



Universidad de la República

Facultad de Psicología

**Terapia Cognitiva basada en Mindfulness para el tratamiento del Trastorno de  
Ansiedad Generalizada**

Trabajo final de grado:

Monografía

**Estudiante: Leticia Barrios 3.171.546-6**

**Tutora: Asist. Mag. Valentina Paz**

**Revisora: Prof. Adj. Dra. Gabriela Fernández**

Febrero, 2023 – Montevideo, Uruguay

## Índice

<b>Índice</b>	<b>2</b>
<b>Resumen</b>	<b>3</b>
<b>Abstract</b>	<b>4</b>
<b>Abreviaciones</b>	<b>5</b>
<b>Introducción</b>	<b>6</b>
<b>Capítulo 1- Ansiedad</b>	<b>8</b>
1.1 Definición de Ansiedad	8
1.2 Datos epidemiológicos de los trastornos de ansiedad	8
<b>Capítulo 2- Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)</b>	<b>9</b>
2.1 Criterios diagnósticos	9
2.2 Cambios nosográficos	10
2.3 Etiología	11
2.3.1 Factores genéticos y ambientales	11
2.4 Modelos explicativos para el TAG	12
2.4.1 Modelo de intolerancia a la incertidumbre	12
2.4.2 Modelo de la evitación cognitiva	14
2.4.3 Modelo metacognitivo	14
2.5 Comorbilidad y diagnóstico diferencial	15
2.5.1 Comorbilidad	16
2.5.2 Diagnóstico diferencial	16
2.6 Tratamientos	19
2.6.1 Tratamientos psicofarmacológicos	19
2.6.2 Tratamientos psicológicos	20
<b>Capítulo 3- Mindfulness</b>	<b>23</b>
3.1 Orígenes y antecedentes	23
3.1.1 Orígenes	23
3.1.2 Antecedentes	24
3.2 Conceptos y definiciones del Mindfulness	25
<b>Capítulo 4- Terapia Cognitiva</b>	<b>26</b>
4.1 Aspectos centrales	26
<b>Capítulo 5- Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (MBCT)</b>	<b>29</b>
<b>Capítulo 6- MBCT en el tratamiento del TAG</b>	<b>30</b>
6.1 Estudios que aplican la MBCT en el tratamiento del TAG	31
6.2 Limitaciones de estudios que aplicaron MBCT para el tratamiento del TAG	36
<b>Reflexiones Finales</b>	<b>37</b>
<b>Referencias</b>	<b>39</b>
<b>Anexo</b>	<b>71</b>

## Resumen

El Trastorno de ansiedad generalizada (TAG) consiste en ansiedad y preocupación excesiva en relación con diversos sucesos o actividades de la vida cotidiana. Se caracteriza por síntomas de inquietud, nervios, irritabilidad, entre otros. El TAG constituye un problema relevante en la actualidad, dada su prevalencia en la población mundial. Sus efectos impactan negativamente sobre la calidad de vida de las personas generando una pérdida gradual de la funcionalidad psicosocial, y un impacto a nivel socioeconómico y sanitario. Se considera uno de los trastornos de ansiedad que más interés ha generado en los investigadores debido a la dificultad que tiene comprender la naturaleza del mismo. El Mindfulness es una práctica de gran popularidad hoy en día, pero su origen se sitúa hace unos 2500 años. El Mindfulness se puede entender como prestar atención de forma intencional al momento presente. La incorporación al ámbito clínico de terapias basadas en el Mindfulness, como la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT), se debió a las dificultades que otras terapias han tenido en su forma de abordaje, también su incorporación se debe a la evidencia empírica que ha demostrado su eficacia. La presente monografía tiene como objetivo revisar, analizar e integrar la literatura disponible acerca de la MBCT para el tratamiento del TAG. Se concluye que la MBCT es eficaz en la disminución de los síntomas presentes en la ansiedad generalizada, la preocupación patológica y el estrés, y mejora la calidad del sueño, la atención plena y la autocompasión.

**Palabras clave:** Ansiedad, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Terapia Cognitiva basada en Mindfulness.

### **Abstract**

Generalized Anxiety Disorder (GAD) consists of anxiety and excessive worry in relation to various events or activities of daily life. It is characterized by symptoms of restlessness, nerves, irritability, among others. GAD constitutes a relevant problem today, given its prevalence in the world population. Its effects have a negative impact on the quality of life of people, which generate a gradual loss of psychosocial functionality and an impact on the socioeconomic and health level. It is considered one of the anxiety disorders that have generated the greatest interest in researchers due to the difficulty of understanding the nature of it. Mindfulness is a practice of great popularity today, but its origin is about 2500 years ago. Mindfulness can be understood as intentionally paying attention to the present. The incorporation into the clinical field of Mindfulness-based therapies, such as Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT), was due to the difficulties that other therapies have had in their approach, their incorporation is also due to the empirical evidence that has demonstrated its effectiveness. The present monograph has the objective of reviewing, analyzing and integrating the available literature on MBCT for the treatment of GAD. It was concluded that MBCT is effective in reducing the symptoms present in generalized anxiety, pathological worry and stress, and improves sleep quality, mindfulness and self-compassion.

**Keywords:** Anxiety, Generalized Anxiety Disorder, Mindfulness-Based Cognitive Therapy.

### **Abreviaciones**

ACT = Acceptance and Commitment Therapy (Terapia de Aceptación y Compromiso)

DBT = Dialectical Behavior Therapy (Terapia Dialéctico Conductual)

MBCT = Mindfulness Based Cognitive Therapy (Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness)

MBSR = Mindfulness Based Stress Reduction Program (Programa de Reducción del Estrés Basado en la Atención Plena)

TA = Trastorno de Ansiedad

TAG = Trastorno de Ansiedad Generalizada

TC = Terapia Cognitiva

TCC = Terapia Cognitivo Conductual

TDM = Trastorno Depresivo Mayor

TOC = Trastorno Obsesivo-Compulsivo

TTG = Terapia de Tercera Generación

## Introducción

La presente monografía, en el marco del Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología, se propone abordar la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (MBCT) para el Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). La temática escogida está motivada por intereses personales acerca de la Terapia Cognitivo-Conductual, las Terapias de Tercera Generación, el Mindfulness y los trastornos psicológicos, eligiendo para esta monografía específicamente el TAG y la MBCT. Por un lado, elegí el TAG por constituir un trastorno relevante en la actualidad y, por otro lado, la MBCT porque combina terapia cognitiva con la práctica de Mindfulness.

A nivel profesional, me gustaría remarcar que como futuros psicólogos es de importancia y responsabilidad conocer cuáles son los distintos tratamientos existentes y cuáles tratamientos son eficaces para los distintos tipos de trastornos psicológicos e indagar los considerados más eficaces por la comunidad científica. También, la importancia de ser integrativos e incentivar a los futuros profesionales de la salud mental que se encuentren abiertos a varios campos, para de esta manera brindar la mayor ayuda posible a sus pacientes. Además, cabe señalar que en Uruguay, la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República posee pocos cursos sobre la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y las Terapia de Tercera Generación (TTG) que cuentan con un amplio respaldo empírico a nivel mundial. Por este motivo, considero que deberían tener presencia y un peso más relevante en nuestra formación, sobre todo para que aquellos futuros profesionales que deseen trabajar con trastornos mentales puedan contar con un abanico amplio de herramientas que sean eficaces.

En este trabajo, como se mencionó, se propone abordar la MBCT para el tratamiento del TAG. En el primer capítulo, se definirá la ansiedad, su función como promotora de la supervivencia, y también cuando aparece de forma patológica interfiriendo en la cotidianidad del individuo. A continuación, se discutirán los datos epidemiológicos acerca de los trastornos de ansiedad, considerando a estos trastornos como un problema habitual de salud sumamente relevante en la actualidad. En el segundo capítulo, dentro de los trastornos de ansiedad, nuestro interés se centrará específicamente en el TAG. Continuando con el TAG, se pasará a describir los cambios nosográficos ocurridos a lo largo de su historia, desde su integración como trastorno independiente en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), hasta su descripción en la quinta y última edición de este manual. También, se mencionarán algunos de los modelos explicativos del TAG más importantes. Además, explicaremos la etiología,

comorbilidad y diagnóstico diferencial del TAG, así como los tratamientos más relevantes. En el tercer capítulo se describirán los orígenes y antecedentes del Mindfulness, así como los conceptos y elementos teóricos más importantes y sus antecedentes en la práctica clínica. En el cuarto capítulo describiremos los aspectos centrales que componen a la Terapia Cognitiva (TC) e intentaremos brindar un panorama general de los cambios que provocaron la aparición de una nueva generación de terapias, llamada la “Tercera generación” o “Tercera Ola”. En el quinto capítulo se describirá la MBCT, creada por Segal, Williams y Teasdale (2002) para la prevención de recaídas en la depresión. En el sexto capítulo se describirá la implementación clínica de la MBCT para el tratamiento del TAG, y finalmente haremos un resumen de los estudios encontrados que aplicaron la MBCT específicamente para el tratamiento del TAG. Para el final de la monografía se presentan las reflexiones finales, y un anexo con una tabla detallada de los estudios encontrados, los resultados obtenidos y la efectividad de los mismos.

## Capítulo 1- Ansiedad

### 1.1 Definición de Ansiedad

Según el Diccionario de la Real Academia Española (2014), el término ansiedad proviene del latín “anxietas” que significa “estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo”. Para Beck et al. (1985) “la ansiedad es el estado de sentimiento negativo evocado cuando se estimula el miedo” (p. 9).

La ansiedad es una reacción normal que todos los individuos sienten en mayor o menor medida y forma parte de la existencia humana (Sierra et al., 2003). Se considera una conducta adaptativa que promueve la supervivencia del individuo para que permanezca alejado de situaciones y lugares con riesgo potencial. La ansiedad funciona como un mecanismo de respuesta fisiológica, emocional y conductual que surge de la anticipación a una posible amenaza o peligro futuro (Macías et al., 2019).

Para Sierra et al. (2003) cuando este conjunto de síntomas físicos y mentales no responden a peligros o amenazas reales se puede estar frente a una ansiedad patológica. Por eso, cuando estas reacciones son excesivas, perturbadoras y persisten en lo cotidiano, se deben de evaluar para identificar si existe un trastorno de ansiedad (Delgado et al., 2021). La ansiedad patológica implica una respuesta emocional exagerada y desproporcionada (Díaz & De la Iglesia, 2019), que se manifiesta con mayor frecuencia, intensidad y persistencia que la ansiedad normal (Spielberger et al., 1984 citado en Sierra et al., 2003).

### 1.2 Datos epidemiológicos de los trastornos de ansiedad

Los Trastornos de Ansiedad (TA), constituyen un grupo de patologías mentales, que comparten características de temor, preocupaciones excesivas y conductas evitativas, que emergen en situaciones que no suelen representar ningún peligro real y se diferencian entre sí según el tipo de objeto o situación específica promotora de la ansiedad (Delgado et al., 2021). Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-V) (APA, 2013), los TA incluyen el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico, la fobia social, el trastorno de ansiedad por separación, la fobia específica, la agorafobia, el mutismo selectivo, entre otros. Los TA son de los trastornos psiquiátricos más importantes a nivel global y de los más discapacitantes en la mayoría de los países de la Región de las Américas (OPS, 2018).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017) en el año 2015 más de 264 millones de personas tenían un trastorno de ansiedad. En ese mismo año, la OMS estimó una prevalencia a nivel mundial del 3,6%, siendo estos trastornos más frecuentes en mujeres (4,6%) que en varones (2,6%). En América Latina, los datos ascienden hasta el 7,7% en mujeres y 3,6% en los varones. Así mismo, la prevalencia de los TA se ha incrementado a lo largo de los años. En el contexto de la pandemia por COVID-19, los TA en América Latina y el Caribe aumentaron en promedio un 32% (OMS, 2022; OPS, 2022). En lo que respecta al TAG, la prevalencia a nivel global es del 5%.

## **Capítulo 2- Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)**

### **2.1 Criterios diagnósticos**

Según los criterios diagnósticos del DSM-V (APA, 2013) el TAG consiste en ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva) que se produce más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (laboral o escolar). A su vez, al individuo le tiene que ser difícil controlar esta preocupación. La ansiedad y la preocupación se asocian con tres o más de los siguientes síntomas (basta con uno en niños): inquietud o tener los nervios de punta, cansarse o fatigarse con facilidad, dificultades de concentración o quedarse en blanco, irritabilidad, tensión muscular y perturbaciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño y/o sueño insatisfactorio). La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos deben producir un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes del funcionamiento.

Más allá de su implicación médica, los efectos del TAG impactan negativamente sobre la calidad de vida de las personas y en consecuencia generan una pérdida gradual de la funcionalidad psicosocial. Vetere (2008) refiere a que un importante número de estudios coinciden en el marcado deterioro producido por la presencia de este cuadro en la calidad de vida y el nivel de funcionamiento, que genera severas limitaciones en el desempeño laboral, familiar y social.

Uno de los mayores impactos de este trastorno recaería sobre la baja autoestima y la sensación de fracaso en el logro de los objetivos personales. En el trabajo, los pacientes con TAG muestran limitaciones en el desempeño laboral, reducción de la productividad o la pérdida por baja laboral. También, menor satisfacción con la vida familiar y social, y

dificultades en estas relaciones. Además de un menor funcionamiento físico, menor percepción de salud y vitalidad, así como menor percepción de bienestar y satisfacción general (Vetere, 2008; López de la Parra et al., 2014). Así mismo, el trastorno genera un gran impacto a nivel socioeconómico y sanitario, en la utilización de recursos y en la carga social de la enfermedad (Albarracín et al., 2008).

## 2.2 Cambios nosográficos

El TAG es uno de los TA menos estudiados (Newman & Przeworski, 2018; Chang et al., 2019; Saramago et al., 2021; Ghaderi et al., 2022). Esto es desafortunado porque pese a su elevada prevalencia en la práctica clínica, es uno de los menos comprendidos. Este hecho puede estar relacionado con que el TAG no fue considerado como categoría diagnóstica hasta 1980 (Prados, 2011), con la aparición de la tercera edición revisada del DSM (APA, 1980). Recién el DSM-III-R (APA, 1987) introdujo al TAG como un trastorno mental específico e independiente. También, puede estar relacionado con que ha sido conceptualizado como el TA más “básico” (Rapee, 1991; Prados, 2008), esto puede deberse a la dificultad que se tiene a la hora de comprender la naturaleza de este trastorno al compartir características similares con los demás TA. Otra posible explicación podría ser la ausencia de miedos focales y de comportamientos de evitación específicos en contraste con otros TA, donde el estímulo temido resulta fácilmente identificable (Delgado & Amutio, 2011). Así mismo, las personas con TAG presentan preocupación crónica y afecto negativo, características que se hallan presentes en diversos grados en todos los trastornos emocionales (Brown et al., 1998).

Siguiendo con algunos cambios producidos en las diferentes ediciones del DSM, se añade que en el DSM-III (1980) el tiempo mínimo de presencia de los síntomas era de 1 mes, mientras que en el DSM-III-R (1987) aumentó a 6 meses. También, el síntoma de expectación aprensiva cambió de opcional a obligatorio junto con la ansiedad en el DSM-III-R (1987). En el DSM-III y DSM-III-R el criterio de impacto personal se describía brevemente como un deterioro de la actividad social o profesional, casi siempre de forma leve; no fue hasta el DSM-IV (1994) que se incluyó como un criterio exigible para el diagnóstico. En el DSM-III-R se elimina la necesidad de tener 18 años para poder realizar el diagnóstico, y el número de circunstancias vitales sobre las que aparecía la ansiedad y la preocupación (de 2 o más) aumentó en número en el DSM-IV (1994). Además, esta última versión introduce la disminución del mínimo número presente de síntomas acompañantes, que en el DSM-III-R era 6 síntomas de 18 y quedó en 3 síntomas de 6 y una mayor

especificidad de los mismos. Los criterios del DSM-IV-TR (2000) no presentan modificaciones con respecto al TAG (Bobes et al., 2002).

Las modificaciones en los criterios diagnósticos de las distintas versiones del DSM generaron cambios, tanto en su definición como en su operativización en un intento de precisar con mayor claridad los términos de esta entidad diagnóstica. La evolución de las diferentes ediciones suponen un avance importante para la identificación clínica y para el diagnóstico de este trastorno, aunque los límites entre el TAG y otros trastornos presentan aún ciertas dificultades para los profesionales de la salud mental (Bobes et al., 2002).

### 2.3 Etiología

El TAG suele empezar en la infancia o en la adolescencia. Se presenta de forma gradual y más temprano que otros TA (Rapee, 1991; Leahy et al., 2011; Bados, 2017), pero también puede comenzar en la adultez (Schienle et al., 2011; Ruscio et al., 2017; Ibáñez Lorente, 2020; NIMH, 2022) luego de experimentar una serie de eventos estresantes percibidos como inesperados y negativos (Blazer et al., 1987; Brown, 1997). Su curso es fluctuante y crónico, y durante los periodos de estrés suele empeorar (APA, 2002; Vetere, 2009).

La principal causa del desarrollo del TAG en una persona no se basa en un único elemento, en su etiología confluyen factores genéticos y ambientales (Newman & Anderson, 2007). Los factores genéticos crean vulnerabilidad a la patología psiquiátrica, y estos factores interactúan con el desarrollo neurológico y los eventos de la vida. Asimismo, las experiencias adversas o el estrés pueden ser más traumáticos para alguien con una vulnerabilidad genética a la patología (Culpepper, 2009).

#### 2.3.1 Factores genéticos y ambientales

Algunas investigaciones sostienen que el TAG es una condición hereditaria con una contribución genética moderada de aproximadamente el 30% (Hettema et al., 2001; García-Herrera et al., 2015; Amaya, 2019; Gottschalk & Domschke, 2022). Si bien juega un papel relevante, no sería un factor determinante en la aparición del trastorno.

