapy.

Results: The search produced 30 articles. Systematic reviews and randomized controlled trials were included and analyzed when they assessed patients with psychosis. Psychotic symptoms, quality of life, treatment adherence, relapses, acceptance and safety were also defined as outcomes.

Conclusions: The findings provide that third wave interventions show some beneficial effects on patients with psychotic disorders, and can be useful and reliable adjunct to pharmacotherapy, but the evidence is limited. More rigorous research is required to determine the efficacy of specific models of treatment.

Justificación

Según la OMS la carga de los trastornos mentales continua creciendo con un impacto significativo en la salud en todo el mundo. Los trastornos mentales suponen una importante carga económica para los pacientes y sus familias, los sistemas de salud y la sociedad, afectando además en la productividad y la calidad de vida de los individuos afectados. En particular, los trastornos psicóticos (incluyendo esquizofrenia y trastorno bipolar), se encuentran entre los trastornos mentales más graves.

Los trastornos psicóticos (tanto las psicosis afectivas como el trastorno bipolar, como las psicosis no afectivas como la esquizofrenia) son considerados trastornos mentales graves caracterizados fundamentalmente por alteraciones del pensamiento, percepción, el estado de ánimo y la conducta que de manera frecuente se mantienen en el tiempo. Los síntomas psicóticos se han descrito tradicionalmente como síntomas positivos (delirios y alucinaciones) y síntomas negativos (falta de motivación, abulia). Estos síntomas aparecen en el trascurso de los cuadros psicóticos junto con alteraciones en el estado de ánimo o el humor como depresión o manía y alteraciones en la cognición, o el procesamiento de la información, igualmente importantes; lo que condiciona y restringe la calidad de vida del individuo y su entorno más cercano así como su funcionamiento social.

Actualmente, carecemos de tratamientos que ayuden a paliar completamente los síntomas de los trastornos psicóticos, constituyendo una de la causa más frecuente de carga de enfermedad. En parte porque los antipsicóticos convencionales se centran en la regulación del estado hiperdopaminérgico de estos cuadros, compensando los síntomas positivos, pero tiene efectos muy modestos sobre los síntomas negativos y cognitivos.

Por lo tanto, la utilización de nuevos tratamientos para los síntomas negativos, funcionales y para la disfunción cognitiva en trastornos psicóticos es de gran importancia. En ese sentido, las nuevas intervenciones psicoterapéuticas de corte cognitivo-conductual, como las terapias de tercera generación, están siendo evaluadas en cuanto a su efectividad en la sintomatología de las personas con problemas de salud mental.

Este informe ha sido solicitado para evaluar la eficacia y seguridad de los tratamientos cognitivo-conductuales de tercera generación dentro del abordaje terapéutico de los pacientes con trastorno mental grave, más concretamente con un trastorno psicótico (Trastornos esquizofrénicos, esquizotípico, delirantes persistentes, delirantes inducidos, otros trastornos psicóticos no especificados y no orgánicos).

Introducción

Descripción del problema de salud

¿Cómo se define y en qué consisten los trastornos psicóticos?

Los trastornos mentales son la principal causa de discapacidad en todo el mundo. Se trata de alteraciones de tipo emocional, cognitivo y del comportamiento en el que se ven afectados procesos psicológicos básicos como son la percepción, la sensación, emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, el lenguaje, etc. Lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo. Entre los trastornos mentales graves se encuentra la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Así, el término psicosis se emplea para referirse a un tipo de trastorno caracterizado por una cierta pérdida de contacto con la realidad, dando lugar a alteraciones significativas en el pensamiento, la percepción de uno mismo y del mundo que le rodea, las emociones y comportamiento, es decir, que se caracterizan por la aparición de los denominados síntomas psicóticos^{1,2}

El trastorno que se ha asociado de forma más común a la presencia de síntomas psicóticos es la esquizofrenia. Aunque estos síntomas también se pueden dar en el trascurso de otras patologías no afectivas que incluyen trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, trastorno psicótico breve, trastorno psicótico no especificado y en las llamadas psicosis afectivas como el trastorno esquizoafectivo, la depresión mayor con síntomas psicóticos o el trastorno bipolar.³⁻⁶

Los síntomas más característicos que podemos observar en estos pacientes son^{2,7,8}:

- Alteraciones en el pensamiento: ideación, creencias falsas conocidas como delirios, procesos de pensamiento con asociaciones laxas, dificultad para concentrarse o mantener la atención, recordar cosas, los pensamientos parecen acelerarse o enlentecerse, alteraciones de motivación y juicio.
- Alteraciones en la percepción: alucinaciones de todos los sentidos.
- Alteraciones afectivas: sentimientos de aislamiento, cambios bruscos del estado del ánimo, sentimientos de excitación o depresión, afecto plano o inapropiado.

- Alteraciones de la conducta: disminución de la actividad e incluso catatonía, o aumento de la actividad y desorganización.

¿Cuáles son los factores de riesgo de padecer síntomas psicóticos?

En la actualidad no se ha conseguido determinar con precisión las causas de estos trastornos. Los trastornos psicóticos presentan una etiología multifactorial con componente genético (la heredabilidad, por ejemplo, de la esquizofrenia se sitúa en torno al 60-70%) y ambiental (como infecciones en edades críticas del desarrollo embrionario, sucesos vitales traumáticos o consumo de tóxicos). En su etiopatogenia participan factores biológicos (alteraciones del neurodesarrollo de etiología genética o ambiental temprana, que ocasionan cambios estructurales y funcionales, como alteraciones de la liberación de dopamina o de sensibilidad de los receptores dopaminérgicos). El estrés aunque no es considerado un agente causal puede ser un factor desencadenante de su aparición o empeoramiento.⁹⁻¹¹

Diversos estudios han determinado marcadores de vulnerabilidad y síntomas prodrómicos en la infancia y adolescencia como complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, deficiencias nutricionales, traumatismos craneales durante la niñez, que pueden afectar al neurodesarrollo, así como factores relacionados con los vínculos familiares, factores relacionados con los primeros aprendizajes y en el ámbito escolar.¹²⁻¹³

¿Cuál es la historia natural y sintomatología de la enfermedad?

La psicosis afecta por igual a hombres y a mujeres y suele manifestarse entre los 20 y 30 años de edad, aunque los trastornos mentales suelen tener su inicio en la adolescencia e incluso en la infancia, como ocurre con la esquizofrenia. Aunque las tasas son similares en ambos sexos, en los varones, la edad de inicio más frecuente es a finales de la segunda década o a comienzos de la tercera década de vida, mientras que en las mujeres el inicio es más tardío.^{7,10}

Los síntomas se agrupan en:^{2,7,8,10,14}

A. Síntomas positivos:

- Alucinaciones auditivas, visuales, táctiles, olfativas o gustativas, siendo las auditivas “voces” las más comunes.

- Delirios: creencias que los pacientes vivencian como reales a pesar de que la evidencia demuestra lo contrario. Pueden ser de:
 - Referencia: cree que le miran, hablan o le lanzan señales o mensajes.
 - Persecución: se siente observado o espiado y perseguido.
 - Falta de control: cree que no puede controlar sus sentimientos o que hay fuerzas externas que intentan dominarle.
 - Difusión del pensamiento: cree que de alguna forma sus pensamientos son conocidos por otras personas.
 - Inserción o robo del pensamiento: cree que sus pensamientos han sido introducidos en su mente o son sustraídos por fuerzas externas.

B. Síntomas negativos:

- Afectan a las relaciones sociales y la capacidad funcional de la persona, y en ocasiones las conductas son confundidas con dejadez, despreocupación o pereza. Podemos encontrar que la persona presenta cambios del comportamiento como aislamiento, falta de motivación o energía, apatía, higiene personal insuficiente, enlentecimiento del tiempo de respuesta, alojía, disminución de los movimientos, dificultad para expresar sentimientos, dificultad para prestar atención o concentrarse, aumento de la distracción, anhedonia.
- Síntomas cognitivos: Los déficits cognitivos se describen alterados como característica central de las psicosis. Alteraciones de funciones como la atención, velocidad de procesamiento, aprendizaje y memoria, memoria de trabajo, función ejecutiva y cognición social están presentes desde el inicio y a menudo se mantienen estables, dificultando el funcionamiento vocacional, social y ocupacional.
- Síntomas afectivos: Además pueden aparecer síntomas de alteración del estado de ánimo o humor como depresión, ansiedad, manía y otros, que los acompañen y requerirán atención terapéutica.

El inicio de la enfermedad puede tener una presentación de forma aguda o puede desarrollarse de forma gradual a lo largo del tiempo pasando más inadvertida. Tanto las formas de presentación como la evolución de la enfermedad varían de una persona a otra. Sin embargo, en la mayoría de los casos el curso clínico de la enfermedad alterna episodios agudos con fases estables totales o parciales (alrededor de un 20% tienen un solo episodio agudo). Las fases que se alternan son:^{7,10}

- **Fase aguda o crisis:** En esta fase los pacientes suelen presentar síntomas psicóticos positivos (delirios y/o alucinaciones), y desorganización grave del pensamiento.

- **Fase de estabilización o postcrisis:** Durante esta fase, se reduce la intensidad de los síntomas psicóticos agudos. La duración de la fase puede ser de seis meses o más tras el inicio de un episodio agudo (o crisis).
- **Fase estable o de mantenimiento:** Los síntomas pueden ser vagos y pasar desapercibido o ser relativamente estable, pero en el caso de que persistan, casi siempre serán más leves que en la fase aguda. Algunos pacientes pueden llegar a mantenerse asintomáticos; otros en cambio pueden presentar síntomas de tipo no psicóticos como ansiedad, depresión o insomnio. Cuando los síntomas negativos y/o positivos persisten, frecuentemente están presentes de una forma atenuada no psicóticas, por ejemplo pueden presentar ilusiones en vez de alucinaciones.

La mayor parte de los pacientes alternan en su curso clínico episodios psicóticos agudos con fases estables de remisión total o parcial, siendo frecuentes los síntomas residuales entre los episodios. Las tres fases se fusionan en ocasiones en los pacientes, sin que los límites entre ellas quedan claramente definidos. Hay que resaltar la importancia de la prevención de recaídas en relación al curso de la enfermedad, ya que un mayor número de recaídas predice mayor deterioro cognitivo y funcional en estos cuadros.

Una vez instaurado el tratamiento farmacológico en la fase aguda, los síntomas positivos suelen responder de forma adecuada a los tratamientos actuales debido a su regulación de la disfunción dopaminérgica presente en estos cuadros, sin embargo, tienen un efecto moderado sobre los síntomas negativos y cognitivos. El curso varía en función de lo precoz que sea la instauración del tratamiento, del tipo de tratamiento y de la forma en que responda el individuo al mismo.^{14,15}

En los pacientes afectados con psicosis también podemos encontrar un aumento de la comorbilidad de otras enfermedades o condiciones clínicas médicas. El riesgo de mortalidad entre las personas con estas patologías está por encima de la población general, por diversos problemas físicos, encabezados por eventos cardiovasculares asociados a obesidad, alteraciones metabólicas, tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo, dieta pobre y diabetes, sumado a un mayor riesgo de muerte violenta o suicidio.¹⁶⁻²⁰

¿Cuántos pacientes sufren de psicosis?

La prevalencia de los trastornos mentales continúa aumentando según los datos recogidos por la OMS. En el caso de la esquizofrenia se estima que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo, siendo más frecuente en hombres (12 millones) que en mujeres (9 millones). La esquizo-

frenia y otras formas de psicosis, representan un importante problema de salud pública. Mundialmente se la considera la tercera condición más incapacitante y supone una enorme carga tanto en términos de coste económico como de sufrimiento humano.²¹ En Europa, en el año 2010 se estimó que 5 millones de personas sufrían trastorno psicótico, siendo en España un total de 453.650 el número de personas con trastorno psicótico en ese año.²¹⁻²²

¿Cuál es la carga social y económica de la enfermedad?

Las enfermedades mentales producen un gran impacto socio-económico tanto en costes directos como indirectos. Los costes de la enfermedad mental a nivel mundial en 2010 se estimó en 2,5 trillones de dólares y se estima una proyección de 6 trillones de dólares en el año 2030.²³

En el año 2010, el coste total de las enfermedades mentales junto a las neurológicas en Europa se estimó en 797,7 millones de euros, de los cuales el 60% eran costes directos. En el caso de las psicosis el coste total en Europa en el mismo año se estimó en 93,9 billones de euros, de los cuales un 29% eran costes directos (26% costes médicos y 15,4% costes no médicos).²²⁻²⁴

En España, los costes económicos de los trastornos mentales, incluidas las enfermedades neurológicas, se estimó en 83.749 millones de euros según datos del 2010. Concretamente, los trastornos psicóticos supusieron un coste de 7.973 millones de euros según datos del mismo estudio, con un gasto total estimado por paciente de 17.576 euros. Además, los trastornos mentales ocupan la sexta posición dentro de los siete grupos de enfermedades con mayor morbilidad hospitalaria.²⁵⁻²⁷

Los datos del estudio de Paré-Badell y colaboradores (2014) además evidencian que los trastornos mentales junto a las enfermedades neurológicas tienen un gran impacto en la economía de nuestro país, con un equivalente al 8% del PIB. En el año 2010, este coste económico superó al del gasto público empleado en sanidad, poniendo de manifiesto que los recursos destinados a estos problemas siguen siendo insuficientes para hacer frente a la demanda de la población.^{26,27}

La carga de las enfermedades mentales se ve incrementada por los “costes invisibles” compuestos por los costes asociados a los cuidados informales de los pacientes y a la pérdida de la productividad laboral (la segunda causa de baja temporal y permanente de los trabajadores), lo que es particularmente importante cuando la psicosis se inicia en la adolescencia o juventud. Se estimó en el año 2001 que las enfermedades neuropsiquiátricas son la causa principal de AVAD en todo el mundo.²⁴ Además, según datos de la OMS, las personas con esquizofrenia tienen entre 2 y 2,5 veces más probabilidades de morir a una edad temprana que el conjunto de la población.²⁸

Más del 50% de los cuidadores informales de las personas que sufren alguna enfermedad mental destinan más de 60 horas semanales al cuidado de la persona enferma.²⁹ Además, se estima que el 80% de las personas con enfermedades mentales que presentan un alto grado de discapacidad conviven con sus familias.²⁴

El suicidio está estrechamente ligado a trastornos mentales graves. En España, la tasa de suicidios de 2014 fue de 8,42%, elevando los datos con respecto a años anteriores con 3.910 fallecidos.²⁵ Concretamente se estima que las tasas de suicidio debidas a los trastornos psicóticos llega al 5% de los pacientes.^{18,19}

Los datos de empleo en esta población también son muy bajas, estando ente el 5-15% con una media de 8% (cuando la tasa de empleo es de casi un 93% en la población general), según datos de Reino Unido.³⁰

¿Cuál es el abordaje diagnóstico y terapéutico de la enfermedad?

En el diagnóstico diferencial una vez descartadas las causas orgánicas específicas o tóxicas tras la aparición del primer síntoma psicótico hay que prestar atención al proceso psicopatológico de base, la forma de inicio y la duración del episodio psicótico. Un diagnóstico precoz que instaure un tratamiento precoz está relacionado con mejor curso de la enfermedad.^{7,31}

En la anamnesis se considerarán antecedentes familiares y personales de trastornos psiquiátricos, forma de inicio y presentación de los síntomas psicóticos, curso del episodio anterior si lo hubiera, trastornos conductuales más relevantes, datos analíticos, exploración e informes médicos, valoración cognitiva y/o neuropsicológica, etc. Es muy importante explorar y documentar además el riesgo de autolesión, suicidio y heteroagresividad.^{7,31}

El diagnóstico de las psicosis se apoya en los síntomas descritos en los manuales diagnósticos CIE-10 y DSM-5.^{2,3,5,7}

El tratamiento actual de las psicosis, sobre todo en fases iniciales incluye la combinación de diversos abordajes terapéuticos aplicados por un equipo multidisciplinar. Se fundamenta principalmente en: el tratamiento farmacológico, el tratamiento psicológico e intervenciones sociales.^{2,7,10,32,33}

A. Tratamiento farmacológico^{2,7,15,32,33}

La farmacoterapia con medicación antipsicótica es un componente esencial del abordaje terapéutico para los pacientes con psicosis.

Fundamentalmente está basado en antipsicóticos o neurolepticos (de primera o segunda generación) en diversos formatos orales o inyectables,

que ayudan a controlar los síntomas positivos. Sin embargo, la utilidad clínica de los antipsicóticos en el tratamiento de los síntomas negativos y cognitivos de la psicosis es muy limitado.

Otras medicaciones, como antidepresivos, benzodiazepinas o estabilizadores del ánimo, pueden ayudar a potenciar el efecto terapéutico de los antipsicóticos y a tratar síntomas acompañantes.

En los casos en los que exista fracaso de los antipsicóticos se podría contemplar la terapia electroconvulsiva, sobre todo en casos graves como esquizofrenia catatónica.

B. Intervenciones psicosociales^{2,7,33}

Estas intervenciones se consideran también elementos centrales del tratamiento, actuando sinérgicamente con la farmacoterapia para mejorar la funcionalidad y la recuperación. La elección del abordaje psicosocial dependerá del paciente, su situación clínica, necesidades, capacidades y preferencias, así como los recursos existentes. Dentro de estas intervenciones nos encontramos: terapia cognitivo-conductual, terapia de apoyo, terapia psicodinámica, psicoeducación, intervención familiar, rehabilitación cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales y de adaptación a las actividades de la vida diaria, de apoyo a la inserción laboral, recursos de viviendas, terapias ocupacionales, etc.

Los abordajes psicoterapéuticos más específicos están compuestos por terapias cognitivo-conductuales, de apoyo, psicodinámicas, psicoeducativas e intervención familiar, mientras que el resto de abordajes tienen una función más rehabilitadora, de aumento de la autonomía y de integración social y laboral.

El mayor contribuidor de todas las causas de cargas de morbilidad medidas en AVAD es la enfermedad mental.^{34,35} Pero además, es importante resaltar en estos paciente mayor comorbilidad de diferentes patologías físicas y enfermedades cardiovasculares que pueden aumentar el riesgo de muerte prematura en los mismos. Los problemas más comunes como diabetes, hiperlipidemia, trastorno cardiovascular, obesidad, neoplasias malignas, etc. en parte están asociados a los estilos de vida como el sedentarismo, tabaquismo o consumo excesivo de alcohol y en parte a los efectos adversos de la farmacoterapia. El aislamiento, la pérdida de recursos sociales y económicos, las dificultades de acceso de estas personas a atención continuada y adecuada también contribuyen a estas patologías.^{2,7,10,31} Por todo lo anterior hay que destacar la importancia de la monitorización permanente de las personas afectadas, el abordaje integral y el fomento de estilos de vida saludables como mecanismos para disminuir la comorbilidad asociada y mejorar la calidad de vida.

Descripción y características de las terapias a estudio

¿En qué consisten las terapias cognitivas conductuales de tercera generación o tercera ola?

Las terapias de tercera generación o tercera ola están en plena expansión en el campo de la psicología dentro del ámbito de la terapia cognitivo-conductual (TCC). Existen pruebas que avalan su utilización y beneficio en diversos trastornos tanto físicos como psicológicos.³⁶⁻⁴¹ Estas terapias están centradas en el aprendizaje de nuevas habilidades dirigidas a reconocer la función de los procesos de pensamiento y el contexto en que se dan (más que en su forma o contenido, como en la TCC tradicional) para poder manejarlos, por eso son también conocidas como terapias contextuales.⁴² Abordan el proceso de pensamiento como formas de “pensamientos individuales”^{43, 44} e inciden sobre las respuestas emocionales a las situaciones y en la función de la cognición como la supresión o la evitación de la experiencia.⁴⁴ Esto contrasta con la TCC tradicional que establece una relación entre pensamientos, sentimientos y comportamiento, e incide en las situaciones o desencadenantes que generan la respuesta emocional, reforzando la valoración cognitiva de esos desencadenantes, y focalizando en cambiar los contextos de cognición.

Las psicoterapias de tercera generación, tienen como objetivo fundamental proporcionar herramientas a las personas para ayudar a aceptar lo que no puede ser modificado y a modificar lo que es susceptible de cambio dentro de la consecución de metas vitales o en el contexto de la enfermedad o procesos patológicos físicos o mentales.

Las terapias de tercera generación utiliza estrategias tales como ejercicios de conciencia plena o *mindfulness*, aceptación de pensamientos y sentimientos no deseados, y defusión cognitiva para alcanzar cambios en el proceso de pensamiento.

Dentro de las terapias de tercera generación nos encontramos:^{42, 45-48}

- Terapia de aceptación y compromiso (*Acceptance and Commitment Therapy - ACT*).
- Activación Conductual (*Behavioural Activation*).
- Entrenamiento mental compasivo (*Compassionate Mind Training or Compassion Focused Therapy*).
- Terapia dialéctica conductual (*Dialectical Behavioural Therapy - DBT*).

- Terapia metacognitiva (*Metacognitive Therapy*).
- Terapia analítico funcional (*Functional Analytic Psychotherapy - FAP*).
- Terapia cognitiva analítica (TCA) (*Cognitive analytic therapy - CAT*)
- Terapia conductual integrativa de pareja (*Integrative Behavioural Couples Therapy*).
- Terapia cognitiva basada en el *mindfulness* (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy - MBCT*).
- Terapia de esquemas (*Schema Therapy*)

La esquizofrenia y otras psicosis conforman una categoría de trastornos mentales graves que pueden ocasionar una pérdida significativa de la calidad de vida de las personas afectadas y sus familias, causando un alto grado de discapacidad. Estas patologías precisan de un abordaje multidisciplinar y complejo incluyendo la atención sanitaria directa con intervenciones biológicas, psicosociales y de rehabilitación, intervenciones sobre el medio social y de apoyo a la familia y una atención intersectorial: social, laboral, educativa y judicial. Su presencia prolongada o crónica en el tiempo conlleva un importante impacto social y sanitario.^{7, 49}

Existen pruebas que avalan la eficacia de los psicofármacos combinados con terapias psicosociales para el tratamiento de estos trastornos.^{7, 49} En la actualidad existen nuevos abordajes psicológicos que pretenden abordar de una forma más global e integral las patologías mentales graves incluyendo el contexto en el que se producen, como son las terapias de tercera generación, que apuntan a resultados globales más satisfactorios y cuyo conocimiento de la evidencia que consolide su uso extendido es limitado.³⁶⁻⁴¹

Entre las terapias de tercera generación más documentadas nos encontramos las terapias basadas en *mindfulness*, terapias basadas en aceptación y compromiso y terapia metacognitiva. En la mayoría de los casos son abordajes integrales psicoeducacionales que incluyen alguna o varias de estas terapias como una herramienta más en sus sesiones.⁵⁰ Esta revisión se centra en los tres abordajes expuestos anteriormente.

Terapias basadas en *mindfulness*

Mindfulness, en términos simples, significa prestar atención plena no elaborada a los pensamientos y tomar conciencia del entorno y el momento presente. Se requiere conseguir el nivel de atención necesario para seguir de manera consciente la experiencia sensorial y el contenido de los pensamientos presentes sin elaborar y sin juzgar ninguna parte de la experiencia, centrándose tan solo en las características de esta. Las raíces del *mindfulness* están en las tradiciones orientales contemplativas como el budismo y sus téc-

nicas de meditación como *Vipassana*, una de las técnicas de meditación más antiguas de la india que significa “ver las cosas tal como son”, aunque los principios y prácticas de la meditación pueden ser encontrados en muchas culturas, filosofías y tradiciones religiosas fuera del budismo. La definición operacional de *mindfulness* incluye múltiples dimensiones, tanto cognitivas como afectivas, incluyendo la autoregulación del foco de la atención, descentralización, conciencia de las sensaciones, pensamientos, y emociones, apertura y aceptación de todas las experiencias interiores y exteriores con calma, sin reaccionar o juzgar, al igual que otros aspectos perceptivos y cognitivos como la observación y descripción.⁵¹⁻⁵³

Existen diferentes aspectos en el *mindfulness* que se reflejan en sus intervenciones. Mientras unas intervenciones se centran en aspectos de la conciencia plena y la atención, (ejemplo: prácticas basadas en la meditación), otras se centran en la aceptación y el distanciamiento (ejemplo: prácticas basadas en la aceptación) o en la amabilidad y compasión (ejemplo: terapia centrada en la compasión o meditación amor-amabilidad).⁵⁴

La utilización del *mindfulness* como herramienta psicológica desde un punto de vista clínico para abordar diferentes problemas mentales o simplemente para mejorar el bienestar psicológico de los individuos es relativamente reciente (últimas dos décadas), pues encaja en los principios del abordaje cognitivo-conductual de la psicología clínica; razón por la cual se la incluye dentro de las herramientas terapéuticas de tercera generación.⁵⁵

El desarrollo de las cualidades de *mindfulness* como la presencia en el momento, aceptación, distanciamiento, no reactividad, no juzgar y compasión, pueden ser particularmente útiles para proporcionar bienestar psicológico en pacientes con diversas patologías tanto físicas como psicológicas y para el alivio del estrés en general.^{55,56} Concretamente, en los pacientes con psicosis se sugieren beneficios en el estrés asociado a las alucinaciones auditivas, visuales y la irrupción de ideas paranoides, lo que la convierte en una estrategia susceptible de ser utilizada en el tratamiento de síntomas residuales.⁵⁷

Terapia de aceptación y compromiso

Al igual que el *mindfulness*, la terapia de aceptación y compromiso (TAC), está incluida en las terapias de nueva generación a la hora de abordar diferentes trastornos. Las versiones más tempranas de estas terapias se refieren a ellas como estrategias de distanciamiento comprensivo, sin embargo, Hayes y colaboradores (2006), la definió como “una intervención psicológica basada en la psicología moderna del comportamiento, incluyendo la teoría de los marcos relacionales, que se aplica en *mindfulness* y procesos de acep-

tación, y procesos de compromiso y cambio de comportamiento, para crear flexibilidad psicológica”.⁵⁸

La TAC incluye seis procesos de tratamiento centrales: de aceptación, alejamiento, defusión cognitiva, contacto con el momento presente, toma de conciencia del yo como contexto, examen de valores, y toma de acción comprometida. Estos procedimientos están totalmente relacionados, de tal manera que si se aplica la defusión cognitiva, se está presente y se aceptan los pensamientos, sentimientos, emociones y sensaciones, descubriendo y viviendo el yo como contexto.⁵⁸ Para aplicar estos procedimientos se establece una agenda terapéutica, que no es un procedimiento rígido, sino más bien una guía tentativa que se ha de adaptar a cada paciente y a cada problema.

En definitiva, desarrolla estrategias personales para enfrentarse a los sentimientos y pensamientos que rigen conductas inadaptativas como la evitación experiencial, para alcanzar conductas de aceptación y compromiso de esos sentimientos y pensamientos lo que permite exponerse al estímulo temido sin que se generen conductas de evitación.⁵⁹

Los beneficios que la TAC aportaría a los pacientes con psicosis se basan en el manejo de las conductas de evitación experiencial que estos tendrían ante las alucinaciones y delirios como estímulos estresantes, especialmente si las alucinaciones interfieren de forma importante con la vida que el paciente quiere llevar. Se pretende que la persona cambie la relación que tienen con sus síntomas y disminuya su lucha contra los mismos, lo cual requiere algún nivel de aceptación por parte de la persona, fomentando, además, conductas que se dirigen a rehacer su vida siguiendo en el sentido que considere más auténticamente suyo (lo que implica reconocer y seguir sus valores).^{60,61}

Terapia Metacognitiva

La terapia metacognitiva (TMC) incide en la manera en que los individuos experimentan y regulan sus pensamientos (procesos cognitivos autorregulatorios). Determinados trastornos psicológicos tienen su base en las distorsiones del pensamiento frente a determinados estímulos, que conllevan a su vez sentimientos y comportamientos alterados. La TMC se basa en un modelo de procesamiento de la información sobre los factores involucrados en la etiología y mantenimiento del trastorno psicológico, evaluando las estrategias cognitivas auto-reguladoras conscientes y que dirigen la conducta. Para ellos son necesarios dos componentes fundamentales: el autorreconocimiento del proceso de pensamiento y la demostración de las consecuencias negativas de las posibles distorsiones en el transcurso del pensamiento.⁶²

Desde esta perspectiva, los pacientes con psicosis presentan un estilo de pensamiento y de regulación del mismo (metacognición) sesgados. Fren-

te a las situaciones y/o personas del entorno desarrollan pensamientos de preocupación y rumiación, focalizan la atención en la información negativa y amenazante, y presentan acciones metacognitivas de supresión y evitación, lo que conduce a los síntomas psicóticos. La terapia metacognitiva implica enseñar a los individuos habilidades alternativas para experimentar y dirigir sus pensamientos utilizando técnicas como entrenamiento en atención y alterando las creencias metacognitivas o pensamientos que preocupan o no pueden ser controlados por el individuo al considerarlos amenazantes o peligrosos.^{63,64}

En cuanto a la forma de aplicación de las terapias, al igual que ocurre con otros abordajes psicológicos, presentan diversidad de fórmulas en cuanto al número y duración de las sesiones, distanciamiento entre las mismas, aplicación individual o grupal y su utilización dentro de un plan terapéutico más amplio que puede combinarlas adaptándolas a las necesidades del trastorno y el individuo.

