

Mindfulness para el tratamiento de la Ansiedad Generalizada

Trabajo Final del Máster de Psicología General Sanitaria

Alumna: María Jiménez Cazorla

Tutora: Berenice Serrano Zárate

ÍNDICE

Resumen.....	3
Abstract	3
Introducción	4
Trastorno de ansiedad generalizada	4
La preocupación.....	5
La evitación experiencial	7
Mindfulness	7
Conceptos clave	8
Práctica formal e informal	9
Mindfulness como tratamiento de los trastornos de ansiedad	10
¿Por qué Mindfulness para TAG?	11
Planteamiento del problema	13
Objetivos	13
Pregunta de investigación	13
Método	14
Criterios de inclusión y exclusión	14
Tipos de estudios	14
Tipos de participantes	14
Diagnóstico	14
Idioma	14
Método de selección	14
Resultados	15
Protocolos	17
Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR)	17
Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT)	21
Acceptance Based Behavioral Therapy (ABBT).....	24

Emotion Regulation Therapy (ERT)	27
VARIABLES DE INTERÉS	29
Flexibilidad cognitiva	29
Regulación emocional	31
Variabilidad de la frecuencia cardíaca (VFC)	33
Autocompasión	35
CONCLUSIONES	37
Eficacia del MBSR para el tratamiento del TAG	37
Eficacia del MBCT para el tratamiento del TAG	38
Eficacia del ABBT para el tratamiento del TAG	39
Eficacia del ERT para el tratamiento del TAG	39
Efectos de mindfulness sobre otras variables	40
Protocolos mindfulness: similitudes y diferencias	42
Limitaciones y sugerencias	43
Conclusiones finales	44
REFERENCIAS	46

RESUMEN

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se podría definir como un trastorno psicológico en el que aparece una preocupación que no se asocia sólo a un estímulo en concreto. El TAG, como el resto de trastornos de ansiedad, ha sido tratado con terapias cognitivo-conductuales (TCC). Sin embargo, diversos estudios muestran que con estos tratamientos no se consigue un funcionamiento óptimo para gran parte de la población tratada. Es por este motivo que se están buscando nuevas formas de tratar este trastorno y mindfulness podría ser una opción. Este trabajo consiste en una revisión sistemática para averiguar qué protocolos de mindfulness se están utilizando para el tratamiento del TAG, así como para ver la eficacia y características de todos ellos. Los resultados de los estudios encontrados muestran resultados alentadores sobre la eficacia de este tratamiento, ya que consigue bajar el nivel de ansiedad y preocupación de los pacientes, mejorar la calidad de vida y es visto como un tratamiento agradable por los pacientes.

Palabras clave: mindfulness, ansiedad generalizada

ABSTRACT

Generalized anxiety disorder (GAD) could be defined as a psychological disorder in which there is a worry that is not associated only with a specific stimulus. GAD, like the rest of anxiety disorders, has been treated with cognitive-behavioural therapies (CBT). However, several studies show that these treatments do not achieve optimal functioning for a large part of the treated population. It is for this reason that they are looking for new ways to treat this disorder and mindfulness could be a good option. This work consists of a systematic review to find out which mindfulness protocols are being used for the treatment of GAD, as well as to see the efficacy and characteristics of all of them. The results of the studies found show encouraging results on the effectiveness of this treatment, since it reduces the level of anxiety and worry of patients, improves the quality of life and is seen as a pleasant treatment by patients.

Key words: mindfulness, generalized anxiety

INTRODUCCIÓN

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se podría definir como un trastorno psicológico en el que aparece una preocupación generalizada, es decir, que no se asocia sólo a un estímulo concreto. Esta preocupación es crónica y al paciente le parece incontrolable. Es también común en los pacientes que sufren este trastorno que presenten quejas de tipo somático asociadas al problema (Roemer & Orsillo, 2007). La prevalencia de este trastorno ronda al 5,1 % y, contrariamente a la creencia de que es un trastorno leve, el TAG se relaciona con un deterioro psicosocial significativo (Wittchen, Zhao, Kessler & Eaton, 1994).

El TAG se asocia con altas tasas de comorbilidad, sobre todo con otros trastornos de ansiedad y con los del estado de ánimo. Esta comorbilidad está relacionada con el deterioro funcional del que hablábamos anteriormente, y también con el alto uso que estos pacientes realizan de la atención sanitaria. Aunque se ha encontrado que el TAG se asocia con problemas de bienestar y satisfacción con la vida incluso más allá de su asociación con la depresión mayor u otros trastornos (Orsillo & Roemer, 2007). Estudios recientes en entornos de atención primaria han encontrado que el TAG no comórbido se asocia con deterioro en múltiples dominios (Kessler, Walters, & Wittchen, 2004).

Los criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2013) para el trastorno de ansiedad generalizada serían los siguientes:

- A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).
- B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
- C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):
 - 1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
 - 2. Facilidad para fatigarse.

3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
 4. Irritabilidad.
 5. Tensión muscular.
 6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).
- D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).
- F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

LA PREOCUPACIÓN

Borkovec et al. (1983) definieron la preocupación se como “una cadena de pensamientos e imágenes cargadas de afecto negativo y relativamente incontrolable que representa un intento por implicarse en la resolución mental de un asunto cuya ocurrencia en el futuro es incierta pero contiene la posibilidad de uno o más resultados negativos”. Es decir, en la preocupación nos encontramos con dos tipos de componentes, uno cognitivo y otro afectivo, que conducen a pensamientos no constructivos que se vinculan con una fuente de ansiedad. La preocupación, en general, es una experiencia que todos los seres humanos compartimos cuando nos enfrentamos a una situación estresante (Delgado & Amutio, 2011). De hecho puede considerarse un comportamiento de los más evolucionados porque nos permite anticipar un posible peligro futuro, experimentar mentalmente con diversas

soluciones, considerar y evaluar la elección de las diferentes alternativas antes de implementar una de ellas (Ruiz, 2014). Sin embargo, si se convierte en algo predominante, incontrolable y crónico acaba transformándose en preocupación patológica y puede derivar en el trastorno de ansiedad generalizada. Este tipo de preocupación no mejora la eficacia del afrontamiento de los problemas y además puede conllevar efectos adversos para la salud (Roemer & Orsillo, 2002).

Según Borkovec, Alcaine y Behar (2004) la conducta de preocupación crónica se mantiene debido a que se encuentra reforzada negativamente ya que reduce los síntomas físicos del estrés, permite evitar los sucesos futuros catastróficos que el sujeto imagina y también reduce el malestar producido por la intolerancia a la incertidumbre. Aunque este planteamiento pueda parecer paradójico, ya que las propias personas con TAG experimentan la preocupación como algo desagradable, está respaldado por evidencia empírica en la que se ve cómo la preocupación se asocia a reducciones iniciales de reactividad (Borkovec & Hu, 1990, citados en Delgado & Amutio, 2011). También parece ser congruente con otros estudios que plantean que la preocupación no se asocia a activación del sistema nervioso simpático, sino con una reducida flexibilidad autonómica (Connor & Davidson, 1998 citados en Delgado & Amutio, 2011) y con un tono vagal reducido (Lyonfields, Borkovec & Thayer, 1995 citados en Delgado & Amutio, 2011). Esto sería la causa del reforzamiento negativo. Es decir, que al estar pendientes de sucesos futuros, evitan las “molestias” del presente.

Otra de las características de la preocupación en el trastorno de ansiedad generalizada es que se diferencia de otros trastornos de ansiedad en que no se caracteriza por un estímulo focal de miedo o ansiedad, o por la evitación del comportamiento. Las personas con TAG no se caracterizan por tener ningún temor particular, sino por tener preocupaciones muy frecuentes sobre una gran variedad de temas, así como preocupaciones menores e idiosincrásicas. Estas preocupaciones suelen traducirse en predicciones catastróficas sobre eventos negativos de baja probabilidad en el futuro (Borkovec, Shadick & Hopkins, 1991, citados en Orsillo & Roemer, 2007). Estas preocupaciones, además, suelen ser fácilmente accesibles debido a la existencia de sesgos en el procesamiento de la información hacia la información amenazante y también por la tendencia de estas personas a sobreestimar el riesgo. La naturaleza generalizada de la preocupación también se puede observar

en la tendencia de los sujetos con TAG a pasar de una preocupación a otra y no sólo estar focalizados en un tema durante un período prolongado. Otra característica de la preocupación de las personas con TAG es la existencia de la meta- preocupación, es decir, preocuparse por la preocupación (Orsillo & Roemer, 2007).

LA EVITACIÓN EXPERIENCIAL

Como hemos comentado, el TAG no se caracteriza por estar asociado a estímulos fóbicos delimitados y generalmente no se considera que esté asociado con una evitación conductual específica. Sin embargo, la mayoría de los individuos con TAG informan alguna forma de evitación conductual (Orsillo & Roemer, 2007), siendo, en su mayoría, situaciones de índole social.

Es decir, la ausencia de evitación a un estímulo concreto no debe entenderse como que la evitación conductual es algo irrelevante en este trastorno, ya que las personas con TAG no suelen resolver sus problemas de forma activa ni se enfrentan a sus miedos para lograr sus objetivos, sino que acostumbran a quedarse paralizados (Delgado & Amutio, 2011).

Es decir, estos sujetos sí que realizan un tipo de evitación, que es la llamada evitación experiencial. La evitación experiencial sucede cuando un sujeto no quiere experimentar ciertas experiencias (ya sean sensaciones corporales, pensamientos, emociones...) y se implica en alterar tanto la frecuencia como la forma de tales eventos e incluso los contextos que las pueden ocasionar. De esta manera pretende conseguir una supresión de emociones y pensamientos. Sin embargo, tales acciones suelen dar como resultado todo lo contrario ya que, aunque pueda ocasionar cierto alivio a corto plazo, terminan por exacerbar más dichas experiencias, llevando a la persona a sentirse aún más fuera de control (Miró & Simón, 2012).

MINDFULNESS

Aunque hay diversas definiciones para el término “mindfulness”, podríamos definirlo como “conciencia centrada en el presente, no elaborada y no enjuiciadora, en la cual cada pensamiento, sentimiento o sensación que surge en el campo atencional es reconocido y aceptado tal como es” (Kabat-Zinn, 2004). Se podría decir, además, que el mindfulness consta de dos componentes:

- 1) Atención y consciencia

2) Aceptación de pensamientos y sensaciones

El mindfulness (o atención plena, como podríamos traducirlo al castellano) no busca la supresión de los pensamientos (al contrario que otro tipo de terapias), sino que éstos son considerados objetos de observación. De hecho, existe un elemento esencial en esta técnica que es el denominado “repercepción”, una habilidad para desidentificarse de los pensamientos y conseguir un cambio de perspectiva en el que lo que se observa es distinto a quien lo observa, permitiéndonos ver las emociones y los pensamientos como algo pasajero, algo que viene y pasa. La “repercepción” incluye cuatro mecanismos principales de acción (Delgado & Amutio, 2011):

- 1) El control de la atención
- 2) La exposición
- 3) La autorregulación
- 4) La aceptación

Otros mecanismos de acción relevantes en esta técnica podrían ser (Delgado & Amutio):

- 1) reducción de las conductas de escape
- 2) cambios cognitivos
- 3) integración de aspectos disociados del self
- 4) clarificación de valores,
- 5) espiritualidad
- 6) experiencia de estados emocionales positivos (normalmente asociados un estado de relajación.