Los factores ambientales juegan un papel importante en la etiología del TAG (Nurnberger & Berretini, 1998). En particular, se destaca el impacto de situaciones o eventos traumáticos en el pasado, como abuso sexual o muerte de alguno de los

progenitores en la infancia (Borkovec, 1994), maltrato y/o agresión física, y haber tenido que cuidarse por anticipado de los padres en la infancia (Bados, 2017).

Otro factor importante es el estilo educativo de los padres, como falta de afecto hacia el niño, rechazo, excesivo autoritarismo o ser progenitores sobreprotectores, que propicien una vinculación o apego inseguro en la infancia (Newman & Anderson, 2007; García & Sanz, 2016). Además de los conflictos entre padres, un ambiente familiar disfuncional e inapropiado puede influir en el desarrollo del TAG (Franco-Nerín et al., 2014). A menudo características de personalidad, tales como perfeccionismo, dependencia y falta de asertividad (Rapee, 1995), también pueden haber sido influidas por estos factores. Estas características de personalidad predisponen un pobre desarrollo de las habilidades interpersonales, la falta de habilidades para manejar diversas situaciones o dificultades para aplicarlas (Bados, 2017).

Se ha señalado que los pacientes con TAG generalmente no tienen falta del conocimiento sobre cómo solucionar problemas, sino que fallan en la orientación hacia el problema: no reconocen o hacen atribuciones equivocadas sobre los mismos, mantienen un punto de vista pesimista sobre ellos y perciben a estos como amenazas que hay que evitar (Dugas & Ladouceur, 1997; Dugas & Robichaud, 2007). También, en el TAG intervienen el afecto negativo, el neuroticismo y la sensibilidad a la ansiedad (Brown et al., 1998, González, 2019). Diversos autores han distinguido en la vulnerabilidad psicológica del TAG, dos componentes, la percepción de amenaza generalizada (la visión del mundo como peligroso) y el sentirse incapaz de afrontar los eventos amenazantes (Borkovec, 1994; Barlow et al., 2002; Borkovec et al., 2004; Sibrava & Borkovec, 2006; Behar et al., 2009).

Por lo tanto, durante los primeros años de vida hay un período de alta plasticidad neuronal y sensibilidad al entorno, donde las experiencias tempranas tienen un fuerte impacto sobre los circuitos neuronales inmaduros, con consecuencias duraderas que permanecen en la forma en la que el cerebro construye la realidad. Estos factores pueden contribuir al inicio, al curso y a la persistencia del TAG a lo largo de toda la vida (Freiria et al., 2017; Garay et al., 2019).

## 2.4 Modelos explicativos para el TAG

### 2.4.1 Modelo de intolerancia a la incertidumbre

Dugas et al. (1998) proponen un modelo conceptual para el TAG en el que consideran algunas variables importantes para su desarrollo: la intolerancia hacia la

incertidumbre, las creencias sobre la preocupación, la orientación negativa o pobre del problema y la evitación cognitiva.

La intolerancia hacia la incertidumbre refiere a que las personas con TAG tendrían una predisposición a reaccionar negativamente tanto a nivel cognitivo, emocional y conductual, ante posibles eventos o situaciones futuras de índole incierta o ambigua (Ladouceur et al., 2000; Dugas & Koerner, 2005). Estos individuos creen que la preocupación les ayudará a encontrar una mejor manera de hacer las cosas o prevenir que se produzcan consecuencias indeseables (Freeston et al., 1994; Ladouceur et al., 2000), siendo la creencia sobre la preocupación la que sostiene el trastorno. La preocupación junto a la ansiedad conducirían tanto a una orientación negativa del problema como a la evitación cognitiva (Koerner & Dugas, 2006).

La orientación negativa al problema refleja la pobre valoración y percepción que la persona con TAG tiene de los problemas y la falta de confianza en su capacidad para resolverlos, además de frustrarse rápidamente y ser pesimistas acerca de los resultados (Koerner & Dugas, 2006). Por otra parte, la evitación cognitiva se define como una actividad cognitiva de tipo conceptual, lingüística-verbal que suprime las imágenes mentales (Borkovec et al., 1990). En otras palabras, según estos autores, se refiere al uso de estrategias cognitivas como la sustitución y supresión del pensamiento, y la distracción para facilitar la evitación de los pensamientos y las imágenes amenazantes asociadas con la preocupación, los cuales a su vez sirven para mantener la preocupación (Dugas & Koerner, 2005).

Dugas y Ladouceur (1997) han señalado que las personas con TAG se encuentran ansiosas y preocupadas por diversos temas, actividades y situaciones, y no por un único tipo de asunto. Estas preocupaciones son frecuentes, duraderas, excesivas e intensas, y van asociadas a una hipervigilancia hacia los estímulos amenazantes y una sensación de incontrollabilidad de los mismos. Estas personas también informan de una mayor frecuencia de preocupaciones no originadas por algo específico (Brown et al., 2001). Las preocupaciones cambian repetidamente, aunque en la velocidad con que se producen estos cambios hay una gran variabilidad individual (Butler 1994, como se citó en Bados, 2017).

Además de preocuparse por una mayor variedad de temas, las personas con TAG tienen más creencias negativas y mayor necesidad de controlar los pensamientos, manifiestan que dichos pensamientos son aún más negativos antes y después de un periodo excesivo de preocupación (Bados, 2017), y consideran que la creencia sobre la preocupación es útil en comparación a las personas sin el trastorno (Hirsch et al., 2013).

#### 2.4.2 Modelo de la evitación cognitiva

En el modelo de Borkovec (1994) el TAG se destaca por la preocupación crónica, una actividad mental repetitiva que enfoca la atención en amenazas o eventos potencialmente negativos orientados al futuro (Borkovec, 2002; MacLeod & Rutherford, 2004). A la vez, esta conducta de preocupación está asociada a una forma de respuesta automática que opera para reducir la reactividad fisiológica y emocional, como una estrategia de evitación de las imágenes mentales vívidas. De este modo, la utilización de la preocupación como estrategia de evitación, conduciría a disminuir el malestar somático, pero luego esta inhibición interferirá bloqueando el procesamiento emocional. Por lo tanto, aunque se reduzca el malestar a corto plazo, la preocupación mantiene la focalización en la amenaza y el miedo por un período prolongado de tiempo, lo que conlleva a consecuencias perjudiciales a largo plazo (Borkovec et al., 2004).

Por otro lado, este intento de evitación de pensamientos e imágenes activaría un mecanismo paradójico que conduciría a un incremento de los pensamientos que se habría intentado controlar (Wegner et al., 1987). Esta evitación y huida de la situación presente, tampoco lleva a las personas a resolver los problemas, a confrontar sus miedos o a reducir la probabilidad de resultados negativos. Por el contrario, la evitación deriva en un aprendizaje desadaptativo y en el desuso de una correcta función de las emociones, situación que además tiende a perpetuarse en un círculo vicioso (Roemer & Orsillo, 2002; Wells, 2004).

Por su parte, Hayes et al. (1996; 1999) apuntan a que una mayor tendencia a la evitación, a intentos de controlar las experiencias internas negativas o estresantes por medio de la preocupación y a dificultades en la regulación de las emociones se asocia a mayores niveles de severidad del trastorno (Roemer et al., 2005; 2009; Behar et al., 2009). Además, una vez que la preocupación se pone en marcha, perdura hasta que la situación origen de la misma cambia o hasta que surge otra fuente de preocupación más potente (Bados, 2017).

#### 2.4.3 Modelo metacognitivo

El modelo metacognitivo propuesto por Wells (1995), identificó que las metacogniciones juegan un papel central en el mantenimiento de las preocupaciones patológicas del TAG. Este autor postula que las personas con TAG experimentan dos tipos de preocupación.

La “preocupación tipo 1”, que son las creencias metacognitivas positivas acerca de la preocupación, es decir, la creencia sobre el valor de preocuparse, como por ej. “cuanto más me preocupe mejor me irá” o “preocuparme me ayudará a afrontar la situación” (Behar et al., 2011). Estas creencias positivas se generan cuando los individuos se enfrentan inicialmente con una situación que les provoca ansiedad, y surgen como consecuencia de dos tipos de procesos previos: el aprendizaje “preocupadizo” modelado por las figuras parentales y el reforzamiento negativo que aparece cuando tras la preocupación no se experimentaron las amenazas temidas (Wells, 2006). Dichas creencias positivas, Wells (2005) las define como una preocupación de acontecimientos no cognitivos tales como situaciones externas o síntomas físicos. De modo que, la “preocupación tipo 1” estimula inicialmente una respuesta de ansiedad, que más tarde puede aumentar o reducir dependiendo de si el problema que estimuló se ha resuelto.

Durante el curso de la preocupación, los individuos con TAG que empiezan a preocuparse acerca de su “preocupación tipo 1”, activan las creencias metacognitivas negativas acerca de la “preocupación tipo 2”. Este tipo de preocupación consiste en una preocupación sobre los propios procesos y sucesos cognitivos, principalmente refiere a “preocuparse de estar preocupado”, es decir que los individuos con TAG temen que la preocupación sea incontrolable o peligrosa, o que incluso sus preocupaciones pueden llegar a dañarlo, como por ejemplo “si sigo preocupándome voy a tener un ataque al corazón” o “me voy a volver loco” (Wells, 2006).

Estas creencias negativas se asocian con un conjunto de estrategias ineficaces dirigidas a evitar la preocupación por medio de intentos de controlar comportamientos, pensamientos y/o emociones. La participación en estas ineficaces estrategias de afrontamiento excluye la experiencia de eventos que podrían proporcionar evidencia para refutar la creencia de que la preocupación pueda ser peligrosa e incontrolable (Wells, 1999). Además, estos esfuerzos para controlar los pensamientos no solo son infructuosos, sino que son concebidos como pensamientos que se presentan de forma intrusiva, lo cual provoca un efecto paradójico, aumentando la frecuencia de las preocupaciones, incrementando los síntomas de ansiedad y favoreciendo el mantenimiento y exacerbación de la metapreocupación patológica (Wells, 2006).

## 2.5 Comorbilidad y diagnóstico diferencial

La comorbilidad consiste en la presencia de dos o más trastornos en la misma persona. La interacción entre las dos enfermedades suele empeorar la evolución de ambas

(NIMH, 2022). El diagnóstico diferencial es el procedimiento clínico por el cual se realiza la distinción entre la enfermedad de un paciente y otras similares con las cuales se podrían confundir o solaparse (Millán, 2021). En el momento que se realiza el diagnóstico diferencial se debe tener en cuenta la comorbilidad del paciente, ya que la presencia de múltiples síntomas compartidos por otros trastornos podrían hacernos dudar si se trata de diversas manifestaciones clínicas en un mismo cuadro, o de distintas entidades clínicas haciendo difícil la asignación de un único diagnóstico para todos los síntomas (Morales, 2010).

### 2.5.1 Comorbilidad

Es bien conocido las características comunes que comparten los TA y, más aún, el solapamiento que existe entre ellos (Tyrer & Baldwin, 1987; Goisman et al., 1995). De hecho, los síntomas del TAG se evidencian en muchos otros TA y trastornos psiquiátricos en general.

Los diagnósticos más frecuentes en comorbilidad con el TAG, además de los TA como el trastorno de angustia, la fobia específica, la fobia social y la agorafobia (Brown & Barlow, 1992; Goisman et al., 1995; Holmes & Newman, 2006; Ribas & Martínez, 2015; Bados, 2017), son los trastornos depresivos, específicamente el trastorno depresivo mayor (TDM) (Gorwood, 2004; Vetere, 2009). A su vez, el TAG puede ser comórbido con el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) (Sanderson et al., 1990; Noyes et al., 1992; Brown & Barlow, 1992) y los trastornos de personalidad. En cuanto a estos últimos, los que se asocian con mayor frecuencia al TAG son el trastorno de la personalidad evitativo y el trastorno de personalidad dependiente (Garyfallos et al., 1999; Leahy et al., 2011). De los TA, el TAG es el que presenta las tasas más altas de comorbilidad con estos trastornos de personalidad (Garyfallos et al., 1999; Robles-Ortega et al., 2016).

### 2.5.2 Diagnóstico diferencial

Distinguir clínicamente ciertos trastornos a veces se dificulta dada las similitudes que pueden presentar entre sí. Por eso, en muchas ocasiones su distinción clínica es difícil y controvertida (Campos & Martínez, 2002). Aunque los criterios diagnósticos suelen ser claros, las manifestaciones clínicas en la práctica real suelen complicar el diagnóstico, ya que pueden compartir factores de riesgo, síntomas y responder a tratamientos farmacológicos y psicológicos similares (Rosa-Alcázar et al., 2019).

Por ejemplo, en el caso del TOC, a pesar de que ya no se encuentre en el DSM-V dentro de la categoría de Trastorno de Ansiedad (González et al., 2017; Rosa-Alcázar et al.,

2019), diferentes estudios han mostrado comorbilidad con el TAG (Brown et al., 1992; 1993; Freeston et al., 1994; Nestadt et al., 2001; Bienvenu et al., 2012; Brakoulias et al., 2017; Lozano, 2017; Sharma et al., 2021). Algunos autores plantean que las altas tasas de comorbilidad y la superposición fenomenológica pueden indicar procesos subyacentes comunes (Bienvenu et al., 2012; Taboas et al., 2015; Peris et al., 2017; Brakoulias et al., 2017; Utrera, 2019).

McEvoy y Mahoney (2012) en su modelo explicativo del TAG, postulan a la intolerancia de la incertidumbre como un factor de vulnerabilidad psicopatológica que impacta en el desarrollo y mantenimiento de las patologías. La intolerancia a la incertidumbre estaría relacionada con diversos trastornos psicológicos, y cumpliría un papel mediador entre el neuroticismo, los síntomas del TAG y el TOC (Belloch, 2012). Esto se debería a dos componentes principales de la intolerancia de la incertidumbre, la ansiedad anticipatoria y la inhibición ansiosa (Sandín et al., 2012; González et al., 2017; González Pando et al., 2018). Además, algunos estudios sugieren la posible existencia de una etiología común para el TOC y el TAG, pudiendo ser parte del mismo espectro fenotípico (Storch et al., 2012).

Por lo tanto, debemos mencionar ciertas características que pueden aparecer en ambos trastornos. Por ejemplo, las personas con TAG presentan preocupaciones ansiógenas, difíciles de controlar, que a veces se asocian también a conductas de comprobación (generalmente relacionadas con la seguridad o la salud) típicas del TOC. Estas similitudes pueden generar dudas diagnósticas (García, 2008). Además, tienen otras características comunes, los pensamientos en ambos trastornos son exagerados, persistentes, aparecen de forma espontánea y, en ambas patologías, los pacientes presentan una concentración desmesurada en ciertos tipos de pensamientos o en la evitación de estos, siendo propensos a interpretarlos de una manera supersticiosa (Bienvenu et al., 2012; Utrera, 2019).

Sin embargo, es conveniente subrayar que no se deben confundir preocupaciones con obsesiones. En el TOC las obsesiones son pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes, intrusivas e inaceptables. Además, la mayoría de las obsesiones van acompañadas de compulsiones que se dirigen a reducir la ansiedad, y su contenido suele ser estático y visto como inapropiado (Turner et al., 1992; Dugas & Robichaud, 2007; Rey, 2013; Jarne 2015; Bados, 2017). En el TAG, en cambio, el individuo tiene preocupaciones por circunstancias o problemas de la vida cotidiana, las preocupaciones se experimentan como pensamientos verbales, su contenido no suele ser visto como inapropiado y se centra

en mayor medida en situaciones realistas, las preocupaciones suelen ser más cambiantes y pueden variar en el tiempo (Turner et al., 1992; Dugas & Robichaud, 2007; Rey, 2013; Jarne, 2015; Bados, 2017).

Las preocupaciones también deben ser diferenciadas de las rumiaciones depresivas, que se presentan en los trastornos depresivos. Las preocupaciones del TAG suelen concentrarse en posibles eventos negativos en el futuro, mientras que las rumiaciones depresivas se focalizan en eventos negativos del pasado. Aunque una preocupación puede referirse a un acontecimiento del pasado, el foco de atención primordial radica en las posibles repercusiones futuras. De este modo, puede ser que un individuo que se preocupa por algo que dijo en una reunión en realidad está preocupado por las consecuencias que puede tener eso que dijo (Dugas & Robichaud, 2007; Bados, 2017). En otras palabras, la preocupación tiene como objetivo anticipar las consecuencias de situaciones inciertas, mientras que la rumia busca dar sentido a acontecimientos vividos (Nolen-Hoeksema et al., 2008).

Estas características comunes entre trastornos han dado lugar a nuevas categorías diagnósticas que orientan a los especialistas a lograr una mayor especificación de los cuadros clínicos. Este es el caso de la incorporación de una nueva agrupación por parte de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) (2018), el trastorno mixto de ansiedad y depresión, que se diagnostica cuando están presentes tanto síntomas de ansiedad como de depresión, pero sin que ninguno de estos cuadros sea claramente predominante.

Los trastornos de personalidad evitativo y dependiente, presentan características compartidas con el TAG, como un estilo de apego dependiente, una tendencia general al razonamiento emocional y una predisposición a priorizar las necesidades de los demás por sobre las propias (Vetere, 2007; Etchebarne, 2014). Aunque conviene aclarar que el trastorno de personalidad se caracteriza por ser un patrón permanente, rígido e inflexible, que genera perturbaciones a nivel intrapsíquico, con mayor amplitud, intensidad y severidad en sus síntomas, causando un deterioro más profundo, que se prolonga de forma estable a lo largo del tiempo (Rettew, 2000; APA, 2013).