Objetivos

Objetivo general

Evaluar la utilidad clínica de los tratamientos psicoterapéuticos conocidos como terapias de tercera ola, terapias de tercera generación o terapias contextuales en el tratamiento de los trastornos mentales graves, concretamente en los trastornos psicóticos.

Objetivos específicos

- Evaluar la eficacia y/o efectividad de *las terapias basadas en mindfulness* en términos de reducción de sintomatología, adhesión al tratamiento, recaídas, calidad de vida y reajuste o funcionamiento general y social.
- Evaluar la seguridad de *las terapias basadas en mindfulness* en términos de eventos adversos derivados de su utilización.
- Evaluar la eficacia y/o efectividad de *la terapia de aceptación y compromiso* en términos de reducción de sintomatología, adhesión al tratamiento, recaídas, calidad de vida y reajuste o funcionamiento general y social.
- Evaluar la seguridad de *la terapia de aceptación y compromiso* en términos de eventos adversos derivados de su utilización.
- Evaluar la eficacia y/o efectividad de *la terapia metacognitiva* en términos de reducción de sintomatología, adhesión al tratamiento, recaídas, calidad de vida y reajuste o funcionamiento general y social.
- Evaluar la seguridad de *la terapia metacognitiva* en términos de eventos adversos derivados de su utilización.

Métodos

En el presente informe se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la literatura científica sobre la eficacia de los tratamientos psicoterapéuticos de tercera generación, tercera ola o terapias contextuales en el tratamiento complementario de los síntomas psicóticos asociados a estos trastornos mentales graves.

Estrategia de la revisión

Para dar respuesta a la pregunta de investigación, se estableció la siguiente definición PICO.

Descripción	Alcance
Población	Personas con trastornos mentales graves: esquizofrenia y otras psicosis.
Intervención	Terapias contextuales o de tercera generación: terapia basada en mindfulness, terapia de aceptación y compromiso y terapia metacognitiva.
Comparación	Estudios que incluyan el efecto de terapias contextuales o de tercera generación comparado con tratamiento (tratamiento habitual, no tratamiento, otras terapias psicológicas o placebo).
Resultados	Medidas de eficacia para cada patología, calidad de vida, adhesión al tratamiento, reducción de síntomas, reajuste o funcionamiento general y social, índice de recaídas. Medidas de seguridad: efectos adversos como suicidios consumados, tentativas de suicidios o empeoramiento de los síntomas.
Diseño de estudios	Ensayos clínicos aleatorizados y revisiones sistemáticas.

Criterios de inclusión

Pacientes con edades comprendidas entre los 18 y 65 años.

Evaluación de personas con diagnóstico (compatible con los diagnósticos definidos dentro de la CIE-10) de: Trastornos esquizofrénicos, esquizotípico, delirantes persistentes, delirantes inducidos u otros trastornos psicóticos no especificados y no orgánicos (F20-F29, excepto F25.x y F06.x)

Criterios de exclusión

Estudios que evalúen de forma específica muestras de personas con diagnósticos de trastorno esquizoafectivo (F25.x), trastorno psicótico debido a patología médica (F06.x) y trastorno psicótico inducido por sustancias (F1x.5x)

Búsqueda bibliográfica

La búsqueda se llevó a cabo en las siguientes bases de datos de la literatura médica:

- Bases de datos generales: PubMed y EMBASE.
- Bases de datos especializadas en revisiones sistemáticas: Cochrane Library.
- En la estrategia de búsqueda se emplearon los términos siguientes:
- Términos principales asociados a las terapias evaluadas: “third wave therapies”, “acceptance and commitment therapy”, “mindfulness”, “metacognitive psychotherapy”.
- Términos principales asociados a los pacientes o patología: “schizophrenia”, “schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders”, “Psychotic Disorders”, “psychosis”

La fecha última de búsqueda fue diciembre de 2016.

En el anexo 1 se encuentra detallada la estrategia de búsqueda empleada en cada una de las bases de datos.

Se procedió a la revisión manual de las referencias de los trabajos incluidos con la finalidad de localizar aquellos estudios no recuperados en las búsquedas automatizadas.

Todo este proceso se ha completado mediante una búsqueda en metabuscadores como Tripdatabase, Google académico, páginas web de sociedades científicas y agencias de evaluación nacionales e internacionales.

Selección de los estudios y valoración de la calidad de la evidencia

La selección de los artículos se realizó por dos revisores independientes a partir del título y abstract del mismo y en caso de duda se solicitó el artículo completo para ver si cumplía los criterios de inclusión.

Se llevó a cabo una lectura crítica de los artículos seleccionados para valorar los sesgos, aplicabilidad y calidad del estudio.

La valoración de las limitaciones en el diseño de los ECAs se realizó

mediante la herramienta de valoración de sesgos de la Colaboración Cochrane.⁶⁵ (Anexo 2).

La valoración crítica de las revisiones sistemáticas incluidas se llevó a cabo con la herramienta AMSTAR (Assessment of Multiple Systematic Review).⁶⁶ (Anexo 3).

Durante el proceso de evaluación, en caso de discrepancia entre los revisores en el uso de la escala, éstas se resolvieron mediante consenso.

Se tuvieron en cuenta factores como balance entre beneficios y riesgos, limitaciones en el diseño del estudio, resultados inconsistentes en los diferentes estudios, si la evidencia considerada es directa o indirecta, impresión de los estimadores de efecto, sesgo de publicación, valores de preferencia de los pacientes, usos de recursos y costes, confianza en la magnitud de las estimaciones del efecto e impacto de las variables de confusión valoradas.⁶⁷

Síntesis de la evidencia científica

Se ha realizado la lectura crítica de los estudios incluidos y llevado a cabo un análisis independiente de los resultados de los ensayos clínicos.

Los siguientes datos generales, metodológicos y de eficacia fueron extraídos por un revisor y comprobados por un segundo revisor:

- Datos de publicación del artículo (año, revista, autores).
- Datos metodológicos del estudio: diagnóstico, intervención/es evaluadas, comparador, duración de la intervención, seguimiento realizado.
- Datos sobre la población: tamaño muestral, sexo, edad media, diagnóstico/s principal/es, contexto o *setting* clínico, país
- Datos sobre los resultados presentados: medidas de resultados en cuanto a sintomatología, medidas cognitivas, calidad de vida, recaídas o tasas de hospitalización, satisfacción, funcionalidad social y eventos adversos.

Los datos principales se presentaron en tablas de evidencia y dado que los estudios no posibilitaron, a causa de su heterogeneidad, llevar a cabo una síntesis cuantitativa mediante meta-análisis, la síntesis de los resultados se ha presentado en forma de revisión narrativa.

Resultados

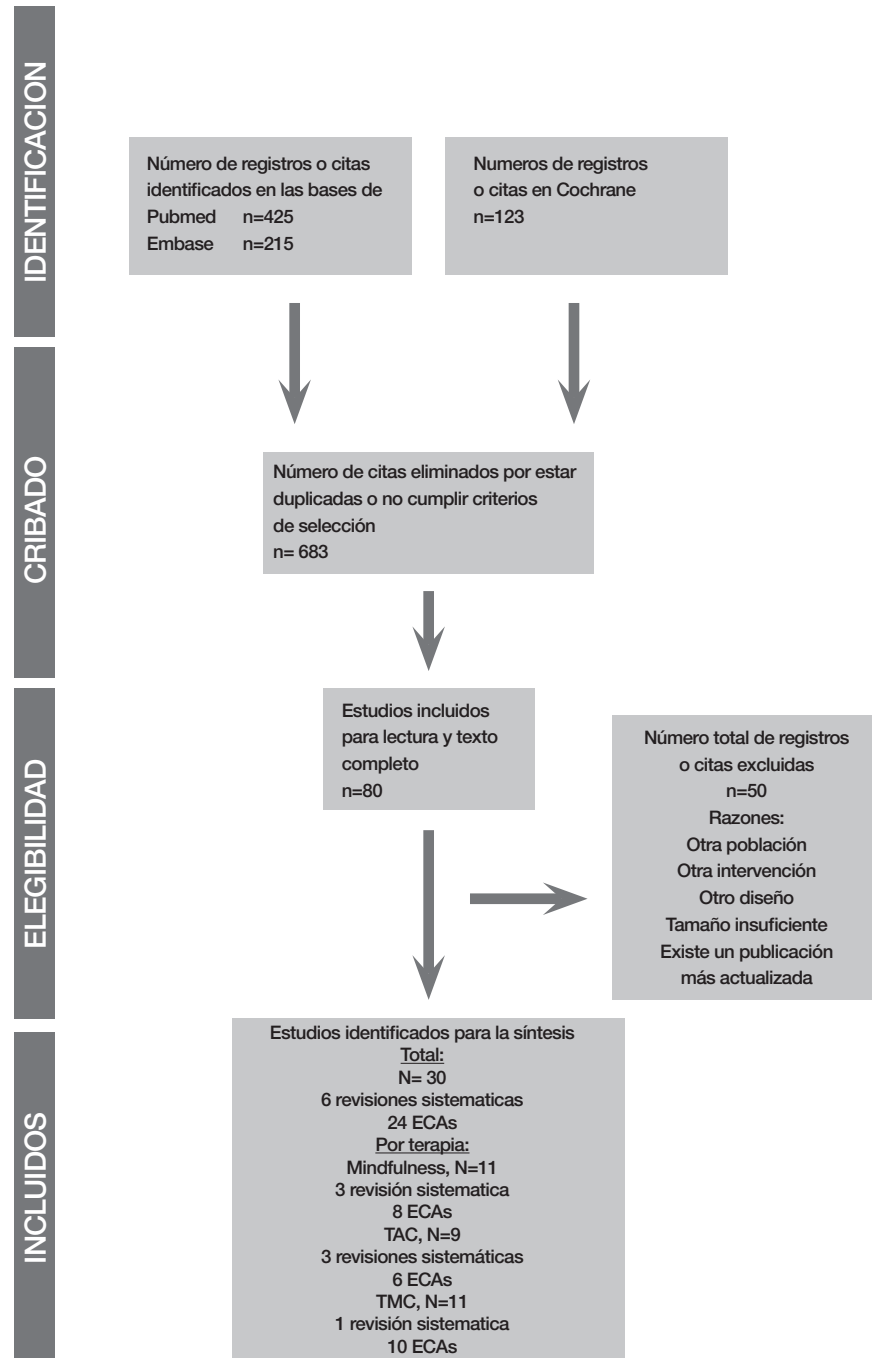
Descripción de la evidencia disponible

Resultados de la búsqueda

Como resultados de la búsqueda bibliográfica de eficacia y seguridad se localizaron un total de 763 documentos (425 en Pubmed, 215 en Embase y 123 en Cochrane). Tras la eliminación de los duplicados se llevó a cabo una primera lectura por título y resumen que permitió descartar 683 referencias que no cumplían “a priori” los criterios de inclusión establecidos para la revisión sistemática o estaban duplicados en las diferentes bases. Tras el cribado inicial, se identificaron 80 documentos potencialmente elegibles, que fueron revisados posteriormente a texto completo.

El número final de documentos incluidos en la revisión sistemática fue de 30 con la utilización duplicada de uno de los documentos ya que es una revisión sistemática que evaluaba dos de las terapias incluidas en este estudio. Siendo para el *Mindfulness* un total de 10 documentos (3 revisiones sistemáticas y 8 ECAs), para la TAC (3 revisiones sistemáticas y 6 ECAs) y para la TMC (1 revisión sistemática y 10 ECAs).

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de documentos para la revisión



Calidad de los estudios seleccionados

A continuación se presentan las tablas con la calidad de los documentos por terapia y tipo de estudio. Las tablas 1, 3 y 5 presentan la valoración crítica de las revisiones sistemáticas incluidas se llevó a cabo con la herramienta AMSTAR para los estudios TBM, TAC y TMC. Mientras que las tablas 2, 4 y 6 presentan la evaluación de los ECAs incluidos según la herramienta de la colaboración Cochrane para este diseño de los estudios de TBM, TAC y TMC.

Calidad de los estudios de Terapias basadas en *Mindfulness*

Tabla 1. Calidad de las Revisiones sistematicas

Estudio (año)	Pregunta 1	Pregunta 2	Pregunta 3	Pregunta 4	Pregunta 5	Pregunta 6	Pregunta 7	Pregunta 8	Pregunta 9	Pregunta 10	Pregunta 11	Total
Khoury et al., 2013	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10/11
Lan, Chien, 2016	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	9/11
Cramer, 2016	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10/11

Tabla 2. Calidad de los ECAs

	Generación de la secuencia aleatoria (sesgo de selección)	Ocultamiento de la asignación (sesgo de selección)	Cegamiento de participantes y personal (sesgo de realización)	Cegamiento de evaluación de resultados (sesgo de detección)	Manejo de datos de resultados incompleto (sesgo de desgaste)	Notificación selectiva (sesgo de notificación)	Otros sesgos
Chawdick, et al., (2016).	?	?	?	+	-	+	
Chien, et al., (2013).	?	?	?	+	+		
Chien, et al., (2014).	+	+	-	?	+	+	
Davis, et al., (2015).	-	?	-	-	+	-	
Langer, A. I., et al., (2012).	-	?	-	+	-	+	
López-Navarro, et al., (2015).	+	+	?	?	+	+	
Montz et al. (2015).	-	?	?	+	+	+	
Wang et al. (2017).	+	+	-	+	+	+	

■ Bajo riesgo de sesgo
 ■ Riesgo de sesgo indefinido
 ■ Alto riesgo de sesgo

Calidad de los estudios de Terapia de Aceptación y Compromiso

Tabla 3. Calidad de las Revisiones Sistemáticas

Estudio (año)	Pregunta 1	Pregunta 2	Pregunta 3	Pregunta 4	Pregunta 5	Pregunta 6	Pregunta 7	Pregunta 8	Pregunta 9	Pregunta 10	Pregunta 11	Total
Öst, 2014	SÍ	NO	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	7/11
Tonarelli et al, 2016	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	SÍ	NO	NO	SÍ	NO	NO	4/11
Cramer, 2016	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	10/11

Tabla 4. Calidad de los ECAs

	Generación de la secuencia aleatoria (sesgo de selección)	Ocultamiento de la asignación (sesgo de selección)	Cegamiento de participantes y personal (sesgo de realización)	Cegamiento de evaluación de resultados (sesgo de detección)	Manejo de datos de resultados incompleto (sesgo de desgaste)	Notificación selectiva (sesgo de notificación)	Otros sesgos
Shawyer et al. (2012).	+	+	?	-	+	+	
Bach et al. (2002).	?	+	?	+	+	-	
Bach et al. (2012).	?	+	?	?	?	-	
White et al. (2011).	+	+	?	-	+	+	
Gumley et al. (2016).	+	+	?	-	+	?	
Gaudiano & Herbert, (2016).	?	+	-	-	+	?	

■ Bajo riesgo de sesgo
 ■ Riesgo de sesgo indefinido
 ■ Alto riesgo de sesgo

Calidad de los estudios de Terapia Metacognitiva

Tabla 5. Calidad de la Revisión Sistemática

Estudio (año)	Pregunta 1	Pregunta 2	Pregunta 3	Pregunta 4	Pregunta 5	Pregunta 6	Pregunta 7	Pregunta 8	Pregunta 9	Pregunta 10	Pregunta 11	Total
Van Osterhout, (2016)	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	10/11

Tabla 6. Calidad de los ECAs

	Generación de la secuencia aleatoria (sesgo de selección)	Ocultamiento de la asignación (sesgo de selección)	Cegamiento de participantes y personal (sesgo de realización)	Cegamiento de evaluación de resultados (sesgo de detección)	Manejo de datos de resultados incompleto (sesgo de desgaste)	Notificación selectiva (sesgo de notificación)	Otros sesgos
Buonocore et al. (2015).	+	?	?	+	+	+	
Moritz et al. (2011).	?	?	?	+	+	+	
Moritz et al. (2013).	+	+	?	+	+	+	
Moritz et al. (2014).	+	+	?	+	+	+	
Lam et al. (2015).	?	-	?	+	+	+	
Van Oosterhout et al. (2014).	?	?	?	+	+	+	
Briki et al. (2014).	?	?	+	+	+	+	
Kuokkanen et al. (2014).	?	?	?	?	-	+	
Aghator et al. (2010).	+	?	?	+	+	+	
Favrod et al. (2014).	?	?	?	+	+	+	

■ Bajo riesgo de sesgo
 ■ Riesgo de sesgo indefinido
 ■ Alto riesgo de sesgo

Resultados clínicos

Efectividad de las terapias basadas en *mindfulness*

De los 11 estudios identificados, 3 fueron revisiones sistemáticas (Khoury et al. (2013)⁵⁴, Cramer et al. (2016)⁴¹ y Lam & Chien (2016)⁶⁸) y 8 ensayos clínicos (ECAs). Seis ensayos clínicos están recogidos en las revisiones sistemáticas, excepto Wang et al. (2017)⁶⁹ y Moritz et al. (2015)⁷⁰.

Una de las revisiones sistemática (Lam & Chien, 2016) de 6 estudios sin meta-análisis (por heterogeneidad) comparó estudios que evaluaron terapia basada en *mindfulness* (TBM) llegando a la conclusión que la TBM podría tener resultados beneficiosos en los pacientes con esquizofrenia incluso en un plazo de seguimiento de 18-24 meses en términos de funcionalidad, sintomatología psicótica o recaídas. Sin embargo, concluye que son pocos estudios y de calidad limitada, con lo que existe evidencia insuficiente para hacer recomendaciones clínicas y se precisa más investigación al respecto⁶⁸.

Otra de las revisiones sistemáticas de ocho estudios con metaanálisis (Cramer et al., 2016) incluyó estudios donde se abordaba la TBM y la terapia de aceptación y compromiso (TAC)⁴¹. Los pocos estudios incluidos que evaluaron TBM determinaron la presencia de una mejora de la sintomatología general y hospitalización, pero no de la sintomatología positiva, afectiva o aceptación. Se describen efectos moderados de ambas terapias post-intervención en los síntomas psicóticos con diferencias de medias (-0.46 [-0.82, -0.09], $p=0.01$) y síntomas positivos (-0.57 [-0.95, -0.19], $p=0.003$); efecto moderado a corto plazo de ambas terapias para la medida de *mindfulness* con diferencias de medias (0.97 [0.42, 1.52]); y efecto moderado en las tasas de hospitalizaciones y su duración solo para la Terapia de Aceptación y Compromiso con OR (0.41 [0.18, 0.95], $p=0.04$). A largo plazo aparece un efecto moderado significativo solo para la TBM en los síntomas psicóticos totales (-1.27 [1.62, 0.92], $p<0.0001$) y número de hospitalizaciones (-1.40 [1.74, 1.06], $p<0.0001$) con un análisis que incluye solo dos estudios (Chien, et al. 2013⁷¹ y Chien et al, 2014⁷²). Sin embargo, los meta-análisis por subgrupos para cada terapia incluyen un máximo de dos estudios, e incluso un estudio en algunos análisis. A pesar de que no se reportaron efectos adversos, la revisión concluye que ambas intervenciones se podrían recomendar como terapias adicionales o coadyuvantes para las psicosis, siempre que se hagan bajo la supervisión exhaustiva de terapeutas entrenados⁴¹.

La tercera revisión sistemática (Khoury et al., 2013)⁵⁴ con metaanálisis incluyó 13 estudios entre ECAs, estudios pre-post o con grupo control sin aleatorizar que evaluaron TBM, TAC, Terapia Basada en la Compasión y combinaciones. Concluyendo que la TBM tiene un efecto moderado sobre

la gravedad de los síntomas negativos y podría ser útil como coadyuvante a la farmacoterapia; aunque es necesaria más investigación al respecto. La media del tamaño del efecto pre-post de los resultados clínicos fue positivamente moderada (efecto medio) para los efectos de los resultados en *mindfulness* ($n=5$; $\beta=0.33$, $DE=0.11$, $p<0.005$), y positivamente moderado (amplio efecto) para los efectos de *mindfulness*, y aceptación y compromiso combinados ($n=6$; $\beta=0.52$, $DE=0.013$, $p<0.0005$). La calidad de los estudios no moderó de forma significativa en el tamaño del efecto de los resultados clínicos ($p=0.47$) o por la duración del tratamiento ($p=0.16$). Los autores concluyen que las TBM son eficaces para los síntomas negativos de los pacientes con psicosis y podrían ser útiles como tratamiento coadyudante a la farmacoterapia, pero que es necesaria más investigación que evalúe su efectividad a largo plazo y los elementos que dentro de la terapia son más efectivos⁵⁴.

Uno de los ECAs más recientes (Chadwick et al., 2016), en Reino Unido con 108 participantes, fue el único que investigó el efecto de la terapia basada en *mindfulness* (TBM) sobre la regulación emocional. Tras evaluar la ansiedad y depresión hospitalarios con la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión - HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) y la sintomatología con la Escala para la Valoración de los Síntomas Psicóticos - PSYRATS (Psychotic Symptom Rating Scale), determinó diferencias significativas entre los grupos con un efecto de pequeño a moderado a favor del grupo de intervención sobre la reducción de los síntomas de depresión (-1.67 [DE=0.719], $p=0.023$), que se mantuvo a los 6 meses post-intervención (-1.456 [DE=0.685], $p=0.037$). Sin embargo, el estudio no demostró diferencias entre los grupos en ansiedad ni otros síntomas clínicos como alucinaciones. Las limitaciones del estudio (no alcanzó un tamaño muestral suficiente y no existe comparación con grupo control con tratamiento activo) determinan las conclusiones de los autores de seguir investigando en esta línea⁷³.

El ensayo de tres grupos de Chien y Thompson (2014)⁷², con 107 pacientes en China, demostró que el *mindfulness*, frente a un programa de psicoeducación convencional y frente al tratamiento habitual, tenía un efecto significativo en la introspección o *insight* medida con la Escala de Introspección - ITAQ (The Insight Scale), con un tamaño de efecto moderado post-intervención ($d=0.6$), que se mantiene a los 12 y 24 meses. La funcionalidad, según la Escala de Niveles Específicos de Funcionalidad - SLOF (Specific Levels of Functioning Scale), presentaba diferencias significativas a favor del grupo de TBM, con un tamaño del efecto moderado ($d=0.54$). La gravedad de los síntomas psiquiátricos globales también presentó una mejora significativa en el grupo de intervención con *mindfulness* frente a los otros dos, con una reducción en la Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) ($F(2,104) = 4,36$, $p<0.005$); de igual

forma disminuyó la duración de las rehospitalizaciones a los 12 y 24 meses de seguimiento ($F(2,104) = 4.98, p < 0.004$), pero no se obtuvieron diferencias significativas para el número de rehospitalizaciones o el apoyo social percibido⁷². Otro estudio de Chien & Lee (2013)⁷¹ con 96 pacientes del mismo país llegó a resultados similares cuando se comparaba la TBM con los cuidados habituales, demostrando diferencias significativas a favor de la intervención en la gravedad de los síntomas, con una reducción en el total de la escala BPRS ($F(1,95) = 4.00, p < 0.01$), introspección hacia la enfermedad, con un aumento en la escala de introspección ITAQ de ($F(1,95) = 5.8, p < 0.001$) y duración de las rehospitalizaciones a los 3 y 18 meses de seguimiento ($F(1,95) = 5.75, p < 0.001$). La funcionalidad y número de hospitalizaciones también mejoraron de forma significativa en el grupo de intervención aunque solo a los 18 meses de seguimiento⁷¹. Los dos estudios examinaron la satisfacción de los pacientes y el apoyo social percibido según la Escala de Apoyo Social - SSQ (The Social Support Questionnaire), pero no demostraron diferencias significativas a favor del grupo con TBM.

En el ámbito español nos encontramos dos ensayos clínicos, el de López-Navarro y colaboradores (2015)⁷⁴ y Larger y colaboradores (2012)⁷⁵ con tamaños muestrales pequeños ($n < 50$). El estudio de López-Navarro y colaboradores (2015) con 44 pacientes comparó la TBM más el tratamiento habitual de rehabilitación integral con el tratamiento habitual; siendo el único estudio que abordó la calidad de vida como medida de resultado. Se apreciaron diferencias significativas en los niveles de calidad de vida (WHOQOL-BREF) física, psicológica y ambiental, y en síntomas generales medidos a través de la escala PANSS (The Positive and Negative Syndrome Scale) general después del tratamiento con mindfulness dentro del grupo de intervención. Lo más resaltante es que se apreciaron resultados significativos a favor del grupo de intervención frente al control, con un nivel de efecto moderado ($d = .63$), en calidad de vida psicológica ($F(1,42) = 16.72; p < 0.001; \eta^2 = 0.285$). No hubo diferencias significativas en los niveles de mindfulness ni comparando por tiempo o por tratamiento⁷⁴.

Lopez-Navarro y colaboradores (2015) también incluyó como medida de resultado la sintomatología psicótica según las escalas PANSS y PSYRATS (The Psychotic Symptom Rating Scales), pero al igual que Chadwick et al. (2016), no pudieron concluir diferencias significativas entre los grupos al finalizar la terapia⁷⁴.

El segundo estudio realizado en nuestro contexto, Langer y colaboradores (2012), con tan solo una muestra de 23 pacientes, abordó la medida de *mindfulness* con El Cuestionario Mindfulness de Southampton - SMQ (The Southampton mindfulness questionnaire), la sintomatología clínica con la Escala de Impresión Clínica Global-Esquizofrenia - CGI-SCH (Clinical Global Impression-Schizophrenia Scale), y el nivel de evitación experiencial

o poca disposición para mantener el contacto con experiencias internas con la Escala - AAQ II (Acceptance and Action Questionnaire - II) en un grupo de intervención con TBM frente a lista de espera. Los resultados pre-post fueron significativos en la medida de *mindfulness* en el grupo de intervención (79.83, DE=13.64) frente al grupo control (61.91, DE=15.58) con una $p = 0.02$, lo que difiere del estudio de Lopez-Navarro y colaboradores (2015). El resto de variables (sintomatología y nivel de evitación) no resultó significativamente diferentes entre los grupos⁷⁵.

Además se encontraron otros dos estudios que no fueron recogidos en las revisiones sistemáticas detalladas al principio, Moritz y colaboradores (2015)⁷⁰ y Wang y colaboradores (2016)⁶⁹.

El estudio de Moritz et al. (2015) con 90 pacientes, aplicó la TBM a través de biblioterapia (con manuales y archivos de audio autoadministrados) frente a un grupo control con biblioterapia de relajación muscular progresiva, y con un seguimiento telemático en ambos grupos. Los resultados mostraron diferencias significativas pre-post dentro de cada grupo para la reducción de síntomas de depresión, pero sin diferencias significativas entre los grupos. El resto de variables (síntomas psicóticos, depresión, paranoia y trastornos obsesivo-compulsivo) no reportó diferencias significativas pre-post, ni entre grupos⁷⁰.

En cuanto al estudio de Wang y colaboradores (2016), con 138 pacientes y tres grupos (TBM, psicoeducación convencional y tratamiento habitual) y un seguimiento de 6 meses reportó resultados similares a los de Chien y Thompson (2014). Los pacientes que recibieron psicoeducación basada en mindfulness demostraron mejores resultados, comparando con los otros grupos, en cuanto a nivel de funcionalidad medida con la escala SLOF ($F(2,129) = 6.98, p = 0.0009$); sintomatología total con la escala PANSS ($F(2,129) = 6.20, p = 0.003$) y ambas subescalas de síntomas positivos y negativos de la escala PANSS ($p = 0.001$ y 0.005 respectivamente); proceso de recuperación con la escala QPR (Questionnaire about the Process of Recovery) ($F(2,129) = 5.83, p = 0.005$); y capacidad de introspección sobre su enfermedad/tratamiento con la escala ITAQ ($F[2,129] = 5.10, p = 0.01$). No demostró efectos significativos en reducir la media del número de hospitalizaciones. En cambio, el número de pacientes y la duración disminuyó de forma progresiva en el grupo de TBM. No se reportó ningún efecto adverso relacionado en el grupo de TBM⁶⁹.

Efectividad de la terapia de aceptación y compromiso

De los 9 estudios identificados 3 fueron revisiones sistemáticas (Öst (2014)⁷⁶, Tonarelli y colaboradores (2016)⁷⁷ y Cramer y colaboradores (2016)⁴¹) y 6 ensayos clínicos (ECAs). Cuatro de los ECAs están recogidos en dos o tres de las revisiones sistemáticas, un ECA tan solo aparece en una revisión sistemática y tan solo un ECA (Gumley y colaboradores, 2016)⁷⁸ no está recogido en ninguna de las revisiones sistemáticas encontradas.

Una de las revisiones sistemáticas con metaanálisis (Öst, 2014) incluyó 60 estudios que evaluaron la efectividad de la terapia de aceptación y compromiso (TAC) en pacientes psiquiátricos, trastornos somáticos y estrés, incluyendo la evaluación en pacientes con sintomatología psiquiátrica psicótica objeto de este trabajo (4 ECAs). La evidencia encontrada en estos estudios fue muy limitada. Tan solo uno de los ECAs tuvo resultados significativos a favor del grupo de TAC, aunque con limitaciones metodológicas. Los autores concluyen que mientras la TAC es probablemente eficaz para otras patologías como el dolor crónico, en cambio no está tan probado en el caso de trastornos como depresión, ansiedad, síntomas psicóticos, o trastorno obsesivo compulsivo. Por tanto, es necesaria más investigación al respecto y en especial aquella que compare el uso de TAC frente a otros tratamientos activos que se estén utilizando, preferiblemente aquellos ya establecidos como efectivos, en lugar de lista de espera o tratamiento habitual⁷⁶.

