



TERAPIA MINDFULNESS PARA PACIENTES CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA: ACTUALIZACIÓN DE REVISIÓN SISTEMÁTICA Y ANÁLISIS NARRATIVO



Roberto Chavarría Bolaños*
Dra. Alejandra López Porras*

REVISIÓN
BIBLIOGRÁFICA

Introducción

Los Trastornos del Espectro Autista (TEA) han tenido un crecimiento exponencial tanto en su reconocimiento como en las estrategias propuestas para su intervención. Según el Centro para el Control de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos, aproximadamente 1 de cada 68 niños menores de 68 años han sido identificados con al menos rasgos consistentes con TEA, según el Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network (ADDM) (1).

La adecuada atención de un paciente con Trastorno del Espectro Autista (TEA) requiere de importantes demandas de tiempo, atención y energía tanto para los pacientes como sus cuidadores (2). Las estrategias de manejo de cada paciente se abocan a estrategias individuales para cada usuario, con respuesta variable a cada intervención planteada (3).

Es importante reconocer que problemas comportamentales como la irritabilidad, la ansiedad e hiperactividad se presentan en hasta el 50% de la población con TEA (4). Según registros del Autism Treatment Network Registry, esto se traduce en el uso de dos o más medicamentos en 44% de sujetos de 6 a 11 años, y 64% en sujetos de entre los 12 y 17 años (5). No solo esto constituye un problema, también lo hacen pacientes diagnosticados con TEA, con problemas conductuales severos donde por motivos familiares o patrones de conducta propios del paciente no hay tratamientos medicamentosos prescritos, lo que ocurre en hasta 30% de la población (4).

La falta de estrategias eficaces tanto farmacológicas como psicoterapéuticas del TEA, es un elemento notable desde hace mucho tiempo. Las observaciones hechas por Leo Kanner hace casi cincuenta años, parecen ser vigentes aún en nuestros días. En aquel entonces, el otrora líder en

*Médico Especialista en Psiquiatría. Coordinador Postgrado de Psiquiatría Universidad de Costa Rica. Email: drchavarríapsiquiatria@gmail.com

**Médico Especialista en Psiquiatría. Coordinadora Servicio de Psiquiatría Hospital CIMA. Email: a.lopezporras@gmail.com



investigación en Autismo afirmaba que hasta la fecha, *“nadie ha tenido éxito en encontrar un entorno terapéutico, droga, método o técnica que haya dado reflejo de estrategias que aminoren o planteen cambios duraderos en los pacientes con autismo”* (6).

Procurar reducir la complejidad sintomática del autismo a un solo plano terapéutico puede parecer un esfuerzo harto presuntuoso. No obstante, al menos se puede intentar tratar aquellos síntomas que causan mayor disfunción al paciente así como a sus familiares. Específicamente, dificultades en la cognición social, trastornos afectivos, autocontrol emocional, déficits atencionales, rumiaciones cognitivas e irritabilidad son algunos de los síntomas más incapacitantes para esta población (7). Según Le Cavalier en 2006, se aplicó Encuesta Nisonger Child Behavior Rating Form a 487 docentes y pacientes con Autismo, a fin de identificar los síntomas prevalentes. Los resultados fueron los siguientes (8):

- Tendencia a las Frustraciones: 60%
- Inatención: 50%
- Hiperactividad: 40%
- Temperamentos Difíciles: 30%
- Irritabilidad 20%
- Ansiedad 13%
- Autolesiones 11%

- Destrucción Propiedad 11%
- Peleas Físicas: 5%

Es importante traer los mismos a colación pues dentro del marco psicoterapéutico de estrategias basadas en Mindfulness, son estos algunos de los síntomas con indicativos de cambio, lo que daría un valor presuntivo de respuesta de la terapia en Autismo (2).

El primer esfuerzo por utilizar la intervención de Mindfulness en personas con Trastornos del Neurodesarrollo vino en el año 2003. En aquel entonces, Singh y cols. condujeron un estudio de intervención de un programa de 12 meses a un adulto con Discapacidad Intelectual de Alto Funcionamiento social, quien por problemas en el automanejo de su conducta agresiva tenía comprometida su estancia en un hogar comunitario (9). La buena respuesta terapéutica reportada ha motivado que una amplia gama de intervenciones basadas en Mindfulness se haya extrapolado para otros pacientes con patologías del Neurodesarrollo, incluyendo a aquellos con TEA (3).

Palabras Clave

Mindfulness, Autismo, Meditación, Estrés, Agresividad, Empatía, Ansiedad, Depresión.



Sobre la Psicoterapia Basada en Mindfulness

Mindfulness en la traducción al inglés del Pali, proviene de la palabra sati la cual tiene una connotación de consciencia, prestar atención y recordar. Sati es la nominalización del verbo sarati; que significa recordar ó estar en el presente (10).

La psicoterapia más reproducida basada en Mindfulness es la MSBR

(Mindfulness Stress Based Reduction: Terapia de Reducción del Estrés Basada en Mindfulness). Dicha terapia, creada por el Dr. John Kabat-Zinn desde 1980, define Mindfulness como: “prestar atención de un modo particular: sobre el propósito, en el momento presente, sin juzgar” (11). Basados en el modelo planteado por Kabat-Zinn, Goldin & Gross plantean un modelo de MSBR que incluya las siguientes Actividades (12):

Cuadro 1. Esquema Recomendado de Psicoterapia MSBR (Goldin & Gross, 2010) (12)

Práctica formal	Práctica informal	Yoga
Atención enfocada en la respiración Escaneo corporal Monitoreo abierto momento a momento Meditación caminando Meditación comiendo	Pausas breves para volver la atención al presente	Hatha yoga

Por su parte, existen otras terapias basadas en Mindfulness como la MBCT (Mindfulness Based Cognitive Therapy: Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (Seagel & Williams, 2002)), ACT (Acceptance and Commitment Therapy: Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes & Strosahl, 1999)), así como la DBT (Dialectical Behavioral Therapy: Terapia Dialéctica Comportamental (Linehan, 1993) (13). Tomando en consideración todas las

terapias existentes, cabe destacar que son la MSBR y la MBCT las planteadas para manejo de pacientes con TEA (2).