## 2.6 Tratamientos

### 2.6.1 Tratamientos psicofarmacológicos

Se prescriben diferentes tipos de medicamentos para tratar el TAG. Para ello se deben tener en consideración ciertos factores. El tratamiento debe ser individualizado y debe depender de la sintomatología y las características del paciente, de la gravedad del trastorno y de la presencia de enfermedades comórbidas. El tratamiento también dependerá de la respuesta a tratamientos anteriores, la intolerancia a ciertos medicamentos y la edad del paciente (Academia Nacional de Medicina, 2012).

Es importante mencionar que la administración del tratamiento farmacológico depende del criterio del médico psiquiatra, además de la información sobre los beneficios, los riesgos y posibles efectos secundarios (Academia Nacional de Medicina, 2012). En relación con esto, el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2019) indica que los tratamientos combinados para TAG complejos y refractarios deben ser realizados únicamente por profesionales con experiencia en el tratamiento psicológico y farmacológico luego de una discusión completa con el paciente sobre las posibles ventajas y desventajas de los tratamientos sugeridos.

Los antidepresivos son los tratamientos farmacológicos de primera línea para el TAG. Su principal ventaja es que son efectivos para controlar la sintomatología y se pueden utilizar por tiempo prolongado (Academia Nacional de Medicina, 2012). Por lo general, sus efectos secundarios no son graves para la mayoría de las personas, especialmente si se comienza con una dosis baja y se va aumentando lentamente (NIH, 2022). Dentro de los antidepresivos utilizados para el TAG se encuentran los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) (ej. sertralina, escitalopram, fluoxetina, citalopram, paroxetina, fluvoxamina) y los inhibidores de la recaptación de la serotonina y de la noradrenalina (IRSN) (ej. venlafaxina y duloxetina). Por su parte, el NICE (2019) también refiere que en la elección del tratamiento farmacológico para el TAG, se debe elegir un ISRS como primera opción y si no resulta eficaz indicar un IRSN.

En otro grupo de medicamentos están las benzodiacepinas (ansiolíticos). Entre los más utilizados habitualmente se encuentran los siguientes: diazepam, alprazolam, lorazepam, clonazepam, clorazepato y triazolam. Su principal ventaja es que actúan rápidamente sobre la sintomatología del TAG y en dosis pequeñas a moderadas pueden ser eficaces. Sin embargo, hay que tener en cuenta que su uso prolongado está asociado a un

elevado riesgo de dependencia, por eso deben utilizarse como medida a corto plazo (NICE, 2019; NIH, 2022).

Los hipnóticos (ej. zolpidem, zopiclona) también se utilizan como tratamiento para el TAG. Los hipnóticos pertenecen al grupo de derivados de las benzodiazepinas y se utilizan principalmente para combatir el insomnio en estos pacientes. Doménech (2022) subraya que se intenta evitar el uso indiscriminado de las benzodiazepinas y los hipnóticos, por eso, no es infrecuente ver que se prescriban antipsicóticos, ya que estos no generan dependencia física luego de ser suspendidos en forma abrupta (Rodríguez et al., 2012).

Los antipsicóticos atípicos (quetiapina, olanzapina, risperidona, etc.), se utilizan en el tratamiento del TAG refractario, para aumentar los efectos de otros fármacos como los antidepresivos, o como terapia única (Davidson et al., 2010; Bados, 2017). Este tipo de fármacos sólo se deberían utilizar cuando las alternativas más seguras se hayan agotado (Craske & Bystritsky, 2022).

La buspirona es otro medicamento que puede ser útil para tratar el TAG. A diferencia de las benzodiazepinas, la buspirona no es un sedante y es menos probable que sea adictivo (NIH, 2022). Pertenece al grupo de las azapironas, a la cual se le atribuyen propiedades ansiolíticas. También es eficaz para el TAG, sin embargo, puede requerir de dosis moderadamente altas y al menos dos semanas antes de empezar a hacer efecto (Barnhill, 2022).

La estrategia habitual puede ser comenzar con una benzodiazepina junto con un antidepresivo. Se empieza a disminuir la dosis de la benzodiazepina una vez que el antidepresivo resulta eficaz (Barnhill, 2022). Es importante remarcar que la administración del tratamiento farmacológico depende única y exclusivamente del médico psiquiatra.

## 2.6.2 Tratamientos psicológicos

### Terapia cognitivo conductual (TCC)

La TCC es una de las formas de psicoterapia que incorporan elementos de la Terapia de Conducta, que considera los síntomas como un aprendizaje de patrones de conducta desadaptativos, y de la Terapia cognitiva que se centra en los procesos afectivos y cognitivos distorsionados causantes de la sintomatología disfuncional, y ambas combinadas dan lugar a la TCC.

Esta terapia tiene la finalidad de identificar, analizar y modificar las distorsiones cognitivas y los comportamientos desadaptativos. También, tiene el objetivo de mejorar la regulación emocional, el desarrollo de nuevas habilidades y estrategias de afrontamiento. Además, se centra en la optimización de las potencialidades del individuo para resolver los problemas actuales y los factores cognitivos distorsionados que producen malestar y desempeñan un papel en el comienzo, desarrollo y mantenimiento de los síntomas y/o trastornos psicológicos (Beck, 2000). Es decir, según esta terapia las cogniciones distorsionadas conducen a emociones no saludables que a su vez conducen a comportamientos de mala adaptación y estos comportamientos tendrán un impacto negativo en las cogniciones (Bhattacharya et al., 2013), afectando al individuo en su interacción con distintos contextos (García et al., 2017). Por lo tanto, esta terapia ayuda a encontrar la explicación alternativa y entender los acontecimientos de manera diferente, así como también aliviar el sufrimiento, favorecer el bienestar y mejorar la calidad de vida del paciente (Bados & García, 2010).

La TCC reúne una amplia gama de terapias, técnicas, y procedimientos de intervención psicológica para el tratamiento de diversos problemas y trastornos psicológicos (Ruiz et al., 2012). Es una de las mejores terapias psicológicas que se encuentran en la actualidad (Mera, 2015; Vernon & Doyle, 2017), y la que ha recibido mayor evidencia empírica y científica sobre su efectividad (Acuña, 2018), alcanzando los resultados más satisfactorios, especialmente reduciendo abandonos y manteniendo los efectos a mediano plazo (Capafons, 2001).

Del mismo modo, ha sido demostrado mediante evidencia científica que la TCC es el tratamiento por elección para el TAG (Chambless & Gillis, 1993; Bourland et al., 2000; Borkovec & Ruscio, 2001; Otto et al., 2004; Yates, 2005; Anderson & Palm, 2006; Hofmann & Smits, 2008), dada su eficiencia en la reducción de los síntomas (Díaz, 2022). Sin embargo, aunque la TCC es una terapia eficaz para el TAG y que las tasas de abandono son reducidas (Labrador et al., 2000), aún se tiene presente que hay casos en que los pacientes no responden de manera satisfactoria o presentan recaídas.

Por lo tanto, se debe considerar el desarrollo y mejoramiento de la TCC para aumentar los efectos a largo plazo, ya que el TAG podría cronificarse, y quizás exista la necesidad de que el tratamiento se prolongue durante toda la vida. En este sentido, ante una posible recaída o aumento de la sintomatología se le debería hacer seguimientos y diseñar intervenciones de mantenimiento breves, acudiendo de tiempo en tiempo al psicoterapeuta (Capafons, 2001). Asimismo, se deben incluir elementos terapéuticos que

ayuden al paciente a centrarse más en vivir el presente y no tanto en las posibles dificultades del futuro (Delgado, 2012).

### Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG)

Desde una orientación cognitiva conductual, los modelos y abordajes desarrollados específicamente para trastornos como el TAG, se han reconceptualizado proponiendo un abordaje más integrativo (Etchebarne et al., 2012). Estas son las llamadas “Terapias de tercera generación” o “Terapias de tercera ola” de la TCC. Como describió Hayes (2004), “la tercera ola reformula y sintetiza las generaciones previas de terapia cognitiva y comportamental y les permite avanzar en interrogantes, cuestiones y áreas abordadas con anterioridad” (p. 658).

Estas terapias suponen ir más allá, dar importancia al contexto, y en vez de poner el foco en modificar o eliminar pensamientos y comportamientos disfuncionales, o en cuestionar la validez de estos (Orsillo et al., 2005), se enfocan en que cambie la relación entre la persona y esos pensamientos disfuncionales, en ver a los pensamientos como lo que son, pensamientos, y no necesariamente reflejos de la realidad (Hayes et al., 1999; Segal et al., 2002; Teasdale et al., 2002). Estas terapias además se centran en que el paciente pueda adoptar una postura de aceptación hacia las experiencias internas, ayudándolo a realizar el cambio desde una postura juzgadora y controladora a una postura compasiva y de aceptación (Orsillo et al., 2005). También, en lograr que el paciente pueda construir un mejor modo de afrontar los síntomas y los problemas, para obtener formas más adaptativas y funcionales de respuesta (Labrador & Crespo, 2012; Coutiño, 2012).

Hay una creciente literatura que demuestra deficiencias significativas en cuanto al abordaje supresivo de las cogniciones. Los críticos de la TCC tradicional aluden que centrarse en los contenidos cognitivos con el interés de controlar y librarse de los mismos podría reforzar e incrementar el malestar en lugar de producir alivio, lo que contribuiría al desarrollo y mantenimiento de la psicopatología (Hayes et al., 1996; Stewart et al., 2002).

Las TCC de tercera ola presentan estrategias para ayudar a los individuos a modificar la relación particular que tienen con su sufrimiento, a reducir la lucha interna y a normalizar las experiencias desagradables. Estas terapias tienen el objetivo de reorientar al paciente y conducirlo hacia un cambio más positivo para su vida, de acuerdo a sus propios valores y a pesar de la presencia de sufrimiento (Keegan & Holas 2009; Coutiño, 2012).

Dentro de las Terapias de tercera generación se destacan: la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes et al., 1999; Wilson & Luciano, 2002), la Psicoterapia Analítica

Funcional (Kohlenberg & Tsai, 1991), la Terapia de Conducta Dialéctica (DBT) (Linehan, 1993), la Terapia de Activación Conductual (Jacobson, Martell & Dimidjian, 2001), la Terapia de Reducción del Estrés Basada en la Atención Plena (MBSR) (Kabat-Zinn, 1990), y por último, la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (MBCT) (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) la cual se detallará en el capítulo 5 del presente trabajo.

## **Capítulo 3- Mindfulness**

### **3.1 Orígenes y antecedentes**

#### **3.1.1 Orígenes**

El origen del mindfulness se sitúa hace unos 2500 años en la tradición budista con la figura de Siddharta Gautama, el Buda Shakyamuni (conocido popularmente como Buda). Se piensa que él fue el iniciador de esta tradición religiosa y filosófica extendida por todo el planeta y cuyo atributo fundamental es la práctica de mindfulness (Parra et al., 2012).

En cuanto al origen de la palabra “mindfulness”, esta proviene del término hindú “Sati” de la lengua Pali (idioma en el que se encuentran escritas las colecciones más antiguas de los textos budistas) y significa conciencia, atención y recuerdo (Siegel et al., 2009). Por su parte, Parra et al. (2012) menciona que en la terminología budista y en la mayor parte de los casos, se refiere al presente. Como término psicológico conlleva el significado de atención o conciencia. Se puede traducir al castellano como conciencia plena, atención plena, atención consciente, atención intencional, entre otros. Aunque se considera conveniente utilizar el término anglosajón “mindfulness”, ya que refleja de mejor manera el significado y lo que realmente se quiere transmitir con el mismo (Simón, 2007). Las expresiones más utilizadas en este trabajo serán las de mindfulness o atención plena, ya que son las más citadas en los diferentes estudios e investigaciones científicas.

Es importante reconocer los orígenes históricos que han generado lo que en la actualidad llamamos las “Terapias basadas en mindfulness”, que son científicas y laicas (Cebolla et al., 2014), transmitidas por religiones y tradiciones espirituales que las vienen practicando en el marco de diversas técnicas meditativas, incluidos los modelos psicoterapéuticos occidentales (Vásquez, 2016), pero excluyendo sus connotaciones religiosas (Santachita, 2015). En la década de los setenta comenzaron a aparecer las publicaciones científicas sobre mindfulness, el crecimiento se aceleró en los años 90 y

creció exponencialmente el número de publicaciones a lo largo del tiempo (Simón, 2010; Vázquez, 2016).

El interés del mindfulness ha supuesto una auténtica revolución en el ámbito de la salud, dentro de la medicina, psicología y también en la educación (Cebolla et al., 2014). En el campo de la psicoterapia el interés es muy significativo, pero no solo se limita a este campo, sino que también el interés se encuentra en las neurociencias, la neurofisiología, el trabajo social y en la educación (Moñivas et al., 2012; Vázquez, 2016).

### 3.1.2 Antecedentes

Como pionero en introducirlas formalmente en la psicología clínica, su mayor precursor en el occidente es Jon Kabat-Zinn, que en el año 1979 en la Universidad de Massachusetts da origen y funda el programa reducción del estrés basado en la atención plena “Mindfulness-Based Stress Reduction” (MBSR) surgido inicialmente como un programa de intervención para personas con enfermedades crónicas, que no respondían eficientemente a la medicación y que buscaban reducir el dolor y el estrés, siendo Kabat-Zinn inspirado por las enseñanzas del monje budista Thich Nhat Hanh (Acosta, 2014; Santachita, 2015).

Posteriormente, Segal et al. (2002) adecuaron este programa dentro de un marco más específicamente psicológico y lo llamaron “Terapia Cognitiva basada en Mindfulness” (en inglés “Mindfulness-based Cognitive Therapy”), aplicado en primera instancia para la depresión. Este programa incluye elementos enfocados en el descentramiento, habilidad que consiste en lograr una desidentificación con los propios pensamientos y emociones (Hervás et al., 2016). En otras palabras, la capacidad de estar en el momento presente con una actitud desprejuiciada y de aceptación hacia los pensamientos y sentimientos (Fresco et al., 2007).

Es importante recordar que la influencia de las filosofías orientales y occidentales en el campo psicoterapéutico es muy anterior, previo incluso a Jon Kabat-Zinn con la creación de su programa. Ya en 1920 el japonés Shoma Morita desarrolló un método psicoterapéutico que denominó “Terapia Morita”, inspirado en el budismo Zen, que incluía aspectos de aceptación, no resistencia, desidentificación de pensamientos y emociones, siendo éste reconocido por psicoterapéuticas relevantes como Horney, Ellis, entre otros. Además, existen similitudes importantes entre la Terapia Morita y la actual ACT (Hofmann, 2008). Otro antecedente es la “psicosíntesis” creada por Assagioli en 1926, que ofrecía un camino para conocerse, aceptarse y transformarse, con el ejercicio de desidentificación,

técnica similar a la meditación budista en la que uno simplemente observa pasar los pensamientos, imágenes y sensaciones, utilizado regularmente en enfoques que incorporan mindfulness (Oró Palau, 2016).

También el “entrenamiento autógeno” de Schultz presentado en 1927, con la técnica psicoterapéutica basada en la concentración pasiva en sensaciones físicas. En 1931, Jung y Wilhelm con la publicación del libro “El Secreto de la Flor de Oro” sobre técnicas de meditación, respiración y contemplación. Fromm y Suzuki en 1960, con la publicación de “Budismo Zen y Psicoanálisis”. Bion, en 1970, con la técnica del “pensamiento cero” espacio en el que el profesional no debe ser afectado por sus recuerdos y en el que la atención se debe procurar al momento presente, concepto que se compara con la atención plena que aparecen en la doctrina y en la meditación budista (Pelled, 2007; Rooney & Ross, 2014). Por lo tanto, en los antecedentes, ya numerosos psicoterapeutas habían utilizado la filosofía oriental en la psicología clínica (Oró Palau, 2016).

### 3.2 Conceptos y definiciones del Mindfulness

Siegel et al. (2009) plantean que se puede hablar o escribir ampliamente sobre mindfulness, pero para verdaderamente entenderlo se tiene que experimentar directamente. Esto se debe a que la atención plena apunta a algo intuitivo y preconceptual. Además, la necesidad de una práctica comprometida, en la que cada persona pueda descubrir paulatinamente cómo volverse más y más consciente en la vida, inclusive frente a situaciones significativas de sufrimiento. Cultivar la atención plena es un viaje interior de crecimiento y descubrimiento profundamente personal.

Diferentes autores que se dedicaron a investigar la práctica de mindfulness impartieron distintas definiciones aceptadas universalmente, y cada una de ellas pone el énfasis en diferentes aspectos (Parra et al., 2012). Algunas de las más destacadas son: “Mantener la propia conciencia en contacto con la realidad presente” (Hanh, 1975), “Llevar la propia atención a las experiencias que se están experimentando en el momento presente, aceptándoles sin juzgar” (Kabat-Zinn, 1990), “Simplemente parar y estar presente” (Kabat-Zinn, 2013), “La plena conciencia que presta atención a todo lo que surge en el momento presente, tanto del cuerpo/mente como del entorno” (Carrillo, 2014) y “La capacidad de estar atento a lo que sucede en el presente con apertura y aceptación” (Vásquez, 2016).

Ampliando más elementos a la definición, la atención hacia la experiencia presente se asocia a una orientación de aceptación independientemente de si esa experiencia es

positiva o negativa, lo que no significa resignación, sino un intento de no juzgar el proceso de esa experiencia inmediata (Cebolla et al., 2014). Este concepto refiere a la autorregulación de la atención; por un lado, mantenerse concentrado en la experiencia inmediata, permitiendo de esa forma reconocer los acontecimientos corporales, sensoriales y mentales, y por otro lado, adoptar una postura abierta y de aceptación hacia las propias experiencias del momento (Bishop et al., 2004; Parra et al., 2012). Esto último implica intentar reconocer la cruda realidad de las cosas, desde nuestros filtros cognitivos, afectivos y culturales, de los cuales se suelen generar las respuestas según el patrón preestablecido de nuestras experiencias anteriores. Involucra además monitorear abiertamente los propios pensamientos, emociones y patrones mentales, lo que se le podría llamar metacognición, elemento que es importante en el mindfulness (Hayes & Graham, 2013; Cebolla et al., 2014).

