

[ESCRIBA EL NOMBRE DE LA COMPAÑÍA]

TRABAJO FIN DE MASTER

IMPULSIVIDAD EN PACIENTES BIPOLARES EN
ZARAGOZA: UN ESTUDIO DE CORTE
TRANSVERSAL

[Escriba el nombre del autor]

25/08/2015

TUTOR DE TRABAJO FINAL DE MASTER: Dr. Javier García Campayo, Profesor adjunto de la
Universidad de Zaragoza

Este trabajo es original, no ha sido publicado previamente y ha sido realizado acorde a los principios éticos de la Convención de Helsinki y posteriores. El alumno ha participado en todas las fases del proceso: diseño del protocolo y elaboración de objetivos e hipótesis, reclutamiento de los pacientes y administración y corrección de cuestionarios, ha colaborado en el análisis estadístico y ha participado en la interpretación y discusión de los datos en base a la bibliografía previa.

Ha sido supervisado por mí en todas las fases. Considero que el trabajo cumple los criterios de calidad y originalidad para ser presentado como trabajo fin de master

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Dr. Javier García Campayo', written on a light-colored background.

Dr. Javier García Campayo

24/08/2015

Contenido

RESUMEN.....	3
SUMMARY	3
INTRODUCCIÓN	4
OBJETIVOS	6
Objetivo principal:	7
Objetivos secundarios:	7
METODOLOGÍA	7
Criterios de inclusión:	7
Criterios de exclusión:.....	7
Instrumentos.....	8
BENEFICIOS DEL PROYECTO.....	10
ASPECTOS ÉTICOS.....	10
RESULTADOS.....	10
DISCUSIÓN	16
BIBLIOGRAFÍA.....	18
ANEXOS.....	22
ANEXO 1.....	23
ANEXO 2.....	24
ANEXO 3.....	26

IMPULSIVIDAD EN PACIENTES BIPOLARES EN ZARAGOZA: UN ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El trastorno bipolar (TB) es una enfermedad que es caracterizada por tener episodios maníacos o hipomaniacos y depresión mayor, es muy prevalente en el mundo, en atención primaria se estima una prevalencia 0.5% a 4.3% y hasta el 9.8% en algún grado del espectro bipolar. El comportamiento impulsivo, para la que una simple definición es la tendencia a actuar prematuramente sin previsión, esta se asocia con la mayoría de las formas de consumo de drogas, incluyendo el alcoholismo. Se ha visto en los pacientes con TB que reportan mayores niveles de impulsividad y la hostilidad, más en pacientes del tipo I, también se observa en pacientes en remisión. La CFT (Compassion Focused Therapy, CFT) destaca la importancia de desarrollar la capacidad de las personas para acceder, tolerar y dirigir las motivaciones y emociones de comportamientos de afiliación, para sí mismos y los demás, y cultivar la compasión interior como una forma de organizar nuestro "cerebro complicado" en formas prosocial y mentalmente saludables. OBJETIVO: Este estudio busca evaluar la prevalencia de impulsividad según la escala de Barrat (Barratt Impulsiveness Scale 11 – BIS11) en pacientes bipolares tipo I en la consulta de psiquiatría de los centros de salud del sector 2 de Zaragoza. METODOLOGÍA: Es un estudio de corte transversal a realizar en Zaragoza, España, la quinta ciudad en tamaño de España con una población de 680000. Se realizará el estudio con los pacientes bipolares tipo I en la consulta de psiquiatría de los centros de salud del sector 2 de Zaragoza. Se diagnosticará a los pacientes de TB tipo I por medio de la entrevista MINI (The Mini International Neuropsychiatric Interview), en los cuales se aplicará la escala de Barrat para medir la impulsividad en estos pacientes, también se tomarán las variables sociodemográficas, antecedentes, y otras escalas más específicas.

SUMMARY

INTRODUCTION: Bipolar disorder (TB) is a disease that is characterized by having manic or hypomanic episodes with major depression episodes, it is highly prevalent in the world, and primary care prevalence is estimated to be from 0.5% to 4.3% up to 9.8% in some degree from the

bipolar spectrum. Impulsive behavior, for which a simple definition is the tendency to act prematurely without foresight, this is associated with most forms of drug abuse, including alcoholism. TB patients report higher levels of impulsivity and hostility, more in type I patients, is also seen in patients in remission. The CFT (Compassion Focused Therapy) emphasizes the importance of developing the ability of people to access, tolerate and manage the motivations and emotions, affiliation behaviors for themselves and others, and cultivate inner compassion as a way of organizing our "complicated brain" in a psychosocially and mentally healthy way. OBJECTIVE: This study aims to evaluate the prevalence of impulsivity according to Barrat's Scale (Barratt Impulsiveness Scale II - BISII) in type I bipolar patients in psychiatric outpatient follow up in health centers in sector 2 of Zaragoza. METHODS: A cross-sectional study is going to be performed in Zaragoza, Spain, the fifth largest city in Spain with a population of 680000. The study is going to be conducted with type I bipolar patients in psychiatric outpatient follow up in health centers in sector 2 of Zaragoza. Patients of TB type I are going to be diagnosed through the interview MINI (The Mini International Neuropsychiatric Interview), in which Barrat's Scale is going to be applied to measure impulsivity in these patients, sociodemographic background variables were also taken, and more specific scales.

INTRODUCCIÓN

El trastorno bipolar (TB) es una enfermedad que es caracterizada por tener episodios maníacos o hipomaniacos y depresión mayor, es muy prevalente en el mundo, en atención primaria se estima una prevalencia 0.5% a 4.3% y hasta el 9.8% algún grado del espectro bipolar¹. Aunque en el TB es difícil saber con mayor exactitud la prevalencia, ya que es que no se consignan síntomas maníacos o hipomaniacos nos lleva muchas veces a diagnosticar una depresión², se estima que del 30-40% de los pacientes diagnosticados de TB fueron mal diagnosticados previamente de depresión³. Que genera un gran impacto en la población no solo en los pacientes si no en su familia, su entorno, y para el sistema de salud de un país. A pesar de los avances en el tratamiento, el TB sigue siendo asociado con alta discapacidad psicosocial y funcional, con menos del 20% de los costes económicos totales del TB asociados a los costos directos de tratamiento. Los costos indirectos de TB, como la pérdida de productividad y aumento de la mortalidad, son considerables, con una gran parte de la carga económica de TB se atribuye a los síntomas no controlados, debido al tratamiento inadecuado, falta de tratamiento y el retraso en el tratamiento. En particular, la carga de la OMS de estudio de la enfermedad bipolar clasificó sexto desorden mundial en causa de incapacidad médica².

Los costos directos totales de bipolar I y II trastornos se estimaron en \$ US30.7 millones de dólares, con los costes indirectos totales de \$ US120.3 millones, dando un costo total de \$ US151.0 millones⁴.

El comportamiento impulsivo, para la que una simple definición es la tendencia a actuar prematuramente sin previsión, esta se asocia con la mayoría de las formas de consumo de drogas, incluyendo el alcoholismo. A menudo se considera que es un producto de la alteración de control cognitivo y podría afectar potencialmente a varios aspectos del proceso adictivo, incluyendo compulsivo de búsqueda de drogas y la recaída⁵. Al igual que la compulsividad, impulsividad es una característica común en diversos trastornos psiquiátricos. La impulsividad implica acciones que están insuficientemente concibieron, prematuramente expresado, excesivamente arriesgado o inadecuado a la situación, y que a menudo conducen a resultados no deseados⁵.

Se ha visto en los pacientes con TB reportan mayores niveles de impulsividad y la hostilidad, más en pacientes del tipo I y también se observa en pacientes en remisión⁶. Se encuentran muy pocas investigaciones que evalúen la impulsividad en pacientes bipolares, y como podemos ver es una característica, que puede ser definitoria en la respuesta de los pacientes al tratamiento. Como se ve en un estudio multicéntrico realizado en España donde se midió la impulsividad y otros factores previos al tratamiento con oxcarbazepina y después de este, y se ve como mejoran con el tratamiento especialmente en la impulsividad⁷.

