



**Grado en Psicología**  
**Trabajo de fin de Grado**  
**Curso 2015/2016**  
**Convocatoria Junio**

**Modalidad:** Revisión Bibliográfica

**Título:** Eficacia de los tratamientos basados en mindfulness para el Trastorno de Ansiedad Generalizada.

**Autor:** Cristina Lloret Aranda

**Tutor:** Olga Pellicer Porcar

Elche, a 18 de Junio de 2016.

# Índice

Introducción	2
Método	5
Criterios de selección	6
Resultados	6
Conclusiones	11
Bibliografía	16
Tabla 1. Artículos encontrados y seleccionados	6
Tabla 2. Características de los tratamientos mindfulness para TAG.	7

## Resumen.

El Trastorno de Ansiedad Generalizado, es uno de los trastornos de ansiedad más comunes. Se caracteriza por una preocupación crónica que es difícil de controlar y por una reducida calidad de vida. Además es el trastorno de ansiedad que con menos éxito se ha tratado con las terapias recomendadas. Por ello surge la necesidad de seguir investigando los mecanismos que mantienen este trastorno y el desarrollo de nuevas terapias que puedan ser más eficaces en su tratamiento. Algunas de estas nuevas terapias son las terapias basadas en mindfulness. En esta revisión pretendemos analizar la efectividad de cuatro tratamientos basados en mindfulness para TAG: Mindfulness Based Stress Reduction, Mindfulness Based Cognitive Therapy, Action and Commitment Therapy y Acceptance Based Behaviour Therapy. Así como indagar los mecanismos a través de los que funcionan y saber si son más efectivos que los tratamientos recomendados como eficaces hasta el momento.

## Introducción.

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) se caracteriza por una preocupación crónica que es difícil de controlar y síntomas de hiperactivación fisiológica como: reducción del sueño, tensión muscular e irritabilidad. Es bastante común, con una prevalencia en la vida de un 5,7%. (Kessler, Berglund, Demler, Jin & Walters, 2005). Además se relaciona con una percepción menor de bienestar, funcionamiento en la vida y calidad de vida (Stein y Heimberg. 2004; Wittchen, Carter, Pfister, Montgomery y Kessler, 2000).

El TAG es uno de los trastornos de ansiedad que se han tratado con menos éxito (Waters & Craske, 2005). La mayoría de los estudios apunta que menos del 65% de los pacientes cumplen criterios para un adecuado funcionamiento en el posttratamiento (Ladouceur et al., 2000; Newman et al., 2011). Por ello, parece necesario seguir investigando los mecanismos que mantienen el TAG y desarrollar nuevas terapias que tengan más éxito en su tratamiento. Algunas de estas nuevas terapias para tratar el TAG están basadas en Mindfulness.

Los estudios del procesamiento de la información indican que el TAG se asocia habitualmente con un estrechamiento de la atención hacia una preocupación sobre potenciales amenazas en el futuro (MacLeod & Rutherford, 2004). El modelo Evitativo de la preocupación y el TAG (Borkovec, Alcaine & Behar, 2004) sugiere que esta preocupación puede tener una función evitativa, ya que, paradójicamente, la preocupación se corresponde con una disminución de la reactividad fisiológica ante estímulos distresantes. Así, por ejemplo, en el estudio de Borkovec & Hu (1990), los participantes que se preocuparon antes

de imaginarse dando un discurso mostraron menor frecuencia cardiaca que aquellos que sólo pensaron en algo neutral o relajado.

Aunque los individuos con TAG utilizan esta técnica evitativa para enfrentarse con los estímulos ansiosos, esto, lejos de ayudarles a resolver sus problemas, parece que se los dificultan más, ya que esta estrategia conduce a un círculo en el que la preocupación genera ansiedad y la ansiedad genera más preocupación. Además se ha asociado con una mayor procrastinación (Borkovec, Hazlett-Stevens & Diaz, 1999) y con una disminución de la rapidez en la toma de decisiones (Metzger, Miller, Cohen, Sofka & Borkovec, 1990).

Por ello, los tratamientos que animan al paciente a involucrarse en el momento presente, como el Mindfulness, en lugar de preocuparse por el futuro, pueden ser beneficiosos para el tratamiento del TAG.

Aunque las raíces del Mindfulness provienen de las tradiciones meditativas asiáticas, como el Budismo, éste puede ser conceptualizado como un atributo universal humano que tiene que ver con una forma particular de prestar atención.

El término Mindfulness es sinónimo de conciencia plena. Se puede definir como el esfuerzo de prestar atención intencionalmente y sin juzgar la experiencia del momento presente y sostener esa atención por un tiempo (Miller, Fletcher & Kabat-Zinn, 1995). Así se observa la experiencia que surge momento a momento; pensamientos, emociones y sensaciones, con una actitud comprensiva y de aceptación.

El objetivo es cultivar una conciencia estable y no reactiva hacia el momento presente, lo cual le permita al sujeto responder con más calma y claridad ante las situaciones de ansiedad, en lugar de con una escalada de miedo o pánico que le empuje a querer huir o evitarla.