Otra de las revisiones sistemáticas es la de Cramer y colaboradores (2016), que incluyó 8 estudios donde se abordara la TBM y la Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC). Esta revisión también ha sido descrita anteriormente junto a los estudios que evaluaron TBM. Se describe un efecto moderado de ambas terapias post-intervención sobre la reducción de los síntomas psicóticos totales, pero el análisis del efecto por subgrupo para el caso de los estudios con TAC no fue significativo. En cambio fue significativo el efecto a corto plazo de la sintomatología positiva en el análisis por subgrupo para los estudios con TAC con una diferencia de medias (-0.61 [-1.05, -0.22], $p=0.003$) y para las tasas de hospitalización con una OR (0.41 [0.18, 0.95], $p=0.04$). A largo plazo no aparece efecto significativo de la TAC en síntomas psiquiátricos y rehospitalizaciones. No se reportaron efectos adversos y se concluye que ambas intervenciones podrían recomendarse como terapias adicionales para las psicosis con la supervisión de terapeutas entrenados⁴¹.

La tercera revisión sistemática con metaanálisis (Tonarelli y colaboradores, 2016) evaluó 4 ECAs que están a su vez incluidos en esta revisión. Los resultados evaluados fueron la reducción de la sintomatología psicótica medida con la escala PANSS y las tasas de hospitalización a los 4 meses. Se observaron resultados a favor de la TAC frente al tratamiento habitual en la reducción de los síntomas negativos ($p=0.008$) pero no en cuanto a la reduc-

ción de los síntomas positivos. También se observó una reducción de las tasas de re-hospitalizaciones de pacientes con psicosis a los 4 meses en el grupo de TAC frente al tratamiento habitual. En el análisis del subgrupo de pacientes con trastorno esquizofrénico o esquizoafectivo no hubo diferencias significativas del grupo TAC frente al tratamiento habitual. Dada la limitación de los estudios y resultados, los autores concluyen que la TAC es un tratamiento prometedor como terapia coadyuvante en pacientes con psicosis⁷⁷.

El primero de los ECAs incluidos en esta revisión y que también ha sido incluido en las revisiones anteriores es la de Gaudiano y Herbert (2006)⁷⁹ con 40 pacientes que evaluó la TAC + tratamiento habitual (grupo de intervención) frente al tratamiento habitual (grupo control). Se encontraron mejores resultados en el grupo de intervención frente al control para la dimensión de la afectividad (subescala BPRS afectividad con $F(1,37) = 3.47$, $p=0.07$), sintomatología global (BPRS total $\chi^2 = 6.81$, $p<0.01$), estrés asociado a las alucinaciones ($F(1,26)=4.62$, $p<0.05$) y función social (subescala SDS social con $F(1,26)=9.09$, $p<0.01$). Sin embargo no se observó una diferencia significativa en las tasas de rehospitalización. El estudio presentó limitaciones metodológicas como el bajo tamaño muestral o la falta de cegamiento, que comprometen la interpretación de los resultados⁷⁹.

El estudio de Bach y colaboradores (2012)⁸⁰ nos llevó a incluir otro anterior de los mismos autores, Bach et al. (2002)⁸¹, por ser una extensión del periodo de seguimiento de los pacientes del primer estudio. La población incluida fueron 80 pacientes con alucinaciones auditivas y delirios en los que se evaluó la TAC + tratamiento habitual (grupo de intervención) frente al tratamiento habitual (grupo control) en 4 meses de seguimiento. Los resultados reflejaron que se reducían un 50% las tasas de rehospitalización (Test de Wilcoxon (1, 70) = 4.26, $p<0.05$) a los cuatro meses de seguimiento, a diferencia del estudio de Gaudiano & Herbert (2006). A los 12 meses de seguimiento se mantienen estos resultados a favor del grupo de intervención. Los participantes del grupo de intervención notificaban síntomas (alucinaciones y delirios) con mayor frecuencia ($\chi^2(1, N 70) = 5.76$, $p=0.016$) que en el grupo control y, sin embargo, en el grupo que comunicaban más síntomas, la media de tiempo fuera del hospital era tres veces mayor. Además, estos participantes informaban de un estrés asociado a los síntomas similar al resto, pero niveles inferiores de creencia en los síntomas ($F(1, 29) 4.3$, $p=0.05$) comparados con los participantes del grupo control.

El ensayo clínico de White et al. (2011)⁸³ siguiendo la misma línea de los anteriores, también evaluó la TAC + tratamiento habitual (grupo de intervención) frente al tratamiento habitual (grupo control), pero con una muestra más limitada ($n=27$) y un periodo menor de seguimiento menor, de 3 meses. A pesar de la limitación muestral se obtuvieron resultados significativamente mejores en cuanto a la reducción de síntomas negativos en

el grupo de intervención (escala PANSS, t-Test [Mann-Whitney]= 2.36, $gl=19$, $p=0.029$) y muy cercano a la significación en la reducción de los síntomas de depresión (escala HADS, t-Test [Mann-Whitney]= -2.09, $gl=19$, $p=0.051$) frente al grupo control, pero no para la reducción de síntomas de ansiedad o de los síntomas positivos. Dado que la intervención tenía un alto componente de mindfulness, también se observó una mayor puntuación significativa en habilidades mindfulness en el grupo de intervención según el inventario de habilidades mindfulness de Kentucky (KIMS total, t-Test [Mann-Whitney]= 2.66, $gl=21$, $p=0.015$) frente al control. Estos resultados tan prometedores a pesar del tamaño muestral pudieran ser debidos a que los pacientes recibieron 10 sesiones en vez de las 3 ó 4 de los ECAs (Gaudiano & Herbert, 2006; Bach et al., 2002; Bach et al., 2012) anteriores.

El siguiente estudio es el último que ha sido incluido en las revisiones sistemáticas expuestas, Shawyer y colaboradores (2012)⁵⁰. Este estudio incluyó a 44 pacientes que fueron aleatorizados en tres grupos: Grupo 1 con 12 sesiones de Terapia de Aceptación y Compromiso + ejercicios de mindfulness + folletos informativos y CDs de las sesiones grabadas ($n=21$), Grupo 2 con sesiones de *Befriending* (voluntarios que ofrecen apoyo y relaciones de confianza como instrumento de integración de las personas con riesgo de exclusión social) ($n=22$), y Grupo 3 de lista de espera 4 meses ($n=17$). Ambos tratamientos mostraron un efecto positivo sobre los pacientes frente a la ausencia de intervención complementaria o lista de espera, apareciendo diferencias significativas a favor de los grupos 1 y 2 en la confianza en enfrentarse a las órdenes de las alucinaciones, reducción en la sintomatología (PANSS negativo, general y total), mejora en la calidad de vida y satisfacción con la vida. Sin embargo, cuando se comparan el grupo 1 y 2 entre sí, no aparecen diferencias significativas en ninguna variable, incluida la satisfacción con el tratamiento, con lo que el estudio aporta evidencia limitada que indique que la TAC tenga mejores resultados que el *Befriending*⁵⁰.

El último estudio incluido en la evaluación de la TAC es el de Gumley y colaboradores (2016)⁷⁸, siendo el único estudio que no ha sido incluido en ninguna de las revisiones sistemáticas evaluadas y siendo, además, el que mayor número de sesiones ha utilizado en su intervención (15) para evaluar la TAC + tratamiento habitual (grupo de intervención) frente al tratamiento habitual (grupo control) en pacientes con trastorno psicótico y depresión mayor. Al igual que White et al. (2011) se realizó la intervención sobre una muestra limitada ($n=29$), pero en este caso con un periodo mayor de seguimiento a los 5 y 10 meses. Aunque el estudio está diseñado como un estudio piloto, ofrece resultados que parecen apuntar que la TAC mejora de los síntomas de depresión con diferencias significativas a los 5 meses pero no a los 10 meses (según la escala de depresión Beck, BDI-II con una $p=0.02$). De la misma forma se observaron resultados significa-

tivamente mejores a favor del grupo de intervención en cuanto a mayor flexibilidad psicológica (escala AAQ-II, $p<0.01$ a los 5 meses), habilidades en mindfulness (dimensiones de la escala KIMS Observar, $p=0.03$ y KIMS Total $p=0.05$ a los 10 meses) y reducción de la sintomatología psicótica (dimensiones de la escala PANSS desorganización cognitiva, $p=0.01$, y PANSS emoción, $p=0.019$ a los 5 meses). Los autores concluyen que los resultados apuntan a una mejoría de los individuos con trastornos psicóticos y depresión mayor en sus niveles de depresión, pero que es un estudio poco potente y se precisa investigación más robusta, con mayor tamaño muestral y con procedimientos que minimicen las brechas en el enmascaramiento de los participantes⁷⁸.

Efectividad de la terapia metacognitiva

De los 11 estudios identificados tan solo 1 era una revisión sistemática (van Oosterhout y colaboradores, 2016)⁸³ y 10 ensayos clínicos. Seis de los ECAs están recogidos en la revisión sistemática identificada, mientras que los otros cuatro no lo están.

La revisión sistemática de van Oosterhout y colaboradores (2016) incluye 11 estudios que evaluaban la efectividad de la terapia metacognitiva (TMC) en pacientes con trastorno del espectro de la esquizofrenia, incluyendo ECAs, estudios de cohorte, pre-post o estudios con grupo control sin aleatorizar. La evidencia encontrada en estos estudios fue muy limitada. Los estudios de alta calidad, aleatorizados y con análisis por intención de tratar fueron no significativos. Tan solo los estudios de baja calidad tuvieron efectos significativos. Los estudios incluidos en la revisión mostraron un alto nivel de heterogeneidad y bajo rigor metodológico. Por todo ello, los autores concluyen que la utilización estandarizada de TMC en los abordajes terapéuticos habituales no puede ser recomendada en este momento⁸³.

El primer ECAs a describir es de Morit y colaboradores (2011)⁸⁴, incluido en la revisión anterior, con un total de 48 pacientes con esquizofrenia, evaluó la intervención de TMC grupal e individual + abordaje habitual frente a una intervención informatizada de rehabilitación cognitiva + abordaje habitual. La sintomatología evaluada con la escala PANSS fue significativamente menor en cuanto a la presencia de delirios ($p=0.03$) y sintomatología positiva ($p=0.01$) en el grupo de intervención. La convicción en el delirio también fue significativamente menor en el grupo de intervención ($p=0.05$) según la escala PSYRATS, así como fue mayor el descenso en el sesgo cognitivo de “saltar a las conclusiones” en cuanto a capacidad de cognición social (22% frente al 5%, $p=0.05$). No hubo seguimiento post-intervención⁸⁴.

Siguiendo la misma línea del estudio anterior, los mismos autores Morit et al. (2013)⁸⁵, llevan a cabo un ECAs con una muestra más amplia (n=150). Las intervenciones evaluadas fueron similares, así como los resultados, aunque se llevó a cabo un seguimiento post-intervención (4 semanas) y a los 6 meses. Los resultados fueron más limitados en este estudio: la puntuación en presencia de delirios fue significativamente menor en el grupo de TMC frente al grupo control según las escalas PANSS ($p=0.047$ a los 6 meses) y PSYRATS ($p=0.02$ a las 4 semanas y $p=0.006$ a los 6 meses). Sin embargo, no fue significativa la diferencia en la presencia de síntomas negativos, autoestima, el sesgo cognitivo de “saltar a las conclusiones” (en inglés, *jumping to conclusions*) y las evaluaciones neurológicas (Test del Trazo TMT y Test Conductual de memoria Rivermead)⁸⁵. Posteriormente, los mismos autores, Moritz et al. (2014)⁸⁶, publicaron el seguimiento a los 3 años de los pacientes anteriores que ya no fue incluido en la revisión evaluada de van Oosterhout et al. (2016). En esta evaluación a los tres años, a pesar de llegar a una tasa de pérdidas de casi el 40%, los resultados fueron más positivos que los estudios anteriores a favor del grupo de intervención en la reducción de sintomatología psicótica (subescalas delirios $p=0.05$, síntomas positivos $p=0.02$ y total $p=0.04$ de PANSS; subescala delirios de PSYRATS, $p=0.001$), mejora de la calidad de vida (según WHOQOL-BREF global $p=0.05$) y nivel de autoestima (Escala de autoestima de Rosenberg, $p=0.01$) en el análisis por intención de tratar. Sin embargo, la reducción de síntomas negativos no obtuvo diferencias significativas y el sesgo de “saltar a las conclusiones” mejoró en ambos grupos pero sin diferencias significativas. Dado que ambos grupos además tenían la intervención habitual con fármacos, psicoeducación y terapia ocupacional, los autores concluyen que la TMC combinada con la individual cognitivo conductual y psicofármacos tiene efectos potencialmente mejores en los pacientes con esquizofrenia⁸⁶.

El estudio de van Oostgerhout et al. (2014)⁸⁷ también evaluó la intervención habitual junto a TMC con una muestra de pacientes con esquizofrenia y delirios (n=154) frente a solo tratamiento habitual (medicación y/o seguimiento ambulatorio por enfermera de salud mental y/o psicólogo) con un seguimiento a las 8 y 24 semanas. Los resultados reportaron que en ambos grupos se obtuvieron mejorías en la sintomatología pero sin diferencias significativas. Tan solo la subescala de paranoia o ideas persecutorias de la Escala de pensamiento de paranoia (GPTS) reportó diferencias significativas a favor del grupo control ($p=0.017$). De forma curiosa el grupo de intervención obtuvo una puntuación inferior en años de vida ajustados por calidad (QALYs) y una media de costes económicos ligeramente superior. En este estudio, la TMC no afectó a la puntuación en presencia de delirios o auto-registros de insight cognitivo, experiencia subjetiva de sesgos cognitivos y creencias metacognitivas⁸⁷.

Otro estudio que evaluó la calidad de vida y sintomatología fue el de Briki et al. (2014)⁸⁸ de 68 pacientes con esquizofrenia y síntomas positivos en un grupo de intervención de TMC + tratamiento habitual (medicación y sesiones psiquiátrica) frente a un grupo control de Terapia de Apoyo + tratamiento habitual. La evaluación al finalizar el tratamiento encontró diferencias significativas a favor del grupo de intervención sobre la sintomatología positiva según PANSS, ($p=0.017$) y la calidad de vida en la dimensión de círculo social de la escala QLS ($p=0.042$). Sin embargo, no presentó diferencias significativas en la sintomatología psicótica para ninguna dimensión de la escala PSYRATS, ni en capacidad de introspección o insight, ni en funcionamiento social. El estudio presentó importantes limitaciones como el tamaño de la muestra, pérdidas (26%) y que no llevó a cabo un análisis por intención de tratar⁸⁸.

En la misma línea de comparar TMC más tratamiento habitual frente al tratamiento habitual nos encontramos otro estudio (Kuokkanen et al., 2014)⁸⁹ con importantes limitaciones sobre todo por su muestra (n=20) con evaluaciones postratamiento, a los 3 y 6 meses. Curiosamente no se obtuvieron diferencias significativas post-intervención, pero sí a los 3 y 6 meses en la sintomatología según PANSS total ($p<0.001$) y suspicacia/perjuicio (P6), $p<0.005$). Dadas las limitaciones del estudio (tamaño de la muestra, clínicamente heterogénea y 100% masculina) se han de interpretar con precaución los resultados⁸⁹.

El último estudio incluido en la revisión sistemática presentada al inicio es el de Favrod et al. (2014)⁹⁰ que evaluó la TMC más tratamiento habitual frente a intervención habitual en 52 pacientes con esquizofrenia y delirios. Tras la intervención (8 semanas) y a los 6 meses se reportaron resultados significativos a favor del grupo de intervención en sintomatología positiva según la PANSS positiva ($p<0.01$); así como en presencia ($p<0.05$), y convicción ($p<0.01$) de delirios según PSYRATS; y en la conciencia del delirio según SUMD ($p<0.05$). La intensidad de la angustia (PANSS) también presentó un resultado significativo a favor del grupo de intervención a los 6 meses ($p<0.05$), pero no a las 8 semanas⁹⁰.

Siguiendo la comparación del grupo de intervención con TMC frente al tratamiento habitual nos encontramos con el estudio de Lam et al. (2015)⁹¹ con 73 pacientes con esquizofrenia. Este ECA no fue incluido en la revisión sistemática de van Oosterhout et al. (2016). Los pacientes del grupo de intervención mejoran frente al control de forma significativa en la dimensión de auto-reflexión ($p<0.01$) y en el índice compuesto de Insight ($p<0.01$) según la Escala de Insight Cognitivo de Beck. Sin embargo, una limitación importante fue que el grupo de intervención presentó de forma significativa mayor número de nivel educativo de estudios terciarios comparado con el control⁹¹.

El siguiente estudio (Buonocore y colaboradores, 2015)⁹² tampoco está incluido en la revisión de van Oosterhout et al. (2016). Con un tamaño

muestral discreto (n=57), evaluó un grupo de intervención con rehabilitación cognitiva + TMC frente a rehabilitación cognitiva + grupo de discusión de noticias de periódicos. La comparación con otro grupo activo determinó que no había diferencias significativas entre ambos grupos en sintomatología psicótica según la escala PANSS para cualquier dimensión, ni cognitivas según la Evaluación Breve de la Cognición en la Esquizofrenia (BACS), encontrándose mejoras en ambos. Sin embargo, se observó una mejoría significativa a favor del grupo con TMC en el sesgo de disconformidad ante la evidencia (BADE, $p=0.01$)⁹².

El último estudio incluido (Aghotor y colaboradores, 2010)⁹³, que tampoco estuvo recogido en la revisión de van Oosterhout y colaboradores (2016), evaluó la TMC frente a un tratamiento activo de grupo de discusión de periódico. El estudio sólo tuvo 30 pacientes incluidos y evaluó sintomatología, el sesgo cognitivo de “saltar a las conclusiones” y la satisfacción con el tratamiento recibido. La evaluación post-tratamiento a las 4 semanas reportó mejorías en ambos grupos sin diferencias significativas⁹³.

Discusión

El presente informe se ha realizado con el objetivo de valorar la utilidad clínica de las terapias de tercera ola en trastorno mental grave, concretamente de la terapia basada en *mindfulness* o conciencia plena, la terapia de aceptación y compromiso y la terapia metacognitiva en pacientes con trastornos psicóticos (que incluye esquizofrenia, y otros trastornos psicóticos no especificados y no orgánicos, exceptuando los trastornos esquizoafectivos). Para ello se planteó una revisión sistemática de la evidencia sobre la eficacia y seguridad de dichos abordajes terapéuticos, que se encuentran dentro de las intervenciones cognitivo conductuales de última generación, sobre los síntomas clínicos, la calidad de vida y el funcionamiento de los pacientes.

Discusión de la metodología

Para llevar a cabo este informe se ha seguido la metodología planteada en la guía para la elaboración y adaptación de informes rápidos de evaluación de tecnología sanitaria⁹⁴.

Con el objetivo de localizar los estudios más relevantes en el área, se diseñaron estrategias de búsqueda específicas para las bases de datos utilizadas, en las que fueron utilizados tanto descriptores de ciencias de la salud de los diferentes tesauros como términos libres de búsqueda con combinaciones con el objetivo de evitar pérdidas a la vez que se restringía la búsqueda. También se procedió a una búsqueda manual secundaria en la lista de referencias de los estudios encontrados.

Las bases de datos y los filtros de búsqueda empleados no parecieron afectar a la recuperación de artículos ya que en las búsquedas manuales de las referencias de los artículos recuperados (sobre todo en las revisiones sistemáticas) no se localizaron trabajos adicionales e incluso se recuperaron estudios que no habían sido contemplados en estas revisiones.

En referencia a los criterios de inclusión y exclusión, el diseño del estudio se consideró relevante para evaluar la eficacia y seguridad. Se incluyeron, por tanto, revisiones sistemáticas con o sin meta-análisis y ensayos clínicos aleatorizados.

Fueron excluidos otros estudios de intervención sin grupo control, así como los estudios de cohortes, casos y controles y series de casos. También se eliminaron las revisiones narrativas y aquellos estudios no considerados clínicamente relevantes como editoriales, cartas al director, comunicaciones a congresos o resúmenes de evidencia. Estos últimos fueron revisados en

cuanto a su bibliografía por si pudieran referenciar estudios que cumplieran los criterios de inclusión.

Aunque el presente documento se llevó a cabo con la propuesta de llevar a cabo una revisión sistemática con meta-análisis, dada la heterogeneidad de los resultados encontrados y los pocos estudios localizados en algunas de las terapias, esta propuesta se desechó para presentar finalmente los resultados en un resumen cualitativo narrativo de los mismos.

En cuanto a la calidad de la evidencia, tal y cómo se contempla en las tablas de calidad de los estudios, dependió de la existencia o no de limitaciones en el estudio, inconsistencia o falta de precisión de los resultados. Algunos estudios detallaron las limitaciones acontecidas tales como bajo tamaño muestral y ausencia o pérdida de enmascaramiento así como las pérdidas de casos en el seguimiento que pudieran determinar resultados estadísticamente no significativos. Además hay que resaltar que las terapias abordadas presentaron variabilidad en cuanto a su aplicación en los distintos estudios (frecuencia, duración y número de sesiones, así otras características de las sesiones como grupal o individual y temática).

Hay que resaltar la evolución de la calidad de la evidencia encontrada en algunas terapias a partir de estudios de los mismos autores o centros, que iban mejorando la calidad de los estudios realizados a lo largo de los años mejorando las limitaciones de estudios anteriores.

Discusión de los resultados

Terapia basada en *mindfulness* o conciencia plena

La evidencia encontrada con respecto a la terapia basada en *mindfulness* (TBM) o conciencia plena informa sobre resultados beneficiosos en cuanto a la reducción de la sintomatología general psicótica, introspección, calidad de vida y tasa de rehospitalización de los pacientes con psicosis cuando se utiliza como herramienta coadyuvante a la farmacoterapia y a otros abordajes integrales rehabilitadores, siendo los resultados discrepantes en cuanto al impacto en los diferentes tipos de sintomatología. Los estudios que mejores resultados han reportado han sido llevados a cabo en Reino Unido y sobre todo en China (Chien & Lee, 2013, Chien & Thompson, 2014, Wang et al., 2015); los estudios realizados en nuestro contexto presentan algunas limitaciones metodológicas y en el tamaño muestral.

Aunque la evidencia apoya el uso de psicoeducación basada en *mindfulness* en pacientes con trastornos psicóticos, mejorando la salud psicosocial y el funcionamiento a corto y medio plazo (post-tratamiento y 6-12 meses tras la intervención), existe insuficiente evidencia a largo plazo (más

allá de 12 meses) y en nuestro contexto (estudios en España) para recomendar su uso de forma sistemática.

En cuanto a la seguridad de la intervención basada en *mindfulness*, los estudios no han reportado efectos adversos siempre que la terapia sea impartida y controlada por terapeutas bien entrenados, si bien los estudios no especifican tipo de profesional o formación del mismo.

En este sentido se aconseja investigar los efectos de la TBM a largo plazo y su coste-efectividad, así como su eficacia en comparación con otras intervenciones psicosociales estandarizadas y sistematizadas, ya que en muchos casos se comparaban con el tratamiento habitual donde se contemplaba el seguimiento del tratamiento farmacológico junto asesoramiento, consejo y educación, que podía ser llevada de diferentes formas y por diferentes profesionales desde psiquiatras, enfermeras, trabajadores sociales y psicólogos.

Terapia de aceptación y compromiso

Según la evidencia encontrada, la terapia de aceptación y compromiso (TAC) podría recomendarse como terapia coadyuvante para las psicosis llevada a cabo por terapeutas entrenados, siendo un tratamiento prometededor por su efecto en cuanto a reducción de sintomatología (específicamente negativa), tasas de hospitalización y mejora del funcionamiento social frente a solo el tratamiento habitual (medicación antipsicótica y seguimiento por especialista en salud mental, que no siempre incluía psicoterapia). Sin embargo, los estudios que han evaluado la TAC son muy heterogéneos en cuanto al número y tipo de sesiones, así como a la hora de evaluar los resultados. El seguimiento es, en general, a corto plazo (la mayoría a los cuatro meses y solo en algún caso seguimiento hasta los doce meses) y un tamaño muestral pequeño, así como limitaciones metodológicas importantes (sesgo de enmascaramiento).

Por todo lo anterior se precisa más investigación al respecto, que compare el uso de TAC (con sesiones estandarizadas en cuanto a contenido, frecuencia y número) frente a tratamientos activos (preferiblemente aquellos establecidos como efectivos), en lugar de lista de espera o tratamiento habitual, con una metodología más rigurosa (tamaño muestral y sesgos de enmascaramiento).

En cuanto a los resultados en seguridad no se reportaron efectos adversos en los estudios encontrados.

Terapia metacognitiva

La evidencia encontrada describe la terapia metacognitiva como un abordaje seguro; proporciona datos alentadores en la línea de mejorar la sintomatología positiva y los sesgos cognitivos de los pacientes con esquizofrenia en combinación con la terapia individualizada de tipo cognitivo conductual y farmacoterapia.

Los estudios localizados son heterogéneos en cuanto a su indicación sobre el tipo de sesiones (en formato grupal o individual), su frecuencia (semanal o bisemanal), número de sesiones, los resultados evaluados y la intervención control, desde tratamientos activos de grupos de discusión, terapia de apoyo, rehabilitación cognitiva o solo el tratamiento habitual (medicación, seguimiento por equipo de salud mental y psico-educación). La mayoría de los estudios presentaron un seguimiento hasta finalizar el tratamiento (entre 4-8 semanas), un tamaño muestral pequeño y limitaciones metodológicas como sesgos de enmascaramiento.

El estudio con mayor tamaño muestral (n=154) no informó diferencias significativas entre la TMC y los otros abordajes, ni resultó coste-efectiva frente a solo el tratamiento habitual con medicación y/o seguimiento ambulatorio por enfermera de salud mental y/o psicólogo.

Dado que los resultados no son concluyentes es necesario promover investigaciones al respecto que incluyan ensayos clínicos o diseños metodológicamente más potentes, con mayor tiempo de seguimiento y que compare resultados frente a otras intervenciones psicológicas activas que estén actualmente probada como efectivas, como psicoeducación o TCC tradicional.

Los estudios encontrados no informaron efectos adversos y en aquellos en que se evaluó la satisfacción de los usuarios reportaban mayor satisfacción comparando con el grupo control.

Limitaciones de la revisión sistemática

Debido a la variabilidad de los estudios en cuanto a diseño, estructura de intervención y resultados de los pacientes evaluados no se contempló la realización de meta-análisis en esta revisión y por tanto los resultados de los efectos de las terapias son poco conclusivos y validados. La revisión no realizó ningún filtro idiomático, sin embargo los estudios encontrados, aunque eran resultados de pacientes en diferentes países, estaban todos publicados en inglés.

De todos los estudios incluidos en esta revisión, tan solo dos fueron realizados en nuestro ámbito nacional evaluando intervenciones basadas en *mindfulness*. Sin embargo, estos estudios presentaron importantes limitacio-

nes con respecto al tamaño muestral y el seguimiento a medio-largo plazo, lo que limita la evidencia de utilidad en nuestro entorno^{74,75}.

Otro dato a resaltar es la poca representatividad del sexo femenino en la mayoría de los estudios incluidos, tan solo dos estudios representaron un 42% y un 50% al sexo masculino, mientras en el resto superaron el 50% e incluso llegando al 100% de hombres. Aunque los estudios presentaron homogeneidad entre los grupos antes de la intervención, la poca representatividad tanto del sexo femenino como de estratos socioculturales hace que se reduzca la posibilidad de generalización de sus resultados. Esta limitación no ocurre en cambio con respecto a los estadios de enfermedad, ya que la mayoría incluye pacientes con esquizofrenia en diferentes fases.

Esta revisión incluye ensayos clínicos, excluyendo otros diseños, métodos mixtos o abordajes cualitativos, lo que limita la comprensión o entendimiento en profundidad del proceso, beneficios percibidos y diferentes resultados clínicos en contextos naturales.

Por último, no se encontraron estudios con evaluación económica de las intervenciones, excepto un ensayo de eficacia del tratamiento metacognitivo (con una media de costes económicos ligeramente superiores en el grupo de intervención), aunque no se llevaron a cabo búsquedas específicas de estudios con análisis económico. Además la mayoría de los estudios no utilizaron grupos control con otras intervenciones activas, ya que la mayoría optó por comparar con el tratamiento habitual (que no siempre incluía psicoterapia), lo que limita la generalización de la recomendación frente a otra psicoterapia.

Hay que resaltar que no se han reportado efectos adversos en los estudios encontrados. En cambio, como limitación en su implementación, hay que tener en cuenta que son intervenciones que deben ser aplicadas por personal cualificado y entrenado, tal y cómo concluyen muchos de los estudios.