Debido a todos estos beneficios, el mindfulness ha despertado gran interés en la última década en el campo de la psicología clínica y su uso en el tratamiento de trastornos de ansiedad parece, en principio, que puede ser óptimo (Delgado & Amutio, 2011).

CONCEPTOS CLAVE

Como hemos comentado, la atención plena implica mantener la atención, sin emitir juicios, en el momento presente y se conceptualiza en un conjunto de habilidades que se pueden entrenar mediante prácticas de meditación, aunque también con alguna otra técnica relacionada. Una de las clasificaciones más populares de las habilidades

de atención plena es la propuesta de Baer, Smith y Allen (2004), que identificó las siguientes cuatro facetas:

- 1) Aceptar sin juzgar (no juzgar la experiencia del momento presente),
- 2) Actuar con conciencia (fijar nuestra atención en una cosa cada vez),
- 3) Describir (etiquetar los fenómenos observados, sin juicios)
- 4) Observar (haciéndote consciente de la variedad de estímulos internos -como sensaciones corporales, cogniciones, emociones- o de estímulos externos).

Ahondando un poco más en el concepto de mindfulness, algunos autores hablan de éste como un proceso cognitivo complejo llamado *modo de ser* que se contrapone al *modo de hacer*, que sería la forma habitual de nuestra vida diaria. El *modo de hacer* es un modo orientado a la conquista de una meta, por lo que la mente se encarga de analizar pasado y futuro, quedando el presente en el olvido. Como consecuencia, este modo produce que la mente se mueva divague y se mueva en círculos, generando pensamientos sobre cómo son las cosas y cómo creemos que deberían ser, es decir, que la experiencia es etiquetada y juzgada. Sin embargo, en el modo mindful, es decir, en el *modo de ser*, nos encontramos con un modo no narrativo en el que no se tiene como objetivo ninguna meta en concreto. En este modo el foco se encuentra en aceptar y permitir toda experiencia que acontece en nuestra vida, sin ninguna presión por cambiarla y sin realizar juicios de valor (Cebolla, García-Campayo & Demarzo, 2014)

PRÁCTICA FORMAL E INFORMAL

En mindfulness se puede hacer uso de dos tipos de prácticas: formal e informal.

Las prácticas formales se utilizan para desarrollar diferentes habilidades, como la identificación de sensaciones (por ejemplo el “ejercicio de la uva pasa”), la adquisición de una perspectiva desidentificada del ego (“La casa de los invitados”, “Ejercicio de las nubes”), así como el desarrollo del yo-observador (“Meditación de la montaña”). También puede ser utilizada para el etiquetado de pensamientos y emociones, para aprender a discernir entre los juicios (“soy un fracasado”) y la realidad (“yo estoy teniendo un pensamiento de que soy un fracasado”) (Delgado & Amutio, 2011). La práctica formal es la que consiste en pararse durante un tiempo para meditar, es decir, es la práctica que viene a la mente cuando piensas en meditación: una persona sentada en posición digna, normalmente con los ojos

cerrados. En general, se aconseja practicar de una a dos veces al día, comenzando con meditaciones de 5-10 minutos y aumentándolas progresivamente (Miró & Simón, 2012).

Las prácticas informales se pueden llevar a cabo a lo largo del día a día, simplemente llevando la atención y la conciencia a tareas de la vida diaria como comer, ducharse, hablar con alguien, conducir al trabajo... Y es posible que con el paso del tiempo se les sugiera a los practicantes que intenten llevar esta actitud *mindful* a tareas o contextos cada vez más desafiantes, como el trabajo o incluso hacia las emociones dolorosas (Delgado & Amutio, 2011).

También es posible realizar otros tipos de meditaciones, como las meditaciones en grupo o los retiros meditativos. Esta clase de prácticas pueden ayudar a alcanzar estados de contemplación más profundos, ya que el contexto meditativo que se genera puede influirnos y hacernos conectar más con la experiencia (Miró & Simón, 2011)

MINDFULNESS COMO TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Todos los trastornos de ansiedad comparten unas características comunes en las cuales incide directamente la práctica de mindfulness (Miró & Simón, 2012):

- Evitación conductual o experiencial
- Repertorio limitado/rígido de respuestas conductuales
- Inflexibilidad cognitiva

Teniendo en cuenta esto, las terapias para el tratamiento de la ansiedad que incorporan mindfulness se apoyan en tres objetivos fundamentales (Miró & Simón, 2012): el primero es expandir la toma de conciencia que tiene el paciente sobre sus experiencias (observar las respuestas emocionales, observar la función que tienen, ser más consciente de las conductas de evitación y las consecuencias asociadas a éstas), el segundo es provocar un cambio en su actitud vital (pasar de una actitud de juicio y control a una amorosa, no enjuiciadora y compasiva) y el tercero sería mejora la calidad de vida (a través de una mayor flexibilidad cognitiva y trabajando en sus valores).

¿POR QUÉ MINDFULNESS PARA TAG?

El TAG, al igual que el resto de trastornos de ansiedad, también ha sido tratado con terapias de segunda generación, es decir, con terapias cognitivo-conductuales (TCC). Los protocolos de actuación para el TAG desde la TCC suelen contener una combinación de los siguientes componentes (Hunot, Churchill, Silva de Lim & Teixeira, 2008):

- Relajación muscular
- Reestructuración cognitiva de pensamientos ansiógenos
- Exposición cognitiva
- Corrección de creencias erróneas sobre la preocupación
- Trabajo de auto-confianza
- Entrenamiento en consciencia
- Entrenamiento en orientación hacia el problema (búsqueda de alternativas y seguimiento de los diferentes cursos de acción)
- Exposición gradual
- Prevención de las recaídas

Sin embargo, a pesar de que estos enfoques cognitivo-conductuales parecen ser aparentemente eficaces, no consiguen producir un funcionamiento de estado alto para alrededor de un 57% de los pacientes tratados cuando se les realiza un seguimiento de 12 meses (Borkovec & Costello, 1993 citado en Hunot et al., 2008). Así que parece ser que la realidad es que no se consigue un funcionamiento óptimo para gran parte de la población tratada y que el TAG sigue siendo el trastorno de ansiedad con menor éxito de tratamiento (Delgado & Amutio, 2011).

Es por ello que actualmente se están buscando nuevas formas de tratar este problema y mindfulness podría ser una opción.

Debido a que las personas con TAG continuamente enfocan su atención en un posible peligro futuro, evalúan negativamente sus experiencias internas y muestran una menor conciencia del momento presente, la meditación consciente podría ser un entrenamiento adecuado para este trastorno. De hecho, se hipotetiza que al enseñar habilidades de atención plena puede socavar el uso de la preocupación como una estrategia de evitación (Ruiz, 2014).

Durante los últimos años, se han propuesto varias terapias psicológicas de tercera generación para el tratamiento del TAG. Estas son la Terapia de aceptación y compromiso (ACT), la terapia dialéctico-comportamental (DBT), la terapia metacognitiva (MCT), terapia cognitiva basada en la atención plena (MBCT) y el programa de reducción del estrés basado en mindfulness (MBSR). En todas ellas se utiliza, de forma común, algún tipo de técnicas de atención, sobre todo en los tratamientos que se basan específicamente en mindfulness, como MBSR y MBCT, donde el uso de ejercicios de meditación formal es su componente central (Ruiz, 2014).

Orsillo y Roemer (2007) consideran que para que un tratamiento para el TAG sea eficaz debe contener tres elementos nucleares:

- 1) Mover la conciencia del pasado o el futuro al momento presente
- 2) Cultivar la aceptación, abriendo así la puerta a las propias respuestas internas, lo que mejora la evitación y disminuye los juicios
- 3) Promover que los valores sean la guía de actuación de la persona

Diversos estudios constatan que la práctica de habilidades mindfulness puede contrarrestar algunas de las características asociadas al TAG, por ejemplo (Delgado & Amutio, 2011):

- Disminución de la excesiva actividad de los pensamientos durante la preocupación
- Mejora del control atencional y el sesgo de amenaza al procesar la información
- Disminución de la tendencia a pensar en el futuro detectando posibles amenazas, así como la disminución de predecir sucesos futuros catastróficos que tienen baja probabilidad de ocurrencia
- Disminución de la evitación a la reactividad psicofisiológica
- Mejora de la reactividad y regulación emocional
- Disminución de la reacción negativa hacia la metapreocupación
- Mejora de las conductas de evitación derivadas de la búsqueda de evitar experiencias internas que resultan molestas
- Mejora de la tolerancia a la incertidumbre

- Disminuye el enlentecimiento en la toma de decisiones
- Disminuye la cantidad de tiempo de demora en la resolución de problemas

Algunos de los estudios sobre mindfulness y TAG, sin embargo, deben ser tomados con cautela, puesto que no incluyen grupo control.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como acabamos de comentar, el TAG es un problema que se resiste a ser tratado de manera totalmente efectiva con los tratamientos que las terapias de segunda generación nos ofrecen. Es por ello que parece necesario buscar nuevas alternativas y, los tratamientos que incorporan técnicas de mindfulness podrían ser una buena opción. Esto puede parecer lógico si nos fijamos en que el motivo principal por el que estos pacientes sufren es la gran evitación experiencial que realizan, es decir, por focalizar su atención en pensamientos sobre el pasado o el futuro y no estar en el momento presente, y es justo ahí donde las técnicas de mindfulness inciden.

Es por ello que en este trabajo se pretende realizar una revisión sistemática de los estudios empíricos en los que se ha puesto a prueba si las técnicas de mindfulness son útiles para el tratamiento del TAG. Se revisará cómo se han utilizado estas técnicas, si están dentro de algún protocolo de tratamiento específico, así como qué elementos concluyen los estudios que parecen ser los más eficaces.

OBJETIVOS

El objetivo general de este trabajo es examinar cuáles son los protocolos existentes con técnicas de mindfulness que se han propuesto para tratar el TAG.

Se pretende, además, describir cuáles son las características de estos protocolos, así como examinar si los estudios dan resultados positivos acerca de su eficacia para el TAG.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existen protocolos de mindfulness para el tratamiento del TAG?

¿Son eficaces los protocolos de mindfulness como tratamiento de este trastorno?

¿Cuáles son las características o cómo se utiliza el mindfulness para tratar el TAG?

MÉTODO

Este trabajo consiste en una revisión sistemática de la literatura publicada desde el año 2000 hasta el 2018 sobre el uso de las técnicas de mindfulness para el tratamiento del TAG. Adicionalmente se han revisado documentos anteriores al año 2000 si se han considerado importantes o de interés.

La búsqueda de artículos comenzó en Enero de 2018 y acabó en Junio de 2018. Se han utilizado seis bases de datos para llevarla a cabo: PsycNet, PubMed, Psycarticles, PubPsych, Dialnet, Scielo y Google Scholar.