Por lo tanto, los tratamientos basados en mindfulness pueden ser útiles para los sujetos con TAG, ya que estos reducen la reacción ante la ansiedad y por lo tanto la necesidad de utilizar los mecanismos evitativos.

El tratamiento que tradicionalmente se ha sugerido para TAG es la Terapia Cognitiva (TC) (Ballenger et al., 2001). En su aplicación para tratar TAG, se utilizan principalmente las técnicas de reestructuración cognitiva, el entrenamiento en relajación y la autoobservación (Heimberg, Turk & Mennin, 2004). Aunque bien es cierto que el porcentaje de individuos que responden completamente a dicho tratamiento es menor que lo encontrado para otros desordenes de ansiedad (Brown, Barlow & Liebowitz, 1994).

La principal diferencia entre la TC y los tratamientos basados en mindfulness recae en la explicación teórica de la psicopatología; la TC considera que esta se produce por

cogniciones disfuncionales, que provienen de un inadecuado procesamiento de la información (Forman et al., 2012), por lo tanto, el tratamiento está dirigido a cambiar esas cogniciones disfuncionales a través de la reestructuración cognitiva o de aminorar el efecto emocional que estas cogniciones producen, con técnicas de relajación.

Por su parte los tratamientos mindfulness apuntan a que la evitación experiencial y la falta de flexibilidad psicológica constituyen la razón central para desarrollar la psicopatología (Hayes et al., 1999). Por lo tanto estos tratamientos irán encaminados a aumentar la flexibilidad psicológica por medio de introducir una actitud de aceptación, en lugar de enjuiciadora, de la experiencia interna, lo cual reduce la necesidad de evitación experiencial.

Este trabajo se ha centrado en los cuatro tratamientos mindfulness más estudiados en el tratamiento de los trastornos de ansiedad: Mindfulness Based Stress Reduction (MSBR), Action and Commitment Therapy (ACT), Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) y Acceptance Based Behaviour Therapy (ABBT).

El MSBR fue el primer tratamiento basado en mindfulness, fue creado en 1979 por John Kabat-Zinn con el fin de reducir el estrés en pacientes con dolor crónico. Desde entonces, ha sido aplicado con éxito a dolor crónico, prevención de recaídas en el alcoholismo, cáncer, depresión y a trastornos de ansiedad, incluido el Trastorno de Ansiedad Generalizado, (Bertolín, 2015).

El tratamiento tiene un formato grupal y consta de 8 sesiones con una frecuencia semanal de 2 horas de duración y de un retiro en silencio de 7,5 horas la sexta semana. Durante las clases y el trabajo para casa, los participantes practican varias técnicas de meditación formales e informales. Y estas experiencias son discutidas semanalmente en las sesiones.

Posteriormente, en 1999, Hayes, Strosahl y Wilson, crean la terapia de Aceptación y compromiso (ACT). Es un tratamiento individual que recoge técnicas de meditación, pero que además enfatiza en las ideas de aceptación y de comprometerse con los valores. Es decir, enseña a las personas a aceptar su experiencia presente para así flexibilizar su reacción ante las cosas que les hacen sufrir, y a perseverar en las acciones que son importantes para ellos (que concuerdan con sus valores), a pesar de tener pensamientos o sensaciones displacenteras.

Por su parte, Segal, Williams y Teasdale (2002) elaboraron la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (MBCT), cuyo objetivo inicial fue la prevención de recaídas en depresión. Este es un tratamiento en formato grupal y recoge elementos tanto del MBSR, como de la Terapia Cognitiva. Consta de 8 sesiones, una por semana, de 2 horas de duración, con una práctica formal en casa de 45 minutos diarios.

Por último, el tratamiento más reciente y que más estudios ha realizado sobre el TAG, es la Terapia Cognitiva basada en la Aceptación (ABBT), desarrollada en 2007 por Roemer y Orsillo.

El ABBT se creó inicialmente para el tratamiento del TAG. Es una terapia grupal que suele constar de 16 sesiones. Ésta deriva principalmente de la integración de técnicas de la Terapia Cognitiva; como autoobservación, desarrollo de habilidades, psicoeducación y ejercicios de relajación con las instrucciones cambiadas para que sean ejercicios de aceptación en lugar de intentos de controlar la experiencia ansiosa y de elementos de la Terapia de Aceptación y Compromiso; como el mindfulness y el compromiso con las acciones significativas.

Todas estas terapias mindfulness, más que cambiar la experiencia en sí, que en el TAG sería la preocupación y la ansiedad, pretenden cambiar la forma en que nos relacionamos con dicha experiencia, para que de esta manera no afecte tanto a la vida del paciente y éste se sienta mejor en su día a día.

Los tratamientos basados en Mindfulness se plantean por lo tanto como terapias eficaces para los trastornos de ansiedad en concreto para el TAG, aunque todavía no existe una larga trayectoria en la aplicación de los mismos, su utilización va en aumento. Por ello el objetivo de este trabajo es realizar una revisión bibliográfica para conocer la eficacia de las terapias basadas en mindfulness en el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada.