La terapia basada en la compasión (*Compassion Focused Therapy*, CFT) se origina de un proceso evolutivo, el análisis funcional de los sistemas motivacionales sociales básicos (por ejemplo, a vivir en grupos, las jerarquías y los rangos, búsqueda sexual, y el cuidado de familiares) y diferentes sistemas emocionales funcionales (por ejemplo, para responder a las amenazas, búsqueda de recursos, y para estados de satisfacción y seguridad). Además, hace unos 2 millones de años los pre-humanos comenzaron a desarrollar una serie de competencias cognitivas para razonar, reflexionar, anticipar, imaginar, mentalizar y crear un sentido socialmente contextualizado de self (de sí mismo en inglés)⁸. Estas nuevas competencias pueden causar grandes problemas en la organización de la motivación y sistemas emocionales utilizados anteriormente. CFT sugiere que nuestro cerebro ha evolucionado, por lo tanto es potencialmente problemático debido a su básico “diseño”, siendo activado fácilmente en comportamientos destructivos y problemas de salud mental (el llamado "cerebro complicado"). Sin embargo, los mamíferos y especialmente en humanos también han evolucionado emociones y motivos para formar un comportamiento altruista que puede organizar nuestro cerebro de tal manera como para compensar significativamente nuestras comportamientos potencialmente destructivos. Por lo tanto, la CFT destaca la importancia de desarrollar la capacidad

de las personas para acceder, tolerar y dirigir las motivaciones y emociones de comportamientos de afiliación, para sí mismos y los demás, y cultivar la compasión interior como una forma de organizar nuestro "cerebro complicado" en formas prosocial- y mental-mente saludables⁸.

La CFT utiliza una definición de la compasión basada en la tradición budista, que define la compasión como 'una sensibilidad hacia el sufrimiento en sí mismo y los demás, con el compromiso de tratar de aliviar y prevenirlo (El Dalai Lama, 2001)⁹. La CFT es parte de un movimiento global creciente que reconoce el potencial de la compasión para proporcionar beneficios en una serie de sectores, de los negocios, la educación y la asistencia sanitaria a la ciencia, la investigación y el medio. CFT fue fundada por Paul Gilbert (2000), en respuesta a la observación de que muchas personas, en particular las de alta en la vergüenza y la autocrítica, estaban experimentando dificultades que generaban voces interiores al participar en la terapia tradicional. Se observó que aunque estos individuos eran capaces de participar con tareas cognitivas y conductuales, todavía respondieron mal a la terapia⁸. CFT fue desarrollado inicialmente para ayudar a los individuos crear sentimientos de afiliación hacia ellos mismos, y para ayudarles a desarrollar una voz interior más compasivo. CFT se basó en un creciente cuerpo de evidencia neurocientífica que demostrado que los motivos de afiliación y las emociones pueden tener un impacto importante en sí mismo y la regulación⁸. Esta investigación explora la interacción entre tres humana afecta a los sistemas de regulación: la protección contra amenazas, búsqueda y adquisición, y calmante. Gilbert P. (2014) propone un marco de acción para los mecanismos biológicos que sustentan la compasión que se basa en los principios de la biología evolutiva. Una visión global de la teoría y los procesos que sustentan CFT se presenta en Gilbert P. (2014); un breve resumen de los temas más destacados se presenta a continuación.

Es importante la realización de más investigaciones sobre la impulsividad en la población bipolar, así como en otros trastornos y también en la población general, porque como ya vimos pues esta está relacionada a una serie de problemas y alteraciones del comportamiento que llevan a empeoramiento en la calidad de vida.

OBJETIVOS

Este estudio busca evaluar la prevalencia de impulsividad según la escala de Barrat (Barratt Impulsiveness Scale 11 – BIS11) en pacientes bipolares tipo I en la consulta de atención primaria de los centros de salud de Zaragoza.

Objetivo principal:

- Medir Impulsividad mediante BIS11

Objetivos secundarios:

- Medición del estado general de los pacientes mediante diferentes escalas, como:
 - Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS)
 - Cuestionario de Mindfulness 5-Factores (FFMQ)
 - Escala Autoaplicada de Altmann (ASMS)
 - The Philadelphia Mindfulness Scale (PHLMS)
 - Perfil de Estados de Ánimo (POMS)

METODOLOGÍA

Diseño: Es un estudio piloto con tamaño muestral reducido.

Entorno: Realizado en Zaragoza, España, la quinta ciudad en tamaño de España con una población de 680000. Se realizó el estudio con los pacientes de la consulta de psiquiatría de varias Unidades de Salud Mental del Sector II de Zaragoza.

Criterios de inclusión y exclusión: Se realizó en pacientes diagnosticados de TB tipo I.

Criterios de inclusión:

- Edad 18-65 años.
- Diagnóstico previo de Trastorno Bipolar.
- Pacientes de Psiquiatría en la consulta de las USM del sector II de Zaragoza.

Criterios de exclusión:

- Incapacidad mental o física para responder los cuestionarios.
- Antecedente de trastorno mental grave, que invalide los cuestionarios.
- No deseo de participar en el estudio.
- Brote maniaco y/o depresivo en el último año.

Instrumentos

Por medio de la entrevista MINI (The Mini International Neuropsychiatric Interview), en los cuales de paso la escala de Barratt para medir la impulsividad (Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11) en estos pacientes, también se tomaron las variables sociodemográficas y antecedentes, y otras escalas más específicas como:

- Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS, Difficulties in Emotion Regulation Scale en inglés): Permite medir diferentes aspectos de la regulación desadaptativa, aspectos considerados clínicamente, y que al mismo tiempo abarcan las dificultades funcionales y déficits más importantes que pueden presentarse en el transcurso del procesamiento emocional de un suceso. Se trata de una escala de 28 ítems en la versión española que se agrupan en cinco factores, cada ítem se responde según una escala tipo likert de 5 puntos, mayores puntuaciones indican menor regulación.
- Cuestionario de Mindfulness 5-Factores (FFMQ, The Five Facet Mindfulness Questionnaire): Consta de 39 ítems, con cinco subescalas (observar, describir, actuar dándose cuenta, no juzgar la experiencia interna, y no reactividad sobre la experiencia interna). Evalúa el nivel de atención plena (Mindfulness). Se obtiene una puntuación de la escala general sumando el valor de todos los ítems. Hay que tener en cuenta que hay unos ítems se puntúan de forma inversa.
- Escala Autoaplicada de Altman (ASMS, Altman Self Rating Mania Scale): La ASRM es un cuestionario de cinco ítems autoadministrado que ha sido validado para su uso con las personas que tienen el trastorno bipolar, la depresión, la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo (Altman et al., 1997). Cada elemento representa un dominio importante de la manía como se define por el DSM-IV (Altman et al. 1997) (por ejemplo, sentirse más seguro de sí mismo que de costumbre, sintiéndose más hablador de lo habitual). Cada ítem se califica en una escala Likert de 5 puntos anclado, generando las puntuaciones totales de la escala del 0 al 20. Una puntuación total ≥ 6 indica síntomas de manía / hipomanía con una sensibilidad del 85% y una especificidad del 87% (Altman et al. 1997), pero no distingue entre la manía y la hipomanía.
- The Philadelphia Mindfulness Scale (PHLMS): Es un cuestionario breve que evalúa 2 componentes clave de la atención plena: la conciencia en el momento presente y la aceptación. Contiene ítems inversos al corregir. Es una escala autoaplicada breve y, hasta el

momento. Los 2 componentes que evalúa son: 1) Conciencia en el momento presente, y 2) Aceptación.

- Perfil de Estados de Ánimo (POMS): Contiene 65 ítems autoaplicados utilizando 5 puntos de escala tipo Likert. Los participantes pueden elegir entre 0 (nada) a 4 (extremadamente). La prueba dura aproximadamente de 3 a 7 minutos para participantes sanos, y más largo para los físicamente enfermos.

Las entrevistas se realizaron de 1 de Mayo 2015 a 15 Agosto 2015, identificando primero a los pacientes de TB tipo I mediante la entrevista MINI, se hizo a estos pacientes la BIS11.

La variable principal del estudio es encontrar la prevalencia de impulsividad en los pacientes bipolares de nuestro entorno, y esto se lleva a cabo según la escala de Barret que es la escala más utilizada para la medición de impulsividad y además es una escala que ya ha sido validada en nuestro medio.

El resto de escalas utilizadas son escalas específicas de Mindfulness, de estados de ánimo y de calidad de vida también validadas en nuestro entorno, donde las variables calculadas para estas escalas son los resultados de estas mismas.

Ya que se trata de un estudio de corte transversal, mediremos en solo un momento que es el de pasar la encuesta al paciente, luego uniendo los datos medio una tabla de SPSS se realizará el análisis estadístico.