Los descriptores utilizados en todas las bases de datos han sido “mindfulness AND generalized anxiety disorder”, indicando que debían aparecer en el título y/o resumen del artículo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

TIPOS DE ESTUDIOS

No se ha utilizado ningún criterio de exclusión en base al tipo de estudio. Es decir, cualquier estudio que pudiera tener información relacionada con el tema pudo ser seleccionado.

TIPOS DE PARTICIPANTES

Se eligieron estudios con participantes hombres y/o mujeres, de entre 18 y 75 años de edad, es decir, adultos. Se excluyeron estudios con niños.

DIAGNÓSTICO

Se eligieron los trabajos que estudiaran el TAG de forma principal excluyéndose cualquier otro tipo de trastorno de ansiedad (como trastorno de ansiedad social, trastorno de pánico, trastorno de estrés postraumático, fobias específicas, etc.).

IDIOMA

Como criterio principal se buscaron trabajos que estuvieran en inglés, no obstante se incluyeron algunos trabajos en castellano que aparecieron en los resultados.

MÉTODO DE SELECCIÓN

La primera selección de los artículos se realizó tras comprobar que cumplía todos los requisitos descritos anteriormente y leyendo el *abstract*. También fueron elegidos

algunos artículos incluidos en otras revisiones sistemáticas. En la Tabla 1 se puede ver, de forma resumida, los resultados de la búsqueda.

Tabla 1: Número de artículos encontrados, modo de selección y categorías de los artículos

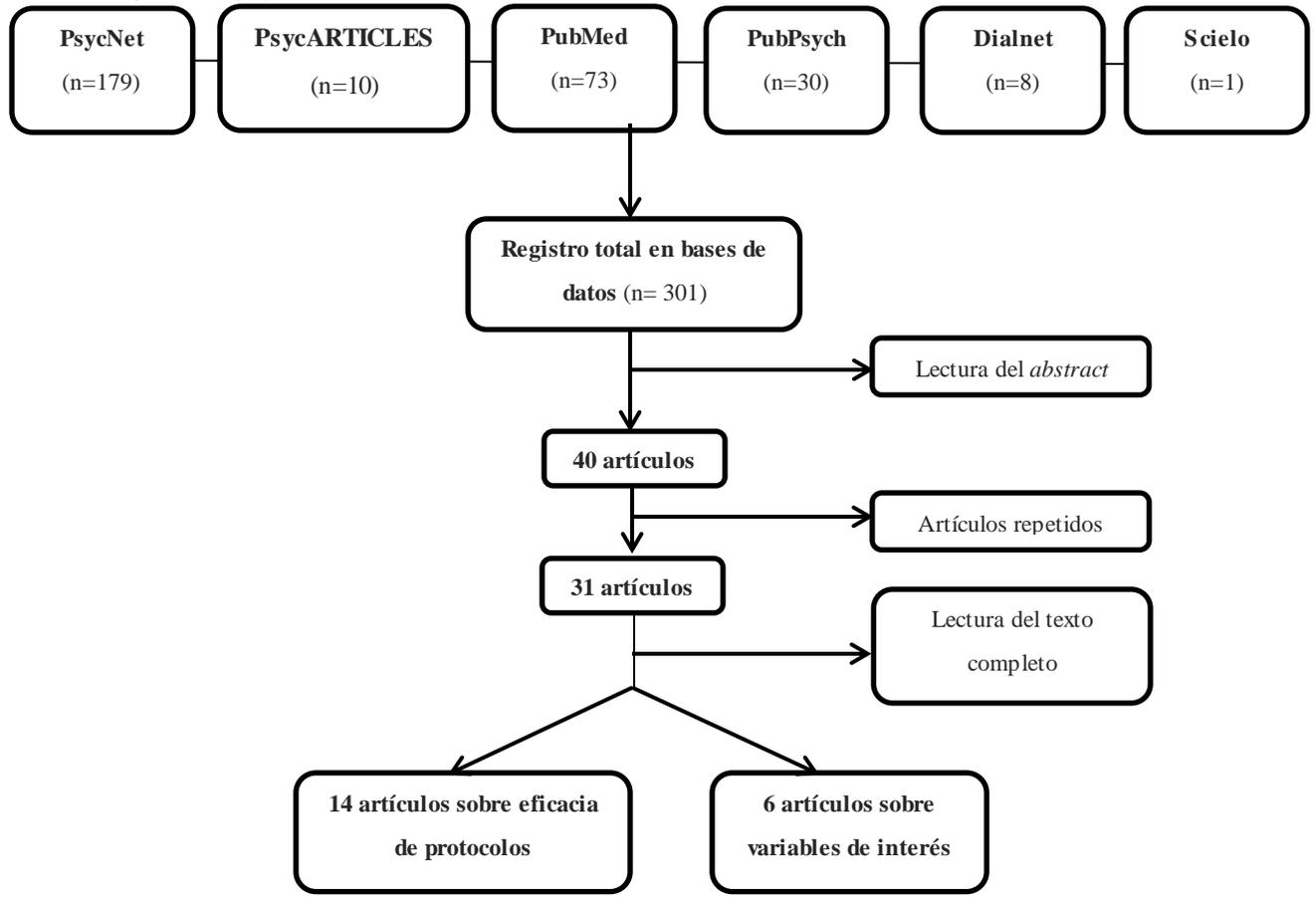
Número total de artículos encontrados	Número total de artículos seleccionados	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión	Categorías
301	31	- Descriptores en el título y/o abstract - Años 2000-2018	- Artículos repetidos (ya encontrados en otras bases de datos - Anteriores al 2000 - Que no aparecieran ambos descriptores (mindfulness y GAD), sino sólo uno	- MBSR* - MBCT* - ABBT* - ERT* - Review - Internet-based mindfulness treatment program - cognitive flexibility - awareness, acceptance and emotion regulation - Low Mindfulness - Yoga - self-compassion - Heart rate variability - Neural mechanism - Regulación emocional
		<i>Los artículos son seleccionados tras leer el abstract</i>		

*MSBR: Mindfulness Based Stress Reduction. MBCT: Mindfulness Based Cognitive Therapy. ABBT: Acceptance Based Behavioral Therapy. ERT: Emotion Regulation Therapy.

RESULTADOS

La primera búsqueda inicial mostró 301 resultados que respondían a los criterios de búsqueda iniciales. Después de la lectura del título y *abstract* sólo quedaron seleccionados 40 documentos de los 301 encontrados ya que se excluyeron los artículos que tenían como muestra niños, que estudiaran otro trastorno de ansiedad diferente al TAG y que no fuesen en inglés o castellano. Se eliminaron 9 documentos más por estar repetidos, por lo que finalmente se quedaron 31 documentos para la lectura de texto completo. Tras esta lectura, fueron seleccionados 20 artículos que se clasificaron por temática: 14 artículos que tratan sobre protocolos de mindfulness y 6 sobre variables de interés.

Diagrama de flujo



PROTOCOLOS

Tras la búsqueda en las bases de datos se han recogido 17 estudios que tratan de analizar la eficacia del uso de protocolos con técnicas de mindfulness para el tratamiento del TAG. Nos encontramos con la existencia de cuatro protocolos diferentes, que serían los siguientes:

- Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR)
- Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT)
- Acceptance Based Behavioral Therapy (ABBT)
- Emotion Regulation Therapy (ERT)

En los siguientes apartados vamos, en primer lugar, a hacer una breve descripción de cada protocolo (principios básicos, componentes, estructura del programa...) y, en segundo lugar, a ver los resultados principales que nos ofrecen los diferentes estudios sobre su eficacia en una tabla resumen.

MINDFULNESS BASED STRESS REDUCTION (MBSR)

La forma más conocida e investigada de usar mindfulness en la práctica clínica es el programa terapéutico Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) que utiliza una forma modificada de la práctica de introspección (vipassana) de una rama del budismo para adaptarse a la mentalidad occidental desarrollada por su fundador (Rapgay, Bystritsky, Dafter & Spearman, 2011)

MBSR es un programa terapéutico de ocho semanas diseñado específicamente para aumentar la atención plena (Kabat-Zinn, 1990 citado en Hölzel et al., 2013). El programa fue desarrollado para inculcar habilidades de regulación emocional para prevenir el estrés y los problemas de salud mental asociados, sobre todo en personas con enfermedades o dolor crónico (Hölzel et al., 2013).

Consiste en sesiones grupales semanales dirigidas por un terapeuta formado en la técnica, con una duración de dos horas cada sesión. La temporalización del programa es de una sesión semanal durante 8 semanas más un "día de atención plena" en la sexta semana del curso (llamado Día de Mindfulness). En estas sesiones se trabaja la atención plena mediante meditaciones sentadas y caminando, ejercicios de hatha yoga y *bodyscan* con una actitud de aceptación y sin prejuicios. También reciben educación sobre el estrés. Además de las sesiones grupales, también se instruye a los

sujetos para que practiquen ejercicios de mindfulness en casa (con la ayuda de una grabación de audio). Se les enseña a practicar la atención plena también en sus actividades diarias, como comer, lavar los platos, tomar una ducha, etc., como una forma de facilitar la transferencia de la atención plena a la vida diaria (Hoge et al., 2015).

Tiene dos principios básicos, el primero es la creencia de que “no importa cuál sea tu condición, en el programa MBSR, creemos que hay más bien en ti que mal en tí”. El segundo principio central es "ser, no hacer". Además de estos principios básicos, hay siete actitudes clave que forman una base para la práctica de mindfulness en MBSR: no juzgar; paciencia; mente de principiante; confianza; no apresurarse; aceptación; y, dejar ir (Roemer & Orsillo, 2007).

A continuación, en la Tabla 2, se muestran los datos de los artículos revisados sobre MBSR en este trabajo.