## **Método**

Se ha realizado una revisión sistemática de la literatura en las siguientes bases de datos nacionales e internacionales: ISOC, Redalyc, Scielo, Dialnet, Psycodoc, Psycinfo y Medline y Google Scholar. Las palabras clave utilizadas fueron Mindfulness, Meditación, Atención Plena, “Trastorno de Ansiedad Generalizada”, “Ansiedad Generalizada” y TAG, así como sus traducciones en Inglés; Mindfulness, Meditation, “Generalized Anxiety Disorder”, “Generalized Anxiety” y GAD. Estas palabras fueron combinadas mediante el operador booleano “y” o “and”.

La búsqueda se realizó sin límite de fecha, ya que el artículo más antiguo data de 1992, y se consideró importante incluirlo.

Se hizo una primera selección en base a los títulos de los artículos. Posteriormente se leyeron los resúmenes de los artículos seleccionados para hacer una selección definitiva de aquellos que cumpliesen con los criterios de inclusión. Además el análisis bibliográfico se

complementó con la inclusión de referencias extraídas de los estudios primarios seleccionados, siempre que estos cumplieren con los criterios de selección establecidos.

## Criterios de selección

Se incluyeron aquellos artículos publicados hasta la fecha, con muestras clínicas en los cuales todos sus pacientes o parte de ellos habían sido diagnosticados de Trastorno de Ansiedad Generalizado (TAG) como principal diagnóstico, según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV o DSM V, American Psychiatric Association) o de la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10: World Health Organization). Además los pacientes debían de ser mayores de 18 años y de cultura occidental.

Los estudios seleccionados tratan de intervenciones terapéuticas basadas en mindfulness para el Trastorno de Ansiedad Generalizado. Las intervenciones terapéuticas de los estudios escogidos son intervenciones, bien grupales o bien individuales basadas en alguno de los marcos conceptuales que utilizan Mindfulness: Reducción del estrés basado en mindfulness (MSBR), Terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT), Terapia de aceptación y compromiso (ACT) o Terapia cognitiva basada en la aceptación (ABBT).

Se utilizaron bases de datos tanto en español como en inglés.

## Resultados

Los artículos encontrados por bases de datos se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 1: Artículos encontrados y seleccionados

Base de datos	Artículos encontrados	Artículos seleccionados
ISOC	4	2
Scielo	14	1
Redalyc	35	2
Dialnet	37	0
Psicodoc	60	1
Google Scholar	155	2
Medline	34	3
Psycinfo	141	39

Como podemos observar, en total se obtuvieron 480 resultados, de los cuales, tras la lectura del título y eliminación de duplicados se seleccionaron 51 artículos. En la segunda y definitiva selección, después de haber leído el resumen, se obtuvieron 13 artículos.

Con el tratamiento MSBR se encontraron 4 estudios; dos de ellos (Hoge et al.,2014; Hoge et al., 2015) fueron estudios aleatorizados con un grupo de control con tratamiento Stress

Management Education. Y los otros dos (Kabat Zinn et al., 1992; Miller et al., 1995) fueron estudios sin grupo de control, pero con un grupo de comparación que recibió el mismo tratamiento, pero que sólo tuvo mediciones pretratamiento y posttratamiento.

En cuando a los estudios con MBCT se han encontrado dos estudios (Craigie et al., 2008; Evans et al., 2007), que tratan población con TAG. Ambos estudios carecen de grupo de control.

Sólo se encontró un estudio basado en ACT que tratase el Trastorno de Ansiedad Generalizado (Avdagic et al., 2014), se trataba de un estudio experimental aleatoreizado con un grupo de control en tratamiento con Terapia Cognitiva.

Se encontraron 6 estudios sobre ABBT para el tratamiento de TAG. De estos estudios, sólo uno no contaba con grupo de control (Roemer & Orsillo, 2007). El resto eran aleatoreizados con grupo de control; uno con tratamiento alternativo de Relajación Aplicada. (Hayes-Skelton et al., 2013) y 4 con grupo de control de lista de espera.

Por lo tanto, el tratamiento sobre el que se ha realizado mayor número de estudios en relación al TAG ha sido el ABBT.

A continuación, en la tabla 2 se muestran las características de cada uno de estos 13 estudios en los que se ha aplicado terapias basadas en mindfulness. Esta tabla está ordenada por tratamientos y dentro de cada tratamiento por fecha de publicación, siendo el orden de tratamientos: MSBR, MBCT, ACT y ABBT.

Tabla 2. Características de los tratamientos mindfulness para TAG.