Análisis estadístico:

Se realizó el análisis estadístico con el programa SPSS 22.0 para Windows (IBM Corp., Armonk, NY, EE.UU.). Se llevó a cabo análisis descriptivos para la evaluación de las características demográficas y clínicas de todo el grupo. Evaluar la prevalencia de comorbilidades psiquiátricas en pacientes con TB. Chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher se utilizarán para comparar los datos categóricos. Se utilizará pruebas t independientes o pruebas no paramétricas para comparar los datos continuos. Se llevará a cabo un análisis univariado para comparar comorbilidades entre los pacientes que actualmente tenían TB y los pacientes que tenían TB en el pasado

BENEFICIOS DEL PROYECTO

Se puede beneficiar la comunidad de saber el estado de los pacientes, y sobre todo abriría paso a nuevas investigaciones, como la implementación de nuevas terapias y comparar con antiguas.

ASPECTOS ÉTICOS

El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de Aragón dentro de un estudio mayor sobre eficacia de intervenciones psicológicas en pacientes con trastornos afectivos. Según los principios de la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS

La muestra fue de 21 pacientes todos diagnosticados de Trastorno Bipolar, fueron reclutados en diferentes Unidades de Salud Mental del Sector 2 de Zaragoza. Los pacientes estaban entre 34 y 78 años de edad con una media de 51,62 años de edad. La distribución del sexo de los pacientes fue 13 mujeres y 8 hombres. En la Tabla 1 se presentan las frecuencias de los diferentes diagnósticos según la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), todos los pacientes fueron diagnosticados de Trastorno Bipolar al presentar diagnóstico de Episodio Maníaco pasado en el apéndice B de ésta escala. En la Tabla 2 podemos ver las frecuencias de las diferentes variables sociodemográficas que fueron tomadas en el estudio. La mayoría de los pacientes terminaron al menos escuela secundaria (85,8%) de los cuales 9 tienen estudios superiores, la mayoría están incapacitados (38,1%), seguidos de desempleados (23,8%), la mayoría están casados o con pareja estable (38,1%), seguidos de los solteros (33,3%). En cuanto a la psicoterapia previa, la mayoría de los pacientes (76,2%) no han realizado ningún tipo de psicoterapia previa, igualmente la mayoría de los pacientes no han hecho ningún tipo de meditación previa (76,2%).

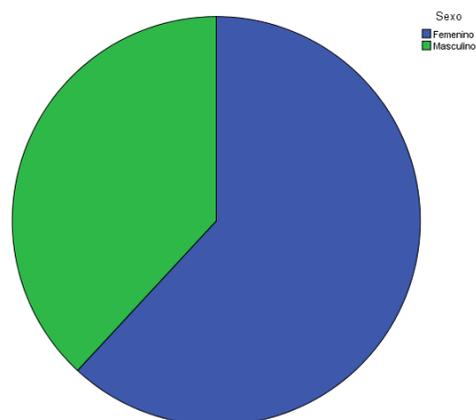
Tabla 1. Diagnóstico según MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

Diagnóstico según MINI	Frecuencia
Episodio Maniáco actual	21 (100%)
Episodio Depresivo Mayor recidivante	5 (23,8%)
Trastorno Distímico actual	1 (4,8%)
Trastorno de Angustia pasado	1 (4,8%)
Agorafobia actual	2 (9,5%)
Fobia Social actual	1 (4,8%)
Trastorno Obsesivo Compulsivo	3 (14,3%)

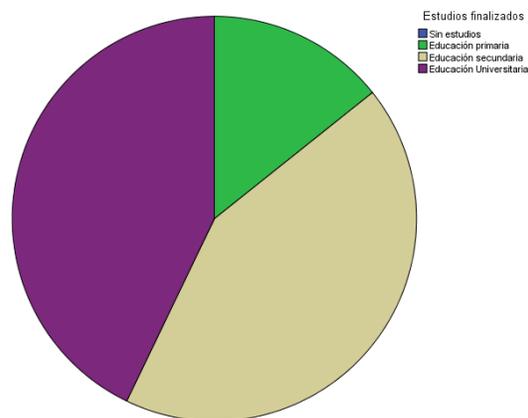
Tabla 2. Variables Sociodemográficas

Variables Sociodemográficas	Frecuencia
Género:	
Mujer	13 (61,9%)
Hombre	8 (38,1%)
Estado Civil	
Casado/a emparejado/a	8 (38,1%)
Soltero/a	7 (33,3%)
Separado/a divorciado/a	3 (14,3%)
Viudo/a	3 (14,3%)
Nivel de estudios	
Sin estudios	0 (0%)
Educación Primaria	3 (14,3%)
Educación Secundaria	9 (42,9%)
Educación Universitaria	9 (42,9%)
Situación laboral	
Empleo remunerado	4 (19,0%)
Desempleado	5 (23,8%)
Baja laboral	2 (9,5%)
Jubilado	2 (9,5%)
Incapacidad permanente	8 (38,1%)
Psicoterapia previa	
Si	6 (28,6%)
No	15 (76,2%)
Meditación previa	
Si	5 (23,8%)
No	16 (76,2%)

Gráfica 1. Distribución por sexo



Gráfica 2. Distribución por estudios finalizados



La prevalencia de Impulsividad según la BIS-11 fue de (95,23%), dando como punto de corte 32,5 puntos¹⁰, Donde 20 de los 21 pacientes puntuaron por encima de este punto de corte, la media fue de 59,10. La Tabla 3 nos muestra los resultados de la BIS-11 por sexo, meditación previa y psicoterapia previa, se realizaron los análisis por medio de T de Student para variables independientes, donde encontramos que para el sexo las mujeres tienen un valor medio de 59,46 y los hombres de 58,50 ($p=0.59$) lo cual nos dice que no se encuentran diferencias significativas entre ambos sexos. En cuanto a la meditación previa tuvieron valores medios los que sí 56,00 y los que no 60,06 ($p=0.119$) mostrando que tampoco hay diferencias significativas entre los grupos. Y en cuanto a la psicoterapia previa, los pacientes que sí tuvieron psicoterapia tuvieron valores medios de 49,67 y los que no de 62,87 ($p=0.668$) no mostrando diferencias significativas. En la Tabla 4 por medio de una comparación del test de ANOVA podemos ver los resultados de la BIS-11 por estado civil viendo que los pacientes separados o divorciados obtienen la media más alta 72,00 (SD 21,153) en el grupo se ve una significancia de ($p=0.569$) que nos muestra que no hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. La Tabla 5 por medio de una comparación del test de ANOVA podemos ver los resultados de la BIS-11 por nivel educativo, donde podemos ver que los pacientes que han completado la escuela secundaria tienen los puntajes más altos con 63,11 (SD 18,904), con una significancia de ($p=0.687$) que nos muestra que no hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. La Tabla 5 por medio de una comparación del test de ANOVA podemos ver los resultados de la BIS-11 por ocupación que muestra que los pacientes con mayores puntajes son los empleados con empleo remunerado con una media de 63,75 (SD 11,955), mostrando una significancia de ($p=0.656$) que nos muestra que no hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

Tabla 1. Barrat por sexo, meditación, psicoterapia, estado civil, ocupación

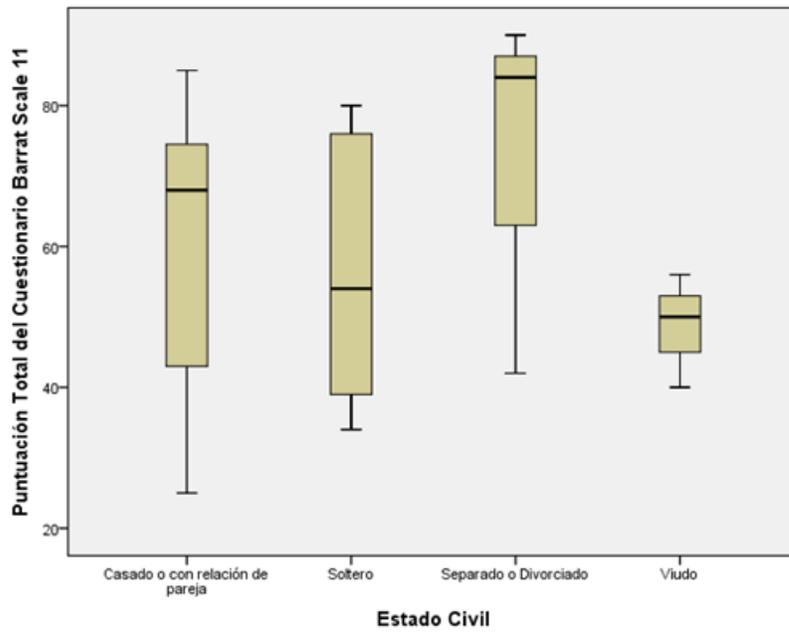
Barrat por sexo					
		N	Media	Desviación Típica	Significancia
BIS-11 por Sexo	Femenino	13	59,46	19,802	p (0.59)
	Masculino	8	58,50	21,633	
BIS-11 por Meditación	Si	5	56,00	21,106	p (0.119)
	No	16	60,06	18,614	
BIS-11 por Psicoterapia	Si	6	49,67	17,918	p (0.668)
	No	15	62,87	20,060	