Tabla 2: Resultados de los artículos encontrados sobre MBSR

Referencia	Muestra	Tratamiento	Pruebas diagnósticas	Resultados
Hoge et al. (2015)	n=38 Sexo M:F; 17:21 Edad: >18	MBSR 8 sesiones semanales de 2h, en grupo, en las que se realizaba: <ul style="list-style-type: none"> body scan meditación sentados hatha yoga Retiro de 4 horas Tareas para casa: meditaciones diarias con CD, acortadas de 40 a 20 min. Componentes adicionales: <ul style="list-style-type: none"> clase de ejercicios de pelota para la estabilidad conferencia de un dietista. 	<ul style="list-style-type: none"> Beck Anxiety Inventory (BAI) Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) Decentering subscale of the Experiences Questionnaire 	<p>Reducciones significativas en las puntuaciones del BAI a través del cambio en el descentramiento.</p> <p>Reducciones en la puntuación de PSWQ a través del cambio en la atención plena, en concreto cambios en las subescalas de no reactividad a la experiencia interna y la actuación con conciencia de la FFMQ.</p>
Hoge et al. (2018)	n=79	MBSR 8 sesiones semanales de 2h, en grupo, en las que se realizaba: <ul style="list-style-type: none"> body scan meditación sentados hatha yoga Retiro de un fin de semana Tareas para casa: meditaciones diarias con CD	<ul style="list-style-type: none"> Marcadores endocrinos Marcadores inmunológicos 	Reducción en la respuesta de estrés: evidencia de reducción de hormonas del eje HPA y marcadores inflamatorios
Hölzel et al.(2013)	n=29	MBSR 8 sesiones semanales de 2h, en grupo, en las que se realizaba: <ul style="list-style-type: none"> body scan meditación sentados hatha yoga Retiro de un día Tareas para casa: meditaciones diarias con CD	<ul style="list-style-type: none"> Escaner IRM Beck Anxiety Inventory (BAI) Perceived Stress Scale (PSS) 	<ul style="list-style-type: none"> Datos base: Los sujetos con TAG tienen mayor activación de la amígdala que los sujetos control. Mejoras en las puntuaciones del BAI. Disminución significativa en la activación de la amígdala derecha y activación de la región VPLFC en respuesta a expresiones faciales neutras. No hubo un efecto significativo en la respuesta

				de la amígdala, córtex frontal ni insular a las expresiones faciales enojadas.
				<ul style="list-style-type: none"> • Fuerte correlación negativa entre las puntuaciones BAI y la activación en el VPLFC (activación más alta se asoció con síntomas de ansiedad más bajos) • Cambios en la conectividad amígdala-córtex prefrontal. • Los cambios en las puntuaciones del BAI correlacionaron negativamente con la conectividad de la amígdala.
Majid et al. (2012)	n=37 Sexo M Edad: 25-39	MBSR 8 sesiones semanales de 2h, en grupo, en las que se realizaba: <ul style="list-style-type: none"> • body scan • meditación sentados • hatha yoga • mindfulness • meditación caminando • Ejercicios cognitivos: buscar asociación entre preocupación, estado y comportamiento. Tareas para casa: meditaciones diarias con CD	<ul style="list-style-type: none"> • Beck Depression Inventory-II (BDI) • Beck Anxiety Inventory (BAI) • Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) 	<ul style="list-style-type: none"> • Decremento significativo de las puntuaciones del BDI, BAI y PSWQ
Hoge et al. (2013)	n=89 Sexo M:F; 44:45 Edad: >18	MBSR 8 sesiones semanales de 2h, en grupo, en las que se realizaba: <ul style="list-style-type: none"> • body scan • meditación sentados • hatha yoga Retiro de 4 horas Tareas para casa: meditaciones diarias con CD, acortadas de 40 a 20 min.	<ul style="list-style-type: none"> • Structured Interview Guide for the HAM-A (SIGH-A) • Clinical Global Impression of Severity (CGI-S) • Clinical Global Impression of Improvement (CGI-I) • Beck Anxiety Inventory (BAI) • Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) • State-Trait Anxiety Inventory (STAI) • Subjective Units of Distress Scale (SUDS) • Self-Statements during Public Speaking scale (SSPS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Las puntuaciones medias de BAI, STAI y SUDS disminuyeron • Los puntajes del PSQI mejoraron (mejora de la calidad del sueño) • Aumento de las declaraciones positivas y disminución de las negativas en el SSPS

MINDFULNESS BASED COGNITIVE THERAPY (MBCT)

Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) es un protocolo de tratamiento desarrollado por Zindel Segal, Mark Williams y John Teasdale que surgió con el objetivo de reducir la recaída y la recurrencia de la depresión mayor (Wong et al., 2011).

De manera resumida se podría decir que la MBCT es una combinación de la mayor parte del programa MBSR con ejercicios de terapia cognitiva. Las técnicas de este protocolo incluyen la psicoeducación sobre la sintomatología relacionada con el estado de ánimo, la explicación de cuál es el papel de los pensamientos negativos y la explicación sobre cómo la rumiación, la evitación, la supresión y la lucha con nuestros pensamientos y emociones pueden acabar perpetuando los síntomas en lugar de hacer que desaparezcan. Hace hincapié en la aceptación de nuestro pensamiento, por lo las técnicas que ofrece o buscan cambiar el contenido del pensamiento, sino descubrir una nueva manera de ver los pensamientos, pasando de verlos como hechos o realidades, a ver lo que simplemente son, es decir, contenido mental (conciencia metacognitiva) (Wong et al., 2011).

El protocolo de la MBCT, al igual que el MBSR, se realiza a grupos y consta de 8 sesiones semanales de 2 horas de duración y debe ser impartido por un profesional formado en esta técnica (Wong et al., 2011).

Aunque en su inicio fue propuesta para el tratamiento de la depresión, la MBCT ya ha sido sugerida como una terapia para tratar los síntomas de ansiedad, ya que parece que el entrenamiento en la toma de conciencia del momento presente podría ser una forma útil de responder a la problemática de las personas con ansiedad generalizada (Wong et al., 2011).

En la Tabla 3 se muestran los datos de los artículos revisados sobre MBCT en este trabajo.

Tabla 3: Resultados de los artículos encontrados sobre

Referencia	Muestra	Tratamiento	Pruebas diagnósticas	Resultados
Evans et al. (2008)	n=11 Sexo M:F; 5:6 Edad: 36-72	MBCT Sesiones semanales de 2h, en grupo, en las que se realizaba: <ul style="list-style-type: none"> body scan meditación sentados hatha yoga mindful-eating meditación caminando Tareas para casa: meditación diaria con CD Duración: 8 semanas	<ul style="list-style-type: none"> Beck Anxiety Inventory (BAI) Beck Depression Inventory-II (BDI) Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) Profile of Mood States (POMS) The Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS) AMNART 	Reducciones significativas en las puntuaciones del BAI, PSWQ, POMS y BDI al terminar el tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> 5 sujetos bajaron de nivel <i>moderado-severo</i> a <i>no clínico</i> en el BAI 3 sujetos bajaron de <i>niveles clínicos</i> a <i>no clínicos</i> en el BDI 5 pacientes con niveles <i>clínicos</i> bajaron a <i>no clínicos</i> en el PSWQ 3 sujetos bajaron de un nivel <i>clínico</i> a <i>no clínico</i> en el POMS Aumento de los estados conscientes en la vida cotidiana según el MAAS
Kim et al. (2009)	n=63 Sexo M:F; 29:17 Edad: 20-60	MBCT Sesiones semanales de 90 minutos, en grupos de 8-12 sujetos, que incluían: <ul style="list-style-type: none"> Técnicas de atención plena (meditación sentada, body scan, meditación caminando) enfoques cognitivos (por ejemplo, observación de pensamientos y conciencia) educación TAG y distorsiones cognitivas tareas para fomentar el uso de la atención plena en la vida Tareas para casa: meditación diaria con CD Duración: 8 semanas No podían meditar o practicar yoga por su cuenta ni asistir a psicoterapia regular	<ul style="list-style-type: none"> Beck Anxiety Inventory (BAI) Beck Depression Inventory-II (BDI) Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) 	Reducciones significativas en las puntuaciones del BAI, HAM-D, BDI y también en las siguientes subescalas del SCL-90-R: ansiedad, somatización, obsesivo-compulsivo, sensibilidad interpersonal, ansiedad fóbica, ideación paranoica y psicoticismo.
Craigie, Rees, Marsh & Nathan (2008)	n=23 Edad: 18-65	MBCT Sesiones semanales de 2h, en grupos de 5 a 7 sujetos Tareas para casa: meditación diaria con CD Duración: 9 semanas (sesión extra, sin material nuevo,	<ul style="list-style-type: none"> Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) Depression Anxiety Stress Scales – short form (DASS21) Beck Depression Inventory - II (BDI-II) 	Reducción significativa de los síntomas de preocupación y estrés patológico. Después del tratamiento, el 60% de la muestra seguía mostrando mejora en su nivel de preocupación patológica.

añadida al protocolo)

Sesiones post-tratamiento a las seis semanas y a los 3 meses (sin adición de material nuevo)

- Beck Anxiety Inventory (BAI)
- Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q)
- Reactions to Relaxation and Arousal Questionnaire (RRAQ)

Mejoras significativas en el miedo a la relajación y el estado de ánimo deprimido medido por el BDI-II.

ACCEPTANCE BASED BEHAVIORAL THERAPY (ABBT)

La terapia conductual basada en la aceptación (Acceptance Based Behavioral Therapy, ABBT) es un modelo terapéutico que busca resaltar el uso de la aceptación en el tratamiento en lugar del juicio o la evitación, así como el énfasis en los principios conductuales de aprender nuevas habilidades, practicar estas habilidades y participar en la acción para aumentar el contacto con contingencias naturales que mantendrán un comportamiento adaptativo. Este tratamiento pretende cambiar la relación del cliente con sus experiencias internas en lugar de intentar cambiar directamente el contenido de dichas experiencias (Eustis, Hayes-Skelton, Roemer & Orsillo, 2016).

La ABBT incluye muchas técnicas cognitivo-conductuales, como autocontrol, desarrollo de habilidades, psicoeducación, cambio de conducta y ejercicios de relajación o de conciencia plena (Eustis et al., 2016).

La versión inicial de este tratamiento se probó en un formato grupal con 10 sesiones de tratamiento centradas principalmente en la psicoeducación sobre la función de las emociones, los problemas que conlleva el control experiencial, los obstáculos que pueda tener el sujeto para actuar de acuerdo a sus valores y la promoción del comportamiento adaptativo en presencia de angustia (Eustis et al., 2016). Por lo tanto, el tratamiento implica aumentar la conciencia sobre la naturaleza de la respuesta ansiosa, la función que tienen las emociones, los juicios y la evitación experiencial en el empeoramiento de la angustia. Se les enseña una variedad de prácticas de atención plena y se les anima a practicarlas de manera tanto formal como informal todos los días. Los clientes también participan en ejercicios dirigidos a determinar acciones guiadas por sus valores y el tratamiento se enfoca en llevar la atención consciente a las acciones y tratar de evitar actividades valiosas. Cerca del final del tratamiento, se desarrollan planes individualizados para mantener las habilidades adquiridas durante la terapia (Roemer, Orsillo & Salter-Pedneault, 2008).

En la Tabla 4 se encuentran los datos de los artículos revisados sobre ABBT en este trabajo.