Es importante reconocer que la Psicoterapia basada en Mindfulness ha probado tener cambios reproducibles en áreas funcionales desde el punto de vista Neuroanatómico. Tal y como lo plantean Tang y colaboradores, existen correlatos a nivel funcional que traducen mejoras



en Control de la Atención, Regulación de la Emoción, desarrollo de Autoconciencia (Self-awareness) y mejoría de patrones de Cognición Social(14). Estos elementos juegan importancia en pacientes con TEA, considerando lo antes descrito sobre su elevada frecuencia de síntomas en particular.

Según establece Hwang y cols, el modelo ideal para el manejo de Tx basados en Mindfulness debe de incluir tanto al paciente como a su cuidador. En el plano recomendado, se establece una terapia de dos fases para la adecuada intervención del paciente con TEA (3):

Cuadro 3. Intervención Etapas de Tratamiento basados en Mindfulness a pacientes con Trastornos del Espectro Autista				
	Meta 1	Meta 2	Efectos Directos	Efectos Indirectos
Etapa 1: Intervención Mindfulness para padres/ cuidadores	Usar Mindfulness para ayudar a cuidadores en sus vidas	Entrenar cuidadores para que enseñen terapia a pacientes con TEA.	Intervención sobre los cuidadores	Intervención sobre los pacientes
Etapa 2: Intervención Mindfulness para pacientes TEA	Usar Mindfulness para manejo de comportamientos problemáticos de pacientes con TEA.		Intervención a los pacientes con TEA	Asistencia a los cuidadores

Metodología

El objetivo del presente estudio es el de realizar una Revisión Sistemática de la materia Relacionada a la intervención Mindfulness en pacientes diagnosticados con TEA.

Objetivos del Estudio

Para este fin, y dadas las condiciones heterogéneas de los que se pudiera considerar como mejoría en esta población, se plantean los siguientes objetivos del estudio según la estrategia PICO:

Participantes: Se incluye en el estudio a toda la población de pacientes diagnosticados con Trastornos del Espectro Autista. De preferencia, se procura que la población haya sido diagnosticada con Herramientas Clínicas como la Entrevista Semiestructurada del DSM-IV (SCID) o con escalas de Diagnóstico Clínico ya Validadas como la ADI-R y ADOS (ADI-R: Autism Diagnostic Interview Revised ADOS-G: Autistic Diagnostic Observation Schedule- Generic).



Intervención: Se procura que la población elegida fuera aquella que se sometiera a esquemas de 8 a 12 semanas de Psicoterapia Basada en Mindfulness (MBT). Dada la heterogeneidad de intervenciones en estas modalidades terapéuticas, se procuró incluir solo intervenciones recomendadas por expertos en el tema. Estas terapias son la Terapia de Mindfulness para Reducción del Estrés ó MSBR (Mindfulness-Stress Based Reduction) y Mindfulness basado en Terapia Cognitiva ó MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy).

Comparadores: Dada la heterogeneidad en la clínica del paciente con Trastornos del Espectro Autista, se entiende que una psicoterapia u otra puede funcionar al menos para controlar algunos de los síntomas del paciente. Por ende, se evaluó la mejora de múltiples patrones y comportamiento principalmente enfocados en los siguientes síntomas:

- Trastornos Afectivos: Ansiedad o Depresión Calculados mediante las escalas HADS-A/S: Hospital Anxiety and Depression Scale y GMS-P/N: Global Mood Scale Postive/Negative Affect.
- Cognición Social: Se evaluó por las subescalas SRS-A: Social Responsive Scale Adults.

- Distorsiones en el Pensamiento. Este ítem tiene subescalas específicas de intervención tales como la de Rumiaciones RRQ (Rumination Reflection Questionnaire), de Ideas Irracionales IBI (Irrational Beliefs Scale)
- Rasgos Mindfulness de Comportamiento: Medidos por la MAAS (Mindfulness Attention and Awareness Scale) y su variable MAAS-A (Mindfulness Attention and Awareness Scale: Adolescent Version), también por la escala FFMQ (Five Facet Mindfulness Questionnaire), IM-P (Interpersonal Mindfulness in Parenting Scale), así como FMI (Freiburg Mindfulness Inventory).
- Síntomas Psiquiátricos en General: Medidos por la SCL-90 (Symptom Checklist-90).

Outcome (Resultados): Se evalúa de acuerdo a los distintos estudios la eficacia de la intervención de Terapia Basada en Mindfulness (MBT) para comprender si puede darse recomendaciones para su uso en la población clínica con TEA (Trastornos del Espectro Autista).