Barrat por estado Civil					
	N	Media	Desviación Típica	Intervalo de confianza 95%	Significancia
Casado o con relación de pareja	8	60,13	21,263	Límite Inferior 42,35 Límite Superior 77,90	p (0.569)
Soltero	7	56,86	20,219	Límite Inferior 38,16 Límite Superior 75,56	
Separado o Divorciado	3	72,00	21,153	Límite Inferior 7,03 Límite Superior 136,97	
Viudo	3	48,67	8,083	Límite Inferior 28,59 Límite Superior 68,75	

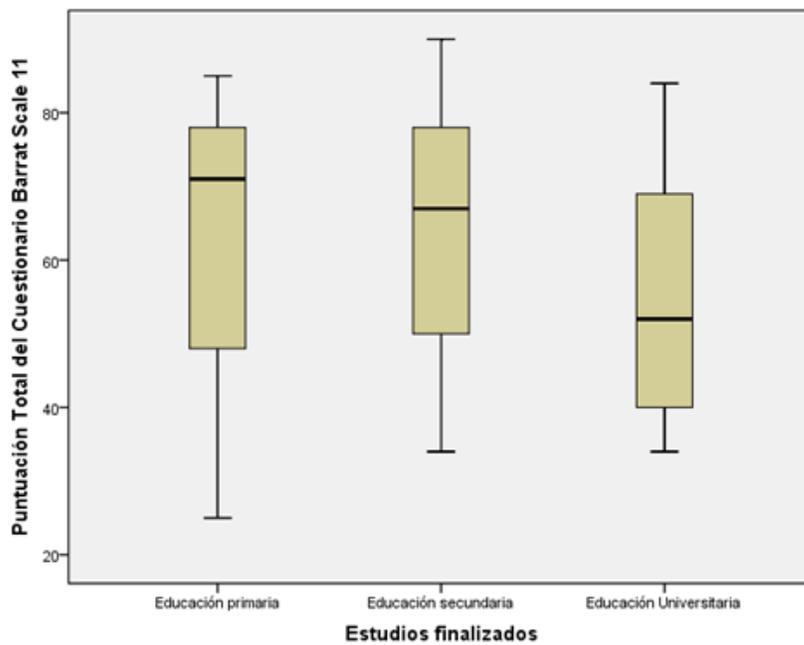
Barrat por Educación					
	N	Media	Desviación Típica	Intervalo de confianza 95%	Significancia
Educación Primaria	3	60,33	31,390	Límite Inferior 17,69 Límite Superior 138,31	p (0.687)
Educación Secundaria	9	63,11	18,904	Límite Inferior 48,58 Límite Superior 77,64	
Educación Universitaria	9	54,67	18,808	Límite Inferior 40,21 Límite Superior 69,12	
Total	21	59,10	19,982	Límite Inferior 50,00 Límite Superior 68,19	

Barrat por Ocupación					
	N	Media	Desviación Típica	Intervalo de confianza 95%	Significancia
Empleado remunerado	4	63,75	11,955	Límite Inferior 44,73 Límite Superior 82,77	p (0.656)
Desempleado	5	60,60	23,860	Límite Inferior 30,97 Límite Superior 90,23	
Baja Laboral	2	59,00	26,870	Límite Inferior -182,42 Límite Superior 300,42	
Jubilado	2	37,50	17,678	Límite Inferior -121,33 Límite Superior 196,33	
Incapacidad permanente	8	61,25	21,306	Límite Inferior 43,44 Límite Superior 79,06	
Total	21	59,10	19,982	Límite Inferior 50,00 Límite Superior 68,19	

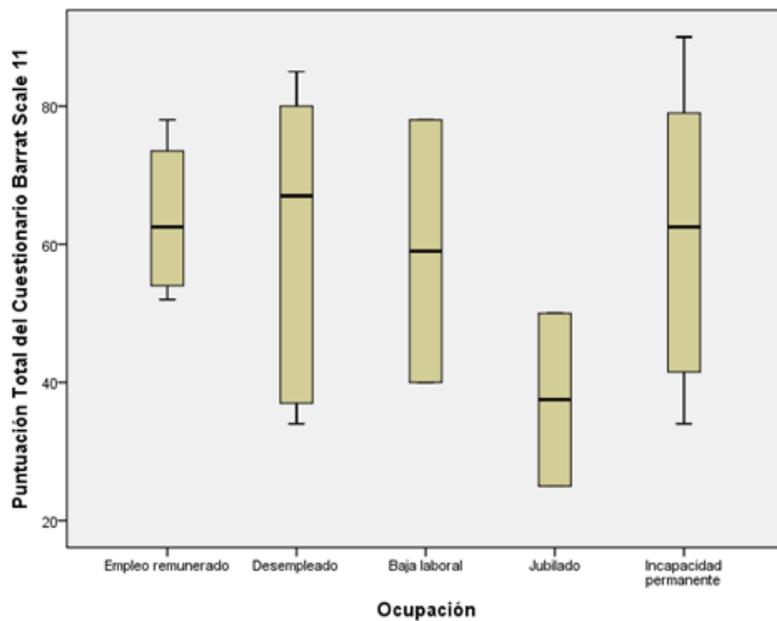
Gráfica 5. BIS-11 por estado civil



Gráfica 4. BIS-11 por educación



Gráfica 5. BIS-11 por ocupación



En la Tabla 6 podemos observar los resultados de las otras escalas que pasamos a los pacientes viendo que en el DERS la media es de 80,29 (SD 22,989), del FFMQ 118,52 (SD 21,851), ASMS 2,48 (SD 3,763), PHLMS 59,76 (SD 6,526), POMS 63,05 (SD 50,648).

Tabla 6. Estadísticos descriptivos otras escalas					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Puntuación Total del Cuestionario DERS	21	34	118	80,29	22,989
No aceptación	21	6	30	16,76	8,240
Metas	21	5	20	16,48	4,273
Impulsividad	21	5	25	14,05	6,960
Atención	21	4	19	9,38	4,455
Estrategias	21	5	25	15,29	6,084
Claridad	21	2	16	8,33	3,786
Puntuación Total del Cuestionario de las 5 facetas de atención plena (FFMQ)	21	83	172	118,52	21,851
Puntuación Total de la Escala Autoaplicada de Altman	21	0	11	2,48	3,763
Puntuación Total del Cuestionario PHLMS	21	42	71	59,76	6,526
Aceptación	21	15	43	26,48	6,698
Atención	21	19	45	34,19	7,118
Puntuación Total del Cuestionario POMS adaptado	21	3	172	63,05	50,648
Tensión	21	2	36	15,38	9,620
Depresión	21	0	50	18,43	14,975
Cólera	21	0	46	16,52	15,115
Vigor	21	4	29	12,86	6,916
Fatiga	21	0	27	14,52	8,159
Confusión	21	3	24	12,24	7,321
N válido (según lista)	21				

DISCUSIÓN

Los pacientes del estudio se encontraban todos en remisión sin recaídas de la enfermedad en el último año, todos al menos llevaban un fármaco modulador de afecto, en algunos casos llevaban 2, y algunos llevaban tratamiento antidepresivo o ansiolítico, incluso algunos pacientes llevaban tratamiento con algún antipsicótico.