Aplicaciones en la práctica clínica

Los resultados de esta revisión no permiten recomendar el uso generalizado de las terapias de tercera ola evaluadas en personas con trastornos psicóticos dentro del Sistema Nacional de Salud. Ello no supone una contraindicación para su empleo en casos concretos. Es más, es previsible, aunque hacen falta estudios que lo refrenden, que el uso de estas terapias sea más eficiente en unos grupos de personas que en otros. No obstante, y a tenor de la elevada seguridad de estas técnicas (con ausencia de efectos secundarios específicos) y de su potencial efectividad, particularmente en síntomas persistentes y determinantes por su potencial impacto en la calidad de vida y funcionamiento de los pacientes, recomendamos el desarrollo de estudios que evalúen el

valor clínico, con especial énfasis en el coste-efectividad, de las terapias de tercera ola en personas con trastorno mental grave, en concreto con trastornos psicóticos. Este tipo de investigación permitiría resolver las dudas sobre la cuestión ética derivada de la aplicación, en un sistema de salud con recursos limitados, de técnicas terapéuticas cuya efectividad no supera (al menos como promedio con los datos disponibles) la de otras técnicas con efectividad contrastada, de mayor implantación y de coste evaluado.

Conclusiones

- Los estudios incluidos en esta revisión presentaron heterogeneidad en cuanto a diseño, estructura de intervención y resultados de los pacientes evaluados; así como poca representatividad del sexo femenino y algunos estratos socioculturales.
- En cuanto a seguridad del paciente, los estudios no han reportado eventos adversos, salvo tasas de abandono importantes en algunos en los que se intentaba realizar análisis más allá de la evaluación post-intervención.
- Aunque algunos estudios han informado resultados beneficiosos y prometedores en cuanto a sintomatología psicótica, en particular para las terapias basadas en mindfulness y terapia de aceptación y compromiso, y sobre la mejora de los sesgos cognitivos para la terapia metacognitiva, no existe suficiente evidencia para recomendar su uso generalizado en pacientes con psicosis.
- En caso de utilizar las terapias evaluadas, se recomienda hacerlo como complementariedad a los tratamientos farmacológicos y psicoeducativos que ya han probado su eficacia, así como por personal entrenado, tal y cómo indican la mayoría de los estudios.
- Dada la limitación de la evidencia encontrada, se recomienda llevar a cabo más investigación que compare el uso de las terapias evaluadas de la tercera ola llevando a cabo sesiones clínicas estandarizadas en cuanto a contenido, frecuencia y número, comparando con tratamientos activos (preferiblemente aquellos establecidos como efectivos como la TCC tradicional), en lugar de lista de espera o tratamiento habitual que no contemple o especifique psicoterapia; que utilice una metodología más rigurosa en cuanto a mayor tamaño muestral y uso de enmascaramiento; y con periodos de seguimiento más allá de la evaluación post-intervención, contemplando al menos la revisión durante los 12 meses posteriores a la aplicación del tratamiento y con análisis de las tasas de abandono.

Referencias bibliográficas

1. van Os J, Kapur S. Schizophrenia. *Lancet*. 2009; 374(9690):635-45.
2. National Institute for Health and Care Excellence (UK). *Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management: Updated Edition 2014*. NICE Clinical Guidance 136. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2014.
3. OMS. (2014). *CIE-10. Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Panamericana.
4. Asociación Americana de Psiquiatría. (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. López-Ibor, JJ., Valdés, M., editores. Barcelona: Masson.
5. American Psychiatric Association (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
6. Rus-Calafell M, Lemos-Giráldez S. Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos: principales cambios del DSM-5. *C. Med. Psicossom*. 2014;111: 89-93.
7. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. *Fòrum de Salut Mental, coordinació. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRM. No 2006/05-2.
8. Arciniegas DB. Psychosis. *Continuum : Lifelong Learning in Neurology. Behavioral Neurology and Neuropsychiatry*. 2015;21(3):715-736.
9. Tizón JL, et al. Factores de riesgo para padecer trastornos psicóticos: ¿Es posible realizar una detección preventiva? *Clínica y Salud*. 2008, 19(1):27-58.
10. Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria. *Guía de psicoeducación para las familias de personas diagnosticadas de psicosis*. Dirección General de Ordenación, Inspección y Atención Sanitaria. Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria. 2010.
11. Instituto de Estudios Médicos Científicos – INESME. *Presente y futuro de las enfermedades mentales más prevalentes*. INESME. Madrid, 2011.
12. Artigüe J, Tizón JL. Una revisión sobre los factores de riesgo en la infancia para la esquizofrenia y los trastornos mentales graves del adulto. *Aten Primaria*. 2014;46(7):336-356

13. Kraan T, Velthorst E, Smit F, de Haan L, van der Gaag M. Trauma and recent life events in individuals at ultra high risk for psychosis: review and meta-analysis. *Schizophr Res.* 2015; 161(2-3):143-9.
14. Kahn RS, Sommer IE. The neurobiology and treatment of first-episode schizophrenia. *Molecular psychiatry* Feb 2015;20(1):84-97.
15. Lally J, Gaughran F, Timms P, Curran SR. Treatment-resistant schizophrenia: current insights on the pharmacogenomics of antipsychotics. *Pharmacogenomics and Personalized Medicine.* 2016;9:117-129.
16. Brown S, Kim M, Mitchell C, Inskip H. Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry.* 2010;196:116-21.
17. Lawrence DM, Holman CD, Jablensky AV, Hobbs MS. Death rate from ischaemic heart disease in Western Australian psychiatric patients 1980-1998. *The British Journal of Psychiatry.* 2003;182:31-6.
18. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(3):247-53.
19. Hor K, Taylor M. Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *Journal of Psychopharmacology (Oxford, England).* 2010; 24(4_supplement):81-90.
20. von Hausswolff-Juhlin Y, Bjartveit M, Lindstrom E, Jones P. Schizophrenia and physical health problems. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum.* 2009:15-21.
21. Organización Mundial de la Salud. Esquizofrenia. Nota descriptiva N°397. 2016. Consultado en: 20 de noviembre de 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>
22. Gustavsson A, et al. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology (2011)* 21, 718–779.
23. Bloom DE, et al. The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases. Geneva: World Economic Forum, 2011.
24. Ministerio de Economía y Competitividad. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM). Plan Estratégico 2014-2016.
25. Instituto Nacional de Estadística - INE. Encuesta de morbilidad hospitalaria 2014. Consultado en 20 de noviembre de 2016. Disponible en: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176778&menu=resultados&idp=1254735573175
26. Parés-Badell O., Barbaglia G., Jerinic P., Gustavsson A., Salvador-Carulla L., et al. (2014). Cost of Disorders of the Brain in Spain. *PLoS ONE* 9(8): e105471.
27. Oliva-Moreno J, López-Bastida J, Montejo-González AL, Osuna-Guerrero R, Duque-González B. The socioeconomic costs of mental illness in Spain. *Eur J Health Econ.* 2009;10(4):361-9.
28. OMS. Esquizofrenia. Nota descriptiva N°397. Abril 2016. Consultado en: 20 de noviembre de 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>
29. Oliva J, Osuna R. Los costes de los cuidados informales en España. *Presupuesto y Gasto Público.* 2009 (59):163-181.
30. Schizophrenia Commission. The abandoned illness: a report from the Schizophrenia Commission. London: Rethink Mental Illness; 2012.
31. Mingote JC, del Pino, P, Huidodro A, Gutiérrez D, de Miguel I, Gálvez M. El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: diagnóstico y tratamiento. *Med Segur Trab.* 2007; LIII (208): 00-00.
32. Arango C, Garibaldi G, Marder SR. Pharmacological approaches to treating negative symptoms: a review of clinical trials. *Schizophr Res.* 2013;150(2-3):346-52. doi: 10.1016/j.schres.2013.07.026.
33. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of schizophrenia. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2013 Mar. 64 p. (SIGN publication; no. 131).
34. Boyer L, Caqueo-Urizar A, Richieri R, Lancon C, Gutiérrez-Maldonado J, Auquier P. Quality of life among caregivers of patients with schizophrenia: a cross-cultural comparison of Chilean and French families. *BMC Fam Pract.* 2012 Jul 6;13:42.
35. Pitkänen A, Hätönen H, Kuosmanen L, Välimäki M. Individual quality of life of people with severe mental disorders. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2009;16(1):3-9.
36. Cramer H, Haller H, Lauche R, Dobos G. Mindfulness-based stress reduction for low back pain. A systematic review. *BMC Complement Altern Med.* 2012. September 25;12:162.
37. Cramer H, Lauche R, Paul A, Dobos G. Mindfulness-based stress reduction for breast cancer-a systematic review and meta-analysis. *Curr Oncol.* 2012;19(5):e343–52.
38. Fjorback LO, Arendt M, Ornbøl E, Fink P, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy: a systematic review of randomized controlled trials. *Acta Psychiatr Scand.* 2011;124(2):102–19.
39. Veehof MM, Oskam MJ, Schreurs KM, Bohlmeijer ET. Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain.* 2011;152(3):533–42.
40. Vollestad J, Nielsen MB, Nielsen GH. Mindfulness- and acceptance-based interventions for anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Psychol.* 2012;51(3):239–60.
41. Cramer H, Lauche R, Haller H, Langhorst J, Dobos G. Mindfulness and acceptance based interventions for psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Global Adv Health Med.* 2016;5(1):30-43.

42. Churchill R, Moore TH, Furukawa TA, Caldwell DM, Davies P, Jones H, Shinohara K, Imai H, Lewis G, Hunot V. Third wave' cognitive and behavioural therapies versus treatment as usual for depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Oct 18;(10):CD008705. doi: 10.1002/14651858.CD008705.pub2.
43. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy.* 2006; 44, 1-25. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>.
44. Hofmann SG, Asmundson GJ. Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? *Clinical Psychology Review.* 2008; 28, 1–16.
45. Hayes SC, Follette VM, Linehan MM. Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition. (2004). New York: Guilford Press.
46. Öst LG. Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther.* 2008; 46(3):296-321. doi: 10.1016/j.brat.2007.12.005.
47. Khoury B, Lecomte T, Comtois G, Nicole L. Third-wave strategies for emotion regulation in early psychosis: a pilot study. *Early Interv Psychiatry.* 2015;9(1):76-83. doi: 10.1111/eip.12095.
48. Kahl KG1, Winter L, Schweiger U. The third wave of cognitive behavioural therapies: what is new and what is effective? *Curr Opin Psychiatry.* 2012;25(6):522-8.
49. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2007/05.
50. Shawyer F, et al. A randomised controlled trial of acceptance-based cognitive behavioural therapy for command hallucinations in psychotic disorders. *Behaviour Research and Therapy.* 2012; 50(2): 110-21.
51. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J. Pers. Soc. Psychol.* 2003; 84(4): 822–848.
52. Baer RA, Smith GT, Allen K. Assessment of mindfulness by self-report: the Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment.* 2004;11(3): 191–206.
53. Chadwick P, Hember M, Symes J, Peters E, Kuipers E, Dagnan D. Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: reliability and validity of the Southampton mindfulness questionnaire (SMQ). *Br. J. Clin. Psychol.* 2008; 47(4): 451-455.
54. Khoury B, Lecomte T, Gaudiano BA, Paquin K. Mindfulness interventions for psychosis: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 33 (2013): 763-771.
55. Chambers R, Gullone E, Allen NB. Mindful emotion regulation: An integrative review. *Clin Psychol Rev.* 2009; 29(6): 560-572.
56. Sedlmeier P, et al. The Psychological Effects of Meditation: A Meta-Analysis. *Psychol. Bull.* 2012; 138(6): 1139-1171.
57. Chadwick P, Hughes S, Russell D, Russell I, Dagnan D. Mindfulness groups for distressing voices and paranoia: a replication and randomized feasibility trial. *Behav Cogn Psychother.* 2009 Jul;37(4):403-12. doi: 10.1017/S1352465809990166. PMID: 19545481
58. Hayes S, Luoma J, Bond F, Masuda A, Lillis J: Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther* 2006;44:1–25.
59. Powers MB, Zum Vörde Sive Vörding MB, Emmelkamp PM. Acceptance and Commitment Therapy: A Meta-Analytic Review. *Psychother Psychosom* 2009;78:73-80. doi: 10.1159/000190790
60. Gaudiano BA, Herbert JD, Hayes SC. Is It the Symptom or the Relation to It? Investigating Potential Mediators of Change in Acceptance and Commitment Therapy for Psychosis. *Behavior therapy.* 2010;41(4):543-554. doi:10.1016/j.beth.2010.03.001.
61. García JM, Pérez M. Terapia de aceptación y compromiso aplicada a la esquizofrenia. Estado actual y direcciones futuras. *Análisis y Modificación de Conducta.* 2016; 42(165-166): 99-119.
62. Travé J, Pousa E. Eficacia de la terapia cognitivo-conductual en pacientes con psicosis de inicio reciente: una revisión. *Papeles del Psicólogo.* 2012; 33(1):48-59.
63. Lysaker et al. Addressing metacognitive capacity for self reflection in the psychotherapy for schizophrenia: a conceptual model of the key tasks and processes. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice.* 2011; 84: 58–69
64. Moritz S, Woodward TS. Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention. *Curr Opin Psychiatry.* 2007; 20:619-625.
65. Centro Cochrane Iberoamericano. Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones, version 5.1.0 [Internet]. Barcelona: Centro Cochrane Iberoamericano; 2012 [citado noviembre 2016]. Disponible en: http://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/uploads/Manual_Cochrane_510_reduit.pdf
66. Shea BJ, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology.* 2007; 7:10.
67. Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, Alderson P, Dahm P, Falck-Ytter Y, Nasser M, Meerpohl J, Post PN, Kunz R, Brozek J, Vist G, Rind D, Akl EA, Schünemann HJ. GRADE guidelines: Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations. *J Clin Epidemiol.* 2013 Jul;66(7):719-25. doi:10.1016/j.jclinepi.2012.03.013.

68. Lam AHY, Chien WT. The effectiveness of mindfulness-based intervention for people with schizophrenia: a systematic review. *Neuropsychiatry*. 2016, 6 (5): 208-222.
69. Wang L-Q, Chien WT, Yip LK, Karatzias T. A randomized controlled trial of a mindfulness-based intervention program for people with schizophrenia: 6-month follow-up. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2016;12: 3097-3110. doi:10.2147/NDT.S123239.
70. Moritz S, et al. Mindfulness and relaxation treatment reduce depressive symptoms in individuals with psychosis. *Eur Psychiatry*. 2015;30(6):709-14. doi: 10.1016/j.eurpsy.2015.05.002.
71. Chien WT, Lee IY. The mindfulness-based psychoeducation program for Chinese patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 2013;64(4):376-9. doi: 10.1176/appi.ps.002092012.
72. Chien WT, Thompson DR. Effects of a mindfulness-based psychoeducation programme for Chinese patients with schizophrenia: 2-year follow-up. *Br J Psychiatry*. 2014 Jul;205(1):52-9. doi: 10.1192/bjp.bp.113.134635.
73. Chadwick P, et al. Group mindfulness-based intervention for distressing voices: A pragmatic randomised controlled trial. *Schizophr Res*. 2016;175(1-3):168-73. doi: 10.1016/j.schres.2016.04.001.
74. López-Navarro E, et al. Mindfulness improves psychological quality of life in community-based patients with severe mental health problems: A pilot randomized clinical trial. *Schizophr Res*. 2015;168(1-2):530-6. doi: 10.1016/j.schres.2015.08.016.
75. Langer AI, Cangas AJ, Salcedo E, Fuentes B. Applying mindfulness therapy in a group of psychotic individuals: a controlled study. *Behav Cogn Psychother*. 2012;40(1):105-9. doi: 10.1017/S1352465811000464.
76. Öst L-G. The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther*. 2014;61:105-21. doi: 10.1016/j.brat.2014.07.018.
77. Tonarelli SB, Pasillas R, Alvarado L, Dwivedi A, Cancellare A. Acceptance and Commitment Therapy Compared to Treatment as Usual in Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Psychiatry*. 2016; 19(3): 366 doi:10.4172/2378-5756.1000366.
78. Gumley A, et al. A parallel group randomised open blinded evaluation of Acceptance and Commitment Therapy for Depression After Psychosis: A Pilot Trial Protocol (ADAPT). *Psychosis*. 2016; 8(2):143-155. doi: 10.1080/17522439.2015.1100669.
79. Gaudio BA, Herbert JD. Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: pilot results. *Behav Res Ther*. 2006;44(3):415-37.
80. Bach P, Hayes SC, Gallop R. Long-term effects of brief acceptance and commitment therapy for psychosis. *Behav Modif*. 2012;36(2):165-81. doi: 10.1177/0145445511427193.
81. Bach P, Hayes SC. The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2002;70(5):1129-39.
82. White R, et al. A feasibility study of Acceptance and Commitment Therapy for emotional dysfunction following psychosis. *Behav Res Ther*. 2011;49(12):901-7. doi: 10.1016/j.brat.2011.09.003.
83. van Oosterhout B, Smit F, Krabbendam L, Castelein S, Staring AB, van der Gaag M. Metacognitive training for schizophrenia spectrum patients: a meta-analysis on outcome studies. *Psychol Med*. 2016;46(1):47-57. doi: 10.1017/S0033291715001105.
84. Moritz S, Veckenstedt R, Randjbar S, Vitzthum F, Woodward TS. Anti-psychotic treatment beyond antipsychotics: metacognitive intervention for schizophrenia patients improves delusional symptoms. *Psychol Med*. 2011;41(9):1823-32. doi: 10.1017/S0033291710002618.
85. Moritz S, et al. Complementary group Metacognitive Training (MCT) reduces delusional ideation in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2013;151(1-3):61-9. doi: 10.1016/j.schres.2013.10.007.
86. Moritz S, et al. Sustained and “sleeper” effects of group metacognitive training for schizophrenia: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2014;71(10):1103-11. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.1038.
87. van Oosterhout B, et al. Metacognitive group training for schizophrenia spectrum patients with delusions: a randomized controlled trial. *Psychol Med*. 2014;44(14):3025-35. doi: 10.1017/S0033291714000555.
88. Briki M, et al. Metacognitive training for schizophrenia: a multicentre randomised controlled trial. *Schizophr Res*. 2014;157(1-3):99-106. doi: 10.1016/j.schres.2014.06.005.
89. Kuokkanen R, Lappalainen R, Repo-Tiihonen E, Tiihonen J. Metacognitive group training for forensic and dangerous non-forensic patients with schizophrenia: A randomised controlled feasibility trial. *Crim Behav Ment Health*. 2014 Dec;24(5):345-57. doi: 10.1002/cbm.1905.
90. Favrod J, et al. Sustained antipsychotic effect of metacognitive training in psychosis: a randomized-controlled study. *Eur Psychiatry*. 2014;29(5):275-81. doi: 10.1016/j.eurpsy.2013.08.003.
91. Lam KC, et al. Metacognitive training (MCT) for schizophrenia improves cognitive insight: a randomized controlled trial in a Chinese sample with schizophrenia spectrum disorders. *Behav Res Ther*. 2015;64:38-42. doi: 10.1016/j.brat.2014.11.008.

92. Buonocore M, et al. Combined neurocognitive and metacognitive rehabilitation in schizophrenia: Effects on bias against disconfirmatory evidence. *Eur Psychiatry*. 2015; 30(5):615-21. doi: 10.1016/j.eurpsy.2015.02.006.
93. Aghotor J, Pfueller U, Moritz S, Weisbrod M, Roesch-Ely D. Metacognitive training for patients with schizophrenia (MCT): feasibility and preliminary evidence for its efficacy. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2010;41(3):207-11. doi: 10.1016/j.jbtep.2010.01.004.

Anexos

Anexo 1. Estrategia de búsqueda bibliográfica

Estrategia de búsqueda en PUBMED

1. S8 S6 AND S7
2. S7 “systematic review” OR (MH “Review”) OR “metasynthesis” OR (MH “Meta-Analysis”) OR “meta-synthesis” OR “comprehensive meta-analysis”
3. S6 S4 AND S5
4. S5 (MH “Psychotic Disorders”) OR (MH “Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders”) OR (MH “Schizophrenia”) OR (MH “Schizotypal Personality Disorder”)
5. S4 S1 OR S2 OR S3
6. S3 mindfulness OR acceptance-based OR meditation OR metacognitive therapy OR metacognitive training
7. S2 mindfulness-based stress reduction OR MBSR OR mindfulness-based cognitive therapy OR MBCT OR (acceptance and commitment therapy) OR metacognitive therapy OR mindfulness-based relapse prevention OR MBRP
8. S1 (MH “Acceptance and Commitment Therapy”) OR (MH “Meditation”) OR (MH “Mindfulness”)

Estrategia de búsqueda bibliográfica EMBASE

1. #14 #5 AND #8 AND #13
2. #13 #9 OR #10 OR #11 OR #11 OR #12
3. #12 'comprehensive meta analysis' #25 'meta synthesis'
4. #11 'meta analysis'
5. #10 metanalysis
6. #9 'systematic review'
7. #8 #6 OR #7
8. #7 'schizophrenia'/exp OR schizophrenia OR 'psychotic disorders'
9. #6 'schizophrenia spectrum and other psychotic disorders'
10. #5 #1 OR #2 OR #3 OR #4
11. #4 metacognitive therapy OR metacognitive training
12. #3 'cognitive behavior therapy'
13. #2 'mindfulness based cognitive therapy'
14. #1 'acceptance and commitment therapy'/ex commitment therapy' OR 'meditation'/exp 'mindfulness'/exp OR 'mindfulness'

Anexo 2. Herramienta de valoración crítica de los ECAs.

GENERACIÓN ALEATORIA DE LA SECUENCIA	
Sesgo de selección (asignación sesgada a las intervenciones) a causa de una generación inadecuada de la secuencia de aleatorización.	
<p>Los investigadores describen un componente aleatorio en el proceso de generación de la secuencia como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se refieren a una tabla de números aleatorios; • Uso de un generador de números aleatorios por ordenador; • Lanzamiento de una moneda; • Barajar cartas o sobres; • Lanzar los dados; • Sorteo de tarjetas; • Minimización*. <p>*La minimización se puede implementar sin un elemento aleatorio, lo que se considera equivalente a que sea aleatorio.</p>	<p>Criterios para una evaluación de 'Bajo riesgo' de sesgo</p>
<p>Los investigadores describen un componente no aleatorio en el proceso de generación de la secuencia. Habitualmente la descripción involucra algún enfoque sistemático y no aleatorio, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Secuencia generada mediante la fecha de nacimiento par o impar; • Secuencia generada mediante alguna regla según la fecha (o el día) de ingreso; • Secuencia generada mediante alguna regla según la historia clínica del hospital o el consultorio. <p>Otros enfoques no aleatorios se utilizan con mucha menor frecuencia que los enfoques sistemáticos mencionados anteriormente y tienden a ser obvios. Habitualmente incluyen la evaluación o algún método de categorización no aleatoria de los participantes, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asignación según el criterio del médico; • Asignación según la preferencia del participante; • Asignación según los resultados de una prueba de laboratorio o una serie de pruebas; • Asignación según la disponibilidad de la intervención. 	<p>Criterios para una evaluación de 'Alto riesgo' de sesgo</p>
<p>No hay información suficiente acerca del proceso de generación de la secuencia para permitir una evaluación de "Bajo riesgo" o "Alto riesgo".</p>	<p>Criterios para una evaluación de 'Riesgo poco claro' de sesgo</p>
<p>No hay información suficiente acerca del proceso de generación de la secuencia para permitir una evaluación de "Bajo riesgo" o "Alto riesgo".</p>	<p>Criterios para una evaluación de 'Riesgo poco claro' de sesgo</p>
OCULTACIÓN DE LA ASIGNACIÓN	
Sesgo de selección (asignación sesgada a las intervenciones) a causa de una ocultación inadecuada de las asignaciones.	
<p>Los participantes y los investigadores que reclutaron a los participantes no podían prever la asignación debido a que uno de los métodos siguientes u otro equivalente se utilizaron para ocultar la asignación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asignación central (incluida la asignación al azar por teléfono, basada en la web y controlada por la farmacia); • Envases del fármaco, numerados de forma secuencial con apariencia idéntica; • Sobres cerrados, oscuros y numerados de forma secuencial. 	<p>Criterios para una evaluación de 'Bajo riesgo' de sesgo</p>
<p>Los participantes o los investigadores que reclutaron a los participantes podían prever las asignaciones y por lo tanto introducir sesgo de selección, por ejemplo, asignación según:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de un esquema de asignación al azar abierto (p.ej. una lista de 	<p>Criterios para una evaluación de 'Alto riesgo' de sesgo</p>

	<ul style="list-style-type: none"> números aleatorios); Se utilizaron sobres de asignación sin una protección adecuada (p.ej. si los sobres no estaban cerrados, no eran oscuros ni estaban numerados de forma secuencial); Alternancia o rotación; Fecha de nacimiento; Número de historia clínica; Cualquier otro procedimiento explícitamente no ocultado.
Criterios para una evaluación de 'Riesgo poco claro' de sesgo	No hubo información suficiente para permitir una evaluación de "Bajo riesgo" o "Alto riesgo". Éste es habitualmente el caso si el método de ocultación no se describe o no se describe con detalle suficiente para permitir una evaluación definitiva, por ejemplo, si se describe el uso de sobres de asignación, pero es incierto si los sobres eran oscuros y estaban numerados de forma secuencial y cerrados.
CEGAMIENTO DE LOS PARTICIPANTES Y DEL PERSONAL Sesgo de realización a causa del conocimiento de las intervenciones asignadas por parte de los participantes y del personal durante el estudio.	
Criterios para una evaluación de 'Bajo riesgo' de sesgo	Cualquiera de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> Ningún cegamiento, pero los revisores consideran que no es probable que el resultado esté influido por la falta de cegamiento; Se aseguró el cegamiento de los participantes y el personal clave del estudio, y es poco probable que se haya roto el cegamiento.
Criterios para una evaluación de 'Alto riesgo' de sesgo	Cualquiera de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> Ningún cegamiento o cegamiento incompleto, y es probable que el resultado y la medición del resultado estén influidos por la falta de cegamiento; Se intentó el cegamiento de los participantes y el personal clave del estudio, pero es probable que se haya roto el cegamiento.
Criterios para una evaluación de 'Riesgo poco claro' de sesgo	Cualquiera de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> No hubo información suficiente para permitir una evaluación de "Bajo riesgo" o "Alto riesgo". El estudio no abordó este resultado.
CEGAMIENTO DE LOS EVALUADORES DE LOS RESULTADOS Sesgo de detección a causa del conocimiento de las intervenciones asignadas por parte de los evaluadores.	
Criterios para una evaluación de 'Bajo riesgo' de sesgo	Cualquiera de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> No hay cegamiento de la evaluación de resultados, pero los revisores creen que la medida del resultado no es probable que esté influenciada por la falta de cegamiento; Se ha asegurado el cegamiento de la evaluación de los resultados y es improbable que se haya roto el cegamiento.
Criterios para una evaluación de 'Alto riesgo' de sesgo	Cualquiera de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> No hay cegamiento de la evaluación de resultados y es probable que la medida del resultado esté influenciada por la falta de cegamiento; Se ha realizado la valoración del cegamiento, pero es probable que el cegamiento se haya roto y que la medida del resultado esté influenciada por la falta de cegamiento.
Criterios para una evaluación de 'Riesgo poco claro' de sesgo	Cualquiera de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> No hay suficiente información para permitir una evaluación de 'Bajo riesgo' o 'Alto riesgo'; El estudio no abordó este resultado.
DATOS DE RESULTADO INCOMPLETOS Sesgo de desgaste debido a la cantidad de datos de resultado incompletos, su	

Anexo 3. Herramienta de valoración crítica de las Revisiones Sistemáticas (AMSTAR).

1. ¿Fue un diseño “a priori”?

Criterio: la pregunta de investigación y los criterios de inclusión deben ser establecidos antes de iniciar la revisión.

2. ¿Hubo duplicación de la selección de los estudios y de la extracción de datos?

Criterio: deben existir al menos dos extractores independientes de los datos y un procedimiento para llegar a consenso en caso de que existan desacuerdos.

Se ha visto que existe baja correlación en el análisis crítico de estudios publicados, es decir: distintos revisores pueden llegar a diferentes conclusiones sobre la calidad de un estudio. También se ha establecido que el nombre o la respetabilidad de los autores de los estudios primarios o de la revista en que apareció publicado influyen sobre su evaluación.

Por estas razones, siempre es deseable que el análisis crítico de los artículos haya sido hecho por dos o más revisores independientes. En la mayoría de las revisiones de buena calidad, este antecedente está consignado en la sección “métodos”. Idealmente además, el análisis debiera ser ciego a la identidad de los autores. Este último aspecto se cumple con menos frecuencia.

3. ¿Se realizó una búsqueda amplia de la literatura?

Criterio: la búsqueda debe realizarse en al menos dos fuentes electrónicas. El informe debe señalar los años que abarcó la búsqueda y las bases de datos utilizadas (ej. EMBASE, MEDLINE, Lilacs). Las palabras clave y términos MeSH deben estar explicitados y cuando sea posible, debe estar disponible la estrategia de búsqueda. Las búsquedas deben ser complementadas con consulta a registros especializados o expertos en el campo de estudio, y por la revisión de las listas de referencias en los estudios encontrados.

4. ¿Se utilizó el estado de la publicación (ejemplo: literatura gris) como criterio de inclusión?

Criterio: los autores debieran declarar que ellos buscaron trabajos sin fijarse en el estado de publicación, el idioma del artículo, etc.

5. ¿Se provee una lista de los estudios incluidos y excluidos?

Criterio: debe entregarse una lista de los estudios incluidos y excluidos. Considere la correspondencia de los estudios seleccionados con el tema investigado, teniendo presente nuevamente las poblaciones, la exposición o intervención y los desenlaces.