Asimismo, la práctica de mindfulness se encuentra relacionada con algunos indicadores de salud como el mejoramiento en el equilibrio del sistema nervioso autónomo (simpático y parasimpático), una mejor regulación emocional, mayor control de la atención, mayor conciencia de las experiencias internas y externas, y menor reactividad a las mismas experiencias. También, mayor flexibilidad psicológica, mayor niveles de afecto positivo, más satisfacción con la vida, aumento de vitalidad, y menores niveles de afectos negativos y de otros síntomas psicopatológicos. Por lo tanto, el mindfulness es sumamente favorable para la salud y el bienestar tanto psicológico como físico (Cebolla et al., 2014).

En las últimas décadas, luego de numerosos estudios acerca de la efectividad de esta práctica terapéutica, se podría afirmar que el mindfulness ha demostrado efectos positivos en pacientes con estrés postraumático, abuso de sustancias, desórdenes alimenticios, depresión y trastornos de personalidad (Grecucci et al., 2015). Por su parte, Hodann y Serrano (2016) ratifican que hasta el momento los estudios realizados, muestran evidencia a favor de la eficacia de los tratamientos basados en mindfulness para tratar diversos trastornos de ansiedad, como el TAG, y la Fobia Social.

## **Capítulo 4- Terapia Cognitiva**

### **4.1 Aspectos centrales**

La TC se caracteriza por considerar el pensamiento o cognición como causa principal de la conducta, lo que explicaría la causa de los fenómenos o trastornos psicológicos. Por consiguiente, el pensamiento para esta terapia se convierte en una de las metas principales de intervención. Los autores más influyentes y destacados que han

contribuido a esta terapia son Aaron T. Beck y Albert Ellis, siendo los pioneros en procedimientos caracterizados por considerar el rol de las creencias y otras variables cognitivas en los problemas emocionales (Garay et al., 2015).

La TC de Beck y la Terapia Racional-Emotiva de Ellis, ocuparon un papel primordial en el tratamiento de la depresión. A partir de la investigación y de observaciones clínicas, estos autores demostraron que las personas deprimidas presentan un sesgo negativo sistemático y selectivo en el modo de como procesan la información.

En relación con la TC de Beck, en la actualidad es el modelo más conocido, con más evidencia y respaldo científico (Miró & Simón, 2012). Si bien la terapia de Beck para la depresión ha tenido distintas modificaciones a través de los años, ha mantenido sus postulados teóricos, y su aplicación se ha extendido a la mayoría de los trastornos psiquiátricos (Keegan & Holas 2010), como en el tratamiento de los TA (Beck et al., 2010), los trastornos de la personalidad (Beck et al., 1990; Blackburn & Moorhead, 2002), los trastornos psicóticos (Ellis, 1980), los trastornos bipolares (Basco & Rush, 1996), entre otros. Actualmente, no solo se emplean los desarrollos de Beck, sino también el de otros autores que siguen su teoría como base (Gabalda, 2007).

Continuando con la TC, se señala que las percepciones de los eventos influyen sobre las conductas y emociones de las personas. Según Beck (2000) “los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino por cómo las personas interpretan esas situaciones” (p.32). En gran parte están asociadas por la manera en la cual la persona estructura el mundo (Beck, 2000).

La TC de Beck (1991) contiene varios niveles en la organización cognitiva del sujeto: los pensamientos automáticos, las creencias intermedias y las creencias nucleares. Los pensamientos resultan de la interacción entre las creencias intermedias y las creencias centrales, que a su vez forman parte de los esquemas, los cuales son estructuras organizativas de conocimiento donde las personas establecen, recopilan y analizan la información en relación con sus experiencias previas.

Los pensamientos automáticos, son palabras e imágenes que pasan por la mente de la persona, se caracterizan por ser rápidos y breves, y no son el resultado de la deliberación o del razonamiento, de hecho ni siquiera somos conscientes de ellos, pero sí de la emoción que generan (Beck, 2000). Las creencias intermedias se encuentran en un nivel más profundo que los pensamientos automáticos y están formadas principalmente por actitudes, reglas, y suposiciones, que afectan la visión que tienen las personas de las situaciones,

influyendo en la manera de pensar, sentir y comportarse (Bados & García, 2010; Tonneau, 2011). Por último, las creencias nucleares son globales, rígidas y sobregeneralizadas, son concepciones o ideas profundas de uno mismo y del mundo consideradas como verdades absolutas, incondicionales y estables en el tiempo (Beck, 2000; Brown et al., 2005; Bados & García, 2010; Ruiz et al., 2012). Algunos autores, como Young (1999), refieren a estas creencias centrales como "esquemas", a diferencia de Beck que establece una tenue diferencia entre ambas y sugiere que los esquemas "son estructuras cognitivas propias de la mente y las creencias centrales son el contenido específico de esas estructuras" (Beck, 2000, p. 205). El esquema es disfuncional cuando permite una manera distorsionada de percibir el entorno, lo que provoca sufrimiento (Procacci, 2002).

La TC utiliza diversas técnicas terapéuticas con el objetivo de identificar y modificar las interpretaciones distorsionadas y las falsas creencias que tienen los sujetos (Beck et al., 1979). De esta manera se pretende conseguir un cambio terapéutico, y se espera que al corregir los pensamientos y las creencias disfuncionales se logren cambios comportamentales y emocionales, y a su vez la reducción o eliminación de los síntomas (Beck et al., 2010), resultando en el alivio del sufrimiento y la mejoría de las personas afectadas (Garay et al., 2015).

Así mismo, mediante la reevaluación realista y el cambio en los pensamientos y los sistemas de procesamiento, la persona también conseguirá aprender a resolver los problemas y situaciones que antes consideraba difíciles o insuperables, por lo que la TC ayuda a pensar y actuar de una manera más realista y adaptativa (Beck et al., 2010). Además, concientiza a la persona sobre los significados personales con los que organiza las experiencias sobre sí misma y sobre el mundo (Feixas & Miró, 1993; Semerari, 2015; Miró & Simón, 2012). La TC se caracteriza por ser activa, estructurada e introspectiva, también por su brevedad, y eficacia.

Sin embargo, la TC no se exime de tener inconvenientes. Esta terapia ha sido cuestionada por la tendencia a estandarizar los casos y por la desvalorización de los factores ambientales y contextuales en la aparición del problema y/o trastorno. Como también por centrarse en procedimientos con el objetivo de eliminar, y/o cambiar los pensamientos y contenidos cognitivos con el interés de librarse de ellos, lo que podría tornarse contraproducente (Barraca, 2012). Esto supuso inconvenientes haciendo que unos años más tarde aparezcan las terapias de "Tercera generación" como la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (Rodríguez, 2017).

## Capítulo 5- Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (MBCT)

La Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (MBCT) creada por Segal, Williams y Teasdale (2002), fue desarrollada inicialmente con el objetivo de prevenir la recaída y la recurrencia en pacientes con depresión. Esta terapia combina componentes del programa de reducción del estrés basado en la atención plena (MBSR) de Jon Kabat-Zinn (1990), y de la terapia cognitiva estándar (Segal, Williams & Teasdale, 2002).

A diferencia de las terapias cognitivas clásicas que se centran en cambiar el contenido del pensamiento de los pacientes, la MBCT entrena a los pacientes para cambiar el modo de relacionarse con sus pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales (Vásquez, 2016). Esta terapia se enfoca en que los pacientes tomen conciencia de sus pensamientos de manera tal que en momentos de posible recaída/recurrencia puedan reconocerlos y observarlos como eventos de la mente que acontecen sin más, y no como hechos o reflejos de la realidad (Korman & Garay, 2012).

El cambio en la manera de relacionarse con los pensamientos implica fomentar una relación descentrada con la experiencia de estos, pero el descentramiento no implica ignorar y esperar que desaparezcan o tratar de disociarse de los pensamientos o sentimientos para reprimirlos, suprimirlos, o evitarlos. El planteamiento del descentramiento, refiere a dar la bienvenida y permitir la “apertura” a la dificultad y la adopción de una actitud de amabilidad y aceptación con toda la experiencia, ampliar este alcance más allá del ámbito del pensamiento (Segal et al., 2002). De esta manera, poder desconectarse de los estados mentales que tienden a focalizar la atención en sí mismo, intentando de forma evaluativa analizar y buscar solucionar las dificultades, activando patrones arraigados que lo podrían llevar en espiral hasta una nueva recaída (Lau & Yu, 2009).

Por lo tanto, este riesgo de sufrir recaídas puede ser reducido por medio de la práctica regular de llevar la atención al momento presente. Mediante esta práctica, los pacientes entran en un modo de funcionamiento que resulta incongruente con los procesos cognitivos, analíticos y centrados en sí mismo (Didonna, 2011). Segal et al. (2006) los describen como un cambio del modo de “hacer”, en el que el objetivo es reducir las discrepancias entre el estado actual y el estado deseado, en ideas sobre cómo deberían ser las cosas mediante un comportamiento de solución de problemas, a un modo “ser”, en el que la persona está en contacto inmediato e íntimo con la experiencia del momento presente, sea cual sea (Didonna, 2011).

A modo informativo, este programa suele incluir una entrevista individual inicial y sesiones en grupo de hasta 15 personas, de 2 horas y media, de 8 semanas de duración y 1 día completo de meditación durante un fin de semana alrededor de la sexta sesión del programa. Incluye prácticas formales y tradicionales de meditación, y prácticas grabadas en audio con tareas para realizar en casa y extender a la práctica cotidiana (Lau & Yu, 2009; Garay et al., 2015).

En este programa se utilizan técnicas tales como el ejercicio de la pasa de uva. En este ejercicio se guía a los pacientes por el proceso de observar todos los aspectos de la pasa de uva y el proceso de comerla. Primero se huele, se observa su forma, color y la textura al tenerla entre los dedos, después, se introduce lentamente en la boca, para luego masticarla sintiendo el sabor, las sensaciones y los movimientos que se realizan al hacerlo. Este ejercicio ayuda a incorporar la conciencia plena al acto de comer, actividad que a menudo se lleva a cabo mediante “piloto automático” o sin conciencia. Por lo tanto, cuando surgen pensamientos o emociones durante el ejercicio, se pide a las personas que los observen sin juzgar y que devuelvan la atención a la pasa de uva. Es decir, fijar la atención en un solo punto y llevar ese acto contemplativo a su máxima expresión (Segal et al., 2002).

Otro ejercicio es la exploración corporal, se trata de llevar la conciencia de modo intencional a cada parte del cuerpo, explorando las sensaciones presentes en cada área, para mantener la conciencia en esa parte durante un breve período de tiempo y, finalmente, prestar atención a la siguiente zona del cuerpo. También, ejercicios de respiración, de meditación sentado/a, de reconocimiento de los estados corporales, estiramientos, paseos o caminatas con atención plena, y además las técnicas tradicionales de la TC, como la psicoeducación, registros de actividades, cuestionario de pensamientos automáticos, identificación de pensamientos, entre otros (Segal et al., 2002; Miró, 2006; Korman & Sarudiansky, 2011; Korman & Garay, 2012). El programa detallado paso a paso se encuentra en Segal et al. (2002).

## **Capítulo 6- MBCT en el tratamiento del TAG**

Aunque inicialmente la MBCT se diseñó para prevenir las recaídas en depresión, varios autores han señalado que los mecanismos psicológicos subyacentes a los TA pueden explicarse de forma muy parecida a la depresión (Nolen-Hoeksema, 1991; 2000; Papageorgiou & Wells, 2003), ya que ambos tienen en común el uso de estrategias cognitivas desadaptativas como la preocupación, así como la sensibilidad excesiva a las

sensaciones corporales. Además, como se ha dicho, hay un alto nivel de comorbilidad entre los síntomas de ansiedad y depresión (Cebolla, 2007).

Asimismo, al poner el énfasis en la forma de relacionarse con los pensamientos, la MBCT puede ser eficaz en el tratamiento de los TA, sobre todo en el TAG. Para ello se puede trabajar desde la MBCT haciendo solo pequeñas adaptaciones (Cebolla, 2017). De este modo, para que la intervención sea más adecuada, se deben reemplazar los componentes cognitivo-conductuales relacionados con la depresión por componentes relacionados con la ansiedad. Esto incluye discutir el modelo cognitivo-conductual del TAG, los pensamientos automáticos de la ansiedad, la evitación reactiva y la preocupación, así como el desarrollo de un plan de acción en línea con los valores personales y la prevención de recaídas de la ansiedad (Wong et al., 2016).

En vista de tales características, la MBCT podría ser una alternativa beneficiosa para el TAG, no solo por integrar elementos de la TC, sino principalmente por integrar la práctica de mindfulness dedicada al entrenamiento en la toma de conciencia. De este modo, esta terapia permite descubrir una nueva forma de relacionarse y de ver los pensamientos, no como hechos o realidades, sino simplemente como contenidos mentales (Wong et al., 2011). Además, esta terapia podría ayudar a romper el ciclo ansioso habitual de preocupación y del pensamiento negativo al promover una asociación descentrada entre las cogniciones y los sentimientos, incluidos los pensamientos catastróficos, reducir la reactividad emocional, y socavar el uso de la preocupación como la estrategia de evitación típica en el TAG (Ruiz, 2014).

Asimismo, Delgado y Amutio (2011) mencionan que incorporar esta técnica ofrecería la disminución de los excesivos pensamientos durante la preocupación, y la tendencia a pensar y a predecir sucesos futuros catastróficos que tienen poca probabilidad de ocurrencia, mejorar el control atencional y el sesgo de amenaza al procesar la información. Además, disminuir las conductas asociadas a la evitación de las experiencias internas, el enlentecimiento en la toma de decisiones y en la resolución de problemas. Por lo tanto, esta terapia podría ser útil para las personas con TAG (Cebolla, 2007; Hofman et al., 2009; Wong et al., 2011).

### 6.1 Estudios que aplican la MBCT en el tratamiento del TAG

A la fecha los estudios en los que se utilizó la MBCT en el tratamiento del TAG han demostrado una mejora significativa en los síntomas de ansiedad, la tensión y la preocupación patológica. Además esta terapia generó una reducción del estrés y una

mejora en la calidad de vida. También, aumentó la atención plena y la autocompasión, así como mejoró la calidad del sueño, la latencia del sueño, la duración del sueño y los trastornos del sueño en los pacientes con TAG.

Los diseños de los estudios en los que se utilizó la MBCT en el tratamiento del TAG, son mayoritariamente de tipo experimental (cuasiexperimentales y experimentales puros) a excepción de un estudio que es no experimental. Este es el caso del estudio de Evans et al. (2008) que tiene un diseño de investigación no experimental, específicamente es un estudio transversal. El objetivo de este estudio fue explorar la eficacia potencial de la MBCT para el TAG. La muestra consistió en once individuos con TAG. Los participantes completaron una batería de cuestionarios al inicio y al final del programa, incluyendo el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), el Cuestionario de preocupación de Penn State (PSWQ), el Perfil de Estados de Ánimo (POMS) y la Escala de Conciencia de Atención Plena (MAAS). Los resultados del estudio demostraron que la MBCT fue efectiva para los participantes con TAG, reduciendo los síntomas de ansiedad, tensión, preocupación patológica y síntomas depresivos después del programa grupal de ocho semanas.

Dentro de los estudios experimentales, en el estudio de Craigie et al. (2008) se utiliza un diseño cuasiexperimental, pre-post en el cual se evalúa a los participantes antes y después de la intervención, pero no se incluyó un grupo de control. El objetivo del estudio fue investigar el cambio de síntomas y la recuperación en la preocupación patológica después de la MBCT en el tratamiento del TAG. La muestra consistió en 23 adultos con un diagnóstico primario de TAG que participaron en el programa MBCT, que incluyó nueve sesiones grupales semanales de 2 horas, una sesión de evaluación posterior al tratamiento y sesiones de seguimiento de 6 semanas y 3 meses. Los instrumentos utilizados incluyen el PSWQ, BAI, BDI-II, el International Neuropsychiatric Interview Plus Versión 5 (MINI), la Escala de Depresión Ansiedad y Estrés (DASS21), el Cuestionario de Calidad de Vida, Satisfacción y Placer (Q-LES-Q), el Cuestionario de Reacciones a la Relajación y la Excitación (RRAQ) y el Cuestionario de Credibilidad y Expectativas (CEQ). Los resultados del estudio muestran mejoras significativas en la preocupación patológica, el estrés y la calidad de vida luego de la intervención.

En el estudio de Goodman et al. (2014) se utiliza un diseño cuasiexperimental, pre-post en el cual se evalúa a los participantes antes y después de la intervención y no incluyó un grupo de control. El objetivo fue evaluar la viabilidad, la aceptabilidad y los resultados clínicos de la intervención MBCT en mujeres embarazadas con TAG. La muestra

consistió en 24 mujeres embarazadas de una clínica prenatal, que incluyó ocho sesiones grupales semanales. Los instrumentos utilizados incluyen el PSWQ, BAI, BDI-II, MAAS, MINI, la Escala de TAG (GAD-7), el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) y la Escala de Autocompasión (SCS). Los resultados mostraron mejoras significativas en la ansiedad, la preocupación y la depresión, y aumentos significativos en la autocompasión y la atención plena. Además, la tasa de recuperación para los participantes con TAG fue excepcionalmente alta (93,8%).