El estudio mostro que la prevalencia de impulsividad en la muestra tomada es de 95,23%, con el punto de corte dado para la población española¹⁰, lo que concuerda con estudios anteriores que muestran un aumento de la impulsividad en las diferentes escalas de los pacientes bipolares con respecto a la población sin patología psiquiátrica¹³. Aunque el los estudios previos tienen prevalencias mucho más bajas de impulsividad, podemos pensar que en nuestra población con una

muestra más grande llegaríamos a tener prevalencias más parecidas a otras poblaciones. La comorbilidad reportada en nuestro estudio de trastorno bipolar con otras enfermedades es para episodio depresivo de 23,8%, trastorno Distímico 4,8%, trastorno de angustia 4,8%, Agorafobia 9,5%, fobia social 4,8%, trastorno obsesivo compulsivo 14,3%, lo cual concuerda con otros estudios aunque suponemos que aumentando el tamaño de muestra llegaría a ser más parecido a otros estudios realizados.

Por medio de la prueba t de Student comparamos los resultados de la escala BIS-11 con sexo no encontrando diferencias significativas entre los grupos ($p=0.59$) (mujeres y hombres), por lo que llegamos a la conclusión que en nuestra población no hay diferencias en cuanto al sexo, lo que ya era previsible con respecto a estudios pasados¹⁴. La comparación de meditación previa tampoco encontramos diferencia significativa entre los que tienen meditación previa y los que no ($p=0.119$), pero debido a que los grupos no son muy homogéneos entre sí (5 pacientes con meditación previa, 16 sin meditación previa), igual pasa con la psicoterapia previa que los grupos no son homogéneos dado que solo 6 pacientes recibieron psicoterapia previa ($p=0.668$). Al valorar por medio de ANOVA la comparación entre BIS-11 y el estado civil vemos que tampoco existen diferencias significativas entre los diferentes grupos ($p=0.569$), lo que concuerda con los estudios previos realizados¹⁴. A la comparación por educación tampoco encontramos diferencias significativas entre los grupos ($p=0.687$), lo cual también concuerda con los estudios previos¹⁴. Al revisar la comparación por ocupación, los grupos tampoco mostraron diferencias significativas entre ellos ($p=0.656$), que también esperábamos de estudios pasados¹⁴.

Estos datos son preliminares y el estudio pretende ser controlado con población normal del mismo sexo y edad y valorar diferencias. Aunque los resultados no difieren de estudios realizados previamente y con muestras más grandes, se debe hacer estudios con muestras más grandes, para así poder acercarnos a la realidad de nuestra población. Sin embargo estos estudios de corte transversal sirven para valorar el estado de la población de origen, y así poder entender mejor las necesidades terapéuticas de esta. También son importantes este tipo de estudio como estudios pilotos para otros tipos de estudio, por ejemplo estudios valorando la impulsividad de estos pacientes antes y después de un tratamiento o psicoterapia, también con grupos control. Los futuros estudios deberían tratar de discernir si el componente constante de la impulsividad en los bipolares es debido a los cambios constantes del ánimo o ya se encuentra previo a que empiecen estos. Si la impulsividad es previa a las fluctuaciones en el estado del ánimo, se puede llegar a pensar en la impulsividad como un factor de riesgo o una manifestación independiente de trastorno bipolar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cerimele JM, Chwastiak LA, Dodson S, Katon WJ. The prevalence of bipolar disorder in general primary care samples: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry*. 2014 Jan-Feb; 36(1):19-25.
2. Fagiolini A, Forgione R, Maccari M, Cuomo A, Morana B, Dell'Osso MC, Pellegrini F, Rossi A. Prevalence, chronicity, burden and borders of bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2013 Jun; 148(2-3):161-9.
3. Fiedorowicz JG, Endicott J, Leon AC, Solomon DA, Keller MB, Coryell WH. Subthreshold hypomanic symptoms in progression from unipolar major depression to bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 2011 Jan; 168(1):40-8.
4. Dilsaver, S.C., 2011. An estimate of the minimum economic burden of bipolar I and II disorders in the United States: 2009. *Journal of Affective Disorders* 129, 79–83.
5. Dalley JW, Everitt BJ, Robbins TW. Impulsivity, compulsivity, and top-down cognitive control. *Neuron*. 2011 Feb 24; 69(4):680-94.
6. Massler A, Zatsman G. Borderline personality disorder and bipolar II disorder similarities and differences. *Harefuah*. 2011 Apr; 150(4):349-52, 419. Hebrew.
7. Vieta E, Cruz N, García-Campayo J, de Arce R, Manuel Crespo J, Vallès V, Pérez-Blanco J, et al. A double-blind, randomized, placebo-controlled prophylaxis trial of oxcarbazepine as adjunctive treatment to lithium in the long-term treatment of bipolar I and II disorder. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2008 Jun; 11(4):445-52.
8. Gilbert P (2000). Social mentalities: internal 'social' conflict and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. In *Genes on the Couch: Explorations in Evolutionary Psychotherapy* (ed. P. Gilbert and K. G. Bailey), pp. 118–150, Brunner-Routledge: East Sussex, UK.
9. J. Leaviss, L. Uttley. Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: an early systematic review. *Psychological Medicine*: 2014, pages 1-19.
10. Oquendo MA, Baca-García E, Graver R, Morales M, Montalbán V, Mann JJ. Spanish adaptation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS). *Eur J Psychiatry* 2001; 15:147-55.
11. Rector NA, Bagby RM, Segal ZV, Joffe RT, Levitt A (2000). Self-criticism and dependency in depressed patients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy. *Cognitive Therapy and Research* 24, 571–584.
12. Swann, A.C., Anderson, J.C., Dougherty, D.M., Moeller, F.G., 2001. Measurement of inter-episode impulsivity in bipolar disorder. *Psychiatry Res*. 101, 195–197.

13. Swann A.C., Pazzaglia P., Nicholls A., Dougherty D.M., Moeller F.G. 2003. Impulsivity and phase of illness in bipolar disorder. *J. Affect. Disord.* 73, 105–111.
14. Karakus G., Tamam L. Impulse control disorder comorbidity among patients with bipolar I disorder *Comprehensive Psychiatry* 52 (2011) 378–385.
15. Saddichha, Schuetz. Is impulsivity in remitted bipolar disorder a stable trait? A meta-analytic review. *Compr Psychiatry*. 2014 Oct; 55(7):1479-84.
16. Bulmarsh E, Harkness KL, Stewart JG, Bagby RM (2009). Personality, stressful life events, and treatment response in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 77, 1067–1077.
17. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998; 59 Suppl 20:22-33; quiz 34-57.
18. Swann AC, Lijffijt M, Lane SD, Steinberg JL, Acas MD, Cox B, Moeller FG. Pre-attentive information processing and impulsivity in bipolar disorder. *J Psychiatr Res*. 2013 Dec; 47(12):1917-24.
19. Bengesser SA, Reininghaus B, Birner A, Lackner N, Kapfhammer HP, Reininghaus EZ. Bipolar disorder and compliance. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2013 Jul; 81(7):398-400.
20. Losekam S, Kluge I, Nittel KS, Kircher T, Konrad C. Letter to the Editor: Shopping frenzy induced by naltrexone--a paradoxical effect in bipolar disorder?. *Psychol Med*. 2013 Apr; 43(4):895.
21. Correard N, Elissalde SN, Azorin JM, Fakra E, Belzeaux R. Psychotherapeutic and psychosocial interventions and endophenotypes in bipolar disorder. *Encephale*. 2012 Dec; 38 Suppl 3:S110-5.
22. Van Enkhuizen J, Geyer MA, Young JW. Differential effects of dopamine transporter inhibitors in the rodent Iowa gambling task: relevance to mania. *Psychopharmacology (Berl)*. 2013 Feb; 225(3):661-74.
23. Ortiz A, Alda M, O'Donovan C. Tourette syndrome with comorbid bipolar disorder and migraine: can lamotrigine monotherapy help?. *J Clin Psychopharmacol*. 2012 Feb; 32(1):140-2.
24. Swann AC, Lijffijt M, Lane SD, Kjome KL, Steinberg JL, Moeller FG. Criminal conviction, impulsivity, and course of illness in bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2011 Mar; 13(2):173-81.