Estrategia de Búsqueda

Se hace búsqueda de términos MeSH en Inglés y Español. Se incluyen los términos “Mindfulness”, “Autism*”, “MSBR”,



“Asperger”, “Medita**”. Se realizó análisis de bases de datos MEDLINE (Vía Búsqueda EBSCOHost), SpringerLink, Clinical Key, Web of Science, EMBASE, OVID. Asimismo, se hizo la consulta en el registro internacional de búsqueda de Revisiones Sistemáticas de BioMed Central (PROSPERO), a fin de analizar posibles antecedentes para análisis de casos (15).

Mediante estrategia de Protocolización de PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Metaanalysis) se prepara un protocolo de búsqueda sistemática que cumpliera los estándares de la misma (15).

Criterios de Selección

Se incluyen estudios de revisión cuantitativa los cuales tuvieran como criterios mínimos de inclusión los siguientes:

1. La evaluación del estudio debe de incluir una Intervención de Terapia Basada en Mindfulness.
2. La intervención se le debe de dar a sujetos portadores de Trastornos del Espectro Autista (TEA).
3. Estudios debían ser publicados en idiomas Inglés y Español.

Dentro de los criterios de exclusión se hicieron basados en criterios que permitieran Homogenizar tanto a la población de estudio

así como al Esquema de Tratamiento a Utilizar. Como criterios de Exclusión se anotan los siguientes:

Artículos de Intervención exclusiva sobre Padres / Cuidadores: Si bien hubo inclusión de investigaciones sobre ambos Cuidadores y Pacientes, se decide excluir aquellas intervenciones solo orientadas a la intervención sobre los cuidadores. Esto debido a que se considera que en ellas se pierde el objeto del estudio (el paciente). Además, como lo menciona Hwang y cols., el cumplimiento de actividades extracurriculares es limitado si se confía el mismo solo en cuidadores (3). Los artículos evalúan aspectos concernientes a Síndrome de Desgaste, Estrategias de Comunicación, Psicoeducación de Redes de Apoyo así como Estrategias de Manejo de Crisis en pacientes con Autismo.

Artículos sobre Otros Tratamientos para Autismo:

Hasta el momento las Terapias basadas en Mindfulness recomendadas para pacientes con TEA son MSBR (Terapia Mindfulness basada en Reducción del Estrés), MBCT (Terapia Mindfulness Basada en Modelo Cognitivo Conductual), y variables del DBT (Terapia Dialéctica Comportamental). Por tanto, se excluyen artículos concernientes a otras Psicoterapias. (Análisis de Comportamiento Aplicado (ABA),



Terapia Cognitivo Conductual (CBT), Terapias Yoga-Relajación, Terapia de Estimulación Neurosensorial.

Artículos sobre intervención en otros Trastornos del Neurodesarrollo:

Se intenta homogenizar la población mediante la exclusión de condiciones ajenas al TEA aunque con síntomas similares como la Discapacidad Intelectual (antes llamada Retardo Mental) como único Diagnóstico. También se decidió excluir los problemas del Neurodesarrollo que asocian rasgos autistas, como el Síndrome Williams, Síndrome Prader Willi, Síndrome Down, etc.

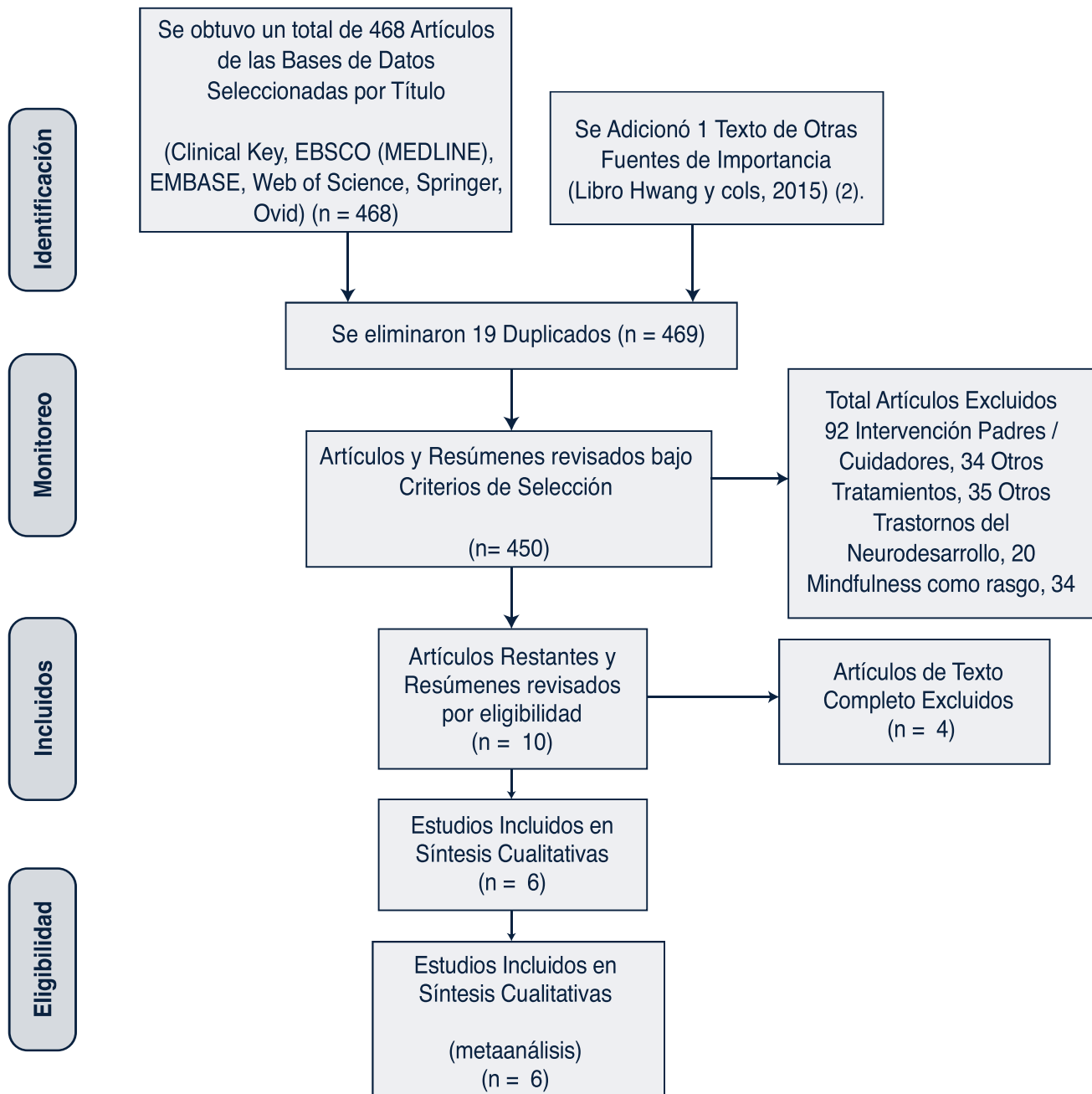
- *Artículos enfocados en Mindfulness como Rasgo de Personalidad:* El Mindfulness puede ser estudiado como Rasgo de Personalidad, Cambio en Modo de Vida o Método Psicoterapéutico. Dado que el estudio evalúa la respuesta a la psicoterapia y no rasgos basales del paciente, solo se incluyeron artículos que midieran la intervención terapéutica.
- *Artículos sobre Terapia Mindfulness en Otras Patologías:* Depresión, Ansiedad, Duelo, Trastorno de Estrés Postraumático, Trastornos de Personalidad.
- *Artículos Clasificados como "Otros":* Enfocados en otros temas variados en Autismo u otras patologías (Neuro-