Tenga presente además los diseños de investigación utilizados en los estudios primarios: la posibilidad de encontrar resultados contradictorios aumenta si se incluyen estudios de distinto diseño. Lo deseable es que se haya

seleccionado los diseños más robustos para investigar el tema en cuestión. Por ejemplo: ensayos clínicos randomizados para las intervenciones terapéuticas o preventivas, cohortes prospectivas para tópicos relacionados con factores pronósticos; descartando en general los estudios de diseño más débil.

6. ¿Se entregan las características de los estudios?

Criterio: debe incluirse en forma completa, en tablas, la información esencial de los estudios originales, tal como el tipo de participantes, las intervenciones y los desenlaces evaluados en cada estudio.

7. ¿Se evaluó y documentó la calidad científica de los estudios?

Criterio: se deben describir los métodos de evaluación a priori.

Existen diversas guías y escalas de puntaje publicadas, que permiten hacer una valoración crítica de los estudios obtenidos de la literatura, identificando en ellos posibles fuentes de sesgos. La mayoría de estas escalas no ha sido validada como instrumento, es decir, no se ha demostrado empíricamente que un determinado puntaje se asocia a un cierto margen de error en los resultados del estudio. Pese a esto, existe un marco teórico sólido y una evidencia suficiente de que la calidad de los estudios influye sobre los resultados, como para avalar su aplicación. Así, constituye un elemento a favor de cualquier revisión, el hecho de que los autores hayan utilizado criterios explícitos de evaluación de la calidad metodológica. Como ejemplo, en estudios sobre terapia: que se haya verificado si se aplicó o no un método de randomización, si se hizo enmascaramiento (doble ciego), si se encubrió la asignación de los pacientes a los grupos de tratamiento y control, etc.

8. ¿Se utilizó adecuadamente la calidad de los estudios en la formulación de conclusiones?

Criterio: los resultados del rigor metodológico y calidad científica deberían considerarse en el análisis y las conclusiones de la revisión, y declararse explícitamente en la formulación de recomendaciones.

9. ¿Fueron apropiados los métodos para combinar los hallazgos de los estudios?

Criterio: para los resultados agrupados, se debe realizar un test para evaluar su homogeneidad (ejemplo: prueba de Chi cuadrado para homogeneidad, I^2), para asegurar que los estudios son combinables.

La heterogeneidad en los resultados de los estudios primarios puede explicarse por distintas razones:

- Por efecto del azar (para ello se utilizan los “test de homogeneidad”, que evalúan si las diferencias en los efectos observados entre los distintos estudios difieren más allá de lo que uno pudiera esperar simplemente por azar)
- Por diferencias en los diseños de investigación, o
- Por variaciones en los componentes básicos del estudio: población (ejemplo: poblaciones de edades distintas), intervención (ejemplo: el

fármaco se usó por un tiempo o a una dosis distinta entre un estudio y otro), o en la forma de medir los resultados. La revisión debiera analizar cada uno de estos factores.

Si la heterogeneidad existe, debe utilizarse un modelo de efecto aleatorio y/o debe considerarse la pertinencia clínica de combinarlos (ejemplo: ¿Es prudente (razonable) combinar? O sea, ¿no son peras y manzanas?).

10. ¿Se evaluó la probabilidad de sesgo de publicación?

Criterio: una evaluación del sesgo de publicación debe incluir una combinación de apoyos gráficos (tales como “funnel plot”) y/o pruebas estadísticas (ejemplo: test de regresión de Egger).

Si bien esto es lo óptimo, sobre todo si uno sospecha que podría haber un cúmulo importante de estudios no publicados en el tema, a los que no se pudo acceder con la búsqueda; en la práctica son pocas las revisiones que lo evalúan formalmente.

11. ¿Fueron declarados los conflictos de interés?

Criterio: las fuentes de ayuda económica deben estar claramente reconocidas, tanto en la revisión sistemática como en los estudios incluidos en ella.

Es importante verificar también que las conclusiones de los autores deriven directamente de los resultados de la revisión, y que no se planteen como ciertas asociaciones que no hayan sido debidamente demostradas, ni que, existiendo suficiente evidencia como para sostenerlas, la magnitud de las mismas sea distorsionada –exagerada- por un uso abusivo o poco preciso del lenguaje.

Anexo 4. Tablas de los estudios incluidos

TERAPIAS BASADAS EN MINDFULNESS

Khoury et al. (2013)		Resultados			
Características del estudio	Características de la población	Variables de resultado	Medidas de efecto post-terapias	Conclusión autores	Recomendaciones
<p>Diseño: Revisión sistemática y meta-análisis 13 estudios N = 468</p> <p>Criterios de inclusión: Estudios pre-post (6) o con grupo control (7)</p> <p>Criterios de exclusión: Estudios correlacionales</p> <p>Intervención: Cualquier TBM, TAC, Terapia basada en la compasión, Combinadas</p> <p>Comparador: Tratamiento habitual, lista de espera, otros tratamientos o sin grupo control</p> <p>Calidad estudios: Jedad's criterios</p>	<p>Sexo: La mayoría de los estudios el porcentaje de hombres supera el de las mujeres, solo dos estudios son mayoría mujeres y un estudio no lo describe</p> <p>Edad: Adultos con edad media menor 25,8 y estudio con edad media mayor 49,6</p> <p>Diagnóstico: Cualquier trastorno psicótico</p> <p>Setting: Pacientes ingresados y ambulatorios</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mindfulness • Síntomas negativos • Nivel de funcionalidad • Síntomas positivos • Síntomas afectivos • Calidad de vida • Aceptación • Compasión 	<p>La media del tamaño del efecto pre-post de los resultados clínicos fue positivamente moderada (efecto medio) por los efectos de los resultados en mindfulness (n = 5; $\beta = .33$, SE = .11, p b .005), y positivamente moderado (amplio efecto) por los efectos de mindfulness, y aceptación y compromiso combinados (n=6; $\beta=0.52$, DE=0.013, $p < 0.0005$).</p> <p>Solo para la TAC el efecto no alcanzó significación, pero eran solo estudios (n=3; $\beta=0.14$, SE=0.21, $p=0.52$, no significativo). Solo un estudio utilizó terapia basada en compasión por lo que no se pudo comprobar el tamaño del efecto de forma separada.</p> <p>La calidad de los estudios no moderó de forma significativa en el tamaño del efecto en los resultados clínicos ($p=0.47$) o por la duración del tratamiento ($p = 0.16$).</p>	<p>Los resultados muestran que las TBM tienen un efecto moderado en los estudios pre-post y de pequeño a moderado si el estudio tiene grupo control. Se muestran efectos moderados para reducir síntomas negativos, afectivos y aumentar la calidad de vida. Para los efectos más pequeños para reducir síntomas negativos</p>	<p>Los resultados sustentan la eficacia de las TBM, como terapia útil junto a la farmacológica, especialmente para tratar síntomas negativos. Sin embargo es necesaria más investigación para confirmar los resultados y evaluar la efectividad a largo plazo. Tampoco aporta evidencia que demuestre diferencias con respecto a la TCC tradicional.</p>

Lam & Chien (2016)					
Características de la población		Resultados clínicos			
Características del estudio	Características de la población	Variables de resultado	Medidas de efectos tras mindfulness	Conclusión autores	Recomendaciones
<p>Diseño: Revisión sistemática 6 estudios N =407</p> <p>Criterios de inclusión: ECAs (4) Pre-post (2)</p> <p>Criterios de exclusión: Mindfulness como tratamiento psicológico secundario</p> <p>Intervención: Cualquier TBM</p> <p>Comparador: Tratamiento habitual, lista de espera, otros tratamientos o sin grupo control</p> <p>Seguimiento: periodos entre 6 meses y 2 años</p> <p>Calidad estudios: Herramienta de valoración del riesgo de sesgo de la Cochrane</p>	<p>Sexo: Mayoría hombres (media 61%, mediana 59.3%, rango 49.5%-97.1%)</p> <p>Edad: Adultos de mediana edad (media 36.4, rango 25.6-51.7)</p> <p>Diagnóstico: Más del 50% participantes diagnóstico esquizofrenia según DSM-IV, TR o CIE-10</p> <p>Duración de la enfermedad en un rango entre 2,6 y 14 años</p> <p>Setting: U.S., U.K., España y Hong Kong</p> <p>Pacientes en régimen ambulatorio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Depresión • Afectividad • Estrés • Número y duración re-hospitalizaciones • Funcionalidad • Sintomatología • Síntomas positivos y negativos • Nivel de mindfulness • Desempeño laboral 	<p>Efecto de pequeño a moderado para la depresión en uno de los estudios. Mejor nivel de funcionalidad incluso a los 12-24 meses en dos estudios. Efecto moderado a alto en el número y duración de las hospitalizaciones en dos estudios. Efecto moderado con respecto a la sintomatología y mindfulness en algunos estudios y sin diferencias significativas en otros. Efecto moderado en la calidad de vida psíquica, pero no social ni física. Efecto alto significativo en el desempeño laboral.</p>	<p>A pesar de existir efectos favorables en los pacientes tras las TBM, incluso a largo plazo (18-24 meses) como en funcionalidad, síntomas psicóticos o recaídas, son pocos estudios y de calidad limitada con presencia de sesgos. Existe por tanto insuficiente evidencia disponible.</p>	<p>Es necesaria más investigación: - Para confirmar los resultados y evaluar la efectividad a largo plazo. - Con ECAs de calidad. - Que aborde los mecanismos de acción terapéutica de las TBM. - Con el uso de tratamientos estandarizados de TBM. - Que evalúe la coste-efectividad a medio y largo plazo para justificar su demanda y uso.</p>

Cramer et al. (2016)					
Características del estudio		Características de la población	Resultados clínicos		
Diseño: Revisión sistemática y meta-análisis Criterios de inclusión: ECAs 8 estudios N pacientes 434 Intervención: Cualquier TBM o TAC Comparador: Tratamiento habitual, Control de la atención u otros tratamientos no farmacológicos Seguimiento: A corto plazo: a las 4 semanas A largo plazo: a los 12 meses Calidad estudios: Herramienta de valoración del riesgo de sesgo de la Cochrane	Sexo: Entre un 22,2% y un 45,0% (mediana: 36,3%) de los pacientes eran mujeres Edad: La media de edad está en un rango entre los 25.6 a los 41.6 años Diagnóstico: Esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme o esquizoafectivos y otros trastornos psicóticos según DSM-IV, CIE o Criterios Diagnósticos de Investigación (RDC) Setting: U.S., Europa, Asia y Australia Pacientes hospitalizados y en régimen ambulatorio	Variables de resultado Principales: <ul style="list-style-type: none"> Síntomas de psicosis medidos Síntomas positivos Síntomas negativos y negativos Número de hospitalizaciones y días en un periodo predefinido Secundarios: <ul style="list-style-type: none"> Depresión, ansiedad Mindfulness Aceptación Seguridad según eventos adversos 	Medidas de efecto tras terapias Efectos moderado de ambas terapias a corto plazo en los síntomas psicóticos con diferencias de medias (-0.46 [-0.82, -0.09], p=0.01 y positivos (-0.57 [-0.95, -0.19], p=0.003). Efecto moderado de TAC en las tasas de hospitalización y duración con OR (0.41 [0.18, 0.95], p=0.04). Efecto moderado a corto plazo de ambas terapias para niveles de mindfulness con diferencias de medias (0.97 [0.42, 1.52]). A largo plazo efecto moderado de TBM en síntomas psiquiátricos y rehospitalizaciones.	Conclusión autores Dos ECAs presentaron riesgo alto de sesgos. Tras el análisis de sensibilidad se demostró un efecto significativo de las terapias sobre los síntomas psicóticos y positivos en aquellos estudios con bajo riesgo de sesgo. Tras encontrar evidencia moderada a corto plazo de las terapias sobre los síntomas psicóticos, hospitalización, y nivel de mindfulness. Ambas terapias pueden ser recomendadas como tratamiento adicional en estos pacientes.	Recomendaciones Dado el bajo número de ECAs encontrados no se pueden realizar conclusiones definitivas sobre la efectividad de TBM y TAC, aunque los datos preliminares de esta revisión aconsejan más investigación de calidad, con análisis con intención de tratar y comparando con tratamientos más tradicionales como TCC.

López-Navarro et al. (2015)				
Características del estudio		Características de la población	Resultados clínicos	
Diseño: ECA, N=44 Criterios de inclusión: Esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo o bipolar en fase estable o postaguda Criterios de exclusión: Discapacidad cognitiva, incapacidad para asistir sesiones mindfulness y riesgo de violencia para los investigadores Intervención: Tratamiento de rehabilitación integral + TBM grupal de 60 min. (n= 22) Comparador: Tratamiento de rehabilitación integral (n=22) Seguimiento: 26 semanas	Sexo: 36 hombres (81,8 %) 8 mujeres (17,2%) Edad: 18-65.2 años Años desde diagnóstico: 14.02 de media Setting: Pacientes de un centro de rehabilitación comunitaria (España) Pérdidas: 1 abandono por decisión personal en el grupo control Análisis de homogeneidad: Test t o Chi² No existen diferencias significativas entre ambos grupos	Variables/Escalas Calidad de vida (WHOQOL-BREF) Síntomas psicóticos positivos y negativos (PANSS) Mindfulness (MAAS)	Resultados pre/post (DE) grupo intervención Calidad de vida física: 21.18 (3.3) / 22.73 (3.41) Calidad de vida psicológica: 17.78 (3.28) / 20.27(2.64) Calidad de vida social: 7.95 (2.19) / 8.1(2.67) Calidad de vida ambiental: 24.23(4.51) / 26.95(3.95) Síntomas positivos: 17.95 (6.58) / 16.82(6.24) Síntomas negativos (PANSS): 21.72(6.33) / 19.86 (6.2) Total: 41,45(7.22) / 38,41(6.62) 43.09 (14.39) / 45.81 (14.33)	P 0.013* <0.001* 0.763 0.002* 0.179 0.063 0.038* 0.303
		Conclusión: Incluir TBM en la rehabilitación tiene potencial en la mejora de calidad de vida y síntomas negativos, es seguro y aceptado pero se precisa más investigación de su efectividad a medio largo plazo, incluidos los análisis de costes.	Resultados clínicos Los resultados muestran diferencias significativas en los niveles de calidad de vida física, psicológica y ambiental y en PANSS general después del tratamiento con mindfulness en el grupo de intervención. Estas diferencias no son significativas en el grupo control antes y después de la intervención. Se apreciaron diferencias significativas entre el grupo control y de intervención después del tratamiento en la calidad de vida psicológica. La frecuencia e intensidad de los síntomas psicóticos positivos no cambia con la intervención de mindfulness. Aunque hay mejoría de los síntomas psicóticos negativos no son significativas. Tampoco hay diferencias significativas en los niveles de mindfulness. Limitación estudio: tamaño muestral pequeño con poca representación del sexo femenino. No existe seguimiento a medio-largo plazo.	

Davis et al. (2015)		Resultados clínicos	
Características del estudio	Características de la población	Variables	Resultados post intervención/ grupo control
<p>Diseño: ECA, N=34</p> <p>Criterios de inclusión: Paciente con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo según DSM-IV en fase estable (no hospitalización último mes ni cambios de medicación)</p> <p>Criterios de exclusión: Abuso de sustancias, discapacidad intelectual u otros trastornos neurológicos</p> <p>Intervención: TBM adaptado para reducir estrés y de apoyo en el ámbito laboral (75 min. dos veces por semana por 16 sem. Con 8 pacientes/grupo (n=18))</p> <p>Comparador: Apoyo intensivo con sesiones semanales de apoyo sobre trabajo (90 min.) (n=16)</p> <p>Seguimiento: 24 semanas</p>	<p>Sexo: 33 hombres y 1 mujer</p> <p>Edad: Grupo intervención: 53.2 y Grupo control: 50.1 años de media</p> <p>Setting: (US)</p> <p>Perdidas: Grupo intervención 3 (16.7%) Grupo control 2 (12.5%)</p> <p>Análisis de homogeneidad: Test t o Chi² No existen diferencias significativas entre ambos grupos</p>	<p>Variables psicológicas positivas y negativas (PANSS)</p> <p>Escala valoración rendimiento profesional (WBI)</p> <p>Total de horas trabajadas</p> <p>Semanas trabajadas</p> <p>Escala de Evaluación del Cambio (CAS)</p> <p>Escala de Adherencia al <i>Mindfulness</i> (MFS)</p> <p>Cuestionario de satisfacción (CSQ)</p>	<p>No presentan resultados post intervención</p> <p>3.6 (0.4) / 3.0 (0.7)</p> <p>293.5 (40.2) / 234.5 (96.1)</p> <p>15.2(1.9) / 12.8 (4.7)</p> <p>No presentan resultados post intervención</p> <p>No presentan resultados post intervención</p> <p>28.2 (2.9) / 28.1 (3.2)</p> <p>0.023*</p> <p>0.04*</p> <p>0.085</p> <p>0.91</p>
<p>• Los pacientes fueron pagados para acudir a completar las evaluaciones y sesiones.</p> <p>• No se presentan resultados pre – post para todas las variables. El estudio se centra en las variables laborales.</p> <p>• Tan solo hay una mujer en el total de la muestra.</p> <p>• La ausencia de cegamiento limitan el estudio de forma importante.</p> <p>• Los resultados principalmente resaltan que en el grupo de intervención se trabajan más horas, más semanas y con mejor desempeño (rendimiento total WBI y las subescalas presentación personal y calidad del trabajo son significativos tras las intervenciones).</p> <p>Conclusión: Incluir TBM en la rehabilitación tiene potencial en la mejora del rendimiento laboral de los pacientes, es seguro y aceptado pero se precisa más investigación de calidad y valorando su efectividad a medio largo plazo.</p>			

Chien & Lee (2013)		Resultados clínicos			
Características del estudio	Características de la población	Variables	Resultados post intervención (DE) grupo intervención/ grupo control a los 3 meses	Resultados post intervención (DE) grupo control a los 18 meses	Diferencia significativa entre ambos grupos (P)
<p>Diseño: ECA multicéntrico N=96</p> <p>Criterios de inclusión: Mayores 18 años que han recibido diagnóstico Esquizofrenia en los últimos 5 años (DSM-IV)</p> <p>Intervención: Cuidados habituales + Psicoeducación basada en <i>mindfulness</i> (12 sesiones, dos veces por semana (2 horas) 5-6 personas por grupo (n=48))</p> <p>Comparador: Cuidados psiquiátricos habituales (n=48)</p> <p>Seguimiento: 18 meses</p>	<p>Sexo: 53 hombres (55%)</p> <p>Edad: Media de edad 25.8 (+ 8.5) (Rango 19-41)</p> <p>Años desde diagnóstico: 3.1 (+ 2.1) años</p> <p>Setting: China. Pacientes en régimen ambulatorio</p> <p>Perdidas: 3 en cada grupo (6%)</p> <p>Análisis de homogeneidad: No se encontraron diferencias significativas sociodemográficas y de resultados antes de la intervención entre ambos grupos</p>	<p>Gravedad de los síntomas (BPRS)</p> <p>Nivel de funcionalidad (SLOF)</p> <p>Apoyo social (SSQ)</p> <p>Introspección y actitudes al tratamiento (ITAQ)</p> <p>Rehospitalizaciones</p> <p>Número</p> <p>Duración</p>	<p>55.8 (13.2)/60.5 (13)</p> <p>139.0 (20.1) /137.8 (18)</p> <p>4.8 (2.0) /4.8 (2.9)</p> <p>16.7 (2.9) /13.5 (2.1)</p> <p>3.3 (1.5) / 3.5 (1.6)</p> <p>14.4 (4.3) / 18.0 (4.0)</p>	<p>50 (1.4) / 59.4 (13.9)</p> <p>148.8 (19.5) /137.2 (21.1)</p> <p>4.9 (2.5) / 4.8 (1.9)</p> <p>20.1(3.0) / 14.3 (2.8)</p> <p>2.8 (1.1) / 3.6 (1.9)</p> <p>11.8 (4.1) / 18.2 (5.8)</p>	<p>p<0.01 a los 3 y 18 meses</p> <p>p<0.05 a los 18 meses</p> <p>p>0.05</p> <p>p<0.001 a los 3 y 18 meses</p> <p>P<0.01 a los 18 meses</p> <p>P<0.01 a los 3 y 18 meses</p>
<p>Resultados: La gravedad de los síntomas, introspección hacia la enfermedad y duración de las rehospitalizaciones mejoraron de forma significativa en el grupo de intervención a los 3 y 18 meses de seguimiento. La funcionalidad y número de rehospitalizaciones mejoraron de forma significativa en el grupo de intervención solo a los 18 meses de seguimiento.</p> <p>Conclusiones: La psicoeducación basada en <i>mindfulness</i> resultó más efectiva que los tratamientos habituales. Es necesario investigar los efectos a largo plazo y su costeefectividad en comparación con otras intervenciones psicosociales.</p>					

Chien & Thompson (2014)						
Características del estudio		Características de la población	Resultados clínicos			
<p>Diseño: ECA multicéntrico (pacientes de tres clínicas) (N=107)</p> <p>Criterios de inclusión: Mayores 18 años que han recibido diagnóstico Esquizofrenia en los últimos 5 años (DSM-IV) y entienden chino mandarín</p> <p>Criterios de exclusión: Comorbilidad de otra enfermedad mental como las afectivas o trastornos orgánicos del cerebro</p> <p>Grupo 1: Psicoeducación basada en mindfulness, 12 sesiones quincenales de 2 horas con grupos de 11-13 pacientes (n=36)</p> <p>Grupo 2: Programa de psicoeducación convencional (n=36)</p> <p>Grupo 3: tratamiento habitual (n=35)</p> <p>Seguimiento: 1 semana, 12 y 24 meses</p>	<p>Sexo: 56,9 % hombres de media</p> <p>Edad: 25,6 años de media</p> <p>Años desde el diagnóstico: 2,6 años media (rango de 3-60 meses)</p> <p>Setting: China. Pacientes en régimen ambulatorio</p> <p>Pérdidas: 1 pérdida en el grupo 3 antes de la intervención</p> <p>Análisis de homogeneidad: ANOVA o Chi2</p> <p>No hay diferencias significativas sociodemográficas, clínicas y tipo y cantidad de antipsicóticos entre los tres grupos o entre las tres clínicas</p>	<p>Introspección y actitudes al tratamiento (ITAC)</p> <ul style="list-style-type: none"> • A los 12 meses • A los 24 meses <p>Nivel de funcionalidad (SLOF)</p> <ul style="list-style-type: none"> • A los 12 meses • A los 24 meses <p>Gravedad de los síntomas (BPRS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • A los 12 meses • A los 24 meses <p>Duración de rehospitalizaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • A los 12 meses • A los 24 meses 	<p>Grupo 1</p> <p>19,9 (3.1) 21,3 (3.3)</p> <p>168,2 (20.0) 176,9 (22.1)</p> <p>20,1 (5.9) 17,0 (4.9)</p> <p>13,0 (3.6) 11,0 (4.0)</p>	<p>Grupo 2</p> <p>16,9 (3.1) 16,3 (3.3)</p> <p>145,5 (21.4) 146,1 (20.4)</p> <p>26,8 (8.1) 28,1 (7.0)</p> <p>16,5 (5.0) 16,1 (6.0)</p>	<p>Grupo 3</p> <p>15,0 (3.5) 14,8 (3.8)</p> <p>120,9 (22.3) 119,1 (22.8)</p> <p>34,0 (6.9) 35,8 (7.8)</p> <p>20,2 (5.2) 21,0 (6.9)</p>	<p>MANOVA (grupo x tiempo) F(2,104) / P</p> <p>6.52 / 0.001</p> <p>4.98 / 0.004</p> <p>4.36 / 0.005</p> <p>4.87 / 0.004</p>
<p>Resultados: Existen diferencias significativas en los tres grupos en introspección, funcionalidad, sintomatología y duración de rehospitalizaciones, pero no para el número de rehospitalizaciones o el apoyo social (SSQ). Los resultados son mejores en el grupo de intervención con mindfulness frente al abordaje psicoeducativo convencional y en este mejor que el del tratamiento convencional psiquiátrico.</p> <p>Conclusiones: La psicoeducación basada en mindfulness resultó más efectiva que los tratamientos habituales. Existen limitaciones como la falta de cegamiento, que la intervención solo se limitó a 6 meses, los pacientes llevan poco tiempo con la enfermedad, eran voluntarios motivados. Es necesario investigar los efectos a largo plazo y su costeefectividad en comparación con otras intervenciones psicosociales.</p>						

Chadwick et al. (2016)				
Características del estudio		Características de la población	Resultados clínicos	
<p>Diseño: ECA (N=108)</p> <p>Criterios de inclusión: "Oír voces" estresantes en el último año</p> <p>Criterios de exclusión: Enfermedad orgánica o abuso de sustancias</p> <p>Intervención: Terapia Cognitiva basada en la Persona "Person based cognitive therapy" (TCC+ mindfulness) 12 sesiones de 1h. y 1/5 (n=54)</p> <p>Comparator: Tratamiento habitual (n=54)</p> <p>Seguimiento: a los 4 y a los 10 meses post-tratamiento</p>	<p>Sexo: 50% hombres</p> <p>Edad: 42 años de media (rango 18-66)</p> <p>Años oyendo voces: 21 años de media (rango 5-65)</p> <p>Diagnóstico: esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo</p> <p>Setting: 2 servicios salud mental de UK</p> <p>Pérdidas: 8 del grupo de intervención (ninguna sesión) y un 72% recibió al menos 8 sesiones</p>	<p>Resultados clínicos (COFE-OM)</p> <p>Escala de alucinaciones auditivas (PSYRATS)</p> <p>Ansiedad (HADS)</p> <p>Depresión (HADS)</p> <p>- 4 meses</p> <p>- 10 meses</p> <p>Elección de resultados en la TCC para psicosis (CHOICE) gravedad</p> <p>Elección de resultados en la TCC para psicosis (CHOICE) satisfacción</p> <p>- 4 meses</p>	<p>Efectos estimados de la intervención sobre estrés y perturbaciones ajustados al tratamiento (DE)</p> <p>Sin diferencias significativas entre los grupos post-tratamiento</p> <p>Sin diferencias significativas entre los grupos post-tratamiento</p> <p>Sin diferencias significativas entre los grupos post-tratamiento</p> <p>- 1,67 (0.719)</p> <p>- 1,456 (0.685)</p> <p>Sin diferencias significativas entre los grupos post-tratamiento</p> <p>0.879 (0.372)</p>	<p>P</p> <p>0.023</p> <p>0.037</p> <p>0.02</p>
<p>Resultados: Existen diferencias significativas a favor del grupo de intervención en los niveles de depresión (HADS) y elección de resultados de la TCC para psicosis (CHOICE satisfacción). No existen diferencias significativas para los niveles de ansiedad (HADS) ni en las alucinaciones (PSYRATS). Existen limitaciones como el no haber alcanzado el tamaño muestral, no existe comparación con un grupo control con tratamiento activo.</p> <p>Conclusiones: Se precisa más investigación que evalúe intervenciones más largas, la adherencia, que compare el uso de antipsicóticos y el uso de servicios de salud mentales incluidas las hospitalizaciones.</p>				

Wang et al. (2017)					
Resultados clínicos a la semana y los 6 meses de seguimiento (Diferencias de medias DMs)					
Características del estudio	Características de la población	Variables	1 semana	6 meses	P
<p>Diseño: ECA multicéntrico (N=138)</p> <p>Criterios de inclusión: Entre 18-60 años con esquizofrenia o subtipos según (DSM-IV) hace menos de 5 años que entienden chino mandarín y cantonés</p> <p>Criterios de exclusión: Enfermedad mental orgánica, incapacidad para el aprendizaje, mentalmente inestable o hayan recibido intervención psicoeducativa o psicosocial previa</p> <p>Grupo 1: Psicoeducación basada en mindfulness, 12 sesiones quincenales de 2 horas con grupos de 12-15 pacientes (n=46)</p> <p>Grupo 2: Programa de psicoeducación convencional de 12 sesiones quincenales de 2 horas (n=46)</p> <p>Grupo 3: tratamiento habitual (n=46)</p> <p>Seguimiento: 6 meses</p>	<p>Sexo: 52.1 % hombres en grupo 1, 50% en grupo 2 y 54.3% en grupo 3</p> <p>Edad: Medias entre 23.8 - 25 años (rango 18-39)</p> <p>Medición antipsicótica: el 82% recibió medicación oral con dosis bajas-medias y un 50% de segunda generación</p> <p>Setting: China. Pacientes en régimen ambulatorio de dos clínicas</p> <p>Pérdidas: 1 pérdida en el grupo 3 antes de la intervención (el 95% completó al menos 5 sesiones)</p> <p>Análisis de homogeneidad: ANOVA o Chi2</p> <p>No hay diferencias significativas entre los tres grupos o setting antes de la intervención</p>	<p>Introspección y actitudes al tratamiento (ITAC)</p> <p>Nivel de funcionalidad (SLOF)</p> <p>Síntomas psicóticos positivos y negativos (PANSS)</p> <p>Proceso de recuperación (QPR)</p> <p>Cuestionario <i>Mindfulness</i> de 5 facetas (FFMQ) en el grupo 1 entre la valoración a la semana y los 6 meses</p> <p>Pacientes hospitalizados durante los 6 meses</p> <p>Dosis y tipo de medicación antipsicótica</p>	<p>5.4</p> <p>16.8</p> <p>8.5</p> <p>3.4</p> <p>Mejora significativa</p> <p>8.3</p>	<p>5 (11%) en grupo 1 vs 12 (27%) en grupo 2 vs 16 (37%) en grupo 3</p> <p>No hay diferencias significativas</p>	<p>0.001</p> <p>0.008 / 0.0009</p> <p>0.01 / 0.003</p> <p>0.01 / 0.0008</p> <p>0.003</p>
<p>Resultados: Los pacientes que recibieron psicoeducación basada en mindfulness demostraron mejores resultados en sintomatología, funcionalidad, proceso de recuperación e introspección comparados con la psicoeducación convencional o el tratamiento habitual. Aunque no demostró efectos significativos en reducir la media de las hospitalizaciones, en cambio, el número de pacientes y duración disminuyó de forma progresiva en el grupo 1. No se reportó ningún efecto adverso relacionado con la intervención en el grupo 1.</p> <p>Limitaciones: Contar con pacientes recientemente diagnosticados y voluntarios que están más motivados y tienen mayor adherencia. Tampoco estaban cegados a la intervención. Además, son pacientes con buen nivel educativo, poco o moderado uso de medicación antipsicótica y buen apoyo familiar. El seguimiento, adherencia y el impacto de las prácticas de mindfulness más allá de los 6 meses no se ha evaluado. Se desconocen los mecanismos psicológicos moderadores o mediadores potenciales que afectan a los resultados. La extensión de esta práctica está limitada ya que precisa personal bien entrenado.</p> <p>Conclusiones: A pesar de las limitaciones este ensayo proporciona evidencia importante a medio plazo que apoya el uso de psicoeducación basada en mindfulness en pacientes con trastorno del espectro esquizofrénico, mejorando la salud psicosocial y el funcionamiento.</p>					