25. Di Nicola M, Martinotti G, Mazza M, Tedeschi D, Pozzi G, Janiri L. Quetiapine as add-on treatment for bipolar I disorder with comorbid compulsive buying and physical exercise addiction. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2010 May 30;34(4):713-4.
26. Swann AC. The strong relationship between bipolar and substance-use disorder. *Ann N Y Acad Sci*. 2010 Feb;1187:276-93.
27. Swann AC, Lijffijt M, Lane SD, Steinberg JL, Moeller FG. Interactions between bipolar disorder and antisocial personality disorder in trait impulsivity and severity of illness. *Acta Psychiatr Scand*. 2010 Jun;121(6):453-61.
28. Látalová K. Bipolar disorder and aggression. *Int J Clin Pract*. 2009 Jun;63(6):889-99.
29. Moretti M. Trichotillomania and comorbidity--lamotrigine in a new perspective. *Neuropsychopharmacol Hung*. 2008 Oct;10(4):201-12. Hungarian.
30. Strakowski SM, Fleck DE, DelBello MP, Adler CM, Shear PK, McElroy SL, et al. Characterizing impulsivity in mania. *Bipolar Disord*. 2009 Feb;11(1):41-51.
31. Swann AC, Lijffijt M, Lane SD, Steinberg JL, Moeller FG. Severity of bipolar disorder is associated with impairment of response inhibition. *J Affect Disord*. 2009 Jul;116(1-2):30-6.
32. Bowden CL. Bipolar pathophysiology and development of improved treatments. *Brain Res*. 2008 Oct 15;1235:92-7.
33. Lejoyeux M. Compulsive buying: psychological and biological treatment. *Encephale*. 2007 Nov;33(Pt 3):873-5. Review. French.
34. Nusslock R, Alloy LB, Abramson LY, Harmon-Jones E, Hogan ME. Impairment in the achievement domain in bipolar spectrum disorders: role of behavioral approach system hypersensitivity and impulsivity. *Minerva Pediatr*. 2008 Feb;60(1):41-50.
35. Barrett TF. Manic defenses against loneliness in adolescence. *Psychoanal Study Child*. 2008;63:111-36.
36. Skale TG, Jain R. Practical strategies for assessing and stabilizing bipolar patients in urgent situations. *J Clin Psychiatry*. 2007 Oct;68(10):e23.
37. Kamath J, Temporini HD, Quarti S, Wanli Zhang, Pagano KL, Demartinis N, et al. Psychiatric use and utility of divalproex sodium in Connecticut prisons. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 2008 Jun;52(3):358-70.
38. Brown ES, Gorman AR, Hynan LS. A randomized, placebo-controlled trial of citicoline add-on therapy in outpatients with bipolar disorder and cocaine dependence. *J Clin Psychopharmacol*. 2007 Oct;27(5):498-502.

39. Aiken CB. Pramipexole in psychiatry: a systematic review of the literature. *J Clin Psychiatry*. 2007 Aug;68(8):1230-6.
40. Farren CK, Mc Elroy S. Treatment response of bipolar and unipolar alcoholics to an inpatient dual diagnosis program. *J Affect Disord*. 2008 Mar;106(3):265-72.
41. Barzman DH, DelBello MP, Adler CM, Stanford KE, Strakowski SM. The efficacy and tolerability of quetiapine versus divalproex for the treatment of impulsivity and reactive aggression in adolescents with co-occurring bipolar disorder and disruptive behavior disorder(s). *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2006 Dec;16(6):665-70.
42. Barzman DH, McConville BJ, Masterson B, McElroy S, Sethuraman G, Moore K, et al. Impulsive aggression with irritability and responsive to divalproex: a pediatric bipolar spectrum disorder phenotype?. *J Affect Disord*. 2005 Nov;88(3):279-85.
43. Chung DS, Kim BN, Cho SC. Neuroleptic malignant syndrome due to three atypical antipsychotics in a child. *J Psychopharmacol*. 2005 Jul;19(4):422-5.
44. Jolin EM, Weller EB, Weller RA. Prepubertal bipolar disorder: proper diagnosis should lead to better treatment response. *Curr Psychiatry Rep*. 2005 Apr;7(2):104-11.
45. Müller A, Reinecker H, Jacobi C, Reisch L, de Zwaan M. Pathological buying -- a literature review. *Psychiatr Prax*. 2005 Jan;32(1):3-12. German.

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del PROYECTO: ESTADO CLÍNICO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES BIPOLARES EN ZARAGOZA: UN ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL

Yo, (nombre y apellidos del participante)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo.

He hablado con: (Nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1) cuando quiera
- 2) sin tener que dar explicaciones
- 3) sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Deseo ser informado sobre los resultados del estudio: sí no (marque lo que proceda)

Doy mi conformidad para que mis datos clínicos sean revisados por personal ajeno al centro, para los fines del estudio, y soy consciente de que este consentimiento es revocable.

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al paciente mencionado

Fecha:

Fecha:

Firma del participante

Firma del Investigador:

ANEXO 2

HOJA INFORMATIVA PARA EL PACIENTE. INTRODUCCIÓN.

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. Se llevará a cabo en el Hospital de Día de Psiquiatría en HUMS.

Su nombre es:

ESTADO CLÍNICO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES BIPOLARES EN ZARAGOZA: UN ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL

El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de Aragón de acuerdo a la legislación vigente, y se lleva a cabo con respeto a los principios enunciados en la declaración del Helsinki y a las normas de buena práctica clínica. Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento. Igualmente, le informamos de que podría ser contactado a través de mensajes de texto y/o correo electrónico.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:

Diseño: Es un estudio de corte transversal

Entorno: Realizado en Zaragoza, España, la quinta ciudad en tamaño de España con una población de 680000. Se realizó el estudio en pacientes bipolares tipo I en la consulta de atención primaria de los centros de salud de Zaragoza..

Criterios de inclusión y exclusión: Se realizó en pacientes diagnosticados de TB tipo I .

Criterios de inclusión:

- Edad 18-65 años.
- Pacientes bipolares tipo I en la consulta de atención primaria de los centros de salud de Zaragoza.

Criterios de exclusión:

- Incapacidad mental o física para responder los cuestionarios
- No deseo de participar en el estudio
- Brote maniaco y/o depresivo en los últimos 2 años

Cuestionarios: por medio de la entrevista MINI (The Mini International Neuropsychiatric Interview)⁸, en los cuales de paso la escala de Barrat para medir la impulsividad en estos pacientes, también se tomaron las variables sociodemográficas y antecedentes, y otras escalas más específicas como:

- Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS)
- Cuestionario de Mindfulness 5-Factores (FFMQ)
- Escala Autoaplicada de Altmann (ASMS)
- The Philadelphia Mindfulness Scale (PHLMS)
- Perfil de Estados de Ánimo (POMS)

Las entrevistas se realizaron de 1 de Abril 2015 a 1 de Julio 2015, identificando primero a los pacientes de TB tipo I mediante la entrevista MINI, se hizo a estos pacientes la BIS11.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Los pacientes participantes en el estudio tendrán la posibilidad de realizar una terapia novedosa y complementaria al tratamiento habitual de su médico, pudiéndose beneficiar de una mejora en su calidad de vida tanto a nivel físico como psíquico y social. Debe saber que existe la posibilidad de que usted no obtenga dichos beneficios.

Las pruebas que se le van a realizar no conllevan riesgos para su salud.

CONFIDENCIALIDAD

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, y en su reglamento de desarrollo. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a su médico del estudio.

Sus datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y solo su médico del estudio y colaboradores podrán relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna salvo en caso de urgencia médica, requerimiento de la administración sanitaria o requerimiento legal. Sólo se transmitirán a terceros y a otros países, previa notificación a la Agencia Española de Protección de Datos, los datos recogidos para el estudio que en ningún caso contendrán información que le pueda identificar directamente, como nombre y apellidos, iniciales, dirección, nº de la seguridad social, etc. En el caso de que se produzca esta cesión, será para los mismos fines del estudio descrito y garantizando la confidencialidad como mínimo con el nivel de protección de la legislación vigente en nuestro país.

REVISIÓN ÉTICA:

Un Comité Ético Independiente ha revisado los objetivos y características del estudio y ha dado su aprobación favorable.

PREGUNTAS/INFORMACIÓN:

Si usted o su familia tiene alguna pregunta con respecto al estudio puede contactar con el Investigador principal.