Tabla 4: Resultados de los artículos encontrados sobre ABBT

Referencia	Muestra	Tratamiento	Pruebas diagnósticas	Resultados
Roemer & Orsillo (2007)	n=16 Sexo M:F; 7:9 Edad: 19-58	ABBT 16 sesiones de tratamiento individual: <ul style="list-style-type: none"> • 4 de 90 minutos • 12 de 60 minutos (2 últimas reducidas) Elementos principales: <ul style="list-style-type: none"> • Presentación y demostración de un modelo del TAG y del tratamiento • Mindfulness y estrategias basadas en la aceptación • Cambio de comportamiento y acción basada en valores 	<ul style="list-style-type: none"> • Anxiety disorders interview schedule for DSM-IV-Lifetime version (ADIS-IV-L) • Depression Anxiety Stress Scales-21-item version (DASS-21) • Beck Depression Inventory-II (BDI) • Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) • Quality of Life Inventory (QOLI) • Acceptance and Action Questionnaire (AAQ) • Affective Control Scale (ACS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción significativa de las puntuaciones en PSWQ, GAD-CSR y ADIS-IV-L (reducción en la gravedad del TAG, preocupación, ansiedad y síntomas de estrés) • Reducción significativa de las puntuaciones en BDI y DASS-21 (reducción de la sintomatología depresiva) • Mejora en las puntuaciones del QOLI (mejora de la calidad de vida) • Mejora en las puntuaciones del AAQ y ACS (reducción de evitación y miedo) • Reducción e incluso suspensión de la medicación ansiolítica en 4 sujetos
Morgan et al. (2014) Study 1	n=15 Sexo M:F; 6:9 Edad: 21-66	ABBT 16 sesiones de tratamiento individual donde se practican habilidades mindfulness 9 meses de seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Anxiety Disorders Interview Schedule-IV (ADIS-IV) • Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) • Quality of life inventory (QOLI) • Mindfulness practice measure 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejoras en la gravedad del TAG, preocupación y calidad de vida • Correlación entre las mejoras y las practicas informales y de respiración
Morgan et al. (2014) Study 2	n=25 Sexo M:F; 18:7 Edad: 19-65	ABBT 16 sesiones de tratamiento individual donde se practican habilidades mindfulness 9 meses de seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Anxiety Disorders Interview Schedule-IV (ADIS-IV) • Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) • Quality of life inventory (QOLI) • Mindfulness practice measure 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejoras en la gravedad del TAG, preocupación y calidad de vida • Correlación entre las mejoras y las practicas informales y de respiración
Eustis et al. (2016)	n=64 Sexo M:F; 22:42 Edad: media 34.41	16 sesiones de tratamiento individual donde se practican habilidades mindfulness	<ul style="list-style-type: none"> • Acceptance and Action Questionnaire (AAQ) • Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) • Quality of Life Inventory (QOLI) • Experiences Questionnaire-Decentering Subscale (EQ-Decentering) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora en las puntuaciones de AAQ, que indican menor evitación experiencial • Cambios en AAQ son predictores de cambios en los niveles de preocupación (disminución de evitación experiencial se asocia con disminución en la preocupación) • Cambios en AAQ son predictores del cambio en calidad de vida (disminución de evitación experiencial se asocia

				con aumento de calidad de vida)
Roemer et al. (2008)	n=31 Edad: >18	ABBT 16 sesiones de tratamiento individual: <ul style="list-style-type: none"> • 4 de 90 minutos • 12 de 60 minutos (2 últimas reducidas) Elementos principales: <ul style="list-style-type: none"> • Presentación y demostración de un modelo del TAG y del tratamiento • Mindfulness y estrategias basadas en la aceptación • Cambio de comportamiento y acción basada en valores Practica en casa	<ul style="list-style-type: none"> • Anxiety disorders interview schedule for DSM-IV-Lifetime version (ADIS-IV-L) • Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) • Depression Anxiety Stress Scales – short form (DASS21) • Beck Depression Inventory-II (BDI) • Quality ofLife Inventory (QOLI) • Acceptance and Action Questionnaire (AAQ) • The Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora en la gravedad del TAG y en las puntuaciones del PSWQ, DASS-Stress, el BDI, AAQ y MAAS. • El 75% de los sujetos tratados respondió al tratamiento y consiguió un funcionamiento de estado alto • El 8.3% de los sujetos en lista de espera mejoraron y tuvieron un funcionamiento de estado alto • Las mejoras se mantienen en el seguimiento de los 3 y 9 meses posteriores
Millstein, Orsillo, Hayes-Skelton & Roemer (2015)	n=81 Sexo M:F; 28:53 Edad: >18	ABBT 16 sesiones de tratamiento individual: <ul style="list-style-type: none"> • 4 de 90 minutos • 12 de 60 minutos (2 últimas reducidas) En las que se trabaja: <ul style="list-style-type: none"> • Explorar el funcionamiento de las emociones, la preocupación y la evitación experiencial. • Enseñar técnicas para el manejo de emociones, entre ellas la atención plena formal e informal. • Identificación de valores • Aumento de acciones basadas en los valores 	<ul style="list-style-type: none"> • Anxiety Disorders Interview for DSM-IV (ADIS-IV) • Inventory of Interpersonal Problems Circumplex Scales, short form (IIP-SC) • Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) • Working Alliance Inventory (WAI) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora de la severidad del TAG • Mejora de los problemas interpersonales • El cambio en mindfulness explicó un 18% adicional de la varianza en problemas interpersonales, el 22% de la varianza a los 6 meses y el 19% de la varianza en el cambio en problemas interpersonales más allá del cambio en la severidad del TAG

EMOTION REGULATION THERAPY (ERT)

La terapia de regulación de la emoción (Emotion Regulation Therapy, ERT) fusiona los principios de la terapia cognitivo conductual con los hallazgos de la ciencia del afecto con el objetivo de aumentar la conciencia motivacional, desarrollar técnicas de regulación cada vez más elaboradas y comprometer contextos novedosos para generar nuevos repertorios de aprendizaje (Mennin, Fresco, Ritter & Heimberg, 2015)

Una de las premisas centrales del modelo de ERT es que la directiva primaria y básica de todos los organismos es la búsqueda seguridad y la evitación de amenazas buscando el equilibrio con la consecución de recompensa y la minimización de pérdidas. Es por ello que nuestro repertorio conductual está modelado en gran medida por estas motivaciones fundamentales. Así, se teoriza que cuando exista algún desequilibrio en este modelo de motivación pueden aparecer algunos trastornos emocionales (Fresco, Mennin, Heimberg & Ritter, 2013).

ERT como protocolo de tratamiento consta de 16 sesiones semanales y 18 horas de atención individualizada. Las sesiones 10 a 13 tienen una duración de 90 minutos y las sesiones restantes 60 minutos. El flujo general de sesiones de ERT consiste en una breve agenda de actividades, revisión de tareas para casa, prácticas de atención plena y puesta en práctica de las habilidades enseñadas, discusión de principios de ERT, discusión y demostración de nuevas habilidades de ERT y asignación de tareas. Las sesiones 10 a 15 suelen incluir ejercicios de exposición durante la sesión y ejercicios de exposición fuera de sesión realizados para la siguiente semana. La ERT se divide en cuatro fases, cada una se centra en un objetivo diferente del tratamiento (Fresco et al., 2013):

- Fase I: Entrenamiento de habilidades de conciencia (sesiones 1 a 3)
- Fase II: Entrenamiento de habilidades de regulación (sesiones 4 a 8)
- Fase III: Exposición experiencial para promover un nuevo aprendizaje contextual (sesiones 9 a 13)
- Fase IV: Consolidando ganancias y mirando hacia el futuro (sesiones 14 a 16)

En la Tabla 5 se muestran los datos de los artículos sobre ERT revisados en este trabajo.

Tabla 5: Resultados de los artículos encontrados sobre ERT

Referencia	Muestra	Tratamiento	Pruebas diagnósticas	Resultados
Mennin et al. (2015)	n=21 Sexo M:F; 4:17 Edad: >18	ERT 20 sesiones semanales de 60 minutos, excepto de la 11-16 que son de 90 minutos por contener exposiciones. En la primera mitad: <ul style="list-style-type: none"> Enseñar estrategias de regulación emocional mediante la atención consciente de señales somáticas y emocionales (regulación de la atención) Habilidades de regulación emocional metacognitiva En la segunda mitad: <ul style="list-style-type: none"> Aumentar ser más "proactivos" en su despliegue de habilidades de regulación Ejercicios de exposición durante la sesión y ejercicios de exposición fuera de sesión en la semana siguiente En las sesiones finales: <ul style="list-style-type: none"> Consolidar ganancias y prepararse para la finalización 	<ul style="list-style-type: none"> Clinical Global Impression Rating Scales (CGI) Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) Beck Depression Inventory-II (BDI-II) Mood and Anxiety Symptom Questionnaire-Short Form (MASQ) State-Trait Anxiety Inventory (STAI) Sheehan Disability Scale (SDS) Quality of Life Inventory (QOLI) Affect Intensity Measure (AIM) Experiences Questionnaire Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) 	<ul style="list-style-type: none"> Los índices de diagnóstico mejoraron significativamente desde el pretratamiento hasta el postratamiento y los períodos de seguimiento Mejora en las medidas de los síntomas de ansiedad, que permanece en los períodos de seguimiento Mejora en los síntomas de depresión, que permanece en los períodos de seguimiento Mejora en la calidad de vida que permanece en los períodos de seguimiento

VARIABLES DE INTERÉS

La segunda parte de esta revisión bibliografía consiste en revisar algunos trabajos sobre algunas variables que parecen ser claves para entender cómo las técnicas de mindfulness pueden ayudar en el proceso de mejoría terapéutica.

Sobre esta temática hemos encontrado 6 artículos que hablan de:

- Flexibilidad cognitiva
- Regulación emocional
- Variabilidad de la frecuencia cardíaca
- Auto-compasión

Como en el apartado anterior vamos, en primer lugar, a hacer una breve descripción de cada constructo y, en segundo lugar, a ver los resultados principales que nos ofrecen los diferentes estudios sobre su función en el tratamiento en una tabla resumen.

FLEXIBILIDAD COGNITIVA

Desde el modelo de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) se ha enfatizado el papel pernicioso que puede tener tanto la evitación experiencial como la falta de flexibilidad psicológica (Ruiz, 2014).

Desde la ACT la flexibilidad psicológica ha sido definida como la capacidad de estar en contacto con las experiencias internas que surgen en el momento sin necesidad de evitarlas y/o escapar de ellas, y ajustar el comportamiento de acuerdo con las circunstancias y a los requisitos de la situación con el fin de perseguir metas importantes para el sujeto. Para hacerlo, la ACT aboga por el uso, entre otros, de ejercicios de defusión cognitiva que se supone que comparten procesos verbales comunes con los ejercicios de mindfulness o atención plena (Ruiz, 2014).

Además, se ha visto que la inflexibilidad psicológica puede mediar la relación entre el perfeccionismo desadaptativo y la preocupación, constructos que son de importancia en el TAG (Ruiz, 2014).

En la Tabla 6 se muestran los datos de los artículos sobre flexibilidad cognitiva revisados en este trabajo.