biología, Psicoeducación, Prevención del Estigma, Psicofarmacología).

Selección de Estudios

Luego de una revisión independiente realizada por ambos autores (RCB y ALP), se obtienen un total de 468 Artículos de las Bases de Datos Seleccionadas por Título y Resumen (Clinical Key, EBSCO (MEDLINE), EMBASE, Web of Science, Springer, Ovid). De estos, se decide adicionar 1 fuente de importancia, la cual corresponde a un libro de Texto enfocado en un modelo específico de terapia MSBR (Mindfulness Stress Based Reduction) en pacientes con TEA (Trastorno del Espectro Autista). Dicho texto es el de Hwang y col, publicado en 2015 (2). Posterior a ello, se discutió la inclusión de artículos por criterio

La selección de artículos siguió el orden de Exclusión de acuerdo con el siguiente diagrama de flujo (cuadro 4.1):





Resultados

Dentro de los resultados encontrados, se observó que variables de la Terapia Basada en Mindfulness fue aplicada a una población total de 182 pacientes portadores de TEA. De ellos, 162 fueron asignados al grupo de casos y 20 pacientes al grupo de controles.

Como podría esperarse, la mayoría de éstos fueron hombres (124 comparado con 58 mujeres). La edad de las poblaciones fue muy variable, pues los estudios clínicos se realizaron en todos los grupos etáreos. De entre éstos, se registró un estudio en población infantil y los padres (Hwang et al., 2015), dos estudios en población adolescente (Singh et al, 2011; de Bruin et al, 2015) y tres estudios en población adulta (Spek et al, 2013, Kiep et al, 2014, Sizoo et al, 2016).

Por su parte, cuatro de los estudios clínicos encontrados fueron realizados en Holanda, uno en Australia y otro similar en los Estados Unidos.

Es interesante reconocer que los parámetros clínicos para cada estudio fueron diferentes, dando un ajuste según las necesidades de cada población de pacientes con Autismo. Sobre este rubro, se reconoce que no solo los estudios han venido buscando objetivos más ambiciosos en el manejo de los pacientes autistas. También la calidad metodológica de los estudios también ha mejorado a lo largo de los años.

Evolución de Terapias Mindfulness en Trastornos del Espectro Autista

Después de la exitosa intervención a un paciente con Discapacidad Intelectual de la terapia basada en Mindfulness *Soles of the Feet* (SOF: Meditación caminando), Singh y cols. procedieron a hacer el primer estudio formal registrado en pacientes con TEA en 2011. Se seleccionaron tres adolescentes masculinos (edades 18, 15 y 13 años). Se evaluó la misma intervención haciendo énfasis únicamente en el manejo del esquema SOF de 15 min por 20 a 30 sesiones. Todos los pacientes mostraron disminución de los patrones de agresividad (16).

Posterior a éste, se presenta la primera intervención a pacientes adultos portadores de TEA; en 2013, por Spek y cols. En este caso, se desarrolla estrategia de manejo de Terapia MBCT (sesiones semanales de 40-60 min durante 9 semanas y 8 meses de seguimiento) para una población de 41 pacientes con TEA, todos diagnosticados por la Entrevista Semiestructurada del DSM-IV como también por la herramienta diagnóstica ADI-R (Autism Diagnostic Interview, Revised Edition). Del total de la muestra, se dividió la misma en 20 pacientes que recibieron la intervención y 21 que por lista de espera no recibieron de primera entrada el tratamiento concomitante basado en Mindfulness. Los resultados observados documentaron una mejoría de los patrones de Ansiedad,



Depresión y Rumiaciones cognitivas en el grupo de casos comparativo al de controles (17).