En el estudio de Nasiri et al. (2015) se utilizó un diseño de línea de base múltiple para evaluar la eficacia de la MBCT en el tratamiento del TAG en dos pacientes. La variable dependiente en este estudio fue la gravedad de los síntomas del TAG y otros síntomas psicopatológicos, medidos mediante el uso de varios instrumentos como el PSWQ, BAI, BDI-II y GAD-7. La variable independiente fue la MBCT, que se administró a los pacientes como intervención para tratar el TAG. El diseño permitió medir los efectos de la intervención en diferentes momentos, antes, durante y después de la intervención en cada paciente. De esta forma, se pudieron evaluar los cambios en la variable dependiente a lo largo del tiempo y determinar si los cambios observados estaban relacionados con la intervención. Los resultados del estudio indicaron que MBCT redujo la gravedad de los síntomas del TAG, la preocupación, la ansiedad y las puntuaciones de depresión en ambos pacientes.

El estudio de Zhao et al. (2019) utiliza un diseño cuasiexperimental, siendo un ensayo controlado en lista de espera, sin asignación aleatoria, con evaluación pre-post intervención. Los participantes del estudio completaron dos meses en el grupo de lista de espera. Después del período de espera, fueron trasladados consecutivamente al grupo de la MBCT y participaron en sesiones de tratamiento grupales de 2 horas durante ocho semanas consecutivas. Cada grupo de tratamiento contenía de ocho a nueve participantes con cuatro grupos en total. La muestra incluyó a 32 pacientes con TAG de leve a moderado. Los instrumentos utilizados incluyeron el Inventario de Ansiedad de Hamilton (HAMA), la Escala de Depresión de Hamilton (HAMD), el Cuestionario de Atención Plena de cinco facetas (FFMQ) e Imágenes de Resonancia Magnética funcional (fMRI). El objetivo del estudio fue investigar los posibles mecanismos neuronales a través de los cuales la MBCT puede reducir la ansiedad en pacientes con TAG. Los resultados demostraron que la MBCT redujo la ansiedad y aumentó la capacidad de atención plena en pacientes que padecían de TAG. Además, en este estudio se encontraron cambios significativos en la actividad cerebral y la conectividad funcional de regiones cerebrales como la corteza cingulada anterior y la ínsula.

Finalmente, los estudios de Kim et al. (2009), Bayrami et al. (2015), Wong et al. (2016), Momeni et al. (2017), Javadi y Ghorbani (2019) y Jiang et al. (2022) son diseños experimentales puros, aleatorizados, con grupos de comparación. En el estudio de Kim et al. (2009) los sujetos fueron asignados aleatoriamente para someterse a los efectos de dos intervenciones diferentes, la MBCT y un programa educativo sobre trastornos de ansiedad durante 8 semanas. Se administraron pruebas pre-post en ambos grupos, utilizando medidas de autoinforme y escalas de calificación para evaluar a los pacientes en la semana 0 y después de que los dos programas hubieran estado funcionando durante 2, 4 y 8 semanas. Los instrumentos utilizados incluyeron el BAI, BDI-II, HAMA, y HAMD. La muestra incluyó a 63 pacientes con este trastorno. El objetivo fue examinar la eficacia de la MBCT como adyuvante a la farmacoterapia en pacientes con TAG. Los resultados indicaron que el grupo que recibió MBCT mostró una mejora significativa en la ansiedad, la preocupación y los síntomas depresivos en pacientes con TAG, en comparación con el grupo que recibió un programa de educación sobre trastornos de ansiedad.

El estudio de Bayrami et al. (2015) utilizó un diseño experimental puro, pre-post con control de grupo, en el que los participantes fueron asignados aleatoriamente a los grupos para evaluar la eficacia de la MBCT en la reducción de la preocupación y los síntomas de ansiedad patológicos en 40 estudiantes de secundaria masculinos con TAG. El estudio incluyó un grupo experimental que recibió la MBCT y un grupo de control que no recibió este tratamiento. El grupo experimental recibió 8 sesiones de MBCT. Los instrumentos utilizados incluyeron STAI y PSWQ en los participantes, administradas antes y después del tratamiento y en el seguimiento de 2 meses. El grupo experimental tuvo una menor puntuación de preocupación patológica y de ansiedad en comparación con el grupo de control. Estos resultados indican que MBCT disminuyó significativamente la preocupación y los síntomas de ansiedad en los estudiantes con TAG.

En el estudio de Wong et al. (2016) se utilizó un diseño experimental puro, con pre-post, asignación aleatoria, grupo de control (atención habitual) y dos grupos de intervención (MBCT y psicoeducación). Esto permitió comparar la eficacia de las dos intervenciones con un grupo de control que recibió tratamiento habitual en el que participaron durante un período de 8 semanas. Además se realizó un seguimiento a los 3, 6 y 9 meses después de la intervención para evaluar la durabilidad de los efectos de la intervención. Los instrumentos utilizados incluyeron el PSWQ, la Escala de Ansiedad del Hospital de Ansiedad y Depresión (HADS), la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) y la Escala de Calidad de Vida (SF-36). El objetivo fue comparar

los cambios en los niveles de ansiedad entre los participantes con TAG asignados a la MBCT, la psicoeducación y la atención habitual. La muestra estuvo conformada por 182 participantes con un diagnóstico de TAG. Los resultados obtenidos indican que tanto la MBCT como la psicoeducación fueron mejores que la atención habitual en cuanto a la reducción de los síntomas de ansiedad entre los pacientes con TAG.

En el estudio de Momeni et al. (2017) utilizaron un diseño de investigación experimental puro, con pre-post intervención y cuatro meses de seguimiento. Los participantes fueron asignados al azar y se utilizaron dos grupos de comparación, el grupo de TCC y el grupo de MBCT. La muestra estuvo conformada por 31 personas con TAG. Los instrumentos utilizados incluyeron GAD-7, MAAS, SCS, la Escala de Evitación Cognitiva (CAQ), el Inventario de Resolución de Problemas (PSI) y la Escala de Desregulación de la Emoción (DERS). Los resultados mostraron que la MBCT fue más efectiva que la TCC para mejorar la atención plena y la autocompasión.

En el estudio de Javadi y Ghorbani (2019) se realizó un diseño pre-post intervención, con grupo de control y asignación aleatoria. La muestra incluyó 30 mujeres con diagnóstico de TAG y se dividieron en dos grupos, 15 mujeres en grupo experimental y 15 en grupo de control. La intervención consistió en 8 sesiones de 90 minutos de MBCT, la cual se brindó únicamente al grupo experimental. Los instrumentos utilizados incluyeron el BAI, GAD-7, el Índice de Calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI) y la Escala de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). El objetivo de este estudio fue investigar la efectividad de la MBCT en la mejora de la calidad del sueño de las personas con TAG, dando como resultado no solo una mejora en la calidad del sueño, sino también en la latencia del sueño, la duración del sueño y los trastornos del sueño en los pacientes con TAG.

El estudio de Jiang et al. (2022) es un diseño experimental puro, con pre-post. Los pacientes fueron aleatorizados a dos grupos de intervención (MBCT y TCC) y el grupo de control que recibió el tratamiento habitual. El estudio tuvo una duración de 8 semanas y un seguimiento de 3 meses después del tratamiento. Los instrumentos utilizados incluyeron el HAMA, HAMD, STAI, FFMQ, la Escala de Impresión Clínica Global (CGI-S) y la Encuesta de Salud (SF-12). El objetivo fue examinar si la eficacia de la MBCT para tratar el TAG era inferior a la TCC. La muestra estuvo conformada por 138 participantes con TAG. Los resultados mostraron que la MBCT no fue inferior a la TCC en la reducción de los síntomas del TAG. Además, la MBCT fue superior a la TCC en la mejora de la calidad de vida y la atención plena. También, la MBCT fue eficaz para mejorar el bienestar, la gravedad general

de la enfermedad, los síntomas de ansiedad de estado y rasgo y los síntomas de depresión en las personas con TAG. (Ver Tabla anexa).

## 6.2 Limitaciones de estudios que aplicaron MBCT para el tratamiento del TAG

La mayoría de los estudios que aplicaron la MBCT para el tratamiento del TAG se realizaron en Asia (cuatro en Irán, tres en China y uno en Corea), solo dos de ellos se realizaron en América (Estados Unidos) y uno fue realizado en Australia. En relación con esto, gran parte de los estudios se realizaron en países no occidentales, lo que representaría un avance debido a que generalmente los participantes en investigaciones son personas de países europeos o de Estados Unidos. A este fenómeno se le conoce como "WEIRD" (Western, Educated, Industrialized, Rich and Democratic) y refiere a que personas de sociedades occidentales, educadas, industrializadas, ricas y democráticas son las más estudiadas, si bien son las menos representativas de la población mundial (Henrich et al., 2010). Aun así, no se hallaron estudios que correspondan a países latinoamericanos. Por consiguiente, para estudios futuros sería interesante que en latinoamérica, incluyendo Uruguay, se explorarán los efectos de la MBCT en el tratamiento del TAG.

A su vez, pocos estudios se centran específicamente en el TAG. Una de las principales limitaciones encontradas en los estudios analizados fue que en algunos de estos las personas presentaban otros trastornos comórbidos como depresión o el acompañamiento de otra sintomatología, así como también estudios que incluían a individuos que tomaban psicofármacos. Además, muchos de estos estudios tenían una muestra pequeña, lo que podría interferir con el alcance real de los resultados. Sin embargo, los resultados obtenidos de estos estudios encontrados demostraron que el programa MBCT parece ser efectivo para el tratamiento del TAG, lo que es prometedor.

## Reflexiones Finales

La psicología ha dado lugar a técnicas novedosas y diversas propuestas psicoterapéuticas, que integran la práctica de meditación y la ciencia clínica. En un enfoque innovador se ofrece a los psicólogos que trabajan como profesionales de salud mental la unificación de un conjunto de técnicas basadas en Mindfulness y en los principios de la TCC.

Este progreso se debe, por un lado, a las evidencias empíricas que demuestran que la TC y la TCC son extremadamente sólidas (González et al., 2018). Por otro lado, también se debe a la evidencia que ha demostrado la eficacia de la utilización del Mindfulness en intervenciones médicas y psicológicas (Hofman et al., 2010; Khoury et al., 2013). Así como existe evidencia de los beneficios de su uso específicamente para los TA (Solberg et al., 2000; Kabat-Zinn, 2005; Lykins & Baer, 2009; Williams, 2010; Vásquez, 2016) y para el TAG (Delgado & Amutio, 2011).

Por todo ello, la confluencia e integración de ambas se ha incluido dentro de las TTG. Esta integración novedosa también ofrece herramientas útiles para tratar una amplia gama de trastornos psicológicos agudos y crónicos, incluidos los que presentan comorbilidades complejas, de los que también se obtuvieron resultados positivos. En el TAG particularmente, diversos autores destacan que las diferentes TTG son una alternativa de tratamiento completamente viable, pues en sus investigaciones se reflejó dicha eficacia (Roemer & Orsillo 2007; Roemer et al., 2008; Hofmann et al., 2010; Majid et al., 2012; Hölzel et al., 2013; Hoge et al., 2013; 2015; 2018; Morgan et al., 2014, Millstein et al., 2015; Eustis et al., 2016).

Ahora bien, en esta monografía nos centramos específicamente en la MBCT para el tratamiento del TAG, aunque, como se mencionó anteriormente, hay una vasta evidencia de la eficacia del Mindfulness y de la aplicación de los novedosos programas que incorporan estas prácticas para los TA y para el TAG como la MBSR, ACT, DBT. En lo que respecta al modelo MBCT, se encontraron relativamente pocos estudios e investigaciones que analicen intervenciones específicamente para el TAG. Sin embargo, de los once estudios hallados se demostró su eficacia, aplicados tanto individualmente como de manera grupal, no solo disminuyendo los síntomas de ansiedad, la preocupación patológica, el estrés, y la mejora en la calidad del sueño, sino también la calidad de vida, la atención plena, y la autocompasión en las personas con TAG.

No obstante, si bien se ha encontrado evidencia preliminar que confirma la eficacia del MBCT para el TAG, aún se necesitan más estudios que investiguen esta terapia, especialmente en este trastorno. Por lo tanto, se espera que con la realización de más investigaciones se logre mayor evidencia de su eficacia, poder generalizar su impacto a otros síntomas asociados, y obtener un respaldo más consensuado, y por consiguiente que pueda ser implementado en el ámbito clínico.

## Referencias

- Acosta, P. (2014). *Mindfulness para el mundo. Vivir en el presente sin juzgar*. Editora Búho.
- Albarracín, G., Rovira, J., Carreras, L., & Rejas, J. (2008). Aspectos económicos y epidemiológicos de los trastornos de ansiedad generalizada: una revisión de la literatura. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(3), 165–176.  
<https://medes.com/publication/41540>
- Amaya, L. (2019). Factores de predisposición genéticos y epigenéticos de los trastornos de ansiedad. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 12(2), 61-68.  
<https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.12206>
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd Edition. (DSM-III). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd Edition, Revised. (DSM-III-R). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th Edition, (DSM-IV). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th Edition, Text Revised. (DSM-IV-TR). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth edition. (DSM-V). American Psychiatric Association.
- Anderson, I., & Palm, M. (2006). Pharmacological treatments for worry: focus on Generalized Anxiety Disorder. In G. Davey, & A. Wells (Eds.), *Worry and Its Psychological Disorders: Theory, Assessment and Treatment* (pp. 305-334). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9780470713143.ch18>

- Assagioli, R. (1989). *El acto de voluntad*. Trillas.
- Bados, A. (2017). Trastorno de ansiedad generalizada: Naturaleza, evaluación y tratamiento. *Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona*.  
<http://hdl.handle.net/2445/115724>
- Bados, A. & García, E. (2010). La técnica de la reestructuración cognitiva. *Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona*, 15. <http://hdl.handle.net/2445/12302>
- Barlow, D. H., Raffa, S. D., & Cohen, E. M. (2002). Psychosocial treatments for panic disorders, phobias, and generalized anxiety disorder. In P. E. Nathan & J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (pp. 301–335). Oxford University Press.
- Barnhill, J. W. (Abril, 2020). *Trastorno de ansiedad generalizada*. Obtenido de Manual MSD versión para profesionales.  
<https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-psiquiatricos/trastorno-de-ansiedad-generalizada>
- Barraca Mairal, J. (2012). ¿Aceptación o control mental? Terapias de aceptación y mindfulness frente a las técnicas cognitivo-conductuales para la eliminación de pensamientos intrusos. *Análisis y Modificación De Conducta*, 37(155-156).  
<https://doi.org/10.33776/amc.v37i155-156.1317>
- Basco, M.R., & Rush, A.J. (1996). *Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder*. The Guilford Press.
- Bayrami, M., Movahedi, Y., Kazimi Razai, S. V., & Esmaili, S. (2015). The Effect of Mindfulness Cognitive Therapy on Pathological Worry and Anxiety Symptoms in Students with Generalized Anxiety Disorder. *Iranian Journal of Rehabilitation Research*, 2(1), 79-90. <http://ijrn.ir/article-1-167-en.pdf>

- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A Cognitive Perspective*. Basic Books.
- Beck, A. T., Freeman, E., & Associates. (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. The Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. (19ª ed). Desclée De Brouwer.
- Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American psychologist*, 46(4), 368-375. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.46.4.368>
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Editorial Gedisa.
- Behar, E., DiMarco, I. D., Hekler, E. B., Mohlman, J., & Staples, A. M. (2011). Modelos teóricos actuales del trastorno de ansiedad generalizada (TAG): revisión conceptual e implicaciones en el tratamiento. *RET, Revista de Toxicomanías*, 63, 15-36.
- Belloch, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: Evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 295. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11845>
- Biennu, O. J., Samuels, J. F., Wuyek, L. A., Liang, K.-Y. ., Wang, Y., Grados, M. A., Cullen, B. A., Riddle, M. A., Greenberg, B. D., Rasmussen, S. A., Fyer, A. J., Pinto, A., Rauch, S. L., Pauls, D. L., McCracken, J. T., Piacentini, J., Murphy, D. L., Knowles, J. A., & Nestadt, G. (2011). Is obsessive–compulsive disorder an anxiety disorder, and what, if any, are spectrum conditions? A family study perspective. *Psychological Medicine*, 42(1), 1–13. <https://doi.org/10.1017/s0033291711000742>
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed

operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241.

<https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>

Blackburn, I., & Moorhead, S. (2002). Depresión. En W. Lydon, J. Jones, & Díaz de Santos (Eds.), *Terapias cognitivas con fundamento empírico* (pp. 15–46). Manual Moderno.

Blazer, D., Hughes, D., & George, L. K. (1987). Stressful life events and the onset of a generalized anxiety syndrome. *The American Journal of Psychiatry*, 144(9), 1178–1183. <https://doi.org/10.1176/ajp.144.9.1178>

Bobes, J., González, M. P. G. P., & García, M. B. (2002). Evolución conceptual y nosográfica del Trastorno de Ansiedad Generalizada. Congreso Virtual de Psiquiatría.

Boletín de Información Clínica Terapéutica de la Academia Nacional de Medicina (2012). El trastorno de ansiedad generalizada. 2012;21(3):1-2

<https://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v56n4/v56n4a9.pdf>

Borkovec, T. D., & Roemer, L. (1995). Perceived functions of worry among generalized anxiety disorder subjects: Distraction from more emotionally distressing topics? *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 26(1), 25-30.

[https://doi.org/10.1016/0005-7916\(94\)00064-S](https://doi.org/10.1016/0005-7916(94)00064-S)

Borkovec, T. D., & Ruscio, A. M. (2001). Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Journal of clinical psychiatry*, 62, 37-45.

Borkovec, T. D., Alcaine, O. M., & Behar, E. (2004). Avoidance Theory of Worry and Generalized Anxiety Disorder. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 77–108). The Guilford Press.