Tabla 6: Resultados de los artículos encontrados sobre flexibilidad cognitiva

Referencia	Objetivo	Muestra	Pruebas diagnósticas	Resultados
Ruiz (2014)	Comprobar si la inflexibilidad psicológica es un mediador en la relación entre los bajos niveles de habilidades de atención y la preocupación patológica.	n=132 Sexo M:F; 69:63 Edad: 18-69	<ul style="list-style-type: none"> • Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) • Acceptance and Action Questionnaire – II (AAQ-II) • Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Bajos niveles de habilidades mindfulness se relacionan con la preocupación patológica y la inflexibilidad cognitiva • Los resultados sugieren que la inflexibilidad cognitiva media por completo la relación entre las habilidades mindfulness y la preocupación patológica • La inflexibilidad psicológica era un supresor de la relación de la capacidad de enfocarse con la conciencia de una cosa a la vez (actuar con Conciencia) y la preocupación patológica
Lee & Orsillo (2014)	Examinar la inflexibilidad cognitiva entre individuos con síntomas elevados de TAG. Examinar el impacto de la atención plena en comparación con la relajación en el rendimiento emocional de Stroop en personas con síntomas elevados de TAG.	n=66 Sexo M:F; 14:52 Edad: 18-60	<ul style="list-style-type: none"> • Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV (GADQ-IV) • State-Trait Anxiety Inventory (STAI) • Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) • Wide Range Achievement Test-4e Word Reading subtest (WRAT-4) • Cognitive Flexibility Scale (CFS) • Mindful Attention Awareness Scale e State Version (MAAS-STATE) • Rating Scales for Word Valence and Arousal, and Task Effort and Difficulty. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los individuos con síntomas elevados de TAG tenían menor flexibilidad cognitiva • TAG se asocia con déficits en el cambio, una característica importante de la flexibilidad cognitiva • Los participantes con síntomas elevados de TAG que trabajaron mindfulness y relajación tuvieron un desempeño en Stroop emocional más eficiente • Ni mindfulness ni las inducciones de relajación mejoraron el rendimiento de conmutación
Curtiss & Klemanski (2014)	Investigar la relación entre mindfulness y flexibilidad cognitiva. Determinar qué facetas de mindfulness median la relación entre la flexibilidad cognitiva y la sintomatología del TAG.	n=153 Sexo M:F; 56:97 Edad: 18-71	<ul style="list-style-type: none"> • Five facet mindfulness questionnaire (FFMQ) • Acceptance and Action Questionnaire (AAQ) • Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) • Beck depression inventory II (BDI II) 	<ul style="list-style-type: none"> • Todas las facetas de la FFMQ, excepto la faceta de observación, exhibieron correlaciones negativas significativas con el TAG • Solo la <i>no-reacción</i> medió significativamente la relación entre la inflexibilidad psicológica y los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada

REGULACIÓN EMOCIONAL

Se podría definir la regulación emocional como la capacidad de comprender y aceptar las emociones y participar en conductas dirigidas a objetivos que se activan emocionalmente (Roemer et al., 2009).

Mennin, Heimberg, Turk y Fresco (2002 citado en Roemer et al., 2009) sugieren que la motivación en los sujetos con TAG para evitar las experiencias internas desagradables puede originarse en que tienen muchas dificultades con la regulación de sus emociones.

Meninin, Heimberg, Turk y Fresco (2005 citado en Roemer et al., 2009) postulan que la intensidad emocional, la escasa comprensión de las emociones, la reactividad a los estados emocionales negativos y la dificultad para manejar las emociones pueden provocar el uso de la preocupación como una estrategia de evitación. La preocupación puede alterar aún más el uso funcional de las respuestas emocionales creando un ciclo que acaba con la perpetuación de la desregulación emocional y la preocupación entre las personas con TAG (Roemer et al., 2009).

En la Tabla 7 se muestran los datos de los artículos revisados sobre regulación emocional en este trabajo.

Tabla 7: Resultados de los artículos encontrados sobre regulación emocional

Referencia	Objetivo	Muestra	Pruebas diagnósticas	Resultados
Roemer et al. (2009) Estudio 1	Examinar la relación entre la regulación emocional, mindfulness y la gravedad de la sintomatología del TAG	n=395 Sexo M:F; 142:253 Edad: 18-67	<ul style="list-style-type: none"> • Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) • Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) • Self-Compassion Scale (SCS) • Symptom Measures. The Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) • The Depression, Anxiety, and Stress Scales–21-item version (DASS-21) • Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV (GAD-Q-IV) 	<ul style="list-style-type: none"> • La gravedad del TAG (GAD-Q-IV) correlacionó positivamente de forma significativa con las dificultades de regulación emocional (DERS) y correlacionó negativamente de forma significativa la conciencia plena (MAAS) y el no juicio (SCS). • Las dificultades de regulación emocional pueden estar particularmente asociadas con el componente de aceptación del mindfulness • Los hallazgos sugieren que la varianza compartida entre construcciones, además de los aspectos independientes de cada variable, explica la varianza en la gravedad del síntoma del TAG.
Roemer et al. (2009) Estudio 2	Examinar la relevancia clínica de la regulación emocional y el mindfulness en TAG	--	<ul style="list-style-type: none"> • Anxiety Disorders Interview for DSM-IV (ADIS-IV) • Symptom Measures. The Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) • The Depression, Anxiety, and Stress Scales–21-item version (DASS-21) • Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) • Self-Compassion Scale (SCS) 	<ul style="list-style-type: none"> • El grupo clínico informó niveles más bajos de mindfulness y mayores dificultades en la regulación emocional en comparación con el grupo no clínico • Ni el aumento de conciencia, ni la autocompasión, ni las dificultades en la regulación emocional son predictores independientes significativos de la gravedad del TAG

VARIABILIDAD DE LA FRECUENCIA CARDIACA (VFC)

La regulación emocional puede ser un marco potencial para comprender los mecanismos por los que el mindfulness influye en la mejora terapéutica. De hecho, el mindfulness se ha examinado cada vez más en términos de su relación con los procesos emocionales y se ha asociado con indicadores de una mejor capacidad para regular las emociones. Así, parece que la práctica de mindfulness puede contribuir al desarrollo de una regulación más efectiva de las emociones (Mankus et al., 2013).

Dado que las emociones son procesos multifacéticos, su regulación puede evaluarse a través de múltiples canales, incluido el autoinforme, la observación del comportamiento y la respuesta fisiológica. Un indicador autónomo de regulación emocional es variabilidad de la frecuencia cardíaca (VFC), que representa el grado de influencia parasimpática y simpática sobre la frecuencia cardíaca, con lo que niveles más altos indicarían el aumento de la influencia parasimpática y niveles más bajos, simpática (Mankus et al., 2013).

En la Tabla 8 se muestran los datos del artículo que ha sido revisado sobre VFC en este trabajo.

Tabla 8: Resultados de los artículos encontrados sobre VFC

Referencia	Objetivo	Muestra	Pruebas diagnósticas	Resultados
Mankus et al. (2013)	Examinar la relación entre mindfulness y la VFC dentro del contexto de síntomas elevados de TAG. Evaluar si el nivel de TAG moderaría la relación entre mindfulness y la VFC. Examinar si el mindfulness interactuaría con el nivel de TAG en la predicción de la VFC.	n=67 Sexo M:F; 33:34 Edad: 18-23	<ul style="list-style-type: none"> • Generalized anxiety disorder questionnaire e IV (GADQ-IV) • Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) • Media del valor absoluto de la diferencia entre IBI sucesivos (MSD; cálculo de la VFC) 	<ul style="list-style-type: none"> • Los niveles de mindfulness (MAAS) predijeron diferencias en la VFC (MSD) • El nivel de TAG interactuó con el de mindfulness (MAAS) en la predicción de la VFC (MSD) • En el grupo de alto TAG, los niveles de mindfulness (MAAS) se asociaron positivamente de manera significativa con la VFC (MSD) • En el grupo de bajo TAG, los niveles de mindfulness (MAAS) no se asociaron significativamente con la VFC (MSD)

AUTOCOMPASIÓN

La autocompasión se define como estar abierto y movido por el sufrimiento propio, experimentando sentimientos de atención y bondad hacia uno mismo, adoptar una actitud comprensiva y sin prejuicios hacia nuestros errores y fracasos, y reconociendo que la propia experiencia es parte de la experiencia humana común. Se ha visto que este constructo psicológico está asociado positivamente con la salud psicológica, la satisfacción con la vida, la conexión social y la inteligencia emocional, así como con el compromiso de hacer cambios adaptativos en nuestras vidas que mejoren la salud. Además, la autocompasión parece estar vinculada a la resiliencia tanto en adolescentes como en adultos (Hoge et al., 2013).

En la Tabla 9 se muestran los datos del artículo revisado sobre autocompasión en este trabajo.

Tabla 9: Resultados de los artículos encontrados sobre autocompasión

Referencia	Objetivo	Muestra	Pruebas diagnósticas	Resultados
Hoge et al. (2013)	Replicar y ampliar hallazgos previos mediante el examen de los niveles de mindfulness y autocompasión en individuos con TAG	n=136 Edad: 23-60	<ul style="list-style-type: none"> • Self-Compassion Scale (SCS) • Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) • The Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) • Anxiety Sensitivity Index (ASI) • Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) • State Trait Anxiety Inventory Trait (STAI) • Sheehan Disability Scale (SDS) • Beck Anxiety Scale (BAI) 	<ul style="list-style-type: none"> • Los pacientes con TAG tenían puntajes significativamente más bajos en el auto-compasión (SCS) que los controles • Los pacientes con TAG obtuvieron puntuaciones más bajas en autocomplacencia, sentido de humanidad compartida y atención plena, y mayor en el auto-juicio, el aislamiento y la sobreidentificación • Los pacientes con TAG tuvieron puntuaciones más bajas en las escalas FFMQ de actuar con conciencia, sin juzgar y sin reactividad, en comparación con los participantes sanos. • Las puntuaciones no fueron estadísticamente diferentes en las escalas de describir y observar • Las puntuaciones totales de FFMQ y SCS están altamente correlacionadas tanto en pacientes con TAG como en los participantes sanos • Los pacientes con TAG tuvieron puntuaciones significativamente más altas en PSWQ, STAI y ASI que los controles • La puntuación total del FFMQ, pero no la gravedad del síntoma de ansiedad en el BAI o la puntuación del SCS, se asoció significativamente con un mayor funcionamiento disfuncional • Los factores “no juzgar” y “describir” predicen de forma significativa el funcionamiento disfuncional.

CONCLUSIONES

En este trabajo nos hemos centrado en analizar los estudios que hemos encontrado en la revisión sistemática sobre cómo se utiliza el mindfulness para tratar el TAG y cuál es la eficacia de estos programas de tratamiento. Para ello se han seleccionado una serie de artículos que ponían a estudio diferentes protocolos de tratamiento con mindfulness. Estos protocolos son el MBSR, MBCT, ABBT y ERT.

EFICACIA DEL MBSR PARA EL TRATAMIENTO DEL TAG

Si empezamos a analizar los datos obtenidos sobre el protocolo MBSR podemos comprobar que los resultados son alentadores. En los diversos estudios se muestra cómo el entrenamiento en atención plena produce mejoras significativas en los niveles de ansiedad y preocupación. Y estos resultados son obtenidos del análisis no sólo de test estandarizados (como el BAI, PSWQ...) sino que también aparecen cuando se analizan otras variables, como la activación de algunas zonas cerebrales o marcadores endocrinos e inmunológicos.

También hay otros datos de interés en estos estudios. Por ejemplo, parece que el programa MBSR promueve la reducción de los síntomas del TAG a través de diferentes mecanismos: la atención plena y el descentramiento. Aunque ambos mecanismos parecen influir de manera diferente en los síntomas del TAG. Específicamente, el descentramiento parece ser un proceso mediante el cual MBSR reduce la ansiedad, especialmente la fisiológica, mientras que la atención plena parece ser un proceso mediante el cual MBSR reduce la preocupación (Hoge et al., 2015).