Si precisa más información, por favor, pregunte a su médico o a:

Dr. David Heinz Rohner del Sordo

Teléfono 675762186

PRE-TEST

Nombre: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Nombre y Apellidos:	
Dirección:	
Fecha Nacimiento:	Edad:
Lugar de Nacimiento:	Sexo:
Teléfono:	E-mail:
Estudios Finalizados: Señalar con una cruz <input type="checkbox"/> Sin estudios <input type="checkbox"/> Educación Primaria <input type="checkbox"/> Educación Secundaria <input type="checkbox"/> Educación Universitaria	Ocupación: Señalar con una cruz <input type="checkbox"/> Empleo remunerado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Baja Laboral <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Incapacidad Permanente
Estado Civil: Señalar con una cruz <input type="checkbox"/> Casado o con relación de pareja <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado o Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	Tratamientos Psicológicos: Sigue o ha seguido en el último año algún tratamiento psicológico? -Tipo de Terapia seguida: _____ -Cuando la finalizó: _____ -Duración de la misma: _____
Realiza o a realizado algún tipo de Terapia Ocupacional?: <ul style="list-style-type: none"> • Tipo: _____ • Desde cuándo? _____ • Tiempo Semanal Dedicado _____ Técnicas de Meditación: Practica o ha practicado algún tipo de técnica de Meditación, Yoga, Tai-Chi, etc. <ul style="list-style-type: none"> • Tipo: _____ • Desde cuándo? _____ 	Antecedentes Trastorno: <ul style="list-style-type: none"> • Edad de inicio: _____ • N° Hospitalizaciones: _____ • Fecha última hospitalización: _____ • Fecha último episodio y tipo: _____ • Última visita a su médico: _____ • Diagnóstico Médico: _____ • Otro trastorno o enfermedad médica diagnosticada: _____
Tratamiento Farmacológico Previo al programa: -Fármaco: _____ Dosis: _____ -Fármaco: _____ Dosis: _____ -Fármaco: _____ Dosis: _____ -Fármaco: _____ Dosis: _____ -Fármaco: _____ Dosis: _____ Se ha producido alguna modificación en el tratamiento al finalizar el programa?	Otros datos de interés:

DERS

Por favor, indique con qué frecuencia se le pueden aplicar a usted las siguientes afirmaciones rodeando con un círculo el número correspondiente según la escala que aparece a continuación:

1 -----2-----3-----4-----5
 Casi nunca Algunas veces La mitad de las La mayoría de las Casi siempre
 (0-10%) (11-35%) veces (36-65%) veces (66-90%) (91-100%)

	1	2	3	4	5
1. Percibo con claridad mis sentimientos.	1	2	3	4	5
2. Presto atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
3. Vivo mis emociones como algo desbordante y fuera de control.	1	2	3	4	5
4. No tengo ni idea de cómo me siento.	1	2	3	4	5
5. Tengo dificultades para comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
6. Estoy atento a mis sentimientos.	1	2	3	4	5
7. Doy importancia a lo que estoy sintiendo	1	2	3	4	5
8. Estoy confuso/a sobre lo que siento.	1	2	3	4	5
9. Cuando me siento mal, reconozco mis emociones.	1	2	3	4	5
10. Cuando me siento mal, me enfado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
11. Cuando me encuentro mal, me da vergüenza sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
12. Cuando me siento mal, tengo dificultades para sacar el trabajo adelante.	1	2	3	4	5
13. Cuando me siento mal, pierdo el control.	1	2	3	4	5
14. Cuando me siento mal, creo que estaré así durante mucho tiempo.	1	2	3	4	5
15. Cuando me encuentro mal, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido/a.	1	2	3	4	5
16. Cuando me siento mal, me resulta difícil centrarme en otras cosas.	1	2	3	4	5
17. Cuando me encuentro mal, me siento fuera de control.	1	2	3	4	5
18. Cuando me siento mal, me siento avergonzado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
19. Cuando me encuentro mal, me siento como si fuera una persona débil.	1	2	3	4	5
20. Cuando me encuentro mal, me siento culpable por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
21. Cuando me siento mal, tengo dificultades para concentrarme.	1	2	3	4	5
22. Cuando me siento mal, tengo dificultades para controlar mi comportamiento.	1	2	3	4	5
23. Cuando me siento mal, me irrito conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
24. Cuando me encuentro mal, empiezo a sentirme muy mal sobre mí mismo/a.	1	2	3	4	5
25. Cuando me siento mal, creo que regodearme en ello es todo lo que puedo hacer.	1	2	3	4	5
26. Cuando me siento mal, pierdo el control sobre mi comportamiento.	1	2	3	4	5
27. Cuando me siento mal, tengo dificultades para pensar sobre cualquier otra cosa.	1	2	3	4	5
28. Cuando me siento mal, mis emociones parecen desbordarse.	1	2	3	4	5

FFMQ

1	2	3	4	5
Nunca o muy raramente verdad	Raramente verdad	Algunas veces verdad	A menudo verdad	Muy a menudo o siempre verdad

- | | |
|--|-----------|
| 1. Cuando camino, noto deliberadamente las sensaciones de mi cuerpo al moverse. | 1 2 3 4 5 |
| 2. Se me da bien encontrar las palabras para describir mis sentimientos. | 1 2 3 4 5 |
| 3. Me critico a mi mismo/a por tener emociones irracionales o inapropiadas. | 1 2 3 4 5 |
| 4. Percibo mis sentimientos y emociones sin tener que reaccionar a ellos. | 1 2 3 4 5 |
| 5. Cuando hago algo, mi mente divaga y me distraigo Fácilmente. | 1 2 3 4 5 |
| 6. Cuando me ducho o me baño, estoy atento a las sensaciones del agua en mi cuerpo. | 1 2 3 4 5 |
| 7. Con facilidad puedo poner en palabras mis creencias, sentimientos y expectativas. | 1 2 3 4 5 |
| 8. No presto atención a lo que hago porque sueño despierto, porque me preocupo o porque me distraigo. | 1 2 3 4 5 |
| 9. Observo mis sentimientos sin perderme en ellos. | 1 2 3 4 5 |
| 10. Me digo a mi mismo/a que no debería sentir lo que siento. | 1 2 3 4 5 |
| 11. Noto cómo los alimentos y las bebidas afectan a mis pensamientos, sensaciones corporales y emociones. | 1 2 3 4 5 |
| 12. Me es difícil encontrar palabras para describir lo que siento. | 1 2 3 4 5 |
| 13. Me distraigo fácilmente | 1 2 3 4 5 |
| 14. Creo que algunos de mis pensamientos no son normales o son malos y que no debería pensar así. | 1 2 3 4 5 |
| 15. Presto atención a las sensaciones que produce el viento en el pelo o el sol en la cara. | 1 2 3 4 5 |
| 16. Tengo problemas para pensar en las palabras que expresan correctamente cómo me siento. | 1 2 3 4 5 |
| 17. Hago juicios sobre si mis pensamientos son buenos o malos. | 1 2 3 4 5 |
| 18. Me es difícil permanecer centrado/a en lo que esta sucediendo en el presente. | 1 2 3 4 5 |
| 19. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, soy capaz de dar un paso atrás, y me doy cuenta del pensamiento o la imagen sin que me atrape. | 1 2 3 4 5 |
| 20. Presto atención a sonidos como el tic-tac del reloj, el gorjeo de los pájaros o los coches que pasan | 1 2 3 4 5 |

1	2	3	4	5
Nunca o muy raramente verdad	Raramente verdad	Algunas veces verdad	A menudo verdad	Muy a menudo o siempre verdad

21. En situaciones difíciles, puedo parar sin reaccionar inmediatamente 1 2 3 4 5
22. Cuando tengo sensaciones en el cuerpo es difícil para mí describirlas, porque no puedo encontrar las palabras adecuadas. 1 2 3 4 5
23. Conduzco en “piloto automático”, sin prestar atención a lo que hago. 1 2 3 4 5
24. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, me calmo en poco tiempo. 1 2 3 4 5
25. Me digo a mi mismo/a que no debería pensar como pienso. 1 2 3 4 5
26. Percibo el olor y el aroma de las cosas. 1 2 3 4 5
27. Incluso cuando estoy muy enfadado, encuentro una forma de expresarlo con palabras. 1 2 3 4 5
28. Hago actividades precipitadamente sin estar de verdad atento/a a ellas. 1 2 3 4 5
29. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras soy capaz de notarlas sin reaccionar 1 2 3 4 5
30. Creo que algunas de mis emociones son malas o inapropiadas y que no debería sentirlas. 1 2 3 4 5
31. Percibo elementos visuales en la naturaleza o en el arte, como colores, formas, texturas o patrones de luces y sombras. 1 2 3 4 5
32. Mi tendencia natural es poner mis experiencias en palabras. 1 2 3 4 5
33. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, las noto y las dejo marchar 1 2 3 4 5
34. Hago tareas automáticamente, sin ser consciente de lo que hago. 1 2 3 4 5
35. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, me juzgo como bueno o malo, dependiendo del contenido. 1 2 3 4 5
36. Presto atención a cómo mis emociones afectan a mis pensamientos y a mi conducta 1 2 3 4 5
37. Normalmente puedo describir como me siento con considerable detalle. 1 2 3 4 5
38. Me sorprendo haciendo cosas sin prestar atención. 1 2 3 4 5
39. Me critico cuando tengo ideas irracionales. 1 2 3 4 5

Escala Autoaplicada de Altman (ASMS)

Nombre _____ Fecha _____

Instrucciones

1. En este cuestionario encontrará grupos de cinco frases; Lea atentamente cada grupo.
2. Señale cual de las frases de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante la última semana
3. Rodee con un círculo el número que está al lado de cada frase elegida.
4. Por favor tome nota: La palabra “ocasionalmente” es utilizada aquí cuando ocurre una o dos veces; “A menudo” cuando ocurre varias veces o más; “Frecuentemente” cuando ocurre la mayor parte del tiempo.