En 2015 de Bruin y cols. desarrollaron el programa de entrenamiento MYmind, el cual consistió en un esquema combinado de técnicas de MBCT y MSBR, en sesiones semanales de 90 min de las cuales se dieron 9 sesiones al grupo de padres y/o cuidadores y 9 sesiones posteriores al grupo de pacientes, 23 de ellos diagnosticados TEA por herramientas diagnósticas ADOS-G y Entrevista Semiestructurada del DSM-IV(18). En este caso, se compararon parámetros de respuesta social por escalas SRS (Social Responsive Scale) así como mejoría en Rasgos de tipo Mindfulness según escala MAAS-A (Mindful Attention and Awareness Scale Adult Version) (22) para pacientes y FFMQ para padres. En este caso, se documentaron mejorías consistentes en secuencias de Cognición Social, Conciencia Social, patrones de Comunicación, Motivación así como Preocupaciones y Calidad de Vida (18).

Casi de modo simultáneo, se publica un estudio de Kiep y cols, con una población de 50 pacientes portadores de TEA diagnosticados por las herramientas ADI-R y Entrevista Semiestructurada del DSM-IV. En este caso, se realizó también tratamiento MBCT durante 9 semanas (sesiones 150 min

cada una) (19). Se encontró bajo la medición de Afecto Positivo y Negativo del GMS (Global Dutch Mood Scale(23)), secuencias de Rumiaciones Cognitivas por la RRQ (Rumination-Reflection Questionnaire) y sintomatología clínica según escala SCL-90-R (Symptom Checklist 90-Revised), hubo mejorías en patrones de ansiedad, depresión, agorafobia, somatización, inadecuación del pensamiento, desconfianza y sensibilidad social, patrones de sueño así como rumiaciones cognitivas luego de 9 semanas de seguimiento posteriores a la intervención (19).

Ya para 2015 aparece la primera serie de estudios de niños con TEA (8-15 años) cuya intervención se realizó en programa combinado de 8 semanas, primero con las madres y luego con los niños mismos, cada uno en sesiones de 150 minutos. Utilizando el CBCL (Child Behavior Checklist para pacientes con Autismo (24)). En esta serie, se documentó discreta mejoría de Calidad de Vida de madres en conjunto con la mejoría de los síntomas de la escala antes citada (20).

Por último, en 2017 Sizoo realizó estudio basado en MSBR y MBCT para 59 participantes portadores de TEA reconocidos por Herramientas ADI-R y Entrevista Semiestructurada del DSM-IV. Toda la población adulta fue incorporada en programas de grupo de 9 a 11 participantes,



bajo programa de 13 sesiones de 150 min cada una. Bajo escalas MAAS, IBI (Irrational Beliefs Scale), HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) y GMS, se logró evidenciar descenso en la Ansiedad como en patrones de pensamiento irracional para la mayoría de los pacientes. En este caso, no hubo mejoría clínica en rasgos de personalidad Mindfulness según escala MAAS (21).

Los seis estudios antes citados son presentados dentro de los Cuadros 5.1 para el análisis respectivo:



Cuadro 5.1 Presentación de Resultados (Artículos Seleccionados)

Autores	Título	Tipo de Estudios	Metodología	Resultados	Recuperación
Singh, N, Lancioni, G (2011) Virginia, EEUU	Adolescents with Asperger Syndrome can use mindfulness-based strategy to control their aggressive behavior	Diseño de Estudio de Casos Múltiples en Tx basado en Mindfulness de 17-24 semanas. Seguimiento población por 4 ã. Estadíajes basales inicio, 3, 4, 6 sms Tx.	N: 3 (Todos Hombres Adolescentes 18, 15, 13 ã). Estrategia SoF	Agresiones se detuvieron entre las 20-25 sms.	Fidelidad de la muestra 100% Sujetos persistieron durante los siguientes 4 años sin tener nuevas crisis de irritabilidad-agresión.
Spek, A, van Ham, N, (2013) Holanda	Mindfulness-based therapy in adults with an autism spectrum disorder: A randomized control trial	Estudio Randomizado Longitudinal Controlado de Casos y Controles (lista de espera para Tx). Pacientes Adultos portadores de TEA. Programa flexible grupal/individual MBCT de 8 sms.	N : 41 (♂: 27 -♀ 14) Diagnóstico DSM-IV-TR, ADI-R, WAIS-III. Tratamiento SCL-90	Análisis MANOVA comparación grupos. En todas las mediciones, hubo diferencias ES en Ansiedad, Depresión, Rumiación y Rasgos Afectivos Positivos.	Hubo un retiro temprano por Enfermedad. 41 de 42 Pacientes Completaron el Estudio.
De Bruin, EI, Blom, E (2015) Holanda	MYMind: Mindfulness training for Youngsters with Autism Spectrum disorder and their parents.	Estudio Longitudinal de Tx MBCT/MSBR (esquema 9 sms a c/ sesión 90 min). Ambos Padres y Adolescentes (11-23 ã) recibieron Tx. Padres tb recibieron Psicoeducación. Puntajes Inicio, Finalización Tx y Seguimiento 9 sms.	N : 23 (♂: 17 - ♀ 6) TCC: 27 - MSBR: Diagnóstico Criterios DSM-IV, ADOS-G. Tratamiento Adolescentes: MAAS-A, PSWQ, RRS, WHO-5. Padres: FFMQ, IM-P.	Adolescentes: Se reportaron diferencias ES en rumiación y calidad de Vida. Padres: Notaron mejorías en estrategias Interpersonales de Comunicación (ES). Ambos grupos no tuvieron cambios en Rasgos Mindfulness (MAAS).	Solo hubo dos retiros de mujeres al inicio y 3 ms de Tx. Restantes 21 completaron programa, con un 90% asistencia. Índices satisfacción altos en la mayoría de los sujetos del estudio y familiares.
Kiep, M, Spek, A, (2014) Holanda	Mindfulness-Based Therapy in Adults with an Autism Spectrum Disorder: Do Treatment Effects Last?	Estudio Longitudinal de Tx MBCT (esquema 9 sms c/ sesión 150 min).. Puntajes Inicio, Finalización Tx y Seguimiento 9 sms.	N : 50 (♂: 34 - ♀ 16) Edad Promedio ♂: 42.1 -♀ 37 ã Diagnóstico Criterios DSM-IV, ADI-R, ADOS WAIS-III. Tratamiento SCL-90, RRQ, GMS	Hubo mejoría en síntomas de Rumiación, Afecto Positivo, Ansiedad, Depresión, Agorafobia, Somatización, Conductas Inadecuadas, así como el Sueño. No hubo cambios en patrones Hostilidad	50 de 58 Pacientes completaron el estudio. Efectos Positivos del MBCT se mantuvieron hasta las 9 sms posteriores a la intervención