Estudio y Objetivo	Muestra	Método	Mediciones	Resultados
Kabat-Zinn et al. (1992)  Objetivo: Examinar los efectos de un tratamiento MSBR en un grupo con desordenes de ansiedad.  Estudio 1	22 sujetos de los cuales: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 8 sujetos con TAG</li> <li>• 10 sujetos con trastorno de pánico con agorafobia</li> <li>• 4 sujetos con trastorno de pánico sin agorafobia.</li> </ul> Entre 26 y 64 años	Estudio cuasiexperimental con grupo de control no aleatoreizado:  GE: 22 sujetos con tratamiento MSBR con mediciones semanales GC: 58 sujetos con tratamiento MSBR con sólo medición inicial y final.  Seguimiento: 3 meses.	-Beck Anxiety Inventory -Beck Depression Inventory -Frecuencia y severidad de ataques de pánico -Hamilton Rating Scale for Anxiety -Hamilton Rating Scale for Depression. -Fear Survey Schedule -Mobility Inventory for Agoraphobia.	20 de los 22 sujetos mostraron mejorías en el posttratamiento en los test Hamilton y Beck, tanto para ansiedad como para depresión, y también en el Fear survey schedule y en la reducción de los ataques de pánico. El grupo sin seguimiento semanal también mostró disminución de ansiedad y depresión. En el seguimiento de 3 meses se mantuvieron los resultados.
Miller, Fletcher y Kabat-Zinn. (1995)  Objetivo: Determinar si se mantienen las mejorías de un tratamiento MSBR realizado hace 3 años.	18 sujetos con TAG y Trastorno de pánico con y sin agorafobia. Entre 26 y 64 años.	Estudio descriptivo. Comparar mediciones posttratamiento y a los 3 años.  GE: 18 sujetos de los 22 del estudio inicial	-Beck Anxiety Inventory -Beck Depression Inventory -Frecuencia y severidad de ataques de pánico -Hamilton Rating Scale for Anxiety -Hamilton Rating Scale for	Mantenimiento de la reducción de ansiedad y depresión producidas después del tratamiento realizado 3 años antes, tanto en el grupo experimental como en el de control.



Estudio 2		GC: 38 sujetos de los 58 del estudio inicial.	Depression. -Fear Survey Schedule -Mobility Inventory for Agoraphobia.	
Hoge et al. (2013)  Objetivo: Comparar el tratamiento MSBR con el tratamiento Stress Management Education (SME)  Estudio 3	93 sujetos con TAG Más de 18 años.	Estudio experimental aleatorizado con grupo de control:  GE: 48 sujetos. Tratamiento MSBR. GC: 45 sujetos. Tratamiento SME (Stress Management Education)	-Hamilton Anxiety Scale (HAM-A) -Clinical Global Impression of Severity and Improvement (CGI-S y CGI-I) -Beck Anxiety Inventory (BAI) -Trier Social Stress Test (TSST)	Los sujetos que reciben MSBR y SME obtienen mejorías significativas en ansiedad (HAM-A), sin encontrarse diferencias entre ellos. Los sujetos de MSBR obtienen significativamente más reducción de estrés en las medidas CGI-S, CGI-I y BAI, y tienen menos distrés en respuesta al test de estrés social (TSST).
Hoge et al. (2015)  Objetivo: Comparar el tratamiento MSBR con el SME, y examinar mindfulness y decentering como dos potenciales mecanismos terapéuticos en estos dos tratamientos.  Estudio 4	38 sujetos con TAG Más de 18 años. Edad media 37,5 años	Estudio experimental aleatorizado con grupo de control:  GE: 19 sujetos. Tratamiento MSBR GC: 19 sujetos. Tratamiento SME (stress management education)	-Beck Anxiety Inventory (BAI) -Penn State Worry Questionnaire-Past Week (PSWQ-PW) -Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) -Decentering subscale of the Experiences Questionnaire.	Los sujetos de ambos grupos redujeron significativamente la ansiedad y la preocupación. El grupo MSBR aumentó más su decentering y mindfulness. Decentering medió completamente el efecto de MSBR en ansiedad. Pero no los medió mindfulness. Mindfulness medió los efectos de MSBR en preocupación.
Craigie, Rees, Marsh y Nathan (2008)  Objetivo: Examinar los efectos de la aplicación de un tratamiento MCBT  Estudio 5	23 sujetos con TAG. Mayores de 18 años. Edad media 43,4 años	Estudio cuasiexperimental no aleatorizado sin grupo de control.  GE: 23 sujetos. Tratamiento MCBT.  Seguimiento de 6 semanas y 3 meses.	-Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) -Depression Anxiety Stress Scales- short form (DASS 21) -Beck Depression Inventory-ii (BDI-II=) -Beck Anxiety Inventory (BAI) -Quality of Life enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q) -Reactions to Relaxation and Arousal Questionnaire (RRAQ)	Los sujetos mostraron mejorías significativas en la preocupación patológica, estrés, depresión, miedo a la relajación y calidad de vida, las cuales son mantenidas en los seguimientos. Sin embargo cuando se aplican correcciones a la preocupación patológica, las medidas de recuperación a niveles no clínicos son pequeñas (5%), aunque aumentan a las 6 semanas (25%) y a los 3 meses (30%).
Evans et al. (2008)  Objetivo: Examinar los efectos de la aplicación de un tratamiento MCBT.  Estudio 6	11 sujetos con TAG Entre 36 a 72 años	Estudio cuasiexperimental no aleatorizado sin grupo de control  GE: 11 sujetos. Tratamiento MBCT	-Beck anxiety Inventory (BAI) -Beck Depression Inventory (BDI-II) -Penn State worry Questionnaire (PSWQ) -Profile of Mood States (POMS) -Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS).	Se observaron reducciones significativas en ansiedad, preocupación y depresión (BAI, PSWQ, POMS y BDI). El 45% redujo sus niveles de ansiedad según el BAI hasta niveles no clínicos. El 45% redujo sus niveles de preocupación según el PSWQ hasta niveles no clínicos.
Avdagic, Morrissey y Boschen (2014)  Objetivo: Comparar un	38 sujetos con TAG. Entre 19 y 69 años.	Estudio experimental aleatorizado con grupo de control:	-Anxiety diagnostic Interview Schedule (ADIS-IV) -Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)	Ambos grupos tuvieron mejorías significativas al final del tratamiento en depresión, estrés, ansiedad y calidad de