Moritz et al. (2015)				
Resultados clínicos				
Características del estudio	Características de la población	Variables	Efectos pre-post sin análisis por grupo F (1, 62)	P
<p>Diseño: ECA (N=90)</p> <p>Abordaje vía Internet</p> <p>Criterios de inclusión: Entre 18-65 años con diagnóstico de esquizofrenia</p> <p>Criterios de exclusión: Trastornos de personalidad o bipolar</p> <p>Intervención: Biblioterapia (manuales de autoayuda y archivos de audio) basada en mindfulness (n=38)</p> <p>Comparador: Biblioterapia de relajación muscular progresiva (n=52)</p> <p>Seguimiento: 6 semanas</p>	<p>Sexo: 42% hombres</p> <p>Edad: Edad media 37.46 en grupo control y 38.11 en el grupo de intervención</p> <p>Setting: Pacientes del Departamento de Psiquiatría del Centro Médico Universitario Hamburg-Eppendorf (Alemania)</p> <p>Pérdidas: 29% contacto por internet</p> <p>Análisis de homogeneidad: Sin diferencias significativas entre ambos grupos antes de la intervención, ni entre los que completaron el estudio</p>	<p>Checklist de Paranoia</p> <p>Inventario de Obsesiones y Compulsiones Revisado (OCI-R)</p> <p>Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)</p>	<p>0.63</p> <p>3.91</p> <p>6.06</p>	<p>0.43</p> <p>0.052</p> <p>0.017*</p>
<p>Resultados: Los muestran mejoría de los resultados con un efecto medio-alto en depresión en ambos grupos pre-post test pero sin diferencias significativas entre ambos.</p> <p>El resto de variables no reportó diferencias significativas pre-post, ni entre grupos.</p> <p>No se reportaron efectos adversos del mindfulness o relajación sobre los síntomas psicóticos.</p> <p>Limitaciones: Número importante de pérdidas debido al seguimiento telemático. Gran franja etaria de la muestra y por tanto de los años con la enfermedad.</p> <p>Conclusiones: Los resultados no pueden apoyar la intervención frente al grupo control ya que no existen diferencias entre ambos, aunque en los dos grupos se presentaron mejores resultados sobre la depresión después de las intervenciones. Es necesaria más investigación que valore el efecto de biblioterapia con mindfulness frente a otras intervenciones telemáticas o presenciales.</p>				

Larger et al. (2012)														
Características del estudio	Características de la población	Resultados clínicos												
<p>Diseño: ECA (N=23)</p> <p>Criterios de inclusión: Diagnóstico de esquizofrenia o subtipos según (DSM-IV) en fase estable</p> <p>Criterios de exclusión: No específica</p> <p>Intervención: 8 sesiones semanales (60 min.) de mindfulness (n=11)</p> <p>Comparador: Lista de Espera (n=12)</p> <p>Seguimiento: 8 semanas</p>	<p>Sexo: 51,1% hombres grupo de intervención y 63,6% en el control</p> <p>Edad: Edad media 34,7 (DE 8,2) en grupo intervención y 33,9 (DE 10,7) en el grupo control</p> <p>Setting: Pacientes de la Asociación de pacientes con Enfermedad Mental de El Timón (España)</p> <p>Pérdidas: 2 abandonos en el grupo de intervención y 1 en el grupo control, otros 2 pacientes atendieron menos del 50% sesiones en el grupo de intervención</p> <p>Análisis de homogeneidad: Sin diferencias significativas entre ambos grupos antes de la intervención.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Variables</th> <th>Efectos post intervención (DE) Grupo Intervención / Grupo Control</th> <th>P</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Escala de Impresión Clínica Global-Esquizofrenia (CGI-SCH)</td> <td>9.29 (3.04) / 12.45 (5.61)</td> <td>0.192</td> </tr> <tr> <td>Escala de Aceptación y Acción (AAQ-II)</td> <td>36.57 (12.5) / 42.09 (13.3)</td> <td>0.353</td> </tr> <tr> <td>Cuestionario Southampton de Mindfulness (SMQ)</td> <td>79.83 (13.64) / 61.91 (15.58)</td> <td>0.028*</td> </tr> </tbody> </table> <p>Resultados: El grupo de intervención presentó mejores resultados de forma significativa frente al grupo control en la respuesta mindfulness frente a pensamientos e imágenes estresantes.</p> <p>Limitaciones: Tamaño muestral muy pequeño. Número importante de pérdidas. En los análisis no se llevó a cabo un análisis por intención de tratar. No se especificó el cegamiento. No se comparó con grupo control de tratamiento activo.</p> <p>Conclusiones: Dada las importantes limitaciones del estudio no se pueden generalizar conclusiones a favor o en contra de la TBM en pacientes con esquizofrenia. Se precisa más investigación al respecto.</p>	Variables	Efectos post intervención (DE) Grupo Intervención / Grupo Control	P	Escala de Impresión Clínica Global-Esquizofrenia (CGI-SCH)	9.29 (3.04) / 12.45 (5.61)	0.192	Escala de Aceptación y Acción (AAQ-II)	36.57 (12.5) / 42.09 (13.3)	0.353	Cuestionario Southampton de Mindfulness (SMQ)	79.83 (13.64) / 61.91 (15.58)	0.028*
Variables	Efectos post intervención (DE) Grupo Intervención / Grupo Control	P												
Escala de Impresión Clínica Global-Esquizofrenia (CGI-SCH)	9.29 (3.04) / 12.45 (5.61)	0.192												
Escala de Aceptación y Acción (AAQ-II)	36.57 (12.5) / 42.09 (13.3)	0.353												
Cuestionario Southampton de Mindfulness (SMQ)	79.83 (13.64) / 61.91 (15.58)	0.028*												

Öst (2014)					
Características del estudio	Características de la población	Resultados clínicos	Recomendaciones		
<p>Diseño: Revisión sistemática y meta-análisis</p> <p>60 estudios</p> <p>N pacientes 4234</p> <p>Criterios de inclusión: ECAs en inglés</p> <p>Intervención: Cualquier TEM, TAC</p> <p>Comparador: Tratamiento habitual, lista de espera, TCC, otros tratamientos</p> <p>Calidad estudios: Jadad's criterios</p> <p>Estudios con pacientes con psicosis</p> <p>4 ECAs (N = 194) que comparan con tratamiento habitual o (3) y placebo (1)</p> <p>Calidad: criterios Jadad</p>	<p>Sexo: La media de la proporción de mujeres 67.9 (DE = 23.7)</p> <p>Edad: Adultos con edad media 39.9 (DE=9.7)</p> <p>Diagnóstico: Cualquier trastorno psiquiátrico, somático o estrés asociado al trabajo</p> <p>Setting: USA, Suecia, UK, Australia, Finlandia, Canadá, Iran , Nueva Zelanda y España</p>	<p>Trastornos evaluados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Psicosis • Trastornos de ansiedad • Trastornos obsesivos compulsivos • Abuso de drogas • Dependencia a la nicotina • Personalidad Borderline • Dolor • Epilepsia • Trinitus • Cáncer • Sobrepeso y obesidad • Diabetes • Esclerosis múltiple • Estrés 	<p>Medidas de efecto post-terapias</p> <p>El tamaño del efecto post tratamiento (con la g de Hedges es pequeño (0.42), pero significativamente diferente del cero.</p> <p>Si se compara con la lista de espera (g = 0.63), con placebo (0.69) y con tratamiento habitual (0.55) el efecto es moderado pero con significación heterogénea según el estudio.</p> <p>Si se compara con varios tratamientos activos (0.22) en el límite de bajo efecto.</p> <p>Si se compara con TCC (0.16), lo que no alcanza el límite para efecto pequeño y sin ser significativamente diferente del cero.</p>	<p>Conclusión autores</p> <p>La evidencia encontrada muestra que la TAC aun no está bien establecida para ningún trastorno.</p> <p>Los estudios incluidos presentan poca evidencia del efecto de las intervenciones basadas en TAC en pacientes con psicosis. Solo uno de las 4 ECAs encontró diferencias significativas a favor de la TAC.</p>	<p>Es necesaria más investigación que:</p> <p>Use tratamiento activo control y no use lista de espera o tratamiento habitual.</p> <p>Tengan un diseño metodológico más fuerte en cuanto a enmascaramiento, evaluación con instrumentos válidos y tamaño muestral adecuado.</p> <p>Que continúe el seguimiento al menos un año.</p>

Tonarelli et al. (2016)		Resultados clínicos			
Características del estudio	Características de la población	Variables de resultado	Medidas de efectos tras aplicar los tratamientos	Conclusiones autores	Recomendaciones
<p>Diseño: Revisión sistemática 4 estudios N = 190</p> <p>Criterios de inclusión: ECAs en inglés, con pacientes de cualquier edad y diagnóstico de esquizofrenia, psicosis y depresión mayor con psicosis</p> <p>Criterios de exclusión: Estudios sin grupo control, no aleatorizados.</p> <p>Intervención: TAC aplicada de forma individual</p> <p>Comparador: Tratamiento habitual con medicación y psicoterapia en grupo o psicoeducación individual</p> <p>Seguimiento: Se recogen tasas de hospitalización a los 4 meses de seguimiento</p> <p>Calidad estudios: No aparece</p>	<p>Sexo: Alrededor de la mitad de los participantes eran hombres de raza blanca</p> <p>Edad: 38 años de media</p> <p>Setting: Pacientes hospitalizados y en régimen ambulatorio</p> <p>Diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psicosis en un estudio 100% • Esquizofrenia en el 66%, 72% y 100% de los pacientes en los otros tres estudios 	<ul style="list-style-type: none"> • Sintomatología medida con la escala de los Síndromes positivos y negativos PANSS • Cifras de re-hospitalización a los 4 meses de seguimiento 	<p>Se observa una diferencia significativa entre los dos grupos en los síntomas negativos ($p=0.008$), pero no para los positivos. Se observa una reducción de las tasas de re-hospitalizaciones a los 4 meses en el grupo que de intervención comparado con el control en los pacientes con psicosis.</p> <p>No hay efecto significativo en los pacientes del grupo de intervención en los pacientes con esquizofrenia, pero la tendencia es positiva hacia ese grupo comparado con el grupo control en la imagen del forest plot.</p>	<p>La TAC puede ser de ayuda para afrontar las alucinaciones y delirios. Esta revisión indica que la TAC es una intervención efectiva para tratar los síntomas negativos y reducir las re-hospitalizaciones a los 4 meses en pacientes con psicosis.</p>	<p>Son necesarios estudios prospectivos con muestras más grandes en pacientes en régimen ambulatorio y que empleen metodología rigurosa para poder confirmar la tendencia de los resultados de esta revisión.</p> <p>También se recomienda comparar TAC con otras modalidades de tratamiento activo.</p>

Cramer et al. (2016)		Resultados clínicos			
Características del estudio	Características de la población	Variables de resultado	Medidas de efecto tras terapias	Conclusiones autores	Recomendaciones
<p>Diseño: Revisión sistemática y meta-análisis</p> <p>Criterios de inclusión: ECAs 8 estudios N = 434</p> <p>Intervención: Cualquier TBM o TAC</p> <p>Comparador: Tratamiento habitual, Control de la atención u otros tratamientos no farmacológicos</p> <p>Seguimiento: A corto plazo: a las 4 semanas A largo plazo: a los 12 meses</p> <p>Calidad estudios: Herramienta de valoración del riesgo de sesgo de la Cochrane</p>	<p>Sexo: Entre un 22.2% y un 45.0% (mediana: 36.3%) de los pacientes eran mujeres</p> <p>Edad: La media de edad está en un rango entre los 25.6 a los 41.6 años</p> <p>Diagnóstico: Esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme o esquizoafectivos y otros trastornos psicóticos según DSM-IVR, CIE o Criterios Diagnósticos de Investigación (FDCI)</p> <p>Setting: U.S., Europa, Asia y Australia Pacientes hospitalizados y en régimen ambulatorio</p>	<p>Principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síntomas de psicosis medidos • Síntomas positivos • Síntomas negativos y negativos • Número de hospitalizaciones y días en un periodo predefinido <p>Secundarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depresión, ansiedad • <i>Minfulness</i> • Aceptación • Seguridad según eventos adversos 	<p>Efectos moderado de ambas terapias a corto plazo en los síntomas psicóticos con diferencias de medias (-0.82, -0.09), $p=0.01$ y positivos (-0.57 [-0.95, -0.19], $p=0.003$.</p> <p>Efecto moderado de TAC en las tasas de hospitalización y duración con OR (0.41 [0.18, 0.95], $p=0.04$).</p> <p>Efecto moderado a corto plazo de ambas terapias para niveles de <i>minfulness</i> con diferencias de medias 0.97 [0.42, 1.52].</p> <p>A largo plazo efecto moderado de tto. con <i>minfulness</i> en síntomas psiquiátricos y rehospitalizaciones</p>	<p>Dos ECAs presentaron riesgo alto de sesgos. Tras el análisis de sensibilidad se demostró un efecto significativo de las terapias sobre los síntomas psicóticos y positivos en aquellos estudios con bajo riesgo de sesgo.</p> <p>Tras encontrar evidencia moderada a corto plazo de las terapias sobre los síntomas psicóticos, hospitalización, y nivel de TBM. Ambas terapias pueden ser recomendadas como tratamiento adicional en estos pacientes</p>	<p>Dado el bajo número de ECAs encontrados no se pueden realizar conclusiones definitivas sobre la efectividad de TBM y TAC, aunque los datos preliminares de esta revisión aconsejan más investigación de calidad, con análisis con intención de tratar y comparando con tratamientos más tradicionales como TCC.</p>

Shawyer et al. (2012)		Resultados clínicos	
Características del estudio		Variables /Escala	Diferencia Grupo 1 y 2 post intervención (tras 15 sesiones)
<p>Diseño: ECA (N=44) tres grupos</p> <p>Criterios de inclusión: Pacientes entre 18-65 años, diagnóstico de esquizofrenia o similar según DSM-IV y estrés asociado a alucinaciones o delirios residuales resistentes a medicación durante los últimos 6 meses</p> <p>Criterios de exclusión: Discapacidad cognitiva, IQ<70, nivel de inglés insuficiente, abuso de drogas e incapacidad para dar consentimiento informado</p> <p>Grupo 1: 12 sesiones de 50 min. de TAC + ejercicios de mindfulness semanales y posteriormente cada dos semanas + folletos y CDs de las sesiones grabadas (n= 21)</p> <p>Grupo 2: sesiones de 60 min. de Befinding (n=22)</p> <p>Grupo 3: lista de espera 4 meses (n=17)</p> <p>Seguimiento: 6 meses</p>	<p>Sexo: 24 hombres (56%)</p> <p>Edad: 39 años de media (DE=10)</p> <p>Diagnóstico: 72% esquizofrenia 21% trastorno esquizoafectivo 7% psicosis afectiva</p> <p>Setting: Servicios de rehabilitación psiquiátrica de Melbourne</p> <p>Pérdidas: 2 abandonos por orden de las alucinaciones (uno además refirió empeoramiento de las mismas) y un tercero por encontrar trabajo</p> <p>Análisis de homogeneidad: Test t o Chi2</p> <p>Existen diferencias significativas de base grupos 1 y 2</p>	<p>Confianza para resistir órdenes perjudiciales de las alucinaciones</p> <p>F(1, 35)=0.05, p=0.82</p>	<p>Diferencia Grupo 1 y 2 tras seguimiento de 6 meses</p> <p>F(1, 30)=0.02, p=0.88</p>
		<p>Confianza para enfrentarse a las órdenes de las alucinaciones</p> <p>F(1, 36)=0.89, p=0.35</p>	<p>F(1,33)=0.01, p=0.91</p>
<ul style="list-style-type: none"> No aparecen diferencias significativas entre el grupo 1 y 2 en ninguna variable incluidas la confianza para resistir órdenes perjudiciales de las alucinaciones o para enfrentarse a ellas. Se apreciaron diferencias significativas pre – post intervención dentro de los grupos: Los participantes del grupo 1 mostraron mejoras significativas en las sintomatología positiva y negativa (PANSS) y los del grupo 2 en funcionalidad (Escala de valoración de la funcionalidad global -GAF). Ambos grupos mostraron mejoras significativas pre-post intervención dentro de los grupos en síntomas psicóticos (PSYRATS) y calidad de vida (QOL). No existen diferencias significativas de base entre los grupos de tratamiento activo frente a la lista de espera. Cuando se compara cualquier intervención con la lista de espera aparecen diferencias significativas a favor de los grupos 1 y 2 en la confianza en enfrentarse a las órdenes de las alucinaciones, PANSS negativo, PANSS general, PANSS total, calidad de vida y satisfacción con la vida. <p>Conclusión: A pesar de que los participantes del grupo 1 reportaron mejoras en las órdenes de las alucinaciones con respecto a los del grupo 2, no fueron significativas. Ambos tratamientos tienen un efecto positivo sobre los pacientes frente a no hacer nada (lista de espera). Las intervenciones son bien toleradas y subjetivamente son de ayuda para los individuos con psicosis. Pero existe evidencia limitada en este estudio que indique que los abordajes cognitivos conductuales tengan mejores resultados que el apoyo social. Es necesaria más investigación al respecto y con muestras más amplias</p>			

Bach et al. (2002)		Resultados clínicos	
Características del estudio		Variables	Resultados post intervención grupo intervención/ grupo control
<p>Diseño: ECA (N=80)</p> <p>Criterios de inclusión: Pacientes estables con alucinaciones auditivas y delirios en el momento la admisión que estuvieran siendo tratados ambulatoriamente tras haber estado hospitalizados</p> <p>Criterios de exclusión: Psicosis por abuso de sustancias, discapacidad intelectual u otros trastornos neurológicos</p> <p>Intervención: TAC (4 sesiones individuales 45-50 min.)+ tratamiento habitual (n=40)</p> <p>Comparador: Tratamiento habitual (medicación + asistencia a 3 o más grupos de psicoeducación 1 ó 2 veces sem. por 40min. (n=40)</p> <p>Seguimiento: 4 meses</p>	<p>Sexo: 67.5% hombres en el grupo intervención y 60% en el grupo control</p> <p>Edad: Grupo intervención: 39.2 y Grupo control: 39.5 años de media</p> <p>Setting: Pacientes no hospitalizados del Instituto de Salud Mental de Nevada</p> <p>Pérdidas: 5 pacientes de cada grupo (1 por causa de muerte)</p> <p>Análisis de homogeneidad: No existen diferencias significativas de base entre ambos grupos</p>	<p>Tasas de Re-hospitalizaciones en los 4 meses de seguimiento</p> <p>20% / 40% Test de Wilcoxon (1, 70) = 4.26</p> <p>Números de días de hospitalización</p> <p>F(1, 60)=4.74</p> <p>Uso de medicación</p> <p>No hay diferencias significativas entre ambos grupos tras intervención</p> <p>Reporte de frecuencia síntomas psiquiátricos</p> <p>60% / 31% Chi²(1, N 70) 5.76</p> <p>Estrés asociado a las alucinaciones</p> <p>No hay diferencias significativas en el estrés asociado a la sintomatología entre ambos grupos tras intervención</p> <p>Quejas completas y parciales sobre la medicación pautaada</p> <p>69% (quejas completas) y 31% (parciales) en el grupo intervención frente a 77% y 23% en el control</p> <p>Creencia en las alucinaciones</p> <p>F(1, 29) 4.36</p> <p>Questionario de satisfacción (CSQ)</p> <p>28.2 (2.9) / 28.1 (3.2)</p>	<p>P</p> <p>p<0.05</p> <p>p=0.03</p> <p>p=0. 016</p> <p>p> 0.05</p> <p>p =0.05</p> <p>0.91</p>
<ul style="list-style-type: none"> El estudio encontró que 4 sesiones de TAC individual redujeron la tasa de hospitalizaciones en un período de 4 meses de seguimiento en un 50% en pacientes con sintomatología psicótica. Los participantes del grupo de intervención reportaban con mayor frecuencia los síntomas que el en grupo control y, sin embargo, en el grupo que reportaba los síntomas, la media de tiempo fuera del hospital era tres veces mayor. Los participantes del grupo de intervención que reportaban los síntomas informaban de una frecuencia en los síntomas y un estrés asociado a los mismos similar, pero menores niveles de creencia en los síntomas comparados con los participantes del grupo control. <p>Conclusión: Es preciso llevar a cabo investigación con ensayos más amplios para explorar de forma significativamente adecuada el impacto de las intervenciones basadas en TAC sobre subgrupos específicos de participantes.</p>			

Bach et al. (2012)			
Características del estudio		Resultados clínicos	
Características de la población		Variables de resultado	Análisis de supervivencia
<p>Diseño: Análisis tasas de re-hospitalizaciones al año de los participantes de un ECA anterior (N=80)</p> <p>Criterios de inclusión: Pacientes estables con alteraciones auditivas y delirios en el momento la admisión que estuvieran siendo tratados ambulatoriamente tras haber estado hospitalizados</p> <p>Criterios de exclusión: Psicosis por abuso de sustancias, discapacidad intelectual u otros trastornos neurológicos</p> <p>Intervención: TAC (4 sesiones individuales 45-50 min.)+ tratamiento habitual (n=40)</p> <p>Comparador: Tratamiento habitual (medicación + asistencia a 3 o más grupos de psicoeducación 1 ó 2 veces sem. por 40min. (n=40)</p> <p>Seguimiento: 4 meses (n=70) 12 meses (n=64)</p>	<p>Sexo: 67.5% hombres en el grupo intervención y 60% en el grupo control</p> <p>Edad: Grupo intervención: 39.2 y Grupo control: 39.5 años de media</p> <p>Setting: Pacientes no hospitalizados del Instituto de Salud Mental de Nevada</p> <p>Pérdidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> 5 pacientes de cada grupo (1 por causa de muerte) no entraron en el análisis a los 4 meses 5 pacientes del grupo control y 2 del grupo de intervención no entraron en el análisis al año <p>Análisis de homogeneidad: No existen diferencias significativas de base entre ambos grupos</p>	<p>Rehospitalizaciones al año eliminando las pérdidas n=51</p> <p>Rehospitalizaciones al año sin eliminar las pérdidas. N=80</p> <p>Resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> Al comparar con el grupo control, los resultados en los participantes del grupo de intervención están asociados a rehospitalizaciones más reducidas tras un año después del alta en pacientes hospitalizados con trastorno psicótico y trastorno afectivo con psicosis. Este estudio tan solo siguió a la población de un ensayo anterior tras analizar tasas de hospitalizaciones de los participantes tras un año de seguimiento (con datos del sistema hospitalario). No investigó nada más. Aquellos participantes con los que se perdió el contacto durante el año de seguimiento en las unidades de tratamiento tras el alta se les consideró no hospitalizados en el segundo análisis por intención de tratar sin eliminar las pérdidas. <p>Conclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se considera una debilidad y una fortaleza del estudio el análisis de los datos de medición de rehospitalizaciones. Por un lado las rehospitalizaciones están determinadas por el entorno, economía, legalidad o asuntos domésticos que no están bajo el control de los pacientes. Por otro, jugando a favor del estudio, la gravedad psiquiátrica y adherencia al tratamiento también determinan las rehospitalizaciones. Los datos de este estudio son extraídos del sistema hospitalario donde los pacientes. El tamaño de la muestra es pequeño y la población heterogénea con lo que aumentan las posibilidades de un error tipo 1 en los datos resultantes. 	<p>P</p> <p>p=0.003</p> <p>P=0.027</p>

White et al. (2011)			
Características del estudio		Resultados clínicos	
Características de la población		Variables	Resultados post intervención/ grupo control
<p>Diseño: ECA (N=27)</p> <p>Criterios de inclusión: Pacientes con trastorno psicótico según CIE-10 (incluida depresión mayor o trastorno bipolar con psicosis)</p> <p>Criterios de exclusión: Trastornos del aprendizaje, condición médica aguda o psicosis en brote agudo, psicosis asociadas a trastorno médico general o estar ya recibiendo terapia psicológica</p> <p>Intervención: TAC + tratamiento habitual (10 sesiones de 1 hora individuales con componente fuerte de mindfulness)+ tratamiento habitual (n=14)</p> <p>Comparador: Tratamiento habitual (medicación, manejo del caso y/o psicoterapia) (n=13)</p> <p>Seguimiento: 3 meses</p>	<p>Sexo: Hombres: 71.4% en grupo de intervención y 84.6% en grupo control</p> <p>Edad: Edad media (DE) 33.57 (8.63) en grupo de intervención y 34.54 (10.97) en grupo control</p> <p>Setting: Pacientes del Servicio Nacional de Salud de Glasgow y Clyde</p> <p>Pérdidas: 0 pacientes en grupo de intervención y 3 en grupo control</p> <p>Análisis de homogeneidad: Análisis de Chi² No existen diferencias demográficas significativas de base entre ambos grupos</p>	<p>Depresión y ansiedad - HADS</p> <p>Escala de los Síndromes Positivos y Negativos -PANSS</p> <p>Cuestionario de Aceptación y Acción II – AAG-II</p> <p>Inventario de habilidades en <i>Mirafit/ness</i> Kentucky - KIMS</p>	<p>No hay diferencias significativas entre los grupos</p> <p>Diferencia significativa para el síndrome negativo y no significativa para el positivo</p> <p>No hay diferencias significativas entre los grupos</p> <p>Hay diferencias significativas entre los grupos para el KIMS total pero no para las dimensiones por separado</p> <p>p=0.051 (depresión) p=0.904 (ansiedad)</p> <p>P=0.029 (s. negativo) P=0.81 (s. positivo)</p> <p>p=0.557</p>
<p>Conclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> Parece que la TAC es un potencial mejorador de los síntomas negativos y la depresión experimentada por individuos con trastornos psicóticos. Existe poca probabilidad de que los resultados estén sesgados a pesar del tamaño pequeño y la heterogeneidad de la muestra. Los estudios futuros deberían tener muestras mayores y menos heterogéneas 		<p>El estudio analizó también la porción de individuos (n=14) que presentaba depresión al inicio del estudio. Al finalizar el estudio se encontró una porción significativamente menor de individuos con depresión en el grupo de intervención frente al control (p<0.05).</p> <ul style="list-style-type: none"> El mismo análisis post-hoc se realizó con los individuos con ansiedad al inicio del estudio, pero no se encontró diferencias significativas en la porción de individuos con ansiedad entre ambos grupos al finalizar el estudio. 	

Gumley et al. (2016)			
Características del estudio		Características de la población	Resultados clínicos
Diseño: ECA (N=29) Criterios de inclusión: + 16 años con medicación antipsicótica, diagnosticados de esquizofrenia y depresión mayor según DSM-IV-TR Criterios de exclusión: Dificultades de aprendizaje o comunicarse en inglés Intervención: TAC individual (TAC) con 15 sesiones de media en 5 meses + Tratamiento habitual (n=13) Comparador: Tratamiento habitual (n= 14) Seguimiento: a los 5 y a los 10 meses	Sexo: 65.5% hombres Edad: Media de edad (DE): 46.5 (9.0) Diagnóstico: esquizofrenia + depresión mayor Setting: Pacientes del Servicio Nacional de Salud de Glasgow y Clyde Pérdidas: 1 persona en cada grupo	Variables Escala de depresión para esquizofrenia Calgary (CDSS) Escala de Síndromes negativos y positivos (PANSS) Inventario de habilidades en <i>Mindfulness</i> Kentucky - KIMS Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II) Escala de depresión Beck (BDI-II)	Resultados post intervención a favor del grupo control a los 5 m. y 10 m Sin diferencias significativas entre los grupos post-tratamiento Diferencias significativas para PANSS desorganización cognitiva y PANSS emoción p=0.01 p=0.019 Sin diferencias significativas a los 5 meses pero sí a los 10 meses para KIMS Observar y KIMS Total p=0.03 p=0.05 Sin diferencias significativas entre los grupos post-tratamiento p<0.001 a los 10 meses
Resultados: Aunque el estudio no es potente y no está diseñado como un ensayo de eficacia o efectividad, este estudio piloto ofrece resultados que parecen apuntar que la TAC mejora de los síntomas de depresión experimentada por individuos con trastornos psicóticos y depresión mayor. Conclusiones: Se precisa más investigación más robusta, con mayor tamaño muestras que minimice las brechas en el cegamiento de la localización de los participantes.			