<p>Hwang, YS, Kearney, P (2015) Australia</p>	<p><i>Cultivating Mind: Mindfulness Interventions for Children with Autism Spectrum Disorder and Problem Behaviors, and Their Mothers</i></p>	<p>Estudio Prospectivo de Evaluación de seis Diadas Madre-Hijo c/ Dx TEA- (Edad Hijo 8-15 años). Programa 16 sms MSBR (8 sms Madre, 8 sms Hijo) con Intervalo 2 sms para manejo estrategias en el Hogar. Luego 3 visitas Hogar. Resultado R1: antes del MSBR, R2: Luego de Intervencion Padres, R3: Luego de Ambas Intervenciones.</p>	<p>N : 6 (♂: 5 - ♀ 1) TCC: 27 - MSBR: 32 Diagnóstico Criterios DSM-5 TEA. Tratamiento Padres: FMI, PSS. FQOL. Niños: CBCL.</p>	<p>5 de 6 Madres Reportaron mejora en Comportamiento. No se registraron mejoras significativas en FQOL.</p>	<p>87% (5/6) de Cumplimiento del Programa. En pacientes que completaron programa, hubo mejoría sostenida Conducta luego del MSBR de 1 año.</p>
<p>Sizoo B.; Kuiper E. (2017) Holanda</p>	<p><i>Cognitive behavioral therapy and mindfulness based stress reduction may be equally effective in reducing anxiety and depression in adults with autism spectrum disorders.</i></p>	<p>Estudio Prospectivo comparativo pacientes adultos con TEA. Tx TCC vs MSBR (13 sms c/sesión 90 min). Puntajes inicio, 1-2-3 ms Tx, ms postTx.</p>	<p>N : 59 (♂: 38 - ♀ 21) TCC: 27 - MSBR: 32 Diagnóstico ADI-R, WAIS IV Tratamiento HADS-A/D, MAAS, SRS-A, RRQ, GMS, IBS.</p>	<p>Grupo TCC: Mejoría escalas Afectivas y Cognición Social (ES), sin cambios en Rasgos Mindfulness. Grupo MSBR: Mejoría Escalas Afectivas, Rumiación, Cognición Social, Pensamientos Irracionales (ES). Sin cambios en Rasgos Mindfulness.</p>	<p>En ambos grupos de Intervención los cambios se sostuvieron en el tiempo, lo que apoya el efecto de cambio de intervenciones. 100% de la muestra completo Seguimiento</p>

Indice Abreviaturas: TEA: Trastornos del Espectro Autista, TCC: Terapia Cognitivo Conductual, MSBR: Mindfulness-Stress Based Reduction, ADI-R: Autism Diagnostic Interview Revised, WAIS-IV: Wechsler Adult Intelligence Scale, HADS-A/S: Hospital Anxiety and Depression Scale, SRS-A: Social Responsive Scale Adults, GMS-P/N: Global Mood Scale Positive/Negative Affect, RRQ: Rumination Reflection Questionnaire, IBS: Irrational Beliefs Scale, MAAS: Mindfulness Attention and Awareness Scale (MAAS-A: Adolescent Version), ES: Estadísticamente significativas. MBCT: Mindfulness Base Cognitive Therapy. DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition (DSM-IV-TR: Entrevista Semiestructurada Version Revisada DSM-IV). ADOS-G: Autistic Diagnostic Observation Schedule-Generico PSWQ: Penn State Worry Questionnaire. WHO-5: World Health Organization 5. FFMQ: Five Facet Mindfulness Questionnaire, IM-P: Interpersonal Mindfulness in Parenting Scale, SoF: Soles of the Feet. SCL-90: Symptom Checklist-90. MANOVA: Multivariate Analyses of Variance. FMI: Freiburg Mindfulness Inventor. PSS: Parenting Stress Scale. CBCL: Child Behavior Checklist. FQOL: Family Quality of Life. ADOS: Autism Diagnostic Observation Schedule. SCL-90: Symptom 90-Checklist Revised.