<p>tratamiento ACT con un tratamiento de Terapia Cognitiva (TC)</p> <p>Estudio 7</p>		<p>GE: 19 sujetos Tratamiento ACT GC: 19 sujetos. Tratamiento TC (Terapia cognitiva).</p>	<p>-Depression, anxiety and Stress Scale-21 (DASS-21) -Quality of life Inventory (QOLI) -Acceptance and Action Questionnaire (AAQ) -Intolerance of Uncertainty (IUS) -Cognitive Avoidance Questionnaires (CAQ) -Why Worry-II (WW-II).</p>	<p>vida. En el seguimiento de 3 meses estas variables continuaron mejorando. En cuanto a la preocupación, el tratamiento ACT proporcionó significativamente más mejoría (78,9%) que el tratamiento TC (47,4%). Sin embargo en el seguimiento de 3 meses ambos grupos igualaron en nivel de mejora en preocupación (60% para ambos grupos).</p>
<p>Roemer y Orsillo (2007)</p> <p>Objetivo: Examinar los efectos de la aplicación de un tratamiento ABBT</p> <p>Estudio 8</p>	<p>16 sujetos con TAG Entre 19 y 58 años.</p>	<p>Estudio cuasiexperimental no aleatorizado sin grupo de control.</p> <p>GE: 16 sujetos. Tratamiento: ABBT. Mediciones</p> <p>Seguimiento a los 3 meses.</p>	<p>-Anxiety disorders interview schedule (ADIS-IV-L) -Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) -Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21) -Beck Depression Inventory (BDI-I-A) -Quality of Life Inventory (QOLI) -Action and Acceptance Questionnaire (AAQ). -Affective control Scale</p>	<p>Se observan reducciones significativas de síntomas asociados a TAG; reducción significativa de ansiedad, depresión, temor y evitación de experiencias internas, así como mejorías significativas en calidad de vida. Los resultados decaen, pero siguen siendo significativos a los 3 meses. En el posttratamiento un 75% de los sujetos responden al tratamiento y a los 3 meses el nivel decae al 50%.</p>
<p>Roemer, Orsillo y Salters-Pedneault (2008)</p> <p>Objetivo: Comparar un tratamiento ABBT con la lista de espera.</p> <p>Estudio 9</p>	<p>31 sujetos con TAG. Más de 18 años. Edad media 33,59 años.</p>	<p>Estudio experimental aleatorizado con grupo de control (lista de espera):</p> <p>GE: 15 sujetos. Tratamiento ABBT GC: 16 sujetos. Lista de espera.</p> <p>Seguimiento a los 3 y 9 meses.</p>	<p>-Anxiety disorders interview schedule (ADIS-IV-L) -Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) -Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21) -Beck Depression Inventory (BDI) -Quality of Life Inventory (QOLI) -Action and Acceptance Questionnaire (AAQ). -Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS).</p>	<p>El grupo ABBT obtuvo reducciones significativas de síntomas clínicos de TAG y también redujo significativamente sus síntomas depresivos. Estos resultados se mantuvieron a los 3 y 9 meses. Al final del tratamiento el 78% del grupo ABBT dejó de cumplir los criterios diagnósticos para TAG. Estos resultados se mantuvieron a los 3 y 9 meses. La lista de espera no obtuvo ninguna de estas mejorías.</p>
<p>Hayes, Orsillo y Roemer. (2010)</p> <p>Objetivo: Examinar los efectos de un tratamiento ABBT y sus efectos en "aceptación de experiencias internas" y "involucramiento en actividades significativas". Y compararlo con la lista de espera.</p> <p>Estudio 10</p>	<p>43 sujetos con TAG Mayores de 18 años.</p>	<p>Estudio experimental aleatorizado con grupo de control (lista de espera):</p> <p>GE: 16 sujetos. Tratamiento ABBT GC: 27 sujetos. Lista de espera.</p>	<p>-Action and Acceptance Questionnaire (AAQ) -Valued Living Questionnaire (VLQ) -Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) -Quality of Life Inventory (QOLI) -Clinical Severity Rating (ADIS-IV-L GAD) -Depression Anxiety and Stress Scale (DASS)</p>	<p>Los sujetos que recibieron ABBT experimentaron que pasaban más tiempo aceptando e involucrándose en actividades significativas para ellos. Los incrementos en aceptación y el involucrarse en más actividades significativas correlacionaron con respuesta al tratamiento en las mediciones posttratamiento, pero no lo hizo la variable preocupación. El 67,4% de los sujetos se consideró que respondieron al</p>