Gaudiano & Herbert (2006)			
Características del estudio		Características de la población	Resultados clínicos
Diseño: ECA (N=40) Criterios de inclusión: Paciente reciente o actualmente hospitalizado con síntomas psicóticos, diagnosticado de trastorno psicótico según DSM-IV o otros trastornos psiquiátricos con trastorno psicótico Criterios de exclusión: Retraso mental, incapacidad para recibir psicoterapia, dar consentimiento informado o llevar menos de 1 semana ingresado Intervención: 3 sesiones individuales de media de TAC de 1 hora + Tratamiento habitual (n=19) Comparador: Tratamiento habitual (medicación, manejo del caso y/o psicoterapia) (n=21) Seguimiento: 4 meses	Sexo: 64% hombres Edad: Media de edad (DE): 40 (10) Raza: 88% afroamericanos Diagnóstico: Trastorno psicóticos (58%) y resto trastorno afectivo con síntomas psicóticos Setting: Abuso de sustancias 58% Pacientes de una unidad mental de un hospital universitario de ciudad metropolitana de USA Pérdidas: 1 en cada grupo + 4 datos incompletos en grupo de intervención y 5 en control Análisis de homogeneidad: No existen diferencias significativas demográficas excepto sexo (63% mujeres en grupo de intervención)	Variables Escala Breve de Valoración Psiquiátrica (BPRS) Escala de Impresión Clínica Global (CGI) Auto-valoración de síntomas psiquiátricos según Bach y Hayes (2002) Escala de Discapacidad Sheehan (SDS) Tasas de Rehospitalización	Resultados post intervención a favor del grupo control Diferencias significativas en BPRS total p<0.01 Sin diferencias significativas entre los grupos p=0.001 Sin diferencias significativas de credibilidad en las alucinaciones p<0.01 Sin diferencias significativas entre los grupos, excepto para SDS social p<0.01 28% en grupo de intervención frente a 45% en grupo control (Odds Ratio:1.62) pero no sin diferencias estadísticamente significativas
Resultados: Se encuentran mejores resultados en el grupo de intervención para la gravedad de la afectividad, mejora global, estrés asociado a las alucinaciones y función social. Pero no para el resto de variables o la gravedad o frecuencia de los síntomas psicóticos. La mejora en las tasas de rehospitalización del grupo de intervención tampoco fue significativa. Conclusiones: Las limitaciones del estudio principales son el tamaño muestral, con heterogeneidad en las sesiones de TAC recibidas (entres 1-5 con una media de 3) y falta de cegamiento que pueden comprometer los resultados. Se aconsejan estudios aleatorizados con muestras mayores.			

Van Oosterhout et al. (2016)		Resultados			
Características del estudio	Características de la población	Resultados evaluados	Medidas de efecto (g de Hedges y p valor)	Conclusiones autores	Recomendaciones
<p>Diseño: Revisión Sistem. y meta-análisis</p> <p>11 estudios</p> <p>Criterios de inclusión: ECAs, estudios pre-post o sin aleatorizar, sin límite de idioma y que midan delirio y síntomas positivos y otras medidas de resultado</p> <p>Intervención: Terapia metamagnética (TMC) (8-16 sesiones de un máx. de 60 min.)</p> <p>Comparador: Cualquier tipo de control</p> <p>Calidad estudio: Los estudios se evaluaron con la Clinical Trial Assessment Measure (Tanner & Wykes, 2004)</p>	<p>Sexo: La media de la proporción de hombres va de 58% - 100% según los estudios</p> <p>Edad: Adultos con edad media de 31 (DM 8) a 41 (DM 8,1) años según los estudios</p> <p>Diagnóstico: 75% pacientes con esquizofrenia</p> <p>Setting: Pacientes ingresados y ambulatorios de India, Alemania, Irlanda, Portugal, Inglaterra, Australia, Suiza, Países Bajos, Finlandia y Francia</p>	<ul style="list-style-type: none"> Síntomas positivos (Meta-análisis con 9 estudios y n=436) Delirio (Meta-análisis con 7 estudios y n=500) Recolección de datos de sesgos cognitivos (Meta-análisis con 3 estudios y n=219) <p>El nivel de heterogeneidad (I²) es moderado en todos los análisis.</p>	<p>Sobre los síntomas positivos: Se observa un tamaño del efecto $g=0.26$ y $p=0.054$. Existe una tendencia estadística. Tras la corrección del sesgo de publicación $g=0.21$. Tanto el estudio de más alta calidad como el de más baja no fueron significativos. Cuatro ECAs tuvieron resultados significativos ($g=0.36$), pero tras la corrección del sesgo de publicación el tamaño del efecto disminuyó ($g=0.22$) y fue no significativo. Solo un estudio realizó análisis por intención de tratar resultando un efecto bajo ($g=0.10$) y no significativo.</p> <p>Sobre los delirios: Se observa un tamaño del efecto $g=0.22$ y $p=0.103$. Tras la corrección del sesgo de publicación $g=0.03$. Los estudios de alta calidad, aleatorizados y con análisis por intención de tratar fueron no significativos. Tan solo los estudios de baja calidad tuvieron efectos significativos.</p> <p>Sobre los datos de sesgos cognitivos: Se observa un tamaño del efecto $g=0.31$ no significativo ($p=0.198$).</p>	<p>La evidencia encontrada en este estudio no apoya la eficacia a de la TMC sobre los resultados. Todos los principales análisis realizados sobre los síntomas positivos, delirios y sesgos fueron no significativos. Las correcciones del sesgo de publicación disminúan el tamaño del efecto. En casi todos los análisis hubo un nivel de heterogeneidad de moderado-alto.</p>	<p>La metodología de los estudios encontrados es pobre. La utilización estandarizada de TMC en los abordajes terapéuticos habituales no puede ser recomendada en este momento. Es necesaria más investigación con un diseño metodológico más riguroso.</p>

Buonocore et al. (2015)		Resultados clínicos			
Características del estudio	Características de la población	Variables /Escala	Subescalas	Resultados post (DE) grupo control / intervención	P
<p>Diseño: ECA (N=57)</p> <p>Criterios de inclusión: Pacientes adultos, diagnóstico de esquizofrenia según DSM-IV y estables como mín. últimos 3 meses (reducción < 30% puntuación total PANSS y dosis estable de antipsicótico)</p> <p>Criterios de exclusión: Abuso de sustancias, diagnóstico comorbido (Axis I o II), enfermedad neurológica mayor, trauma perinatal o retraso mental.</p> <p>Grupo intervención: 3 horas semanales de TMC + 1 hora semanal de Terapia Metacognitiva (n= 30)</p> <p>Grupo control: 3 h. semanales de terapia de temedación Cognitiva + 1 h. semanal de Grupo control de discusión de periódicos (n=27)</p> <p>Seguimiento: 16 semanas</p>	<p>Sexo: 58 % hombres</p> <p>Edad: 36.6 años de media (DE=9.7)</p> <p>Diagnóstico: 100% esquizofrenia</p> <p>Setting: Pacientes ambulatorios del Hospital San Raffaele de Milán</p> <p>Pérdidas: 5 abandonos en el grupo de intervención y 3 en el control</p> <p>Análisis de homogeneidad: Test ANOVA o Chi2</p> <p>No existieron diferencias significativas sociodemográficas o clínicas entre los grupos</p>	<p>Síntomatología positiva y negativa (PANSS)</p> <p>Sesgo de disconformidad ante la evidencia (Test BADE)</p> <p>Breve Evaluación de la Cognición en la Esquizofrenia (BACS)</p>	<p>Total</p> <p>Síntomas positivos</p> <p>Síntomas negativos</p> <p>General</p> <p>Sesg BADE</p> <p>0.83 (1) / 1.6 (1)</p>	<p>78.77 (11.58) / 77.67 (12.21)</p> <p>20.05 (6.89) / 16.33 (3.64)</p> <p>20.32 (3.72) / 21.13 (3.34)</p> <p>38.41 (5.16) / 40.20 (8.04)</p> <p>No se encontró diferencias significativas entre ambos grupos al final del tratamiento. Encontrando mejoras cognitivas en ambos grupos independientemente del tratamiento.</p>	<p>0.78</p> <p>0.06</p> <p>0.50</p> <p>0.41</p> <p>0.01*</p>
<p>El estudio muestra la utilidad del uso de TMC para mejorar los sesgos cognitivos de disconformidad.</p> <p>Con respecto a la puntuación del PANSS no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos después del tratamiento.</p> <p>Se demostró una correlación fuerte entre BACS y BADE antes del tratamiento, sin embargo, la mejoría de los resultados en el BACS no estaban asociados con la mejora del índice BADE después del tratamiento Breve Evaluación de la Cognición en la Esquizofrenia (BACS) indica que los efectos de los tratamientos son específicos e independientes. Lo que sustenta que la terapia metacognitiva debería aplicarse combinada con terapias cognitivas.</p> <p>Conclusiones: Incluir la TMC combinada con la terapia de mejora neurocognitiva tiene efectos potencialmente mejores en pacientes estables con esquizofrenia. Existen limitaciones del estudio como su tamaño muestral, el seguimiento de los resultados en el tiempo o la evaluación del efecto en otras dimensiones como la calidad de vida.</p>					

Moritz et al. (2011)		
Características del estudio		Resultados clínicos
<p>Diseño: ECA (N=48)</p> <p>Criterios de inclusión: Pacientes adultos (> 18 y < 65) diagnóstico de esquizofrenia (DSM-IV) y que hayan tenido o tengan síntomas positivos</p> <p>Criterios de exclusión: Otros diagnósticos fuera del Espectro Esquizofrénico o retraso mental (IQ <70)</p> <p>Grupo intervención: Max. 8 sesiones (45-60 min.) grupales de TMC + 9 sesiones individuales de TMC (n= 24)</p> <p>Grupo control: 8 sesiones (45-60 min.) máximas de remediación cognitiva computarizada (n=24) + elección libre de otras sesiones.</p> <p>Abordaje común en los dos grupos: psicofármacos, terapia ocupacional, entrenamiento de la competencia social, grupos psico-educacionales y terapia física.</p>	<p>Sexo: 71% hombres en el grupo de intervención y 58% en el control</p> <p>Edad: 32.63 (DE 12.48) en el grupo de intervención y 35.46 (9.1) en el control</p> <p>Diagnóstico: 100% esquizofrenia</p> <p>Setting: Departamento de Psiquiatría de un centro médico universitario (Alemania)</p> <p>Pérdidas: Grupo intervención 1 pérdida y 3 en Grupo control</p> <p>Análisis de homogeneidad: Test t o Chi²</p> <p>No existen diferencias significativas entre ambos grupos</p>	<p>Variables (escalas)</p> <p>Sintomatología (PANSS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Delirios • Síntomas positivos (algoritmo de Koning) • Total <p>Sintomatología (PSYRATS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alucinaciones totales • Delirios totales • Convicción en el delirio <p>Descenso pre-post del Sesgo cognitivo de "saltar a las conclusiones"</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los pacientes fueron pagados para acudir a completar las evaluaciones. • La puntuación en delirios fue significativamente en el grupo de TMC según la escala PANSS. • Se observó un tamaño del efecto medio-fuerte y significativo en la puntuación de síntomas positivos a favor de la TMC. • Las alucinaciones totales según PSYRATS obtuvo una p valor significativa usando imputación múltiple • El descenso en el sesgo de "saltar a las conclusiones" fue significativamente mayor en el grupo de intervención. • La evaluación subjetiva de la aceptabilidad y viabilidad de la intervención fue significativamente mejor puntuada en el grupo de TMC que sobre el control en 6 de las 10 cuestiones. • La adherencia al tratamiento no tuvo diferencias significativas entre ambos grupos. <p>Conclusión: Incluir la TMC combinada con la terapia individualizada cognitivo conductual tiene efectos potencialmente mejores en pacientes con esquizofrenia por lo que se recomienda. Existen limitaciones del estudio como su tamaño muestral y la ausencia del seguimiento de los resultados en el tiempo.</p>
		<p>Resultados post intervención (DE) en grupo intervención/ grupo control</p> <p>6.58 (2.26) / 8.79 (4.36) 6.0 (2.62) / 8.46 (4.53) 47.67 (10.24) / 54.04 (16.88)</p> <p>4.17 (8.52) / 9.09 (14.21) 5.54 (5.5) / 8.74 (7.47) 0.83 (1.31) / 1.48 (1.34)</p> <p>22% / 5%</p> <p>P</p> <p>0.03* 0.01* 0.31</p> <p>0.21 0.18 0.05* 0.05*</p>

Moritz et al.(2013)		
Características del estudio		Resultados
<p>Diseño: ECA (N=150)</p> <p>Criterios de inclusión: Pacientes entre 18 – 65 años, diagnóstico de esquizofrenia y que hayan tenido algún episodio de delirio</p> <p>Criterios de exclusión: Dependencia sustancias, retraso mental (IQ <70), hostilidad > 5 o paranoia 6 o 7 según PANSS</p> <p>Grupo intervención: Max. 8 sesiones grupales de 45-60 min. (2 veces /sem.) de TMC+ se ofertan otras 8 sesiones (n= 76)</p> <p>Grupo control: 8 sesiones (45-60 min.) máximas de Terapia Cognitiva Computarizada (n=74) + elección libre de otras sesiones.</p> <p>Abordaje común en los dos grupos: psicofármacos, terapia ocupacional, psico-educación y ejercicios físicos</p> <p>Seguimiento: 4 sem. (post-tratamiento) y 6 meses</p>	<p>Sexo: 59% hombres en el grupo de intervención y 66% en el control</p> <p>Edad: 36.82(DE 11.12) en el grupo de intervención y 32.68 (9.54) en el control</p> <p>Diagnóstico: 100% esquizofrenia (22% con depresión mayor)</p> <p>Setting: Departamentos de Psiquiatría de dos centros médicos universitarios (Alemania)</p> <p>Pérdidas: 4 a las 4 sem. +5 a los 6 meses en el grupo intervención / 11 a las 4 sem. +1 a los 6 meses en el g. control</p> <p>Análisis de homogeneidad: No diferencias significativas de base (excepto edad)</p>	<p>Variables (escalas)</p> <p>Sintomatología (PANSS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Delirios <p>Sintomatología (PSYRATS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Delirios <p>Resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ningún paciente se sometió a más de 16 sesiones consecutivas siendo la media 10.2. Los pacientes fueron pagados para acudir a completar las evaluaciones. • Las puntuaciones fueron en la mayoría de los items significativamente mejores tras el tratamiento y en el seguimiento en ambos grupos sobre todo en el grupo de TMC. Sin embargo, los síntomas negativos no variaron. • La puntuación en delirios fue significativamente menor en el grupo de TMC frente al grupo control según ambas escalas. La autoestima también mejoró en el grupo de intervención pero no en el control aunque no hubo diferencias significativas. Los síntomas positivos mejoraron significativamente tras un análisis por intención de tratar (pasando de p=0.06 a una p=0.03). • El Sesgo cognitivo de "saltar a las conclusiones", y las evaluaciones neurológicas (Test del Trazo TMT y Test Conductual de memoria Rivermead") no obtuvieron diferencias significativas entre los grupos. • La evaluación subjetiva de la aceptabilidad y viabilidad de la intervención fue significativamente mejor puntuada en el grupo de TMC en 3 de las 10 cuestiones a las 4 semanas y en 7 de 10 a los 6 meses. <p>Conclusiones: La TMC combinada con la terapia individualizada cognitivo conductual tiene efectos potencialmente mejores en pacientes con esquizofrenia por lo que es recomendada junto a los psicofármacos.</p>
		<p>Resultados post intervención (DE) grupo intervención/ grupo control a los 6 meses</p> <p>4.69 (2.57) / 5.56(2.89) 4.71 (6.46) / 6.21 (7.05)</p> <p>5.69 (3.25) / 5.84 (2.83)</p> <p>2.35 (5.23) / 5.12 (6.95)</p> <p>Diferencia significativa entre ambos grupos (P)</p> <p>p= 0.27 a las 4 sem. y p=0.047* a los 6 meses p= 0.02* a las 4 sem. y p=0.006* a los 6 meses</p>

Moritz et al. (2014) Continuación del estudio de Moritz et al. (2013) a los 3 años de seguimiento		
Características del estudio	Características de la población	Resultados clínicos a los 3 años de seguimiento
<p>Diseño: ECA (N=150)</p> <p>Criterios de inclusión: Pacientes entre 18 – 65 años, diagnóstico de esquizofrenia y que hayan tenido algún episodio de delirio</p> <p>Criterios de exclusión: Dependencia sustancias, retraso mental (IQ <70), hostilidad > 5 o paranoia 6 o 7 según PANSS</p> <p>Grupo intervención: Max. 8 sesiones grupales de 45-60 min. (2 veces /sem.) de TMC + se ofertan otras 8 sesiones (n= 76)</p> <p>Grupo control: 8 sesiones (45-60 min.) máximas de terapia cognitiva computerizada (n=74) + elección libre de otras sesiones.</p> <p>Abordaje común en los dos grupos: psicofármacos, terapia ocupacional, psico-educación y ejercicios físicos</p> <p>Seguimiento: 4 sem. (post-tratamiento), 6 meses y 3 años.</p>	<p>Sexo: 59% hombres en el grupo de intervención y 66% en el control</p> <p>Edad: 36.82(DE 11.12) en el grupo de intervención y 32.68 (9.54) en el control</p> <p>Diagnóstico: 100% esquizofrenia (22% con depresión mayor)</p> <p>Setting: Departamentos de Psiquiatría de dos centros médicos universitarios (Alemania)</p> <p>Pérdidas: A los 3 años hay un del 38-39%</p> <p>Análisis de homogeneidad: No diferencias significativas de base (excepto edad)</p>	<p>Variables (escalas)</p> <p>Sintomatología (PANSS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Delirios 0.12 / 0.05* • Síntomas positivos 0.05* / 0.02* • Puntuación Total 0.16 / 0.04* <p>Sintomatología (PSYRATS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Delirios 0.008* / 0.001** <p>Escala de autoestima de Rosenberg</p> <p>Calidad de vida (WHOOOL-BREF)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sub-escala Global 0.03* / 0.05* • Puntuación Total 0.05* / 0.08 <p>Resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tras 3 años de seguimiento la tasa de abandono es casi del 40% lo que es una importante limitación. • Los resultados tanto en el análisis por protocolo como en el análisis por intención de tratar revelaron resultados beneficiosos para el grupo de intervención frente al control en sintomatología positiva, delirios, autoestima y calidad de vida. Lo cual supera los beneficios si comparamos con los resultados a las 4 semanas tras la intervención y a los 6 meses. • No se encontraron diferencias en los síntomas negativos o de desorganización. • En ambos grupos el número de pacientes con sesgo cognitivo de "saltar a las conclusiones" disminuyó, sin embargo las diferencias no fueron significativas entre ambos. • En los síntomas neurológicos el grupo control mejoró en atención sobre el grupo de intervención significativamente. <p>Conclusiones: La TMC combinada con la terapia individualizada cognitivo conductual tiene efectos potencialmente mejores en pacientes con esquizofrenia por lo que es recomendada junto a los psicofármacos.</p>

Lam et al. (2015)		
Características del estudio	Características de la población	Resultados clínicos
<p>Diseño: ECA (N=73)</p> <p>Criterios de inclusión: Esquizofrenia según DSM-IV, entre 18 y 60,m años,</p> <p>Criterios de exclusión: Abuso de sustancias y lesiones cerebrales</p> <p>Intervención: 8 sesiones de TMC grupal de 60 min. dos veces por semana (n=38)</p> <p>Comparador: Tratamiento habitual (terapia ocupacional por 4 semanas) (n=39)</p> <p>Seguimiento: post-tratamiento (4 semanas)</p>	<p>Sexo: 55,3% hombres en grupo de intervención</p> <p>66.7% en control</p> <p>Edad: 41.26 (10.96) años de media en grupo intervención y 39.92(11.29) en control</p> <p>Diagnóstico: Espectro de la esquizofrenia según DSM-IV</p> <p>Setting: 1 Departamento psiquiátrico de Terapia Ocupacional de China</p> <p>Pérdidas: 8 del grupo de intervención (ninguna sesión) y un 72% recibió al menos 8 sesiones</p> <p>Análisis de homogeneidad: No existen diferencias significativas entre ambos grupos (excepto nivel educativo terciario)</p>	<p>Variables</p> <p>Escala de Insight Cognitivo de Beck</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auto-reflexión 16.89 (3.92) / 13.1 (5.06) • Auto-certeza 8.82 (3.3) / 10.05 (3.55) • Índice Compuesto de Insight Cognitivo como Reflexión-Certeza 8.08 (3.72) / 2.8(4.18) <p>Resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los pacientes del grupo de intervención mejoran de forma significativa en la dimensión de auto-reflexión y en el índice compuesto frente al control, que empeora en estos resultados. Las tasas de autocerteza se reducen ligeramente en ambos grupos aunque sin diferencias significativas entre ambos. • La evaluación subjetiva de la aceptabilidad y viabilidad de la TMC solo se valoró en este grupo obteniendo feedback positivo en utilidad, importancia del tratamiento, ayuda y diversión. • Como limitación importante se encuentra que el grupo de intervención presentó de forma significativa mayor número de nivel educativo terciario comparado con el control, lo que podría indicar que este grupo presentaba mejores habilidades cognitivas de base. <p>Conclusiones: La TMC parece mejorar los niveles de reflexión cognitiva de los pacientes. Aunque se precisa profundizar su impacto en la calidad de vida, funcionalidad y adherencia de esta terapia.</p>

van Oosterhout et al. (2014)					
Resultados clínicos del grupo de intervención / control (DM) tras intervención y a las 24 semanas de seguimiento					
Características del estudio	Características de la población	Variables/Escalas	8 semana	24 semanas	P
<p>Diseño: ECA multicéntrico (N=154)</p> <p>Criterios de inclusión: Entre 18-65 años con esquizofrenia o subtipos según DSM-IV con síntomas moderados de delirios</p> <p>Criterios de exclusión: Dependencia sustancias, retraso mental (IQ <70)</p> <p>Intervención: 8 sesiones de TMC grupal (n= 75)</p> <p>Comparador: Tratamiento habitual (medicación psiquiátrica y/o abordaje social de enfermería psiquiátrica y/o psicólogo) (n= 79)</p> <p>Seguimiento: 8 y 24 semanas</p>	<p>Sexo: 71-72% hombres</p> <p>Edad: 38.3 (11.1) grupo intervención y 36.8 (8.9) grupo control</p> <p>Medición antipsicótica: el 82% recibió medicación oral con dosis bajas-medias y un 50% de segunda generación</p> <p>Setting: Pacientes ingresados y ambulatorios de 6 hospitales psiquiátricos de los Países Bajos</p> <p>Pérdidas: 11% (sin diferencias significativas)</p> <p>Análisis de homogeneidad: No hay diferencias de base significativas entre grupos excepto puntuación superior del grupo de intervención en insight cognitivo (autoreflexión) y creencias metacognitivas (autoconciencia y necesidad de control)</p>	<p>Sintomatología (PSYRATS)</p> <p>Sintomatología (PANSS)</p> <p>Escala de pensamiento de paranoia (GPTS)</p> <ul style="list-style-type: none"> Paranoia, ideas persecutorias <p>Escala de evaluación de sesgos cognitivos Davos (DACOBS)</p> <p>Medición de creencias Metacognitivas (MCQ-30)</p> <p>Escala de Insight Cognitivo (BCIS)</p> <p>Evaluación económica (EQ-5D)</p>	<p>No hay diferencias significativas</p> <p>No hay diferencias significativas</p> <p>39.2(16.0) /36.1 (17.8)</p> <p>41.6 (19.4) / 35.9(16.5)</p> <p>No hay diferencias significativas</p> <p>No hay diferencias significativas</p> <p>No hay diferencias significativas</p>	<p>0.017</p>	
<p>Resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> No se reportaron efectos adversos ni desmascaramiento. Ambos grupos mejoraron en la sintomatología general. Al finalizar el tratamiento no se encontraron diferencias clínicas entre los grupos excepto para las ideas persecutorias del GPTS a favor del grupo control. No se encontraron diferencias económicas significativas en los costes totales. La media de costes fue ligeramente superior y los Años de Vida Ajustados por Calidad (QALYs) inferior en el grupo de intervención. Limitaciones: número de pacientes, pérdidas y no haber valorado sesgos cognitivos, depresión, ansiedad y autoestima. <p>Conclusiones: En este estudio, la terapia metacognitiva no afectó a la puntuación en delirios o auto-registros de insight cognitivo, experiencia subjetiva de sesgos cognitivos y creencias metacognitivas. Además la TMC no resultó coste-efectiva.</p>					

Briki et al. (2014)				
Resultados clínicos				
Características del estudio	Características de la población	Variables (escalas)	Resultados post-intervención (DE) grupo intervención/ grupo control	P
<p>Diseño: ECA (N=68)</p> <p>Abordaje vía internet</p> <p>Criterios de inclusión: Entre 18-65 años con diagnóstico de esquizofrenia o subtipos según DSM-IV con síntomas moderados de delirios o alucinaciones</p> <p>Criterios de exclusión: Retraso mental, poca fluidez del francés, abuso de sustancias</p> <p>Intervención: 16 sesiones grupales (1 hora /2 veces por semana) de TMC + tratamiento habitual (medicación y sesiones psiquiátrica) (n=33)</p> <p>Comparador: 16 sesiones grupales (1h. /2v. Sem.) Terapia de Apoyo + tratamiento habitual (n=35)</p> <p>Seguimiento: 8 semanas</p>	<p>Sexo: 64% hombres en grupo control y 68% en control</p> <p>Edad: Edad media 41.1(8.1) en grupo de intervención y 41.1 (12.4) en control</p> <p>Setting: Pacientes hospitalizados y ambulatorios de 7 centros psiquiátricos de Francia</p> <p>Pérdidas: 8 en grupo control y 10 en grupo de intervención</p> <p>Análisis de homogeneidad: Sin diferencias significativas de base entre ambos grupos</p>	<p>Escala de evaluación del insight (SUMD)</p> <p>Sintomatología (PANSS)</p> <ul style="list-style-type: none"> PANSS positivo <p>Sintomatología (PSYRATS)</p> <p>Escala de depresión para esquizofrenia de Calgary (CDSS)</p> <p>Calidad de vida (QLS)</p> <ul style="list-style-type: none"> QLS círculo social 	<p>No hay diferencias significativas</p> <p>17.88(5.23) / 21.05 (5.34)</p> <p>No hay diferencias significativas</p> <p>No hay diferencias significativas</p> <p>2.48 (1.04) / 2.04 (1.43)</p>	<p>0.017</p> <p>0.042</p>
<p>Resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> Los pacientes evaluados post tratamiento recibieron al menos 8 sesiones de 16 (n=25 en cada grupo). No hubo reportes de desmascaramiento. Al finalizar el tratamiento se encontraron diferencias significativas a favor del grupo de intervención sobre la sintomatología positiva. El grupo de intervención también reportó una tendencia de eficacia sobre los insight y las iniciativas sociales. El grupo control no presentó diferencias post-tratamiento en la sintomatología según PSYRATS, insight, ni funcionamiento social. <p>Limitaciones: Tamaño de la muestra, pérdidas y no se llevó a cabo un análisis por intención de tratar.</p> <p>Conclusiones: La TMC en este estudio reportó un efecto positivo en reducir la sintomatología positiva y una tendencia de impacto sobre los insight y el funcionamiento social frente al grupo control en pacientes con esquizofrenia.</p>				

Kuokkanen et al. (2014)					
Características del estudio	Características de la población	Resultados clínicos		Diferencia entre los grupos P	
		Variables /Escala	Resultados (parámetro estimado de base del grupo control) y cambios en grupo intervención/ grupo		
			Post-intervención		3 meses
<p>Diseño: ECA (N= 20)</p> <p>Criterios de inclusión: Diagnóstico de esquizofrenia según ICD-10 con historial de violencia</p> <p>Criterios de exclusión: Trastornos neurológicos, incapacidad intelectual o incapacidad para dar su consentimiento</p> <p>Intervención: 8 sesiones TMC (45-60 min. /2 veces por semana) + tratamiento habitual (medicación y contacto con enfermería psiquiátrica o comunitaria (n= 10))</p> <p>Comparador: Tratamiento habitual (n=10)</p> <p>Seguimiento: post-tratamiento, a los 3 y 6 meses</p>	<p>Sexo: 100% hombres</p> <p>Edad: Media de 42.0 (10.4) en grupo de intervención y 45.1 (14.3) en grupo control</p> <p>Setting: Pacientes ingresados de un centro hospitalario (Finlandia)</p> <p>Pérdidas: 2 abandonos por cambio significativo en su medicación en el grupo de intervención</p> <p>Análisis de homogeneidad: No existen diferencias significativas de base entre ambos grupos</p>	<p>(9,8)</p> <p>0.00/-0.30</p> <p>0.10/-0.20</p> <p>(0.7)</p> <p>0.1 /0.0</p> <p>No hay diferencias significativas</p>	<p>(9,8)</p> <p>0.40 / - 0.76*</p> <p>0.3*/0.66*</p> <p>(0.7)</p> <p>1.0* /-1.2*</p> <p>-0.8 / 0.68</p>	<p>p<0.001</p> <p>p<0.05</p> <p>p>0.05</p>	
<p>(*) Diferencia significativa con respecto al valor de base dentro de cada grupo.</p> <p>Resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> El número de ausencias a las sesiones fue bajo. Se registró una diferencia significativa entre los grupos en el PANSS suma y en el PANSS suspcacia a favor del grupo de intervención. Se registró diferencia significativa dentro del grupo de intervención entre la valoración de los 3 meses y los 6 meses en el PSYRATS duración de las preocupaciones pero no llegó a ser significativa entre los dos grupos. No hubo diferencias significativas en los sesgos cognitivos. <p>Limitaciones estudio: Muestra pequeña , clínicamente heterogénea y 100% masculina.</p> <p>Conclusión: Se aprecian resultados discretos a favor del grupo de intervención en la sintomatología positiva aunque sobre todo a los 3 meses, aunque la mayoría de ellos no significativos a causa de las limitaciones del estudio. Hay que seguir investigando al respecto con ensayos metodológicamente más potentes.</p>					