Discusión

Dentro de la información recolectada, se muestra que si bien es cierto existe una base consistente de artículos que han probado eficacia clínica sobre distintos síntomas del autismo utilizando técnicas basadas en Mindfulness, no puede aseverarse que haya un tratamiento estandarizado, metodología consistente o abordaje sobre síntomas que se repitan en los distintos estudios. Este primer hallazgo marca la heterogeneidad del abordaje que se le puede dar a pacientes con TEA, lo que hace que sea difícil el poder recomendar estrategias de manejo basadas en guías de práctica clínica.

A pesar de ello, se puede apreciar que la bibliografía existente no ha sido distinta a la observada en otros estudios clínicos. Revisando la Revisión Sistemática de Cachia y cols, se documenta que en 2015 bajo una revisión de bases de datos de PsychINFO, Embase, Medline, Monash University Journal y Google Scholar (fuentes diferentes del estudio actual) sobre abordajes tanto en TEA como en “trastornos generalizados del desarrollo” (pervasive developmental disorder), se encontraron cinco artículos en común con el presente artículo, con diferencias solo en dos fuentes seleccionadas. Inclusive, la búsqueda incluyó al igual que el estudio actual seis ensayos clínicos como resultados incluidos en la RS (7). Otros estudios de RS en pacientes con TEA incluyen la revisión Sistemática Keenan

y cols., donde se evaluaron estrategias de psicoterapia basada en Mindfulness tanto a familiares como pacientes. En este estudio, fueron 9 artículos seleccionados de los 3 fueron concordantes con el presente estudio (25).

De lo anterior puede concluirse que a la fecha no puede considerarse que haya una base amplia de estudios de poblaciones con TEA en Psicoterapias basadas en Mindfulness. Además de ello, el hecho de que cuatro de los estudios hayan sido desarrollados por grupos de trabajo holandeses demuestran la homogeneidad de los hallazgos clínicos sobre poblaciones similares.

Cuando se toma en consideración la calidad de los estudios, se debe de considerar la posibilidad de que los mismos tengan la validez metodológica para que la psicoterapia basada en Mindfulness pueda ser incluida como alternativa terapéutica en TEA. Para ello, se revisaron los parámetros según la matriz evaluativa de Métodos para Determinar Prácticas Basadas en la Evidencia Clínica, planteados por Reichow y cols. en 2007(26). Los hallazgos clínicos aplicados a los criterios de selección se observan en **el cuadro 6**:



Cuadro 6. Indicadores de Calidad en Grupos de Investigación de Tratamientos en Trastornos del Espectro Autista (Tomado de Reichow y cols, 2007)		
Indicador de Calidad	Definición	¿Cumple Criterio?
<i>Indicadores Primarios</i>		
Características de los Participantes	Se proveyó la edad y género de todos los participantes, diagnósticos específicos de todos los participantes con autismo. Se proveyeron pruebas estandarizadas en diagnóstico y tratamiento	Sí
Variables Independientes	La información sobre el Tratamiento se brindó con una precisión reproducible (si se utilizó un manual, este se provee con alta calidad de uso)	No
Condiciones de Comparación	Se pueden comparar intervenciones con replicable precisión, en todas las intervenciones que los participantes recibieron.	No
Variables Dependientes	Se tomaron medidas dependientes con precisión replicable y operacional, mostrando una relación adecuada entre resultado del tratamiento y recolección de datos en tiempo apropiado	Sí
Enlace entre pregunta de Investigación y Análisis de los Datos	El análisis de los datos tuvo fuerte relación con la pregunta de Investigación y la calidad de análisis se obtuvo de modo correcto en las unidades de medida en todas las variables	Sí
Uso de Pruebas Estadísticas	Se condujeron pruebas estadísticas apropiadas con poder estadístico adecuado y un tamaño de muestra (n) mínimo de 10 sujetos.	No
<i>Indicadores Secundarios</i>		
Asignación Aleatorizada	Participantes fueron asignados a grupos utilizando un procedimiento de aleatorización	No
Concordancia entre observadores (IOA)	IOA se recolectó en todas las condiciones, evaluadores y participantes con índices de concordancia entre evaluadores mayor de 0.80 Estandarización pruebas psicométricas mayor .70 o índice Kappa mayor de 0.40	No
Evaluadores Ciegos	Los evaluadores fueron ciegos a la condición de tratamiento de los participantes	No
Fidelidad	Fidelidad del procedimiento o tratamiento fue continuamente evaluada en los participantes, condiciones e implementaciones con estadísticas de medición mayores de 0.80	Sí
Atrición	Articulación fue comparable (no varió más de 25%) entre los grupos y condiciones y fue menor de 30% entre los resultados obtenidos	No
Generalización y/o Mantenimiento	Medidas de Resultados se recolectaron luego de la intervención final para generalización y/o mantenimiento del efecto terapéutico	Sí
Validez Social (Al menos cuatro marcadores positivos)	El estudio presenta al menos cuatro de los siguientes: a. La sociedad valoraría los resultados finales del estudio b. La intervención presente tiempo y costo-efectividad c. Se compararon individuos con y sin discapacidades d. Los cambios en el comportamiento fueron consistentes y representaron validez práctica e. Los consumidores se mostraron satisfechos con el resultado f. Las personas que tuvieron contacto con el paciente manipularon las variables dependientes g. Le estudio ocurrió en un entorno neutral	Sí



Tomando en consideración los datos de Reichow y cols., en vista de que los estudios cumplen menos de cuatro indicadores primarios y al menos dos indicadores secundarios la Calidad de los reportes se considera pobre. Asimismo, no puede concluirse que por la información obtenida los estudios puedan servir para hacer Recomendaciones consistentes Basadas en la Práctica Clínica (26).