				tratamiento. En el grupo de lista de espera no se experimentaron cambios significativos en ninguna de las anteriores variables.
Treanor, Erisman, Salters-Pedneault, Roemer y Orsillo. (2011)  Objetivo: Examinar los efectos de un tratamiento ABBT en las variables propuestas en 3 modelos teóricos: Regulación emocional, tolerancia a la incertidumbre y percepción de control. Y compararlo con la lista de espera.  Estudio 11	31 sujetos con TAG. Entre 20 y 66 años.	Estudio experimental aleatorizado con grupo de control (lista de espera):  GE: 15 sujetos. Tratamiento ABBT GC: 16 sujetos. Lista de espera.  Seguimiento a los 3 y 9 meses.	-Affective Control Scale (ACS) -Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) -Intolerance of Uncertainty Scale (IUS) -Anxiety Control Questionnaire-Revised (ACQ-R)	Los sujetos tratados con ABBT demostraron significativamente menos dificultades en regulación emocional y miedo a las respuestas emocionales y mayor tolerancia a la incertidumbre y percepción de control sobre la ansiedad, que los individuos de la lista de espera. Estos resultados se mantuvieron a los 3 y 9 meses.
Hayes-Skelton, Roemer y Orsillo (2013)  Objetivo: Comparar un tratamiento ABBT con un tratamiento de Relajación Aplicada (AR)  Estudio 12	81 sujetos con TAG Más de 18 años. Edad media 32,92 años.	Estudio experimental aleatorizado con grupo de control:  GE 1: 40 sujetos. Tratamiento ABBT GC: 41 sujetos. Tratamiento AR (relajación aplicada)  Seguimiento a los 6 meses	-Anxiety disorders interview schedule (ADIS-IV) -Hamilton Anxiety Rating Scale (SIGH-A) -Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) -Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21) -Beck Depression Inventory (BDI) -Quality of Life Inventory (QOLI) -State-Trait Anxiety Inventory-Trait (STAI).	Los sujetos de ambos grupos mejoraron significativamente en todas las medidas con grandes tamaños del efecto en el posttratamiento. No hubo diferencias en estas mejoras entre los grupos. En el seguimiento las mejoras se mantuvieron en ambos grupos. En el posttratamiento, entre el 63 y el 80% de los pacientes del ABBT y entre el 60,6 y el 78,8% de los clientes en AR mostraron cambios clínicos significativos. Estos cambios se mantuvieron a los 6 meses.
Dahlin et al. (2016)  Objetivo: Examinar los efectos de un tratamiento ABBT administrado por internet.  Estudio 13	103 sujetos con TAG Mayores de 18 años. Edad media 39,48 años.	Estudio experimental aleatorizado con grupo de control (lista de espera):  GE: 52 sujetos. Tratamiento: Internet ABBT. GC: 51 sujetos. Lista de espera.  Seguimiento a los 3 meses del GE, pero no del GC.	-Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV (GAD-Q-IV) -Generalized Anxiety Disorder Scale-7 (GAD7) Montgomery Asberg Depression Rating Scale Self-Assessment (MADRES-S) -Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) -Beck Anxiety Inventory (BAI) -Quality of Life Inventory (QOLI) -Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)	En el grupo de ABBT se observaron de moderados a grandes efectos en reducción de síntomas de TAG, efectos moderados en síntomas de depresión y no se obtuvieron cambios significativos en calidad de vida comparados con la lista de espera. Estos cambios se mantuvieron en el seguimiento a los 6 meses.

\*GE: Grupo experimental, GC: Grupo de control.

Nota: Estos estudios han sido numerados, ya que cada vez que se hable de ellos en la discusión, se indicará el número de estudio con un superíndice a la derecha de su correspondiente referencia.

## Conclusiones

Aunque los primeros estudios datan de 1992 y 1995, podemos observar que no es sino a partir del 2007 cuando la aplicación de tratamientos mindfulness para TAG se desarrolla con más fuerza, ya que el resto de los estudios encontrados se publicaron a partir de esa fecha, emitiéndose prácticamente un estudio al año hasta la fecha actual. Este creciente interés que parece surgir desde 2007, puede deberse a que varios estudios y revisiones revelan que el TAG es el trastorno de ansiedad que con menos éxito se ha tratado con el tratamiento recomendado; la Terapia Cognitiva. (Brown et al., 1994), por lo que surge la necesidad de seguir investigando nuevos tratamientos que puedan ser más efectivos.