Específicamente, parece que el trabajo en conciencia y la no reactividad son los mecanismos clave por los cuales MBSR reduce la preocupación. Estos hallazgos coinciden con los resultados de un estudio que encontró que la falta de reactividad, el no juzgar y actuar con conciencia se asociaron negativamente y de forma significativa con la preocupación (Fisak & von Lehe, 2012 citado en Hoge et al., 2015). Podría ser que las personas que tienen una respuesta más consciente a las preocupaciones tienen menos probabilidades de experimentar la angustia emocional que suele acompañar a la preocupación ya que, al no reaccionar ante las preocupaciones, es menos probable que los individuos realicen intentos de controlar

o suprimir la preocupación, lo que paradójicamente suele aumentar la angustia (Abramowitz et al., 2001 citado en Hoge et al., 2015).

Los datos también sugieren que el entrenamiento en meditación puede haber mejorado el afrontamiento o la "resiliencia" de los sujetos (Hoge et al., 2013)

Debido a que la meditación consciente enseña a los participantes a dejar pasar los pensamientos sin juzgarlos, es posible que el entrenamiento con MBSR haga que estos sujetos tengan menos probabilidades de reflexionar sobre los pensamientos negativos sobre el discurso y su desempeño, y se traten con más amabilidad y menos auto-juicio, lo que podría explicar las mejoras en su estado de ánimo (Hoge et al., 2013).

En definitiva, los resultados respaldan que el trabajo con MBSR se asocia a ganancias en descentramiento y mejoras en mindfulness (no reactividad y actuar con conciencia), que llevan a una mejora de los niveles de preocupación y ansiedad, por lo que una dirección futura podría ser desarrollar tratamientos que promuevan deliberadamente y focalmente el descentramiento y mindfulness para la ansiedad y los trastornos depresivos que se caracterizan por la falta de este tipo de capacidades.

EFICACIA DEL MBCT PARA EL TRATAMIENTO DEL TAG

Los estudios sobre el protocolo MBCT arrojan también resultados similares a los del trabajo con MBSR. Es decir, el protocolo MBCT produce mejoras en los síntomas de ansiedad y depresión, así como en el nivel en preocupación y en la calidad de vida.

Sin embargo, si bien la reducción de la ansiedad, preocupación y los estados de ánimo se presentan como datos esperanzadores, hay que tener cuidado de no caer en la sobreinterpretación de los resultados dado que los estudios suelen ser exploratorios, transversales y no aleatorizados (lo que puede dar lugar a un error tipo I).

En segundo lugar, también porque algunos participantes mantienen la medicación prescrita durante el estudio, lo que podría haber afectado el resultado. Además, estos hallazgos pueden no generalizarse a individuos con TAG que padezcan depresión mayor, algo muy común en este trastorno.

Por otro lado, es importante destacar en la mayoría de los casos hay buenos resultados sobre el mantenimiento de los efectos del entrenamiento en MBCT en los seguimientos post-tratamiento, lo que nos puede indicar que es un enfoque eficaz a largo plazo. También hay otros aspectos positivos de la terapia, como una baja tasa de abandono y una percepción, por parte de los sujetos, de la MBCT como un tratamiento creíble y aceptable. Además, las mejoras en la calidad de vida mostraron que la MBCT se asoció con cambios más allá de los síntomas específicos del diagnóstico. En conjunto, estos puntos sugieren que la MBCT puede ser una opción válida y prometedora (especialmente si se puede mejorar) de tratamiento grupal, relativamente breve, para entornos clínicos que tienen recursos limitados disponibles para la terapia individual. Es decir, se pueden ofrecer la MBCT como una opción de tratamiento inicial para pacientes menos complejos y graves (Craigie et al., 2008).

EFICACIA DEL ABBT PARA EL TRATAMIENTO DEL TAG

En cuanto al protocolo ABBT los datos también muestran resultados esperanzadores. Los datos muestran mejoras en la gravedad del TAG, reducciones en sus niveles de ansiedad y preocupación, reducción de la evitación experiencial y el miedo y mejoras en la calidad de vida.

Sin embargo, a la hora de tratar los problemas interpersonales, en el estudio de Millstein et al. (2015), a pesar de la teoría y las investigaciones previas que sugieren que ABBT, con su énfasis en el cultivo de la atención plena y la aceptación, sería particularmente beneficioso para abordar los problemas interpersonales, encontraron que un entrenamiento en relajación tenía efectos similares que el trabajo con ABBT.

De los estudios de ABBT sale a la luz un dato interesante y es que, al ser un protocolo en el que se busca de manera particular el generalizar los aprendizajes a más contextos, se le da más importancia al uso de las prácticas de meditación informales que en otros protocolos de mindfulness. Y los resultados muestran que son este tipo de prácticas las que parecen relacionarse con las mejoras encontradas y con su mantenimiento en el post-tratamiento (Morgan et al., 2014).

EFICACIA DEL ERT PARA EL TRATAMIENTO DEL TAG

Por último, sobre el protocolo ERT sólo se ha tenido en cuenta un estudio en esta revisión sistemática. En este ensayo, los pacientes con TAG evidenciaron mejoras

estadísticamente y clínicamente significativas en la gravedad, deterioro y calidad de vida de los síntomas, y en los resultados relacionados con el modelo de déficits en la regulación emocional, incluida la intensidad emocional/motivacional, aceptación consciente, descentramiento y reevaluación cognitiva. Los pacientes fueron seguidos durante nueve meses y se mantuvieron las ganancias del tratamiento. Estos hallazgos, aunque preliminares, proporcionan evidencia adicional del papel de la desregulación emocional en el inicio, el mantenimiento y el tratamiento del TAG.

EFFECTOS DE MINDFULNESS SOBRE OTRAS VARIABLES

La segunda parte de esta revisión sistemática ha consistido en analizar la importancia de una serie de variables que, por su aparición repetida en los artículos, parecen ser relevantes en este tipo de tratamiento. Estos constructos han sido:

- Flexibilidad cognitiva
- Regulación emocional
- Variabilidad de la frecuencia cardíaca
- Auto-compasión

Los resultados sobre **inflexibilidad cognitiva** mostraron que los niveles más altos de esta habilidad de mindfulness predijeron una mayor preocupación patológica (Ruiz, 2014). Esto parece plausible en la medida en que la capacidad de actuar con conciencia puede llevar a la mejora de:

- La concentración en la preocupación como una forma de controlar el miedo
- Evitar activamente la preocupación al enfocar la atención en el presente momento.

Se ha encontrado que los bajos niveles de habilidades de atención plena y la inflexibilidad psicológica están significativamente correlacionados con la preocupación patológica. Además las habilidades de atención plena y la inflexibilidad psicológica están negativamente correlacionadas. Específicamente, las relaciones de inflexibilidad psicológica con aceptar sin juicio y actuar con conciencia son muy consistentes y se han obtenido en numerosas ocasiones (por ejemplo, Baer et al., 2004 citado en Ruiz, 2014).

También hay evidencia de que el efecto beneficioso de las habilidades de atención plena sobre la reducción de la preocupación patológica podría estar mediado por aumentos en la flexibilidad psicológica (Ruiz, 2014)

Sin embargo, hay que tener en cuenta que la investigación que examina el impacto de mindfulness en la flexibilidad cognitiva también ha producido resultados mixtos. Estas diferencias pueden deberse a las diferentes metodologías utilizadas en experimentos que incluyen variaciones en la sensibilidad de las medidas, largos protocolos experimentales, la ausencia de controles para los efectos de la práctica y los efectos secundarios de relajación que pueden estar asociados con la atención plena (Lee & Orsillo, 2014).

Otras de las variables analizadas en este trabajo han sido la **regulación emocional** y la **variabilidad de la frecuencia cardiaca**, como forma de evaluar la regulación emocional.

Los datos muestran que los participantes con TAG tienen mayores dificultades para regular sus emociones y que esto puede estar particularmente asociado al componente de aceptación del mindfulness (Roemer et al., 2009).

Así, la atención se ha relacionado con varios indicadores de regulación emocional. Cuando se ha estudiado la VFC como medida de la capacidad de regulación emocional en pacientes con TAG y, teniendo en cuenta que una mayor VFC sugiere que la frecuencia cardíaca de una persona fluctúa de manera más flexible, se ha visto que los individuos con VFC relativamente baja tienden a tener mayores dificultades en la regulación de las emociones en contextos que lo requieren y lo contrario podría ser el caso de aquellos con VFC elevada. Además, la baja VFC puede ser un factor de riesgo para la psicopatología (Mankus et al., 2013)

Los resultados también muestran que la gravedad del TAG moderaba la relación de atención plena y VFC y que solo en el grupo de alto TAG los niveles de atención plena se asocian significativamente con la VFC (Mankus et al., 2013).

La última variable revisada en este trabajo ha sido la **autocompasión**. Se han informado de puntuaciones más bajas en autocompasión en participantes con TAG en comparación con individuos no ansiosos. Además, la baja autocompasión se ha asociado con la gravedad de los síntomas y la calidad de vida. Estos datos sugieren

que la autocompasión y la atención plena son bajas en los trastornos de ansiedad (Hoge et al., 2013).

Los autores especulan que una mayor autocompasión podría permitir a los participantes tener una actitud de aceptación hacia sus limitaciones cotidianas, pero sin ignorarlos ni tampoco obsesionarse con ellos. Esto los llevaría a aceptar también las emociones relacionadas con la discapacidad y el dolor, mientras mantienen el compromiso en el significado actividades cotidianas (Hoge et al., 2013).

No juzgar la experiencia, sino observarla verbalmente, puede conducir a un estado de descentramiento; es decir, la capacidad de observar fenómenos como eventos temporales y objetivos en la mente, en lugar de verlos como reflejos del yo que son necesariamente verdaderos. Los datos de este estudio, por lo tanto, corroboran el argumento de que la capacidad de estar en contacto con las emociones de uno puede proteger la discapacidad, a pesar de la presencia de síntomas de ansiedad (Hoge et al., 2013).

En conclusión, estos datos respaldan que la atención plena y la autocompasión son construcciones valiosas para explorar más a fondo en la investigación del tratamiento con TAG porque pueden contribuir a la reducción del sufrimiento, a la disminución de la ansiedad y a la reducción de la discapacidad que produce el TAG (Hoge et al., 2013).

PROTOCOLOS MINDFULNESS: SIMILITUDES Y DIFERENCIAS

Podríamos clasificar los protocolos encontrados en dos categorías: los que se basan de forma más plena en mindfulness, que serían MBSR y MBCT, y los que combinan técnicas de la TCC con mindfulness, que serían ABBT y ERT.

Si hablamos de los dos primeros protocolos, ambos tienen una estructura muy similar, por no decir idéntica. Son programas de una sesión semanal, con una duración de ocho semanas, más un fin de semana de retiro. Los ejercicios realizados en esas sesiones también son los mismos: meditaciones sentadas y caminando, hatha yoga y *bodyscan*. Además, se les instruye para que practiquen en casa y se les facilita un CD para ello. Y ambos deben ser impartidos por un profesional formado en el protocolo en cuestión.