Aghotor et al. (2010)				
Características del estudio	Características de la población	Resultados clínicos		
		Variables /Escala	Subescalas	Resultados (DE) grupo intervención / grupo control
<p>Diseño: ECA (N=30)</p> <p>Criterios de inclusión: Entre 18-65 años, Trastorno del Espectro de Esquizofrenia (ICD-10) con antecedentes de sintomatología de delirio</p> <p>Criterios de exclusión: Pacientes con manifestaciones severas de hostilidad, trastorno formal del pensamiento, megalomanía y suspcacia según PANSS</p> <p>Intervención: Dos veces a la semana sesión de TMC (45-60 min.)</p> <p>Comparador: Tratamiento activo de grupo de discusión de periódico una vez a la semana (n=14)</p> <p>Seguimiento: 4 semanas (post-tratamiento)</p>	<p>Sexo: 20 hombres y 10 mujeres</p> <p>Edad: 27 años (rango 18-62)</p> <p>Años desde diagnóstico: 14.02 de media</p> <p>Setting: Pacientes de un departamento de psiquiatría de un hospital (Alemania)</p> <p>Pérdidas: 3 por alta precoz y 1 por cambio en el diagnóstico inicial</p> <p>Análisis de homogeneidad: No hay diferencias significativas entre ambos grupos en sexo, género, inteligencia y nivel educativo</p>	<p>Sintomatología (PANSS)</p> <p>PANSS positivos</p> <p>PANSS total</p> <p>Sesgo cognitivo de "saltar a las conclusiones" (BADE)</p> <p>Evaluación de la satisfacción con el tratamiento</p>	<p>4.5 (4.8) / 2.6 (4.1)</p> <p>17.1 (24.5) / 11.9 (19.8)</p> <p>1.3 (2.3) / 55 (2.7)</p> <p>37.9(5.7) / 34.4 (6.3)</p>	<p>0.29</p> <p>0.56</p> <p>0.46</p> <p>0.18</p>
<p>Resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> No se reportaron efectos adversos. Ambos grupos mejoraron en sintomatología positiva y sesgos cognitivo de "saltar a las conclusiones" en los resultados post-tratamiento, siendo mejores en el grupo de intervención. A pesar de que se describen mejores resultados en sintomatología (todas subescalas de PANSS), síntomas positivos y sesgo cognitivo de saltar a las conclusiones, ninguna de estas mejoras fue estadísticamente significativa. El grupo de intervención reportó mejor valoración subjetiva del tratamiento. La limitación principal es el tamaño muestral y falta de seguimiento. <p>Conclusión: La TMC grupal es un abordaje seguro y fiable y proporciona datos alentadores en la línea de mejorar la sintomatología positiva y los sesgos cognitivos de los pacientes. Sin embargo, los resultados no son conclusivos y hay que seguir investigando al respecto con ensayos metodológicamente más potentes.</p>				

Características de la población		Resultados clínicos			
Características del estudio	Características de la población	Variables/Escalas	Resultados (DE) post intervención/grupo control	Resultados (DE) a los 6 meses grupo intervención / grupo control	P
Diseño: ECA (N=52) Criterios de inclusión: Pacientes 18-65 años, Trastorno del espectro de esquizofrenia (ICD: F20, F22, F25), idioma francés fluido y respuesta parcial a medicación antipsicótica (puntuación superior de 2 en PT delirios PANSS) Intervención: 8 sesiones de TMC grupal (60 min./1 vez por semana) + tratamiento habitual (n= 26) Comparador: Tratamiento habitual de medicación y psicoterapia (seguimiento por equipo psiquiatra, trabajador social y/o enfermera psiquiátrica) Seguimiento: 8 semanas (post-tratamiento) y 6 meses	Sexo: 65% hombres Edad: Media de 36.58 (9.76) en grupo de control y 36.85 (10.38) en grupo de intervención Años desde diagnóstico: 14.02 de media Setting: Pacientes de dos centros psiquiátricos (Suiza) Pérdidas: 2 en cada grupo antes de finalizar el tratamiento + 1 en grupo de intervención a los 6 meses Análisis de homogeneidad: No existen diferencias significativas sociodemográficas, de medicación o clínica de base entre los grupos	Sintomatología (PANSS) • PANNN positivo • Intensidad de la angustia Sintomatología (PSYRATS) • Delirio • Convicción Escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental (SUMD) • Conciencia del trastorno del pensamiento (delirio)	15.25 (5.14)/17.89 (5.55)** 1.83(1.27)/ 2.25(0.94) 11.08 (5.05) /13.46(3.44)* 2.21(1.22)/2.92(1.1)** 2.67(1.49)/3.46(1.67)*	14.79(4.78)/17.26(5.55)* 1.08(0.87)/1.74(1.14)* 8.00(5.63)/11.66(6.75)* 1.63(1.31)/2.78(1.36)** 2.25(1.61)/3.22(1.83)*	p<0.01** p<0.05* p<0.05* p<0.01** p<0.05*
Resultados: • Se reportó un 87% de participación a las sesiones. • Tras la intervención (8 semanas) y a los 6 meses se reportaron resultados significativos a favor del grupo de intervención en el PANSS positivo, en delirio y convicción (PSYRATS) y en la conciencia del trastorno (SUMD). La intensidad de la angustia (PANSS) también presentó un resultado significativo a favor del grupo de intervención a los 6 meses, pero no a las 8 semanas. Limitaciones: Ausencia de grupo control activo, aunque el grupo control recibe intervenciones psicossociales es el grupo de intervención el que recibe un número mucho mayor de intervención terapéutica, no se evalúan resultados en términos de funcionalidad. Conclusión: La TMC grupal es un abordaje que amplía el efecto de los antipsicóticos en pacientes con esquizofrenia que demuestran una respuesta parcial a la medicación, con una duración del efecto hasta los 6 meses de seguimiento tras la intervención.					

Anexo 5. Listado de estudios excluidos

- A-Tjak JG, Davis ML, Morina N, Powers MB, Smits JA, Emmelkamp PM. A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychother Psychosom.* 2015;84(1):30-6. doi: 10.1159/000365764. Epub 2014 Dec 24. PubMed PMID: 25547522.
- Barrett K, Chang YP. Behavioral Interventions Targeting Chronic Pain, Depression, and Substance Use Disorder in Primary Care. *J Nurs Scholarsh.* 2016 Jul;48(4):345-53. doi: 10.1111/jnu.12213. Epub 2016 May 5. PubMed PMID: 27149578
- Bertolin-Guillen J.M., Bertolin-Colilla M. Effectiveness of mindfulness-based therapies as an alternative or adjuvant of antidepressants in the treatment of depression. *European Neuropsychopharmacology* 2011 21 SUPPL. 3 (S367-S368)
- Bloom JM, Woodward EN, Susmaras T, Pantalone DW. Use of dialectical behavior therapy in inpatient treatment of borderline personality disorder: a systematic review. *Psychiatr Serv.* 2012 Sep 1;63(9):881-8. doi: 10.1176/appi.ps.201100311.Review. PubMed PMID: 22751905.
- Bluett EJ, Homan KJ, Morrison KL, Levin ME, Twohig MP. Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: an empirical review. *J Anxiety Disord.* 2014 Aug;28(6):612-24. doi: 10.1016/j.janxdis.2014.06.008. Epub 2014 Jun 23. Review. PubMed PMID: 25041735.
- Bondolfi G. Is mindfulness an evidence-based treatment? *European Psychiatry* 2013, 28, SUPPL. 1
- Boteva, Kalina. Mindfulness meditation in patients with mood disorders. Feasibility, safety and efficacy: An empirical review. *International Journal of Child Health and Human Development*, Vol 1(2), 2008 pp. 135-154.
- Braun, Sarah R.; Gregor, Bettina; Tran, Ulrich S. Comparing bona fide psychotherapies of depression in adults with two meta-analytical approaches. *PLoS ONE*, Vol 8(6), Jun 28, 2013 ArtID: e68135.

- . Chiesa A, Serretti A. Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2011 May 30;187(3):441-53. doi: 10.1016/j.psychres.2010.08.011. Epub 2010 Sep 16. Review. PubMed PMID: 20846726.
- . Churchill R, Moore TH, Davies P, Caldwell D, Jones H, Lewis G, Hunot V. Mindfulness-based 'third wave' cognitive and behavioural therapies versus treatment as usual for depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Sep 8;(9). pii: CD008705. PubMed PMID: 25067907; PubMed Central PMCID: PMC4110888.
- . Churchill R, Moore TH, Furukawa TA, Caldwell DM, Davies P, Jones H, Shinohara K, Imai H, Lewis G, Hunot V. 'Third wave' cognitive and behavioural therapies versus treatment as usual for depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Oct 18;(10):CD008705. doi: 10.1002/14651858.CD008705.pub2. Review. PubMed PMID: 24142810
- . Clarke K, Mayo-Wilson E, Kenny J, Pilling S. Can non-pharmacological interventions prevent relapse in adults who have recovered from depression? A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clin Psychol Rev.* 2015 Jul;39:58-70. doi: 10.1016/j.cpr.2015.04.002. Epub 2015 Apr 20. Review. PubMed PMID: 25939032.
- . Coelho, Helen F.; Canter, Peter H.; Ernst, Edzard. Mindfulness-based cognitive therapy: Evaluating current evidence and informing future research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 75(6), Dec, 2007 pp. 1000-1005.
- . Coelho, Helen F.; Canter, Peter H.; Ernst, Edzard. Mindfulness-based cognitive therapy: Evaluating current evidence and informing future research. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, Vol 1(S), Aug, 2013 pp. 97-107.
- . Coronado-Montoya S, Levis AW, Kwakkenbos L, Steele RJ, Turner EH, Thombs BD. Reporting of Positive Results in Randomized Controlled Trials of Mindfulness-Based Mental Health Interventions. *PLoS One.* 2016 Apr 8;11(4):e0153220. doi: 10.1371/journal.pone.0153220. eCollection 2016. PubMed PMID: 27058355; PubMed Central PMCID: PMC4825994.
- . Cramer H, Lauche R, Haller H, Langhorst J, Dobos G. Mindfulness- and Acceptance-based Interventions for Psychosis: A Systematic Review and Meta-analysis. *Global Advances in Health and Medicine.* 2016;5(1):30-43. doi:10.7453/gahmj.2015.083.
- . Cuijpers, Pim; van Straten, Annemieke; Warmerdam, Lisanne. Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, Vol 27(3), Apr, 2007 pp. 318-326.
- . Cuijpers, Pim; van Straten, Annemieke; Andersson, Gerhard; van Oppen, Patricia. Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 76(6), Dec, 2008 pp. 909-922.
- . Cuijpers, Pim; Cristea, Ioana A.; Ebert, David D.; Koot, Hans M.; Auerbach, Randy P.; Bruffaerts, Ronny; Kessler, Ronald C. Psychological treatment of depression in college students: A metaanalysis. *Depression and Anxiety*, Vol 33(5), May, 2016 pp. 400-414.
- . Davis L., Kurzban S. Mindfulness-based treatment for people with severe mental illness: A literature review. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 2012 15:2 (202-232)
- . Davidson, Kate M.; Tran, Cathy F. Impact of Treatment Intensity on Suicidal Behavior and Depression in Borderline Personality Disorder: A Critical Review. *Journal of Personality Disorders(JPERSDISORD)*, Apr 2014;28(2):181-197.
- . Ekers D, Webster L, Van Straten A, Cuijpers P, Richards D, Gilbody S. Behavioural activation for depression; an update of meta-analysis of effectiveness and sub group analysis. *PLoS One.* 2014 Jun 17;9(6):e100100. doi: 10.1371/journal.pone.0100100. eCollection 2014. PubMed PMID: 24936656; PubMed Central PMCID: PMC4061095.
- . Dahlgaard J., Van Der Velden A.M., Wattar U., Kuyken W., Cranes C., Pallesen K.J., Zachariae R., Fjorback L., Piet J. A systematic review of mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of recurrent major depressive disorder *Psychosomatic Medicine* 2015 77:3 (A85-)

- . Fjorback, L. O.; Arendt, M.; Ørnbøl, E.; Fink, P.; Walach, H. Mindfulness-Based Stress Reduction and Mindfulness-Based Cognitive Therapy—A systematic review of randomized controlled trials. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Vol 124(2), Aug, 2011 pp. 102-119.
- . Franca RD, Milbourn B. A meta-analysis of Mindfulness Based Interventions (MBIs) show that MBIs are effective in reducing acute symptoms of depression but not anxiety. *Aust Occup Ther J*. 2015 Apr;62(2):147-8. doi: 10.1111/1440-1630.12198. PubMed PMID: 25865879.
- . Furukawa TA, Schramm E, Weitz ES, Salanti G, Efthimiou O, Michalak J, Watanabe N, Cipriani A, Keller MB, Kocsis JH, Klein DN, Cuijpers P. Cognitive-Behavioural Analysis System of Psychotherapy (CBASP), a drug, or their combination: differential therapeutics for persistent depressive disorder: a study protocol of an individual participant data network meta-analysis. *BMJ Open*. 2016 May 4;6(5):e011769. doi: 10.1136/bmjopen-2016-011769. PubMed PMID: 27147393; PubMed Central PMCID: PMC4861112.
- . Galante, J; Iribarren, S; Pearce, PF. Effects of mindfulness-based cognitive therapy on mental disorders: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of Research in Nursing (J RES NURS)*, 2013;18(2):133-155.
- . Groves S, Backer HS, vanden Bosch W, Miller A. Dialectical behaviour therapy with adolescents. *Child & Adolescent Mental Health*, May 2012; 17(2): 65-75. (11p)
- . Hacker, Thomas; Stone, Paul; MacBeth, Angus. Acceptance and commitment therapy—Do we know enough? Cumulative and sequential meta-analyses of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, Vol 190, Jan 15, 2016 pp. 551-565.
- . Hazell C.M., Hayward M., Cavanagh K., Strauss C. A systematic review and meta-analysis of low intensity CBT for psychosis *Clinical Psychology Review* 2016 45 (183-192)
- . Hempel S, Taylor SL, Marshall NJ, Miake-Lye IM, Beroes JM, Shanman R, Solloway MR, Shekelle PG. Evidence Map of Mindfulness [Internet]. Washington (DC): Department of Veterans Affairs (US); 2014 Oct. Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK268640/> PubMed PMID: 25577939.
- . Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*. 2010 Apr;78(2):169-83. doi: 10.1037/a0018555. PubMed PMID: 20350028; PubMed Central PMCID: PMC2848393.
- . Huguet A, Rao S, McGrath PJ, Wozney L, Wheaton M, Conrod J, Rozario S. A Systematic Review of Cognitive Behavioral Therapy and Behavioral Activation Apps for Depression. *PLoS One*. 2016 May 2;11(5):e0154248. doi: 10.1371/journal.pone.0154248. eCollection 2016. PubMed PMID: 27135410; PubMed Central PMCID: PMC4852920.
- . Hunot V, Moore TH, Caldwell D, Davies P, Jones H, Lewis G, Churchill R. Mindfulness-based ‘third wave’ cognitive and behavioural therapies versus other psychological therapies for depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Sep 8;(9). pii: CD008704. PubMed PMID: 25067906; PubMed Central PMCID: PMC4110713.
- . Hunot V, Moore TH, Caldwell DM, Furukawa TA, Davies P, Jones H, Honyashiki M, Chen P, Lewis G, Churchill R. ‘Third wave’ cognitive and behavioural therapies versus other psychological therapies for depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Oct 18;(10):CD008704. doi: 10.1002/14651858.CD008704.pub2. Review. PubMed PMID: 24142844.
- . Jain FA, Walsh RN, Eisendrath SJ, Christensen S, Rael Cahn B. Critical analysis of the efficacy of meditation therapies for acute and subacute phase treatment of depressive disorders: a systematic review. *Psychosomatics*. 2015 Mar-Apr;56(2):140-52. doi: 10.1016/j.psym.2014.10.007. Epub 2014 Oct 22. PubMed PMID: 25591492; PubMed Central PMCID: PMC4383597.

- . Khoury B, Lecomte T, Gaudio BA, Paquin K. Mindfulness interventions for psychosis: a meta-analysis. *Schizophr Res.* 2013 Oct;150(1):176-84. doi: 10.1016/j.schres.2013.07.055. Epub 2013 Aug 15. Review. PubMed PMID: 23954146.
- . Khoury B, Lecomte T, Fortin G, Masse M, Therien P, Bouchard V, Chapleau MA, Paquin K, Hofmann SG. Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2013 Aug;33(6):763-71. doi: 10.1016/j.cpr.2013.05.005
- . Klainin-Yobas P, Cho MA, Creedy D. Efficacy of mindfulness-based interventions on depressive symptoms among people with mental disorders: a meta-analysis. *Int J Nurs Stud.* 2012 Jan;49(1):109-21. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.08.014. PubMed PMID: 21963234.
- . Kriston, Levente; von Wolff, Alessa; Westphal, Annika; Hölzel, Lars P.; Härter, Martin. Efficacy and acceptability of acute treatments for persistent depressive disorder: A network meta analysis. *Depression and Anxiety*, Vol 31(8), Aug, 2014 pp. 621-630.
- . Kuyken W, Warren FC, Taylor RS, Whalley B, Crane C, Bondolfi G, Hayes R, Huijbers M, Ma H, Schweizer S, Segal Z, Speckens A, Teasdale JD, Van Heeringen K, Williams M, Byford S, Byng R, Dalglish T. Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive Relapse: An Individual Patient Data Meta-analysis From Randomized Trials. *JAMA Psychiatry.* 2016 Jun 1;73(6):565-74. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.0076.
- . Kuyken W, Hayes R, Barrett B, Byng R, Dalglish T, Kessler D, Lewis G, Watkins E, Morant N, Taylor RS, Byford S. The effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse/recurrence: results of a randomised controlled trial (the PREVENT study). *Health Technol Assess.* 2015 Sep;19(73):1-124. doi: 10.3310/hta19730. PubMed PMID: 26379122; PubMed Central PMCID: PMC4781448.
- . Kuyken W, Byford S, Taylor RS, Watkins E, Holden E, White K, Barrett B, Byng R, Evans A, Mullan E, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *J Consult Clin Psychol.* 2008 Dec;76(6):966-78.
- . Lenz, A. Stephen; Hall, Joseph; Bailey Smith, Laura. Meta-Analysis of Group Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Decreasing Symptoms of Acute Depression. *Journal for Specialists in Group Work (J SPEC GROUP WORK)*, 2016; 41(1): 44-70.
- . Lejuez CW, Hopko DR, Acierno R, Daughters SB, Pagoto SL. Ten year revision of the brief behavioral activation treatment for depression: revised treatment manual. *Behav Modif.* 2011 Mar;35(2):111-61. doi: 10.1177/0145445510390929. PMID: 21324944.
- . Lynch TR, Trost WT, Salsman N, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annu Rev Clin Psychol.* 2007;3:181-205. Review. PubMed PMID: 17716053.
- . Mazzucchelli, Trevor; Kane, Robert; Rees, Clare. Behavioral activation treatments for depression in adults: A meta-analysis and review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, Vol 16(4), Dec, 2009 pp. 383-411.
- . European Journal of Psychotherapy and Counselling. Effectiveness of mindfulness-based therapies in reducing symptoms of depression: A meta-analysis. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, Vol 14(3), Sep, 2012 pp. 279-299.
- . Meekums, Bonnie. Review: Effects of mindfulness-based cognitive therapy on mental disorders: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of Research in Nursing (J RES NURS)*, Mar 2013;18(2):156-157.
- . Miró Barrachina, MT, et al. Eficacia de los tratamientos psicológicos basados en la Atención Plena en el tratamiento de la depresión y la ansiedad. Madrid : Ministerio de Ciencia e Innovación. Santa Cruz de Tenerife : Servicio Canario de Salud, D.L. 2009. Serie: Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. SESCO ; 2007/11)
- . Miró, M. Teresa; Perestelo-Pérez, Lilisbeth; Pérez, Jeanette; Rivero, Amado; González, Maríaén; de la Fuente, Juan; Serrano, Pedro. Eficacia de los tratamientos psicológicos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad y depresión: Una revisión sistemática. Translated Title: Effectiveness of mindfulness based treatments for anxiety and depressive disorders: A systematic review. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, Vol 16(1), Apr, 2011 pp. 1-14.

- . Miziou S, Tsitsipa E, Moysidou S, Karavelas V, Dimelis D, Polyzoidou V, Fountoulakis KN. Psychosocial treatment and interventions for bipolar disorder: a systematic review. *Ann Gen Psychiatry*. 2015 Jul 7;14:19. doi: 10.1186/s12991-015-0057-z. eCollection 2015. PubMed PMID: 26155299; PubMed Central PMCID: PMC4493813.
- . Montgomery, Katherine L.; Kim, Johnny S.; Franklin, Cynthia. Acceptance and Commitment Therapy for Psychological and Physiological Illnesses: A Systematic Review for Social Workers. *Health & Social Work (HEALTH SOC WORK)*, Aug2011;36(3):169-181. (13p) PMID:21936331.
- . Negt P, Brakemeier EL, Michalak J, Winter L, Bleich S, Kahl KG. The treatment of chronic depression with cognitive behavioral analysis system of psychotherapy: a systematic review and meta-analysis of randomized-controlled clinical trials. *Brain Behav*. 2016 May 3:e00486. [Epub ahead of print] Review. PubMed PMID: 27247856; PubMed Central PMCID: PMC4864084.
- . Nieuwsma J; Trivedi R; Mcduffie J; Kronish I; Benjamin D; Williams J. Brief Psychotherapy for Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Psychiatry in Medicine (INT J PSYCHIATRY MED)*, 2012; 43(2): 129-151. (23p)
- . Normann, Nicoline; Emmerik, Arnold A. P.; Morina, Nexhmedin. The efficacy of metacognitive therapy for anxiety and depression: A meta analytic review. *Depression and Anxiety*, Vol 31(5), May, 2014 pp. 402-411.
- . Öst LG. The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: an updated systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther*. 2014 Oct;61:105-21. doi: 10.1016/j.brat.2014.07.018. Epub 2014 Aug 19. Review. PubMed PMID: 25193001.
- . Öst LG. Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther*. 2008 Mar;46(3):296-321. doi: 10.1016/j.brat.2007.12.005. Epub 2007 Dec 23.
- . Panos, Patrick T.; Jackson, John W.; Hasan, Omar; Panos, Angelea. Meta-Analysis and Systematic Review Assessing the Efficacy of Dialectical Behavior Therapy (DBT) Research on Social Work Practice (RES SOC WORK PRACT), 2014; 24(2): 213-223.
- . Parikh SV, Segal ZV, Grigoriadis S, Ravindran AV, Kennedy SH, Lam RW, Patten SB; Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. II. Psychotherapy alone or in combination with antidepressant medication. *J Affect Disord*. 2009 Oct;117 Suppl 1:S15-25. doi: 10.1016/j.jad.2009.06.042. PubMed PMID: 19682749.
- . Piet J, Hougaard E. The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2011 Aug;31(6):1032-40. doi: 10.1016/j.cpr.2011.05.002. Epub 2011 May 15. Review. PubMed PMID: 21802618.
- . Powers MB, Zum Vorde Sive Vording MB, Emmelkamp PM. Acceptance and commitment therapy: a meta-analytic review. *Psychother Psychosom*. 2009;78(2):73-80. doi: 10.1159/000190790. Epub 2009 Jan 14. PubMed PMID: 19142046.
- . Rampling J; Furtado V; Winsper C; Marwaha S; Lucca G; Livanou M; Singh SP. Non-pharmacological interventions for reducing aggression and violence in serious mental illness: A systematic review and narrative synthesis. *European Psychiatry: The Journal Of The Association Of European Psychiatrists [Eur Psychiatry]* 2016 Apr; Vol. 34, pp. 17-28.
- . Ruiz, Francisco J. Acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis of current empirical evidence. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, Vol 12(3), 2012 pp. 333-357
- . Sharma P., Gupta R., Sagar R. Psychosis and meditation *Indian Journal of Psychiatry* 2015 57:5 SUPPL. 1 (S83-)
- . Shinohara K, Honyashiki M, Imai H, Hunot V, Caldwell DM, Davies P, Moore TH, Furukawa TA, Churchill R. Behavioural therapies versus other psychological therapies for depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Oct 16;(10):CD008696. doi: 10.1002/14651858.CD008696.pub2. Review. PubMed PMID: 24129886.

- . Smout,MatthewF.;Hayes, Louise;Atkins,PaulW.B.;Klausen,Jessica; Duguid, James E. The empirically supported status of acceptance and commitment therapy: An update. *ClinicalPsychologist(CLINPSYCHO L)*,Nov2012;16(3):97-109.(13p)
- . Shinohara K, Honyashiki M, Imai H, Hunot V, Caldwell DM, Davies P, Moore THM, Furukawa TA, Churchill R. Behavioural therapies versus other psychological therapies for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 10. Art. No.: CD008696. DOI: 10.1002/14651858.CD008696.pub2.
- . Soucy Chartier I, Provencher MD. Behavioural activation for depression:efficacy, effectiveness and dissemination. *J Affect Disord.* 2013 Mar5;145(3):292-9. doi: 10.1016/j.jad.2012.07.023. Epub 2012 Aug 9. Review. PubMed PMID: 22884236.
- . Stratford HJ, Cooper MJ, Di Simplicio M, Blackwell SE, Holmes EA. Psychological therapy for anxiety in bipolar spectrum disorders: a systematic review. *Clin Psychol Rev.* 2015 Feb;35:19-34. doi: 10.1016/j.cpr.2014.11.002. PubMed PMID: 25462111.
- . Strauss C, Cavanagh K, Oliver A, Pettman D. Mindfulness-based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder: a meta-analysis of randomised controlled trials. *PLoS One.* 2014 Apr 24;9(4):e96110. doi: 10.1371/journal.pone.0096110. eCollection 2014. PubMed PMID: 24763812; PubMed Central PMCID: PMC3999148.
- . Strauss C, Thomas N, Hayward M. Can we respond mindfully to distressing voices? A systematic review of evidence for engagement, acceptability, effectiveness and mechanisms of change for mindfulness-based interventions for people distressed by hearing voices. *Front Psychol.* 2015 Aug 14;6:1154. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01154. eCollection 2015. Review. PubMed PMID: 26321980; PubMed Central PMCID: PMC4536375.
- . Sturmey P. Behavioral activation is an evidence-based treatment for depression. *Behav Modif.* 2009 Nov;33(6):818-29. doi: 10.1177/0145445509350094. Review. PubMed PMID: 19933444.
- . Tonarelli S.B., Pasillas R., Alvarado L., Dwivedi A., Cancellare A. Acceptance and commitment therapy compared to treatment as usual in psychosis: A systematic review and meta-analysis *African Journal of Psychiatry (South Africa)* 2016 19:3 Article Number 1000366
- . Tsang, Hector W. H.; Chan, Edward P.; Cheung, W. M. Effects of mindful and non mindful exercises on people with depression: A systematic review. *British Journal of Clinical Psychology(BR J CLIN PSYCHOL)*,Sep2008; 47(3): 303-322. (20p)
- . Twohig M.P., Morrison K.L., Bluett E.J. Acceptance and commitment therapy for obsessive compulsive disorder and obsessive compulsive spectrum disorders: A review *Current Psychiatry Reviews* 2014 10:4 (296-307)
- . van der Velden AM, Kuyken W, Wattar U, Crane C, Pallesen KJ, Dahlggaard J, Fjorback LO, Piet J. A systematic review of mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of recurrent major depressive disorder. *Clin Psychol Rev.* 2015 Apr;37:26-39. doi: 10.1016/j.cpr.2015.02.001. Epub 2015 Feb 11. Review. PubMed PMID: 25748559.
- . Xie J.-F., Zhou J.-D., Gong L.-N., Iennaco J.D., Ding S.-Q. Mindfulness-based cognitive therapy in the intervention of psychiatric disorders: A review *International Journal of Nursing Sciences* 2014 1:2 (232-239)



Comunidad
de Madrid

Dirección General
de Infraestructuras Sanitarias
SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

www.comunidad.madrid