Borkovec, T. D., Newman, M. G., Pincus, A. L., & Lytle, R. (2002). A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of

interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 288–298. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.2.288>

Borkovec, T.D., Sahdick, R. y Hopkins, M. (1990). The nature of normal and pathological worry. In R. Rapee y D. Barlow (Eds.), *Chronic Anxiety: Generalized Anxiety Disorder and Mixed Anxiety-Depression* (pp. 29-51). Guilford Press.

Borkovec, T. D. (1994). The nature, functions, and origins of worry. In G. C. L. Davey & F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment* (pp. 5–33). John Wiley & Sons.

Borkovec, T.D. (2006). Applied relaxation and cognitive therapy for pathological worry and generalized anxiety disorder. In G.C.L. Davey y A. Wells. (Eds.), *Worry and its psychological disorders: theory, assessment and treatment* (pp. 273- 287). Wiley.

Bourland, S. L., Stanley, M. A., Snyder, A. G., Novy, D. M., Beck, J. G., Averill, P. M., & Swann, A. C. (2000). Quality of life in older adults with generalized anxiety disorder. *Aging & Mental Health*, 4(4), 315-323. <https://doi.org/10.1080/713649960>

Brakoulias, V., Starcevic, V., Belloch, A., Brown, C., Ferrao, Y. A., Fontenelle, L. F., Lochner, C., Marazziti, D., Matsunaga, H., Miguel, E.C., Reddy, Y.C.J., Do Rosario, M.C., Shavitt, R.G., Shyam Sundar, A., Stein,D.J., Torres, A.R., & Viswasam, K. (2017). Comorbidity, age of onset and suicidality in obsessive– compulsive disorder (OCD): An international collaboration. *Comprehensive Psychiatry*, 76, 79-86. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.04.002>

Brown, G. K., Ten Have, T., Henriques, G. R., Xie, S. X., Hollander, J. E., & Beck, A. T. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: A randomized controlled trial. *JAMA*, 294(5), 563-570. <https://doi.org/10.1001/jama.294.5.563>

- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1992). Comorbidity among anxiety disorders: Implications for treatment and *DSM-IV*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(6), 835–844. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.60.6.835>
- Brown, T. A., Antony, M. M., & Barlow, D. H. (1992). Psychometric properties of the Penn State Worry Questionnaire in a clinical anxiety disorders sample. *Behaviour research and therapy, 30*(1), 33-37. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(92\)90093-V](https://doi.org/10.1016/0005-7967(92)90093-V)
- Brown, T. A., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the *DSM-IV* anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology, 107*(2), 179–192. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.107.2.179>
- Brown, T. A., Moras, K., Zinbarg, R. E., & Barlow, D. H. (1993). Diagnostic and symptom distinguishability of generalized anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy, 24*(2), 227-240. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80265-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80265-5)
- Brown, T. A., O'Leary, T. A., & Barlow, D. H. (2001). Generalized anxiety disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (pp. 154–208). The Guilford Press.
- Brown, T. A. (1997). The nature of generalized anxiety disorder and pathological worry: current evidence and conceptual models. *The Canadian Journal of Psychiatry, 42*(8), 817-825. <https://doi.org/10.1177/0706743797042008>
- Butler, G. (1994). Treatment of worry in generalized anxiety disorder. In G. C. L. Davey & F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment* (pp. 209–228). John Wiley & Sons.

- Campos, M. S., & Martínez-Larrea, J. A. (2002). Trastornos afectivos: Análisis de su comorbilidad en los trastornos psiquiátricos más frecuentes. En *Anales del sistema Sanitario de Navarra*, 25, 117-136.
- Capafons, A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada. *Psicothema*, 13(3), 442-446. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72713309.pdf>
- Cardaciotto, L., Herbert, J. D., Forman, E. M., Moitra, E., & Farrow, V. (2008). The assessment of present-moment awareness and acceptance: The Philadelphia Mindfulness Scale. *Assessment*, 15(2), 204-223.  
<https://doi.org/10.1177/1073191107311467>
- Carrillo, M. (2014). *Mindfulness, sencillamente*. Dhammasati.
- Cebolla, A, García, J., Demarzo, M. (2014). *Mindfulness y ciencia: de la tradición a la modernidad*. Alianza Editorial.
- Cebolla, A. (2007). *Eficacia de la terapia cognitiva basada en la atención plena en el tratamiento de la ansiedad y la depresión*. (pp. 1–347) [Tesis Doctoral, Universitat de València]. <http://hdl.handle.net/10550/15677>
- Chambless, D. L., & Gillis, M. M. (1993). Cognitive therapy of anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 248–260.  
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.2.248>
- Chang, S., Abdin, E., Shafie, S., Sambasivam, R., Vaingankar, J. A., Ma, S., Chong, S., A. & Subramaniam, M. (2019). Prevalence and correlates of generalized anxiety disorder in Singapore: Results from the second Singapore Mental Health Study. *Journal of anxiety disorders*, 66, 102106. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.102106>

- Coutiño, A. M. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): la atención plena/mindfulness. *Revista internacional de psicología*, 12(01), 1-18.  
<https://doi.org/10.33670/18181023.v12i01.66>
- 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.  
<https://doi.org/10.1017/S135246580800458X>
- Craske, M., & Bystritsky, A. (2022). Generalized anxiety disorder in adults: Management.
- Culpepper, L. (2009). Generalized anxiety disorder and medical illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(2), 20-24.
- Davidson, J. R., & Dugar, A. (2010). Management of generalized anxiety disorder in primary care: identifying the challenges and unmet needs. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 12(2), 1–13.
- Delgado, E., De la Cera, D. X., Lara, M. F., & Arias, R. M. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula*, 35(1), 23-36.  
<https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>
- Delgado, L. C., & Amutio, A. (2011). La ansiedad generalizada y su tratamiento basado en mindfulness. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace*, 99, 50-65.
- Delgado Ortiz, P. (2012). *Trastorno de ansiedad generalizada: un estudio de revisión*. [Trabajo Fin de Grado, Universidad Zaragoza].  
<https://zaguan.unizar.es/record/8268/files/TAZ-TFG-2012-545.pdf?version=2>

- Díaz, I. & De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: revisión y delimitación conceptual. *Summa Psicológica UST*, 16(1), 42-50. <https://doi.org/10.18774/0719-448x.2019.16.1.393>
- Díaz Huamaní, B. G. (2022). *Abordaje cognitivo conductual en trastorno de ansiedad generalizada* [Tesis, Universidad Católica de Santa María].  
<https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/12107>
- Didonna, F. (2011). *Manual clínico de mindfulness*. Desclèe de Brouwer.
- Doménech, J. R. (2022). Psiquiatra y vicepresidente de la Asociación Española de Psiquiatría Privada (ASEPP). En L. Balado (Ed.). La Voz de Galicia. *Guía sobre los psicofármacos más comunes: ¿por qué me recetan un antidepresivo contra la ansiedad?* <https://www.lavozdeg Galicia.es/noticia/lavozdelasalud/salud-mental>
- Dugas, M. J., & Koerner, N. (2005). Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Current status and future directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(1), 61.
- Dugas, M. J., Gagnon, F. Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized Anxiety Disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 215-226. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)00070-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)00070-3)
- Dugas, M. J. (2000). Generalized anxiety disorder publications: so where do we stand?. *Journal of anxiety disorders*, 14(1), 31-40.  
[https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(99\)00034-1](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(99)00034-1)
- Dugas, M. J. & Ladouceur, R. (1997). Análisis y tratamiento del trastorno por ansiedad generalizada. En V.E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*, 1 (pp. 211-240). Siglo XXI.
- Dugas, M. J. & Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder*. Routledge.

Ellis, A. (1980). Razón y emoción en psicoterapia. Desclée de Brouwer.

Etchebarne, I., Juan, S., Balbi, P. R., & Roussos, A. J. (2012). El abordaje clínico de la preocupación en el Trastorno de Ansiedad Generalizada: Resultados preliminares. *Anuario de investigaciones*, 19(1), 215-223. <http://hdl.handle.net/11336/90934>

Etchebarne, I. (2014). *Estrategias psicoterapéuticas iniciales para el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada*. [Tesis Doctoral, Universidad de Buenos Aires]. Repositorio Institucional UBA. <http://repositorioubi.sisbi.uba.ar/library.apstesis51554>

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. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.09.012>

Evans .S., Ferrando .S., Findler .M., Stowell .C., Smart .C. & Haglin .D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal Anxiety Disorders*, 22(4), 716–721

Feixas, G. & Miró, M.T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Paidós.

Franco-Nerín, N, Pérez-Nieto, M.J. & de Dios-Pérez, M.J. (2014). Relación entre los estilos de crianza parental y el desarrollo de ansiedad y conductas disruptivas en niños de 3 a 6 años. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(2), 149-156.

Freeston, M. H., Ladouceur, R., Rhéaume, J., Letarte, H., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (1994). Self-report of obsessions and worry. *Behaviour Research and therapy*, 32(1), 29-36. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)90081-7](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)90081-7)

- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry?. *Personality and individual differences*, 17(6), 791-802.  
[https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90048-5](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90048-5)
- Freiria, S. M., Koutsovitis, F., & Garay, C. J. (2017). Factores neurobiológicos implicados en el desarrollo del Trastorno de Ansiedad Generalizada. En *IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.  
<https://www.aacademica.org/000-067/310>
- Fresco, D. M., Moore, M. T., van Dulmen, M. H., Segal, Z. V., Ma, S. H., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G. (2007). Initial psychometric properties of the experiences questionnaire: validation of a self-report measure of decentering. *Behavior therapy*, 38(3), 234-246. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.08.003>
- Gabalda, I. C. (2007). *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas*. Desclée de Brouwer.
- Garay, C. J., Donati, S., Ortega, I., Freiría, S., Rosales, G., & Koutsovitis, F. (2019). Modelos cognitivo-conductuales del Trastorno de Ansiedad Generalizada. *Revista de Psicología*, 15(29). <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/9564>
- Garay, C. J., Korman, G. P., & Keegan, E. (2015). Terapia cognitiva basada en atención plena (mindfulness) y la “tercera ola” en terapias cognitivo-conductuales. *Vertex*, 26(119), 49-56.
- García-Herrera Pérez-Bryan, J. M., Hurtado Lara, M. M., Noguerras Morillas, E. V., Bordallo Aragón, A., & Morales Asencio, J. M. (2015). Guía de práctica clínica para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada: basada en el modelo de atención por pasos en atención primaria y en salud mental.

- García Soriano, G. (2008). *Pensamientos intrusos obsesivos y obsesiones clínicas: contenidos y significado personal*. [Tesis Doctoral, Universitat de València].  
<http://hdl.handle.net/10550/15436>
- García-Vera, M. & Sanz-Fernandez, J. (2016). *Tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes: De la investigación a la consulta*. Pirámide.
- Garyfallos, G., Adamopoulou, A., Karastergiou, A., Voikli, M., Milis, V., Donias, S., Giouzevas, J., & Parashos, A. (1999). Psychiatric comorbidity in Greek patients with generalized anxiety disorder. *Psychopathology*, 32(6), 308-318.  
<https://doi.org/10.1159/000029104>
- Germer, C. K. (2005). Teaching mindfulness in Therapy. in C. K., Germer, R. D., Siegel, & P. R., Fulton, (2005). *Mindfulness and Psychotherapy*, 1(2), 113-129. Guilford Press.
- Gethin, R. (2011). On some definitions of mindfulness. In J. Mark G. Williams & Jon Kabat-Zinn (Eds.), *Mindfulness: Diverse Perspectives on its Meaning, Origins and Applications*, 263–279. Routledge.
- Ghaderi, F., Akrami, N., Namdari, K., & Abedi, A. (2022). Comparing the effects of integrated cognitive-behavioral therapy and transdiagnostic treatment on symptoms of patients with generalized anxiety disorder comorbid with depression. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 27(4), 440-457.  
<http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.27.4.3067.3>
- Goisman, R. M., Goldenberg, I., Vasile, R. G., & Keller, M. B. (1995). Comorbidity of anxiety disorders in a multicenter anxiety study. *Comprehensive Psychiatry*, 36(4), 303-311.  
[https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(95\)90076-4](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(95)90076-4)

- González, C., Ruiz, M., Cordero, P., Umaran, O., Hernández, A., Muñoz, R & Cano, A. (2018). Terapia Cognitiva Conductual Transdiagnóstica en Atención Primaria: Un Contexto Ideal. *Revista de Psicoterapia*, 29(110), 37-52.
- González-Blanch, C., Ruiz-Torres, M., Cordero-Andrés, P., Umaran-Alfageme, O., Hernández-Abellán, A., Muñoz-Navarro, R., & Cano-Vindel, A. (2018). Terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica en Atención Primaria: un contexto ideal. *Revista De Psicoterapia*, 29(110), 37–52. <https://doi.org/10.33898/rdp.v29i110.243>
- González Gabelloni, M. F., & Vazquez Melia, M. (2017). Mecanismos transdiagnósticos en pacientes con perfil ansioso. En *IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-067/262>
- González Mengíbar, N. (2019). *Trastorno de Ansiedad Generalizada en niños y adolescentes*. [Tesis, Universidad de Jaén]. <https://hdl.handle.net/10953.1/9812>
- González Pando, D., Cernuda Martínez, J. A., Alonso Pérez, F., Beltrán García, P., & Aparicio Basauri, V. (2018). Transdiagnóstico: origen e implicaciones en los cuidados de salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(133), 145-166. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352018000100008>
- Gonzalez Tuta, D. F., Barreto Porez, A. P., & Salamanca Camargo , Y. (2017). Terapia cognitiva: Antecedentes, teoría y metodología [investigación documental]. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 10(2), 201-207. <https://revistas.iberoamericana.edu.co/index.php/ripsicologia/article/view/1114>
- Goodman, J. H., Guarino, A., Chenausky, K., Klein, L., Prager, J., Petersen, R., Forget, A. & Freeman, M. (2014). CALM Pregnancy: results of a pilot study of mindfulness-based

cognitive therapy for perinatal anxiety. *Archives of women's mental health*, 17(5), 373-387. <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0402-7>

Gorwood, P. (2004). Comorbilidad del trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno depresivo mayor: ¿un ejemplo de pleiotropía genética? *European Psychiatry (Ed. Española)*, 11(3), 170–177. <https://doi.org/10.1017/s113406650000552x>

Gottschalk, M. G., & Domschke, K. (2022). Genetics of generalized anxiety disorder and related traits. *Dialogues in clinical neuroscience*. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/kdomschke>

Grecucci, A., Pappaianni, E., Siugzdaite, R., Theuninck, A. & Job, R. (2015). Mindful Emotion Regulation: Exploring the Neurocognitive Mechanisms behind Mindfulness. *BioMed Research International*, 1-9. <http://dx.doi.org/10.1155/2015/670724>

Hayes, S. C., McCurry, S. M., Afari, N. & Wilson, K. (1991). *Acceptance and commitment therapy (ACT). A therapy manual for the treatment of emotional avoidance*. Context Press.

Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.

Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–1168. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35(4), 639-665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)

- Hayes-Skelton, S., & Graham, J. (2013). Decentering as a common link among mindfulness, cognitive reappraisal, and social anxiety. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 41(3), 317-328. <https://doi.org/10.1017/S1352465812000902>
- Henrich, J., Heine, S. J., & Norenzayan, A. (2010). Most people are not WEIRD. *Nature*, 466(7302), 29–29. <https://doi.org/10.1038/466029a>
- Hervás, G., Cebolla, A., & Soler, J. (2016). Mindfulness-based psychological interventions and benefits: State of the art. *Clínica y Salud*, 27(3), 115-124. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2016.09.002>
- Hettema, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American journal of Psychiatry*, 158(10), 1568-1578. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.10.1568>
- Hirsch, C. R., Mathews, A., Lequertier, B., Perman, G., & Hayes, S. (2013). Characteristics of worry in generalized anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(4), 388-395. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2013.03.004>
- Hodann, R. & Serrano, I. (2016). Revisión sistemática de la eficacia de los tratamientos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad. *Ansiedad y estrés*, 22(1), 39-45. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2016.04.001>
- Hofmann, S. G., & Smits, J. A. J. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 621–632. <https://doi.org/10.4088/JCP.v69n0415>
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169–183. <https://doi.org/10.1037/a0018555>

- Hofmann, S. G. (2008). Acceptance and commitment therapy: New wave or Morita therapy? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(4), 280–285.  
<https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2008.00138.x>
- 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., Worthington, J. J., Pollack, M. H. & 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), 786–792.  
<https://doi.org/10.4088/JCP.12m08083>
- Hoge, E. A., Bui, E., Palitz, S. A., Schwarz, N. R., Owens, M. E., Johnston, J. M., Pollack, M. H. & Simon, N. M. (2018). The effect of mindfulness meditation training on biological acute stress responses in generalized anxiety disorder. *Psychiatry research*, 262, 328-332. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.006>
- Holmes, M., & Newman, M. G. (2006). Generalized anxiety disorder. In F. Andrasik (Ed.), *Comprehensive handbook of personality and psychopathology: Adult Psychopathology*. (pp. 101–120). John Wiley & Sons.
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on psychological science*, 6(6), 537-559. <https://doi.org/10.1177/1745691611419671>
- Ibáñez Lorente, C. (2020). *Viaje al centro de la mente: Manual básico de psicología*. Hakabooks.