En muchos de los estudios se encontraron que los sujetos con TAG tenían unos niveles de mindfulness por debajo de lo normal, y que estos niveles se normalizaron después de la intervención (ej. Evans et al., 2008<sup>6</sup> ; Hoge et al., 2015<sup>4</sup>). Por lo tanto incidir en el mindfulness parece ser útil para mejorar los síntomas asociados al TAG. Esto se confirmó, puesto que los estudios encontrados demuestran que los cuatro tratamientos elegidos: MSBR, MBCT, ACT y ABBT, fueron eficaces para tratar el TAG.

Los principales síntomas asociados al TAG que se han reducido con tratamientos basados en mindfulness son la ansiedad, la depresión, el estrés y la preocupación. Sin embargo la variable preocupación es controvertida, ya que al aplicar correcciones y observar su significancia a nivel clínico, hay ciertos estudios (como el de Craigie et al.(2008)<sup>5</sup> o el de Hayes et al. (2010)<sup>10</sup>), en los que la reducción de la preocupación no fue significativa, aunque sí que lo fueron otras variables como ansiedad, depresión y calidad de vida. Además, en el estudio de Avdagic et al. (2014)<sup>7</sup>, se puede observar que a pesar de que los sujetos redujeron su mejoría en preocupación en el seguimiento en un 18,9%, los niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida siguieron mejorando. Esto parece concordar con lo comentado anteriormente en la introducción, ya que el principal objetivo de los tratamientos mindfulness, más que reducir el nivel de preocupación, parece ser el de modificar la forma de relacionarse con ella; el relacionarse de una forma menos reactiva y controladora, ya que esto influirá en la percepción de ansiedad y en la necesidad de su evitación, y por tanto en la calidad de vida.

Se puede decir que los tratamientos basados en mindfulness son efectivos para tratar el TAG. Todos los estudios demostraron reducciones significativas clínicamente en la variable ansiedad, además, la mayoría de los estudios también mostraron reducciones significativas en otras variables asociadas al TAG, como la preocupación y la depresión, y aumentos en la calidad de vida. Por su parte, varios estudios de ABBT examinaron el porcentaje de recuperación a nivel no clínico; siguiendo los procedimientos de Borkovec et al.(2002),que

determinan los criterios para considerar si los sujetos responden al tratamiento, las tasas de respuesta fueron del 67,4% para el estudio de Hayes et al. (2010)<sup>10</sup> y del 50% para el estudio de Roemer y Orsillo (2007)<sup>8</sup>. Por otro lado en el estudio de Roemer et al. (2008)<sup>9</sup> el 78% de los pacientes dejaron de cumplir los criterios diagnósticos para TAG y en el estudio de Hayes-skelton et al. (2013)<sup>12</sup> entre el 63 y el 80% mostraron cambios clínicos significativos.

Observando estos 4 últimos estudios podemos concluir que las tasas de respuesta al tratamiento ABBT son similares a las propuestas por otros estudios para tratamientos eficaces, como la TC, que las sitúan en torno al 65% (Ladouceur et al., 2000; Newman et al., 2011).

Además, los efectos de los tratamientos parecen ser perdurables, ya que 8 de los 13 estudios cuentan con seguimientos, de 3, 6 y 9 meses y de 3 años, y en estos se constata que las ganancias obtenidas con el tratamiento se mantienen o incluso en algunos casos mejoran ligeramente (Avdagic et al., 2014<sup>7</sup>; Craigie et al., 2008<sup>5</sup>).

En cuanto a la comparación con otros tratamientos de primera elección, se encontraron 4 estudios: dos estudios con el tratamiento placebo Stress Management Education, que consiste en la psicoeducación y la relajación aplicada (Hoge et al., 2013<sup>3</sup>, 2015<sup>4</sup>), otro con Terapia cognitiva (Adgavic et al., 2014<sup>7</sup>) y el último con Relajación aplicada (Hayes-skelton et al., 2013<sup>12</sup>). Las terapias mindfulness fueron igual de eficaces que la terapia cognitiva y la relajación aplicada, en cuanto a reducción de síntomas (ansiedad, estrés, preocupación y depresión) y en cuanto a recuperación clínica. En el estudio de Hayes-skelton (2013)<sup>12</sup> entre el 63 y el 80% de los pacientes con tratamiento ABBT mostraron cambios clínicos significativos, y con el tratamiento Relajación aplicada lo hizo entre el 60,6 y el 78,8%. Como curiosidad, cabe apuntar que, en el estudio de Avdagic et al., (2014)<sup>7</sup>, mientras un gran porcentaje de los participantes del grupo ACT se consideraba que estaba recuperado al final del tratamiento en comparación con la Terapia cognitiva, no hubo diferencias en las mediciones del seguimiento a los tres meses, lo cual puede indicar que los cambios clínicos en el tratamiento TC son más graduales que en ACT.

Por otra parte, el MSBR fue ligeramente mejor que el tratamiento placebo Stress Management Education (SME), ya que en el estudio de Hoge et al (2013)<sup>3</sup>, los pacientes tratados con MSBR mostraron reducciones en ansiedad en una mayor cantidad de tests y además fueron capaces de realizar mejor una tarea estresante de laboratorio que el grupo SME.