La Heterogeneidad entre los estudios así como los hallazgos en poblaciones pequeñas no garantiza que la terapia Basada en Mindfulness pueda establecerse como Intervención Basada en la Evidencia aún. Sería necesario ampliar la experiencia clínica mediante estudios de mejor calidad metodológica, mayores y diversas poblaciones para conocer a plenitud la eficacia. Pese a lo anterior, tampoco puede descartarse la Terapia Basada en Mindfulness en TEA, dado que los estudios revisados tienen consistencia en ser Intervenciones Positivas.

Referencias Bibliograficas

1. Christensen, DL; Baio, J; *Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2012*. Surveillance Summaries, 65(3): 1–23, 2016.
2. Ministerio de Sanidad y Política Social, *Guía Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria*. Ministerio de Ciencia y Educación, Madrid, España. 2009
3. Hwang, YS; Kearney, P; *A Mindfulness Intervention for Children with Autism Spectrum Disorder: New Direction in Research and Practice*. Springer International Publishing, Switzerland, 2015.
4. Coury; DL, Anagnostou, E; *Use of Psychotropic medication in children and adolescents with autism spectrum disorders*. Pediatrics 130(2): S69-76, 2012.
5. Stigler, KA; *Psychopharmacologic Management of Serious Behavioral Disturbances in ASD*. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America 23: 73-82, 2014.
6. Mohiuddin, S; *Psychopharmacology of autism spectrum disorders: A -selective review*. Autism, 17(6): 645-654, 2012.
7. Cachia, RL; Anderson, A; Moore, DW; *Mindfulness in Individuals with Autism Spectrum Disorders: A Systematic Review and Narrative Analysis*. Review Journal of Autism Developmental Disorders, 3:165-178, 2016.



8. Siegel, M; *Psychopharmacology of Autism Spectrum Disorder: Evidence and Practice*. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. 21:957–973, 2012.
9. Singh, MN; Wahler, RG; *Soles of the Feet: a mindfulness-based self-control intervention for aggression by an individual with mental retardation and mental illness*. Research in Developmental Disabilities, 24(3):158-169, 2003.
10. Siegel, D; *The Mindful Brain: Reflection and attunement in the cultivation of well-being*. W.W. Norton Publishing, 2009.
11. Kabat-Zinn, J; *Wherever you go, there you are*. New York: Hyperion Publishing, 1994.
12. Goldin, PR; Gross, JJ; *Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on Emotion Regulation in Social Anxiety Disorder*. Emotion, 10(1):83–91, 2010.
13. Simkin, DR; Black, NB; *Meditation and Mindfulness in Clinical Practice*. Child and Adolescent Clinics of North America, 23:487-534, 2014.
14. Tang, YY; Hölzel, BK; *The neuroscience of mindfulness meditation*. Nature Neuroscience, 16:213-225, 2015.
15. Shamseer, L; Moher, D; *Preferred reporting items for systemic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: elaboration and explanation*. Research Methods and Reporting: British Medical Journal, 1-25, 2015.
16. Singh, N; Lancioni, G; *Adolescents with Asperger Syndrome can use mindfulness-based strategy to control their aggressive behavior*. Research in Autism Spectrum Disorders, 5:1103-1109, 2011.
17. Spek, AS; van Ham, NC; *Mindfulness-based therapy in adults with an autism spectrum disorder: A randomized control trial*. Research in Developmental Disabilities, 34:246-253, 2013.
18. De Bruin, EI; Blom, R; *MYMind: Mindfulness training for Youngsters with Autism Spectrum disorder and their parents*. Autism, 19(8):906-914, 2015.
19. Kiep, M; Spek, AA; *Mindfulness-Based Therapy in Adults with an Autism Spectrum Disorder: Do Treatment Effects Last?* Mindfulness, 1-8, 2014.
20. Hwang, YS; Kearney, P; *Australia Cultivating Mind: Mindfulness Interventions for Children with Autism Spectrum Disorder and Problem Behaviors, and Their Mothers*. Journal of Children and Family Studies, 1-14, 2015.



21. Sizoo B.; Kuiper E.; *Cognitive behavioral therapy and mindfulness based stress reduction may be equally effective in reducing anxiety and depression in adults with autism spectrum disorders*. Research in Developmental Disabilities. 64:47-55, 2017.
22. Brown, KW; Ryan, RM; *The Benefits of Being Present: Mindfulness and its Role in Psychological Well-Being*. Journal of Personality and Social Psychology 84(4):822-848, 2003.
23. Denollet, J; *Emotional distress and fatigue in coronary heart disease: The Global Mood Scale (GMS)*. Psychological Medicine, 23:111-121, 1993.
24. Achenbach, TM; Rescolda, LA; *Mania for the ASEBA school-age forms & profiles*. University of Vermont, Research Centre for Children, Youth & Families. Burlington, Vermont. 2001.
25. Keenan, RM; Albrecht, NJ; *Mindfulness-Based Approaches For Young People With Autism Spectrum Disorders and Their Caregivers: Do These Approaches Hold Benefits For Teachers?* Australian Journal of Teacher Education, 41(6)68-86, 2016.
26. Reichow, B.; Volkmar, F.R; *Development of the Evaluative Method for Evaluating and Determining Evidence-Based Practices in Autism*. Journal of Autism Developmental Disorders, 38:1311-1319, 2008.
27. Moher D, Liberati A., *The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*. PLoS Med 6(7): e1000097.doi:10.1371/journal.pmed1000097