- Jarne, A. (2015). *Manual de psicopatología clínica*. Herder Editorial.
- Javadi, Z., & Ghorbani, M. (2019). The effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on the improvement of sleep quality in patients with generalized anxiety disorder. *The Horizon of Medical Sciences*, 25(2), 117-126.  
<http://imtj.gmu.ac.ir/article-1-2945-en.html>
- Jiang, S. S., Liu, X. H., Han, N., Zhang, H. J., Xie, W. X., Xie, Z. J., Lu, X. Y., Zhou, X. Z., Zhao, Y. G., Duan, A. D, Zhao, S. G. Zhan, Z. C. & Huang, X. B. (2022). Effects of group mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive behavioral therapy on symptomatic generalized anxiety disorder: a randomized controlled noninferiority trial. *BMC psychiatry*, 22(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04127-3>
- Jopling, D. A. (2002). *Self-Knowledge and the Self*. Routledge.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. Delacorte.
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Bantam.
- Keegan, E., & Holas, P. (2009). Cognitive-Behavior Therapy. Theory and Practice. In R. A. Carlstedt (Ed.) *Handbook of integrative clinical psychology, psychiatry, and behavioral medicine : perspectives, practices, and research*. (pp. 605–629). Springer.
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., Chapleau, M.A., Paquin, K. & Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clinical psychology review*, 33(6), 763-771.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.005>
- Kim, Y. W., Lee, S., Choi, T. K., Suh, S. Y., Kim, B., Kim, C. M., Cho, S. J., Kim, M. J., Yook, K., Ryu, M., Song, S. K., & Yook, K. (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(7), 601–606.

<https://doi.org/10.1002/da.20552>

Kitanishi, K., & Mori, A. (1995). Morita therapy: 1919 to 1995. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 49(5-6), 245-254.

<https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.1995.tb01896.x>

Koerner, N., & Dugas, M. J. (2006). A cognitive model of generalized anxiety disorder: The role of intolerance of uncertainty. In G. C. Davey & Adrian Wells (Eds.), *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment*. (pp. 201-216). Wiley.

Korman, G. P., & Garay, C. J. (2012). El modelo de terapia cognitiva basada en la conciencia plena (mindfulness). *Revista argentina de clínica psicológica*, 21(1), 5-13.

<https://www.redalyc.org/pdf/2819/281925884002.pdf>

Korman, G. P., & Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 15(1), 119-145. <http://www.scielo.org.ar/pdf/spc/v15n1/v15n1a05.pdf>

Labrador, F. J., & Crespo, M. (2012). *Psicología clínica basada en la evidencia*. Editorial Pirámides.

Labrador, F.J., Echeburúa, E., & Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos. Hacia una nueva psicología clínica*. Dykinson.

Ladouceur, R., Gosselin, P., & Dugas, M. J. (2000). Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: A study of a theoretical model of worry. *Behaviour research and therapy*, 38(9), 933-941. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00133-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00133-3)

Lau, Mark A. & Yu, Amanda R. (2009). *Terapia Cognitiva basada en la Conciencia Plena: Pasado, Presente y Futuro*.

<https://apra.org.ar/wp-content/uploads/Terapia-Cognitiva-basada-en-la-Conciencia-Plena-Pasado-Presente-y-Futuro.pdf>

Leahy, R. L., Holland, S. J., & McGinn, L. K. (2011). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. Guilford press.

López de la Parra, M. D. P. M., Mendieta Cabrera, D., Muñoz Suarez, M. A., Díaz Anzaldúa, A., & Cortés Sotres, J. F. (2014). Calidad de vida y discapacidad en el trastorno de ansiedad generalizada. *Salud mental*, 37(6), 509-516.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7433866>

Lozano-Vargas, A. (2017). Aspectos clínicos del trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados. *Revista de neuro-psiquiatría*, 80(1), 35-35.

Lykins, E. L., & Baer, R. A. (2009). Psychological functioning in a sample of long-term practitioners of mindfulness meditation. *Journal of cognitive Psychotherapy*, 23(3), 226-241. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.3.226>

Macías-Carballo, M., Pérez-Estudillo, C., López-Meraz, L., Beltrán-Parrazal, L. & Morgado-Valle, C. (2019). *Trastornos de Ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva actual*. *Revista de Neurobiología*, 10(24), 1- 11.

MacLeod, C., & Rutherford, E. (2004). Information-Processing Approaches: Assessing the Selective Functioning of Attention, Interpretation, and Retrieval. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*, 109–142. The Guilford Press.

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.

- McEvoy, P. M., & Mahoney, A. E. (2012). To be sure, to be sure: Intolerance of uncertainty mediates symptoms of various anxiety disorders and depression. *Behavior therapy, 43*(3), 533-545. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.02.007>
- Millán López, D. (2021). *Guía autista: Consejos para sobrevivir en el loco mundo de los neurotípicos*. Lulu.
- 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. <https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1060255>
- Miró, M. T. (2006). La atención plena (mindfulness) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia. *Revista de psicoterapia, 17*(66/67), 31-76.
- Miró, M. T. & Simón, V. (2012). *Mindfulness en la práctica clínica*. Desclée de Brouwer.
- Momeni, F., Shahidi, S., Mootabi, F., & Heidari, M. (2017). Comparison of the effectiveness between cognitive behavior therapy and mindfulness based cognitive therapy in mediator variables of generalized anxiety disorder. *Journal of applied psychological research, 8*(1), 49-66. <https://doi.org/10.22059/JAPR.2017.62605>
- Moñivas, A., García-Diex, G. & García-De Silva, R. (2012). Mindfulness (atención plena): concepto y teoría. *Portularia, 12*, 83-89.  
<https://www.redalyc.org/pdf/1610/161024437009.pdf>
- Monsalve Carpio, M. B., & Palomeque Terán, M. J. (2022). *Prevalencia de ansiedad generalizada y su relación con factores sociodemográficos en adultos del cantón Nabón*. [Tesis, Universidad del Azuay].  
<http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/12287>

- Morales, D. Y. (2010). El Proceso del Diagnóstico Diferencial (T.D.A.H, Depresión, Trastorno Bipolar). Obtenido de *Salud mental, Psicología y Psicopatología del niño, adolescente y su familia*. <https://psicoadolescencia.com.ar/docs/5/final054.pdf>
- 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.  
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.05.001>
- Nasiri, F., Mahmoodaliloo, M., & Bakhshipoor, A. (2015). The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in treating people with generalized anxiety disorder. *Research in clinical psychology and counseling*, 5(1), 116-133.  
<https://doi.org/10.22067/IJAP.V5I1.40703>
- National Institute for Health and Care Excellence (2019). *Generalized anxiety disorder and panic disorder in adults: management*. National Institute for Health and Care Excellence. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK552847>
- National Institute of Mental Health (2022). *Trastorno de ansiedad generalizada: Cuando no se puede controlar la preocupación*.  
<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-de-ansiedad-generalizada-new>
- Nestadt, G., Samuels, J., Riddle, M.A., Liang, K.Y., Bienvenu, O.J., Hoehn-Saric, R., Grados, M., Cullen, B. (2001). The relationship between obsessive–compulsive disorder and anxiety and affective disorders: results from the Johns Hopkins OCD Family Study. *Psychological medicine*, 31(3), 481-487.  
<https://doi.org/10.1017/S0033291701003579>

- Newman, M.G., & Anderson, N.L. (2007). A review of basic and applied research on generalized anxiety disorder. Una Revisión de la investigación básica y aplicada sobre el trastorno de ansiedad generalizada. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(1), 7.
- Newman, M. G., & Przeworski, A. (2018). The increase in interest in GAD: Commentary on Asmundson & Asmundson. *Journal of anxiety disorders*, 56, 11-13.  
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.04.006>
- Nhat Hanh, T. (1975). *The miracle of mindfulness: A manual on meditation*. Beacon Press.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on psychological science*, 3(5), 400-424.  
<https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.0008>
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of abnormal psychology*, 100(4), 569.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 504–511.  
<https://doi.org/10.1037/0021-843X.109.3.504>
- Noyes, R., Woodman, C., Garvey, M. J., Cook, B. L., Suelzer, M., Clancy, J., & Anderson, D. J. (1992). Generalized anxiety disorder vs. panic disorder: Distinguishing characteristics and patterns of comorbidity. *The Journal of nervous and mental disease*, 180(6), 369-379.
- Nurnberger J. I., & Berrettini, W. (1998). *Psychiatric Genetics*. Chapman and Hall Medical.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Salud mental y COVID-19: datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/CoV>

- Organización Mundial de la Salud (2018). Clasificación Internacional de Enfermedades 11<sup>a</sup> Revisión: CIE-11 (CIE-11) para Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad.  
<https://icd.who.int/browse11/l-m/es>
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49578>
- Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial del Salud (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes*. OPS, 1-24.  
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006>
- Oró Palau, Pere. (2016). *Efectos de un entrenamiento basado en mindfulness (atención o conciencia plena) sobre la salud psíquica y las habilidades de autocuidado y cuidado de otros en estudiantes de medicina*. [Tesis Doctoral, Universitat de Lleida]  
<http://hdl.handle.net/10803/387228>
- Orsillo, S. M., Roemer, L., & Holowka, D. W. (2005). Acceptance-Based Behavioral Therapies for Anxiety: Using Acceptance and Mindfulness to Enhance Traditional Cognitive-Behavioral Approaches. In S.M., Orsillo & L., Roemer (Eds.), *Acceptance and Mindfulness-Based Approaches to Anxiety. Conceptualization and treatment*, 3-35. Springer.
- Otto, M. W., Smits, J. A., & Reese, H. E. (2004). Cognitive-behavioral therapy for the treatment of anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 34-41.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive therapy and research*, 27(3), 261-273.  
<https://doi.org/10.1023/A:1023962332399>

- Parra Delgado, M., Montañés Rodríguez, J., Montañés Sánchez, M., & Bartolomé Gutiérrez, R. (2012). Conociendo mindfulness. Knowing mindfulness. *Ensayos. Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 27, 29-46. <https://hdl.handle.net/11162/218088>
- Pelled, E. (2007). Learning from experience: Bion's concept of reverie and Buddhist meditation: A comparative study. *The International Journal of Psychoanalysis*, 88(6), 1507-1526. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2007.tb00757.x>
- Peris, T. S., Rozenman, M., Bergman, R. L., Chang, S., O'Neill, J., & Piacentini, J. (2017). Developmental and clinical predictors of comorbidity for youth with obsessive compulsive disorder. *Journal of psychiatric research*, 93, 72-78. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.05.002>
- Prados, J.M. (2008). *Ansiedad generalizada*. Síntesis.
- Prados, J. M. (2011). Cognición y emoción en el trastorno por ansiedad generalizada. Implicaciones clínicas. *Información psicológica*, (102), 47-62. <https://www.informaciopsicologica.info/revista/article/view/65>
- Procacci, M. (2002). Un nuevo programa para la psicoterapia cognitiva del paciente grave. En A. Semerari. (Ed.), *Psicoterapia cognitiva del paciente grave: metacognición y relación terapéutica*.(pp. 55-78). Desclée de Brouwer.
- Ramirez, L. O., & Corredor, F. P. (2015). Aproximaciones conductuales de primera, segunda y tercera generación frente a un caso de ludopatía. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 8(1), 51-61.
- Rapee, R. M. (1991). Generalized anxiety disorder: A review of clinical features and theoretical concepts. *Clinical Psychology Review*, 11(4), 419-440. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(91\)90116-C](https://doi.org/10.1016/0272-7358(91)90116-C)

Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española*.

<https://dle.rae.es/ansiedad>

Rettew, D. C. (2000). Avoidant personality disorder, generalized social phobia, and shyness: Putting the personality back into personality disorders. *Harvard review of psychiatry*, 8(6), 283-297.

Rey Pousada, A. (2013). *Obsesiones: revisión de los síntomas obsesivos en las principales taxonomías del TOC*. [Tesis, Universidad de Santiago de Compostela].

<https://core.ac.uk/download/pdf/75992999.pdf>

Ribas Canturri, M. & Martínez Ortega, Y. (2015). Comorbilidad entre trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico con agorafobia. Caso clínico. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (114), 23-34.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo/código=5208814>

Robles-Ortega, H., Mata-Martín, J. L., Sánchez-Barrera, M. B., Vera-Guerrero, M. N., Pegalajar, J., Mezcuca, A., Fernández-Santaella, M.C. & Vila, J. (2016). Coocurrencia de trastornos de personalidad en pacientes con trastornos de ansiedad. *Revista de psicología (Santiago)*, 25(1), 01-17.

<https://www.scielo.cl/pdf/revpsicol/v25n1/art04.pdf>

Rodríguez, H., González, H., & Meneses, J. (2012). Síntomas de discontinuación luego de suspensión abrupta de olanzapina. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 50(2), 100-105. <https://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v50n2/art03.pdf>

Rodríguez Martín, I. (2017). *Revisión teórica sobre la Terapia Cognitiva basada en Atención Plena*. <http://hdl.handle.net/10630/14649>

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. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.54>

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. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.04.001>

Roemer, L., Salters, K., Raffa, S. D., & Orsillo, S. M. (2005). Fear and avoidance of internal experiences in GAD: Preliminary tests of a conceptual model. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 71-88. <https://doi.org/10.1007/s10608-005-1650-2>

Rooney, G., & Ross, M. (2014). Un cambio de foco: de mediar el problema a mediar el momento. Uso de la intuición como guía. *Revista de mediación ADR, Análisis y Resolución de Conflictos*, 7(1). <https://revistademediacion.com/wp-content>

Rosa-Alcázar, Á., Olivares-Olivares, P. J., Martínez-Esparza, I. C., Parada-Navas, J. L., Rosa-Alcázar, A. I., & Olivares-Rodríguez, J. (2020). Cognitive flexibility and response inhibition in patients with Obsessive-Compulsive Disorder and Generalized Anxiety Disorder. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 20(1), 20-28. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.07.006>

Ruscio, A.M., Hallion, L.S., Lim, C.C.W., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L., H., Borges, G., Bromet, E. J., Bunting, B., Caldas de Almeida, J. M., Demyttenaere, K., Florescu, S., De Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Hinkov, H., Hu, C. & Scott, K.M. (2017). Cross-sectional comparison of the epidemiology of DSM-5 generalized anxiety disorder across the globe. *JAMA Psychiatry*, 74(5), 465-475. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0056>

Ruiz, F. J. (2014). The relationship between low levels of mindfulness skills and pathological worry: The mediating role of psychological inflexibility. [La relación entre habilidades

de mindfulness y preocupación patológica: El rol mediador de la inflexibilidad psicológica]. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 30(3), 887–897.  
<https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.150651>

Ruíz Fernández, M. D., Díaz García, M. I., & Villalobos Crespo, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer.

Sanderson, W. C., Beck, A. T., & Beck, J. (1990). Syndrome comorbidity in patients with major depression or dysthymia: Prevalence and temporal relationships. *The American Journal of Psychiatry*, 147(8), 1025–1028.  
<https://doi.org/10.1176/ajp.147.8.1025>

Sandín, B., Chorot, P., & Valiente, R. M. Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185-203.

Santachita, A., & Vargas, M. L. (2015). Mindfulness en perspectiva. *Revista de la asociación española de Neuropsiquiatría*, 35(127), 541-553.  
<https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352015000300007>

Saramago, P., Gega, L., Marshall, D., Nikolaidis, G. F., Jankovic, D., Melton, H., Dawson, S., Churchill, R. & Bojke, L. (2021). Digital interventions for Generalized Anxiety Disorder (GAD): systematic review and network meta-analysis. *Frontiers in psychiatry*, 2158.  
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.726222>

Schienle, A., Ebner, F., & Schäfer, A. (2011). Localized gray matter volume abnormalities in generalized anxiety disorder. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 261(4), 303-307. <https://doi.org/10.1007/s00406-010-0147-5>

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to relapse prevention*. Guilford Press.

- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2006). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena: Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. Desclée De Brouwer.
- Semerari, A. (2015). *Storia, teorie e tecniche della psicoterapia cognitiva*. Gius Laterza & Figli Spa.
- Shapiro, D. H., & Giber, D. (1978). Meditation and psychotherapeutic effects: Self-regulation strategy and altered state of consciousness. *Archives of General Psychiatry*, 35(3), 294-302. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1978.01770270044003>
- Sharma, P., Rosário, M. C., Ferrão, Y. A., Albertella, L., Miguel, E. C., & Fontenelle, L. F. (2021). The impact of generalized anxiety disorder in obsessive-compulsive disorder patients. *Psychiatry Research*, 300, 113898. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113898>
- Sibrava, N.J. y Borkovec, T.D. (2006). The cognitive avoidance theory of worry. In G.C.L. Davey y F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives in theory, assessment and treatment* (pp. 239-258). Wiley.
- Siegel, R. D., Germer, C. K., & Olendzki, A. (2009). Mindfulness: What is it? Where did it come from?. In F. Didonna (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness*, 17-35. [https://doi.org/10.1007/978-0-387-09593-6\\_2](https://doi.org/10.1007/978-0-387-09593-6_2)
- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar e subjetividade*, 3(1), 10-59. <https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>
- Simón, V. (2007). Mindfulness y neurobiología. *Revista de psicoterapia*, 17(66-67), 5-30. <https://doi.org/10.33898/rdp.v17i66/67.905>

- Simón, V. (2010). Mindfulness y psicología: presente y futuro. *Informació psicológica* (100), 162-170. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3642934>
- Solberg, E. E., Ingjer, F., Holen, A., Sundgot-Borgen, J., Nilsson, S., & Holme, I. (2000). Stress reactivity to and recovery from a standardised exercise bout: a study of 31 runners practising relaxation techniques. *British journal of sports medicine*, 34(4), 268-272. <http://dx.doi.org/10.1136/bjism.34.4.268>
- Spielberger, C., Pollans, C. & Worden, T. (1984). Anxiety disorders. In S. Turner & M. Hersen (Eds.), *Adult psychopathology and diagnosis*. (pp. 263-303). Wiley.
- Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., & Eifert, G. H. (2002). The relations of anxiety sensitivity, experiential avoidance, and alexithymic coping to young adults' motivations for drinking. *Behavior modification*, 26(2), 274-296. <https://doi.org/10.1177/0145445502026002007>
- Storch, E. A., Lewin, A. B., Larson, M. J., Geffken, G. R., Murphy, T. K., & Geller, D. A. (2012). Depression in youth with obsessive-compulsive disorder: clinical phenomenology and correlates. *Psychiatry Research*, 196(1), 83-89. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.10.013>
- Taboas, W., Ojserkis, R., & McKay, D. (2015). Change in disgust reactions following cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety disorders. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(1), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.06.002>
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 615–623. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.4.615>

- Tonneau, F. (2011). Belief modification in cognitive therapy. *Clinical and Health*, 22(3), 257-266. <https://doi.org/10.5093/cl2011v22n3a6>
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Stanley, M. A. (1992). Are obsessional thoughts and worry different cognitive phenomena? *Clinical Psychology Review*, 12(2), 257-270. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(92\)90117-Q](https://doi.org/10.1016/0272-7358(92)90117-Q)
- Tyrer, P., & Baldwin, D. (2006). Generalized anxiety disorder. *The Lancet*, 368(9553), 2156-2166. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69865-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69865-6)
- Utrera-Pavón, L. (2019). *TOC en la infancia y la adolescencia. Una revisión*. [Tesis, Universidad de Jaén]. <https://hdl.handle.net/10953.1/9860>
- Vásquez-Dextre, E. R. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuro-psiquiatría*, 79(1), 42-51. <https://www.redalyc.org/pdf/3720/372044762006.pdf>
- Vetere, G., Portela, A., & Biglieri, R. R. (2007). Perfil de personalidad de pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(2), 129-134. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921793003.pdf>
- Vetere, G. (2008). Nivel de funcionamiento y calidad de vida en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada. *Anuario de investigaciones*, (15), 51-55. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139944005>
- Vetere, G. (2009). Epidemiología del Trastorno de Ansiedad Generalizada. In *I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires*. <https://www.aacademica.org/000-020/197>

- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, *53*(1), 5–13.  
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.53.1.5>
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, *23*(3), 301-320.  
<https://doi.org/10.1017/S1352465800015897>
- Wells, A. (1999). A metacognitive model and therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, *6*(2), 86-95. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0879\(199905\)](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199905)6(2), 86-95)
- Wells, A. (2004). A Cognitive Model of GAD: Metacognitions and Pathological Worry. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 164–186). The Guilford Press.
- Wells, A. (2005). The metacognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cognitive therapy and research*, *29*, 107-121. <https://doi.org/10.1007/s10608-005-1652-0>
- Wells, A. (2006). The Metacognitive Model of Worry and Generalized Anxiety Disorder. In Davey G. & Wells A. (Eds.), *Worry and its Psychological Disorders. Theory, Assessment and Treatment*. Wiley.
- Williams, J. M. G. (2010). Mindfulness and psychological process. *Emotion*, *10*(1), 1–7.  
<https://doi.org/10.1037/a0018360>
- Wilson, K.G., & Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT): un tratamiento conductual orientado a los valores*. Pirámide.
- Wong, S. Y., Yip, B. H., Mak, W. W., Mercer, S., Cheung, E. Y., Ling, C. Y., Lui, W. W., Tang, W. K., Lo, H. H., Wu, J. C., Lee, T. M., Gao, T., Griffiths, S. M., Chan, P. H., & Ma, H.

- S. (2016). Mindfulness-based cognitive therapy v. group psychoeducation for people with generalized anxiety disorder: randomized controlled trial. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 209(1), 68–75.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.166124>
- Wong, S. Y. S., Mak, W. W. S., Cheung, E. Y. L., Ling, C. Y., Lui, W. W., Tang, W.K., Wong, R.L., Lo, H.H, Mercer, S. & Helen, S.W. (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. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-187>
- Yates, W. R. (2005). A Review of:“Generalized Anxiety Disorder-Advances in Research and Practice”. *Annals of Clinical Psychiatry*, 17(2).
- Yook, K., Lee, S. H., Ryu, M., Kim, K. H., Choi, T. K., Suh, S. Y., Kim, Y.W., Kim, B., Kim, Y. & Kim, M. J. (2008). Usefulness of mindfulness-based cognitive therapy for treating insomnia in patients with anxiety disorders: a pilot study. *The Journal of nervous and mental disease*, 196(6), 501-503. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31817762ac>
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (3rd ed.). Professional Resource Exchange.
- Zhao, X.R., Chen, Z.F., Kang, C.Y., Liu, R.X., Bai, J.Y., Cao, Y.P., Cheng, Y.Q., Xu, X.F., & Zhang, Y.L. (2019). Mindfulness-based cognitive therapy is associated with distinct resting state neural patterns in patients with generalized anxiety disorder. *Asia-Pacific Psychiatry*, 11(4). <https://doi.org/10.1111/appy.12368>

## Anexo

Tabla 1

<p><b>Evans et al. (2008)</b> MBCT for GAD.</p>	<p><b>Objetivos:</b> el objetivo de este estudio fue explorar la eficacia potencial de la MBCT para el TAG.  <b>Diseño:</b> diseño de investigación no experimental, es un estudio específicamente transversal.  <b>Muestra:</b> 11 individuos con TAG que participaron en el programa grupal de 8 semanas.  <b>Instrumentos:</b> Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), el Cuestionario de preocupación de Penn State (PSWQ), Perfil de Estados de Ánimo (POMS) y la Escala de Conciencia de Atención Plena (MAAS).  <b>Resultados:</b> los resultados del estudio demostraron que la MBCT fue efectiva para los participantes con TAG, reduciendo los síntomas de ansiedad, tensión, preocupación patológica y síntomas depresivos después del programa grupal de 8 semanas.</p>
<p><b>Craigie et al. (2008)</b> MBCT for GAD.</p>	<p><b>Objetivos:</b> el objetivo del estudio fue investigar el cambio de síntomas y la recuperación en la preocupación patológica después de la MBCT en el tratamiento del TAG.  <b>Diseño:</b> diseño cuasiexperimental, pre-post en el cual se evalúa a los participantes antes y después de la intervención, pero no se incluyó un grupo de control.  <b>Muestra:</b> 23 adultos con un diagnóstico primario de TAG que participaron en el programa MBCT, que incluyó 9 sesiones grupales semanales de 2 horas, una sesión de evaluación posterior al tratamiento y sesiones de seguimiento de 6 semanas y 3 meses.  <b>Instrumentos:</b> International Neuropsychiatric Interview Plus Versión 5 (MINI), el Cuestionario de Calidad de Vida, Satisfacción y Placer (Q-LES-Q), el Cuestionario de Reacciones a la Relajación y la Excitación (RRAQ) y el Cuestionario de Credibilidad y Expectativas (CEQ).  <b>Resultados:</b> los resultados del estudio muestran mejoras significativas en la preocupación patológica, el estrés y la calidad de vida luego de la intervención.</p>
<p><b>Kim et al. (2009)</b> Effectiveness of MBCT as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with GAD.</p>	<p><b>Objetivos:</b> El objetivo fue examinar la eficacia de la MBCT como adyuvante a la farmacoterapia en pacientes con TAG.  <b>Diseño:</b> diseño experimental puro. Los sujetos fueron asignados aleatoriamente para someterse a los efectos de dos intervenciones diferentes, la MBCT y un programa educativo sobre trastornos de ansiedad durante 8 semanas. Se administraron pruebas pre-post en ambos grupos, utilizando medidas de autoinforme y escalas de calificación para evaluar a los pacientes en la semana 0 y después de que los dos programas hubieran estado funcionando durante 2, 4 y 8 semanas.  <b>Muestra:</b> 63 pacientes con TAG.  <b>Instrumentos:</b> Escala de Calificación de Ansiedad de Hamilton (HAM-A), Escala de Calificación de Depresión de Hamilton (HAM-D), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Inventario de Depresión de Beck (BDI).  <b>Resultados:</b> los resultados indicaron que el grupo que recibió MBCT mostró una mejora significativa en la ansiedad, la preocupación y los síntomas depresivos en pacientes con TAG, en comparación con el grupo que recibió un programa de educación sobre trastornos de ansiedad.</p>
<p><b>Goodman et al. (2014)</b> CALM Pregnancy: results of a pilot study of MBCT for perinatal GAD.</p>	<p><b>Objetivos:</b> el objetivo fue evaluar la viabilidad, la aceptabilidad y los resultados clínicos de la intervención MBCT en mujeres embarazadas con TAG  <b>Diseño:</b> diseño cuasiexperimental, pre-post en el cual se evalúa a los participantes antes y después de la intervención y no incluyó un grupo de control.  <b>Muestra:</b> 24 mujeres embarazadas de una clínica prenatal, que incluyó 8 sesiones grupales semanales.  <b>Instrumentos:</b> Cuestionario de preocupación de Penn State (PSWQ), Escala de TAG (GAD-7), Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9), International Neuropsychiatric Interview Plus Versión 5 (MINI), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Inventario de depresión de Beck (BDI-II), Escala de Autocompasión (SCS) y la Escala de Conciencia de Atención Plena (MAAS).  <b>Resultados:</b> los resultados mostraron mejoras significativas en la ansiedad, la preocupación y la depresión, y aumentos significativos en la autocompasión y la atención plena. Además, la tasa de recuperación para los participantes con TAG fue excepcionalmente alta (93,8%).</p>
<p><b>Nasiri et al. (2015)</b> The efficacy of MBCT in treating people with GAD.</p>	<p><b>Objetivos:</b> el objetivo fue evaluar la eficacia de la MBCT en el tratamiento del TAG  <b>Diseño:</b> diseño de línea de base múltiple para evaluar la eficacia de la MBCT en el tratamiento del TAG en dos pacientes. La variable dependiente en este estudio fue la gravedad de los síntomas del TAG y otros síntomas psicopatológicos. La variable independiente fue la MBCT, que se administró a los pacientes como intervención para tratar el TAG. El diseño permitió medir los efectos de la intervención en diferentes momentos, antes, durante y después de la intervención en cada paciente. De esta forma, se pudieron evaluar los cambios en la variable dependiente a lo largo del tiempo y determinar si los cambios observados estaban relacionados con la intervención.  <b>Muestra:</b> 2 personas con TAG.  <b>Instrumentos:</b> Cuestionario de Preocupación de Penn State (PSWQ), Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y la Escala de TAG (GAD-7).  <b>Resultados:</b> los resultados del estudio indicaron que MBCT redujo la gravedad de los síntomas del TAG, la preocupación, la ansiedad y las puntuaciones de depresión en ambos pacientes.</p>
<p><b>Bayrami et al. (2015)</b> The effect of MBCT on pathological worry and anxiety symptoms in students with GAD.</p>	<p><b>Objetivos:</b> evaluar la eficacia de la MBCT en la reducción de la preocupación y los síntomas de ansiedad patológicos en estudiantes con TAG.  <b>Diseño:</b> diseño experimental puro, pre-post con control de grupo, en el que los participantes fueron asignados aleatoriamente a los grupos para evaluar la eficacia de la MBCT en la reducción de la preocupación y los síntomas de ansiedad patológicos en 40 estudiantes de secundaria masculinos con TAG. El estudio incluyó un grupo experimental que recibió la MBCT y un grupo de control que no recibió este tratamiento. El grupo experimental recibió 8 sesiones de MBCT. El grupo experimental tuvo una menor puntuación de preocupación patológica y de ansiedad en comparación con el grupo de control.  <b>Muestra:</b> 40 estudiantes de secundaria masculinos que presentaban altos puntajes en la prueba de preocupación patológica y TAG.  <b>Instrumentos:</b> Escala de Ansiedad Estado (STAI) y el Cuestionario de Preocupación de Penn State (PSWQ) en los participantes, administradas antes y después del tratamiento y en el seguimiento de 2 meses.  <b>Resultados:</b> Los resultados indican que MBCT disminuyó significativamente la preocupación y los síntomas de ansiedad en los estudiantes con TAG.</p>

<p><b>Wong et al. (2016)</b> MBCT v. group psychoeducation for people with GAD.</p>	<p><b>Objetivos:</b> comparar los cambios en los niveles de ansiedad entre los participantes con TAG asignados a la MBCT, la psicoeducación y la atención habitual.</p> <p><b>Diseño:</b> diseño experimental puro, con pre-post, asignación aleatoria, grupo de control (atención habitual) y dos grupos de intervención (MBCT y psicoeducación). Esto permitió comparar la eficacia de las dos intervenciones con un grupo de control que recibió tratamiento habitual en el que participaron durante un período de 8 semanas. Además se realizó un seguimiento a los 3, 6 y 9 meses después de la intervención para evaluar la durabilidad de los efectos de la intervención.</p> <p><b>Muestra:</b> 182 participantes con un diagnóstico principal de TAG.</p> <p><b>Instrumentos:</b> Escala de Preocupación de Penn State (PSWQ), la Escala de Ansiedad del Hospital de Ansiedad y Depresión (HADS), la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) y la Escala de Calidad de Vida (SF-36).</p> <p><b>Resultados:</b> los resultados obtenidos indican que tanto la MBCT como la psicoeducación fueron mejores que la atención habitual en cuanto a la reducción de los síntomas de ansiedad entre los pacientes con TAG.</p>
<p><b>Momeni et al. (2017)</b> Comparison of the effectiveness between CBT and MBCT in mediator variables of GAD.</p>	<p><b>Objetivos:</b> el objetivo del estudio fue comparar la eficacia entre ambos grupos en las variables mediadoras del (TAG).</p> <p><b>Diseño:</b> diseño de investigación experimental puro, con pre-post intervención y cuatro meses de seguimiento. Los participantes fueron asignados al azar y se utilizaron dos grupos de comparación, el grupo de TCC y el grupo de MBCT.</p> <p><b>Muestra:</b> 31 personas con TAG.</p> <p><b>Instrumentos:</b> Escala de TAG (GAD-7), Escala de Evitación Cognitiva (CAQ), Inventario de Resolución de Problemas (PSI), Escala de Desregulación de la Emoción (DERS), Escala de Conciencia de Atención de Plena (MAAS) y la Escala de Autocompasión (SCS).</p> <p><b>Resultados:</b> Los resultados mostraron que la MBCT fue más efectiva que la TCC para mejorar la atención plena y la autocompasión.</p>
<p><b>Zhao et al. (2019)</b> MBCT is associated with distinct restingstate neural patterns in patients with GAD.</p>	<p><b>Objetivos:</b> el objetivo fue investigar los posibles mecanismos neuronales a través de los cuales MBCT puede reducir la ansiedad en pacientes con TAG de leve a moderado.</p> <p><b>Diseño:</b> diseño cuasiexperimental, siendo un ensayo controlado en lista de espera, sin asignación aleatoria, con evaluación pre-post intervención. Los participantes del estudio completaron dos meses en el grupo de lista de espera. Después del período de espera, fueron trasladados consecutivamente al grupo de la MBCT y participaron en sesiones de tratamiento grupales de 2 horas durante ocho semanas consecutivas. Cada grupo de tratamiento contenía de ocho a nueve participantes con cuatro grupos en total.</p> <p><b>Muestra:</b> 32 pacientes con TAG de leve a moderado.</p> <p><b>Instrumentos:</b> Inventario de Ansiedad de Hamilton (HAMA), Escala de Depresión de Hamilton (HAM-D), Cuestionario de atención plena de cinco facetas (FFMQ), e imágenes de resonancia magnética funcional (fMRI).</p> <p><b>Resultados:</b> los resultados demostraron que la MBCT redujo la ansiedad y aumentó la capacidad de atención plena en pacientes que padecían de TAG. Además, en este estudio se encontraron cambios significativos en la actividad cerebral y la conectividad funcional de regiones cerebrales como la corteza cingulada anterior y la ínsula.</p>
<p><b>Javadi &amp; Ghorbani (2019)</b> The effectiveness of MBCT on the improvement of sleep quality in patients with GAD.</p>	<p><b>Objetivos:</b> investigar la efectividad de la MBCT en la mejora de la calidad del sueño de las personas con TAG.</p> <p><b>Diseño:</b> pre-post intervención, con grupo de control y asignación aleatoria. Se dividieron en dos grupos, 15 mujeres en grupo experimental y 15 en grupo de control. La intervención consistió en 8 sesiones de 90 minutos de MBCT, la cual se brindó únicamente al grupo experimental.</p> <p><b>Muestra:</b> 30 mujeres con diagnóstico de TAG.</p> <p><b>Instrumentos:</b> Índice de Calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Escala de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) y la Escala de TAG (GAD-7).</p> <p><b>Resultados:</b> los resultados demostraron que la MBCT mejora la calidad del sueño, la latencia del sueño, la duración del sueño, y los trastornos del sueño en los pacientes con TAG.</p>
<p><b>Jiang et al. (2022)</b> Effects of group MBCT and CBT on symptomatic GAD.</p>	<p><b>Objetivos:</b> el objetivo fue examinar si la eficacia de la MBCT para tratar el TAG era inferior a la TCC.</p> <p><b>Diseño:</b> diseño experimental puro, con pre-post. Los pacientes fueron aleatorizados a dos grupos de intervención (MBCT y TCC) y el grupo de control que recibió el tratamiento habitual. El estudio tuvo una duración de 8 semanas y un seguimiento de 3 meses después del tratamiento.</p> <p><b>Muestra:</b> 138 participantes con TAG.</p> <p><b>Instrumentos:</b> Escala de Ansiedad de Hamilton (HAMA), Inventario de Ansiedad estado-rasgo (STAI), Escala de depresión de Hamilton (HAM-D), la Escala de Impresión Clínica Global (CGI-S), Encuesta de Salud (SF-12) y el Cuestionario de Atención plena (FFMQ).</p> <p><b>Resultados:</b> los resultados mostraron que la MBCT no fue inferior a la TCC en la reducción de los síntomas del TAG. Además, la MBCT fue superior a la TCC en la mejora de la calidad de vida y la atención plena. También, la MBCT fue eficaz para mejorar el bienestar, la gravedad general de la enfermedad, los síntomas de ansiedad de estado y rasgo y los síntomas de depresión en las personas con TAG.</p>