Sin embargo, el protocolo MBSR fue diseñado para enfermedades y dolor crónico, mientras que el MBCT para reducir la recaída y la recurrencia de la depresión mayor. Esto probablemente se traduzca en que el contenido de las meditaciones guiadas y alguna otra práctica sea distinto, puesto que el objetivo a alcanzar no es el mismo. Aunque como actualmente ambos protocolos se usan para un público más amplio, no exclusivamente para los problemas para los que fueron diseñados, puede que tengan más similitudes que diferencias. La diferencia más clara quizá sea que la MBCT, al igual que la ABBT y la ERT, incluye técnicas de terapia cognitiva, como la psicoeducación.

En cuanto a la ABBT y la ERT, como ya se ha mencionado anteriormente, son programas de tratamiento en los que el uso de las técnicas de mindfulness no es lo principal. La ABBT pone el énfasis en lo conductual, buscando el desarrollo de habilidades y cambios de conducta, aunque incorpora conceptos mindfulness, como el uso de la aceptación en lugar del juicio o la evitación. La ERT, por su parte, está más enfocada en la emoción, utilizando para aprender a regularla técnicas cognitivas conductuales y de atención plena. Estos protocolos son más largos que los anteriores, teniendo la ABBT 10 sesiones en su versión inicial (y 16 en los artículos revisados) y la ERT 16 sesiones semanales y 18 horas de sesiones individuales.

Es un protocolo más largo (10 sesiones en su versión inicial y 16 en los artículos revisados) centradas principalmente en la psicoeducación sobre la función de las emociones, los problemas que conlleva el control experiencial, los obstáculos que pueda tener el sujeto para actuar de acuerdo a sus valores y la promoción del comportamiento adaptativo en presencia de angustia.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Las limitaciones de estos trabajos fueron, en primer lugar, que la mayoría tiene una muestra pequeña, lo que podría no hacer muy generalizables los resultados encontrados. En segundo lugar, dadas las grandes tasas de comorbilidad que el TAG posee con diferentes trastornos pero, en particular, con el trastorno depresivo mayor, puede también ser difícil la generalización de los resultados encontrados a muchos de los sujetos que padecen TAG acompañado de otra sintomatología. Y en tercer lugar, los estudios suelen incluir a algunos participantes que toman medicación psiquiátrica, lo que puede haber interferido con los resultados de los estudios.

Según estos hallazgos, podríamos concluir que los desarrolladores de intervenciones basadas en mindfulness para la preocupación patológica y TAG podrían considerar enfocar las intervenciones en el desarrollo de la aceptación y la autocompasión, en la mejora de la actuación con consciencia y la acción guiada por los propios valores, y en el énfasis no sólo de la práctica formal, sino también de la informal, para ayudar a generalizar las mejoras al contexto de la vida diaria y conseguir así que se prolonguen en el tiempo.

Por último es necesario comentar que, aunque se ha conseguido contestar a las preguntas de investigación de este trabajo, ya que sólo consistía en una primera revisión general del tema en cuestión, podría ser mejorado y ampliado realizando búsquedas con descriptores más concretos (por ejemplo, realizando búsquedas más específicas usando el nombre de los distintos protocolos como descriptores) y también ampliando la búsqueda utilizando estos descriptores no sólo en inglés, sino también en castellano.

CONCLUSIONES FINALES

Tras analizar todos estos datos podemos contestar de manera afirmativa a las preguntas de investigación de este trabajo, puesto que, a pesar de las limitaciones que tienen los estudios, los resultados son positivos y nos muestran que los diferentes protocolos que incorporan técnicas mindfulness parecen ser eficaces para el tratamiento del TAG.

A mi juicio el mindfulness puede ser una técnica idónea para este trastorno ya que ambos tienen las mismas bases. El TAG es un trastorno en el que la persona se aferra a sus pensamientos, les da un valor, los percibe como reales, se identifica con ellos y utiliza como estrategia para sobrellevar el malestar que todo esto le provoca la evitación experiencial. Por su parte, mindfulness hace hincapié en todo esto, ayudando a la persona a ver los pensamientos como lo que son: pensamientos; enseñando a dejarlos ir y a desidentificarse con ellos para encontrarse realmente con quién es. Descubrir *quién eres* y promover la acción guiada por tus valores también es otra enseñanza de mindfulness, lo que puede ayudar a contrarrestar la evitación experiencial. Otro de los motivos por los que creo que puede funcionar para las personas con TAG, puesto que suelen estar preocupadas por el futuro o el pasado, es porque mindfulness promueve estar presente; aquí y ahora.

Sin embargo, me gustaría acabar comentando que para mí es fundamental en este tipo de técnicas que se incorpore el desarrollo de la compasión y la autocompasión. El entrenamiento en meditación puede ayudar mucho a las personas a calmar su mente y a conectar con la realidad (externa e interna) pero es necesario añadir un componente emocional, de amor hacia nosotros mismos y hacia todo lo demás, para que el tratamiento sea completo.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report. *Assessment*, 11, 191-206.
- Borkovec, T. D., Alcaine, O., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice, 2004*.
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour research and therapy*, 21(1), 9-16.
- Cebolla, A., García-Campayo, J., & Demarzo, M. (2014). *Mindfulness y ciencia*. Alianza Editorial.
- Craigie, M. A., Rees, C. S., Marsh, A., & Nathan, P. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder: A preliminary evaluation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(5), 553-568.
- Curtiss, J., & Klemanski, D. H. (2014). Teasing apart low mindfulness: Differentiating deficits in mindfulness and in psychological flexibility in predicting symptoms of generalized anxiety disorder and depression. *Journal of Affective Disorders*, 166, 41-47.
- Delgado, L., & Amutio, A. (2011). La ansiedad generalizada y su tratamiento basado en Mindfulness. *Cuadernos de Medicina Psicosomática Y Psiquiatría de Enlace*, (99), 50-65.
- Eustis, E. H., Hayes-Skelton, S. A., Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2016). Reductions in experiential avoidance as a mediator of change in symptom outcome and quality of life in acceptance-based behavior therapy and applied relaxation for generalized anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*, 87, 188-195.

- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., & Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 22(4), 716-72
- Fresco, D. M., Mennin, D. S., Heimberg, R. G., & Ritter, M. (2013). Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(3), 282-300.
- Hoge, E. A., Bui, E., Goetter, E., Robinaugh, D. J., Ojserkis, R. A., Fresco, D. M., & Simon, N. M. (2015). Change in decentering mediates improvement in anxiety in mindfulness-based stress reduction for generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 39(2), 228-235.
- Hoge, E. A., Bui, E., Marques, L., Metcalf, C. A., Morris, L. K., Robinaugh, D. J., ... & Simon, N. M. (2013). Randomized controlled trial of mindfulness meditation for generalized anxiety disorder: effects on anxiety and stress reactivity. *The Journal of clinical psychiatry*, 74(8), 786.
- Hoge, E. A., Bui, E., Palitz, S. A., Schwarz, N. R., Owens, M. E., Johnston, J. M., ... & Simon, N. M. (2018). The effect of mindfulness meditation training on biological acute stress responses in generalized anxiety disorder. *Psychiatry research*, 262, 328-332.
- Hoge, E. A., Hölzel, B. K., Marques, L., Metcalf, C. A., Brach, N., Lazar, S. W., & Simon, N. M. (2013). Mindfulness and self-compassion in generalized anxiety disorder: examining predictors of disability. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2013.
- Hölzel, B. K., Hoge, E. A., Greve, D. N., Gard, T., Creswell, J. D., Brown, K. W., ... & Lazar, S. W. (2013). Neural mechanisms of symptom improvements in generalized anxiety disorder following mindfulness training. *NeuroImage: Clinical*, 2, 448-458.
- Kabat-Zinn, J. (2004). Vivir con plenitud las crisis. Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad. Barcelona: Kairos.

- Kessler, R., Walters, E., & Wittchen, H. (2004). *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 29–50). New York: Guilford.
- Kim, Y. W., Lee, S. H., Choi, T. K., Suh, S. Y., Kim, B., Kim, C. M., et al. (2009). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 26, 601–606
- Lee, J. K., & Orsillo, S. M. (2014). Investigating cognitive flexibility as a potential mechanism of mindfulness in generalized anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(1), 208-216.
- Majid, S. A., Seghatoleslam, T., Homan, H. A., Akhvast, A., & Habil, H. (2012). Effect of mindfulness based stress management on reduction of generalized anxiety disorder. *Iranian journal of public health*, 41(10), 24.
- Mankus, A. M., Aldao, A., Kerns, C., Mayville, E. W., & Mennin, D. S. (2013). Mindfulness and heart rate variability in individuals with high and low generalized anxiety symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 51(7), 386-391.
- Mennin, D. S., Fresco, D. M., Ritter, M., & Heimberg, R. G. (2015). An open trial of emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder and cooccurring depression. *Depression and Anxiety*, 32(8), 614-623.
- Millstein, D. J., Orsillo, S. M., Hayes-Skelton, S. A., & Roemer, L. (2015). Interpersonal problems, mindfulness, and therapy outcome in an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Cognitive behaviour therapy*, 44(6), 491-501.
- Miró, M. T., & Simón, V. (2012). *Mindfulness en la práctica clínica*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Morgan, L. P., Graham, J. R., Hayes-Skelton, S. A., Orsillo, S. M., & Roemer, L. (2014). Relationships between amount of post-intervention mindfulness practice and follow-up outcome variables in an acceptance-based behavior therapy for Generalized Anxiety Disorder: The importance of informal practice. *Journal of contextual behavioral science*, 3(3), 173-178.

- Orsillo, S. M., & Roemer, L. (2007). *Acceptance-and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment*. Springer Science & Business Media.
- Rapgay, L., Bystritsky, A., Dafter, R. E., & Spearman, M. (2011). New strategies for combining mindfulness with integrative cognitive behavioral therapy for the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 29(2), 92-119.
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 54-68.
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2007). An Open Trial of an Acceptance-Based Behavior Therapy for Generalized Anxiety Disorder. *Behavior Therapy*, 38(1), 72–85.
- Roemer, L., Lee, J. K., Salters-Pedneault, K., Erisman, S. M., Orsillo, S. M., & Mennin, D. S. (2009). Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: preliminary evidence for independent and overlapping contributions. *Behavior therapy*, 40(2), 142-154.
- Roemer, L., Orsillo, S. M., & Salters-Pedneault, K. (2008). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: Evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(6), 1083.
- Ruiz, F. J. (2014). The relationship between low levels of mindfulness skills and pathological worry: The mediating role of psychological inflexibility. *Anales de Psicología*, 30(3), 887–897
- Wittchen, H. U., Zhao, S., Kessler, R. C., & Eaton, W. W. (1994). DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 51(5), 355-364.
- Wong, S. Y. S., Mak, W. W. S., Cheung, E. Y. L., Ling, C. Y., Lui, W. W., Tang, W., ... Ma, H. S. (2011). A randomized, controlled clinical trial: the effect of

mindfulness-based cognitive therapy on generalized anxiety disorder among Chinese community patients: protocol for a randomized trial. *BMC Psychiatry*, 11, 187–193.