1)

0. No me siento más alegre o animado de lo habitual
1. Ocasionalmente me siento más alegre o animado de lo habitual
2. A menudo me siento más alegre o animado de lo habitual.
3. Me siento más alegre o animado de lo habitual la mayor parte del tiempo.
4. Me siento más alegre o animado de lo habitual todo el tiempo.

2)

0. No me siento más seguro de mí mismo de lo habitual.
1. Ocasionalmente me siento más seguro de mí mismo de lo habitual.
2. A menudo me siento más seguro de mí mismo de lo habitual.
3. La mayor parte del tiempo me siento más seguro de mí mismo de lo habitual
4. Me siento extremadamente seguro de mí mismo todo el tiempo.

3)

0. No necesito dormir menos de lo habitual
1. Ocasionalmente necesito dormir menos de lo habitual
2. A menudo necesito dormir menos de lo habitual.
3. Frecuentemente necesito dormir menos de lo habitual.
4. Puedo funcionar todo el día y toda la noche sin dormir ni sentirme cansado.

4)

0. No estoy más hablador de lo habitual.
1. Estoy ocasionalmente más hablador de lo habitual.
2. A menudo estoy más hablador de lo habitual.
3. Frecuentemente estoy más hablador de lo habitual.
4. Hablo constantemente y no me pueden interrumpir.

5)

0. No he estado más activo (ni socialmente, ni sexualmente, ni en el trabajo, ni en casa ni en el colegio) de lo normal.
1. He estado ocasionalmente más activo de lo normal.
2. A menudo he estado más activo de lo normal.
3. Frecuentemente he estado más activo de lo normal.
4. He estado constantemente activo.

PHLMS

Instrucciones: Por favor señale con que frecuencia ha experimentado cada una de estas Sentencias *durante la última semana*.

1.- Soy consciente de que pensamientos están pasando por mi mente.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

2.- Intento distraerme cuando siento emociones desagradables.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

3.- Al hablar con otras personas, soy consciente de sus expresiones faciales y corporales.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

4.- Hay aspectos sobre mi mismo en los que no quiero pensar.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

5.- Cuando me ducho, soy consciente de cómo el agua recorre mi cuerpo.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

6.- Intento mantenerme ocupado para evitar que pensamientos y sentimientos me vengán a la cabeza.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

7.- Cuando estoy sobresaltado, me doy cuenta de lo que va sucediendo dentro de mi cuerpo.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

8.- Ojalá pudiera controlar mis emociones más fácilmente.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

9.- Cuando salgo a pasear, soy consciente de los olores o del contacto del aire en mi cara.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

10.- Me digo a mi mismo que no debería tener determinados pensamientos.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

11.- Cuando alguien me pregunta como me siento, puedo identificar mis emociones con facilidad.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

12.- Hay cosas en las que intento no pensar.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

13.- Soy consciente de los pensamientos que tengo cuando mi ánimo cambia.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

14.- Me digo a mi mismo que no debería sentirme triste.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

15.- Noto cambios dentro de mi cuerpo, como mi corazón latiendo más rápido o mis músculos tensándose.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

16.- Si hay algo en lo que no quiero pensar, intentaré muchas cosas para quitármelo de la cabeza.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

17.- Cuando mis emociones cambian, soy consciente de ello inmediatamente.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

18.- Trato de sacar mis problemas fuera de mi mente.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

19.- Mientras hablo con la gente, soy consciente de las emociones que estoy experimentando.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

20.- Cuando tengo un mal recuerdo, intento distraerme para que se vaya.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

POMS ADAPTADO

Más abajo hay una lista de palabras que describen las sensaciones que tiene la gente. Por favor, lee cada una cuidadosamente. Después **rodea con un círculo UNO de los números que hay al lado**, rodea el que mejor describe **COMO TE HAS SENTIDO DURANTE LA SEMANA PASADA INCLUYENDO HOY**.

Los números significan:

- 0= Nada**
- 1= Un poco**
- 2= Moderadamente**
- 3= Bastante**
- 4= Muchísimo**

1. TENSO	0 1 2 3 4	33. SOLO	0 1 2 3 4
2. AMISTOSO	0 1 2 3 4	34. DESDICHADO	0 1 2 3 4
3. ENFADADO	0 1 2 3 4	35. ATURDIDO	0 1 2 3 4
4. RENDIDO	0 1 2 3 4	36. ALEGRE	0 1 2 3 4
5. INFELIZ	0 1 2 3 4	37. CON RABIA	0 1 2 3 4
6. SENSATO	0 1 2 3 4	38. EXHAUSTO	0 1 2 3 4
7. ANIMADO	0 1 2 3 4	39. ANSIOSO	0 1 2 3 4
8. CONFUNDIDO	0 1 2 3 4	40. AGRESIVO	0 1 2 3 4
9. ARREPENTIDO POR LAS COSAS HECHAS	0 1 2 3 4	41. AMABLE	0 1 2 3 4
10. AGITADO	0 1 2 3 4	42. ABATIDO	0 1 2 3 4
11. DESATENTO	0 1 2 3 4	43. DESESPERADO	0 1 2 3 4
12. MALHUMORADO	0 1 2 3 4	44. DÉBIL	0 1 2 3 4
13. CONSIDERADO (CON LOS DEMÁS)	0 1 2 3 4	45. REBELDE	0 1 2 3 4
14. TRISTE	0 1 2 3 4	46. DESVALIDO	0 1 2 3 4
15. ACTIVO	0 1 2 3 4	47. CANSADO	0 1 2 3 4
16. CON LOS NERVIOS DE PUNTA	0 1 2 3 4	48. DESORIENTADO	0 1 2 3 4
17. IRRITABLE	0 1 2 3 4	49. ALERTA	0 1 2 3 4
18. MELANCÓLICO	0 1 2 3 4	50. ENFADADO	0 1 2 3 4
19. ENÉRGICO	0 1 2 3 4	51. FURIOSO	0 1 2 3 4
20. DESESPERANZADO	0 1 2 3 4	52. EFICIENTE	0 1 2 3 4
21. RELAJADO	0 1 2 3 4	53. CONFIADO	0 1 2 3 4
22. RENCOROSO	0 1 2 3 4	54. LLENO DE ENERGÍA	0 1 2 3 4
23. COMPRENSIVO	0 1 2 3 4	55. DE MAL GENIO	0 1 2 3 4
24. INTRANQUILO	0 1 2 3 4	56. INÚTIL	0 1 2 3 4
25. INQUIETO	0 1 2 3 4	57. OLVIDADIZO	0 1 2 3 4
26. INCAPAZ DE CONCENTRARSE	0 1 2 3 4	58. LIBRE DE PREOCUPACIONES	0 1 2 3 4
27. FATIGADO	0 1 2 3 4	59. ATERRORIZADO	0 1 2 3 4
28. SERVICIAL	0 1 2 3 4	60. CULPABLE	0 1 2 3 4
29. MOLESTO	0 1 2 3 4	61. VIGOROSO	0 1 2 3 4
30. DESANIMADO	0 1 2 3 4	62. INDECISO	0 1 2 3 4
31. RESENTIDO	0 1 2 3 4	63. AGOTADO	0 1 2 3 4
32. NERVIOSO	0 1 2 3 4		