Además, los tratamientos mindfulness lograron desarrollar otras características, que si bien no son síntomas principales del TAG (como ansiedad, preocupación o calidad de vida),

constituyen otras facetas que pueden actuar de mediadoras entre los tratamientos mindfulness y la mejora de estos síntomas principales. Así, se observaron reducciones significativas en “evitación experiencial” y “aumentos en involucramiento en actividades significativas”, “aceptación” y “decentering o descentramiento”

Como se ha comentado anteriormente, los individuos con TAG tienden a evitar las situaciones de la vida diaria que les provocan más ansiedad (Butler, Gelder, Hibbert, Cullington & Klimes, 1987), además incluso cuando se involucran en actividades deseadas, todavía están inmersos en las preocupaciones y por lo tanto no se involucran al 100% en la actividad que están realizando (Roemer & Orsillo, 2007). Podemos pensar que el que intenten involucrarse con conciencia plena en actividades que son importantes para ellos, puede ser beneficioso para mejorar sus vidas, por ello, la reducción de la “evitación experiencial” y el aumento de las “actividades significativas” puede influir en la mejoría de los síntomas del TAG. De hecho, en el estudio de Hayes et al. (2010)<sup>10</sup> se observa que el “involucramiento en actividades significativas” correlacionó positivamente con la respuesta al tratamiento.

En esta línea, los incrementos en aceptación predijeron significativamente la respuesta al tratamiento y la mejora en la calidad de vida (Hayes et al., 2010<sup>10</sup>). Es posible que la aceptación produzca un estilo cognitivo más flexible que lleve a los sujetos a adaptarse mejor a las situaciones potencialmente elicitoras de ansiedad de la vida diaria. De hecho la aceptación produjo un estilo cognitivo más flexible en sujetos con altos niveles de síntomas de TAG en el estudio de Ruiz Francisco (2014).

Por su parte el “decentering” o “descentramiento”, también puede ser un importante mecanismo de funcionamiento de las terapias mindfulness. El decentering es la capacidad del individuo de observar los eventos que surgen en su mente (pensamientos, sensaciones, emociones, recuerdos...) como meros eventos psicológicos (Fresco et al., 2007). Esta habilidad conlleva a reconocer los pensamientos, sensaciones y emociones que uno tiene como eventos internos temporales, más que como aspectos permanentes del yo o como representaciones exactas de la realidad (Segal et al., 2002). Se demostró que las ganancias en decentering durante los tratamientos con TC (Fresco et al., 2007) o MCBT (Bieling et al., 2012) predijeron mayor durabilidad de la respuesta al tratamiento. Por lo que puede ser que al observar los eventos como temporales y no como aspectos del yo, sea más probable que el individuo reaccione de forma menos intensa a sus preocupaciones, y por lo tanto que intenten controlar menos su preocupación, aspecto, el de controlar, que produce más distrés (Abramowitz, Tolin, & Street, 2001).



Además de estas facetas, las terapias mindfulness también pueden producir mejorías en ciertos mecanismos que, según otros modelos explicativos, mantienen el TAG. De esta manera, en el estudio de Treanor et al. (2011)<sup>11</sup> se observaron aumentos significativos en la “regulación emocional” propuesta como una variable importante en el TAG por el modelo de Dificultades en la regulación emocional de Mennin, Holaway, Fresco, Moore & Heimbert (2007) y se redujo la “intolerancia a la incertidumbre” que es otra variable relevante en mantenimiento del TAG según el modelo de Intolerancia a la incertidumbre de Dugas, Gagnon, Ladouceur y Freeston (1998).

Las terapias mindfulness para TAG, incluso se han podido emplear con éxito administrándolas vía Internet, tal y como se hizo en el estudio de Dahlin, (2016)<sup>13</sup>, en el cual se obtienen resultados satisfactorios en cuanto a la ansiedad, preocupación y depresión, los cuales se mantuvieron a los 6 meses. Sin embargo en este estudio no se alcanzaron cambios significativos en la calidad de vida, aunque esto pudo deberse a que los tratamientos vía internet no son tan efectivos en mejorar esta variable; cómo por ejemplo demuestra el estudio de Hofmann, Wu & Boettcher (2014), en el que la Terapia Cognitiva por Internet obtuvo reducciones significativas en los síntomas del TAG, pero no se produjo tanta mejoría en la calidad de vida como la observada en los tratamientos cara a cara.

A la vista de todos estos resultados, los tratamientos basados en mindfulness parecen ser prometedores para el tratamiento del TAG, no obstante existen ciertas limitaciones que debemos comentar. En primer lugar los tamaños muestrales suelen ser más pequeños de lo recomendado, sólo 3 estudios de 13 cuentan con más de 30 sujetos para un mismo tratamiento. Por otro lado, si bien 8 estudios cuentan con los requisitos para ser experimentales, (2 que estudian MSBR, 1 de ACT y 5 de ABBT, de los cuales 4 de los grupos control son lista de espera)ningún tratamiento lograría ser considerado por la APA como un tratamiento bien establecido (Chambless y Hollon, 1998), ya que deberían contar con al menos 2 estudios en que se demuestre más eficaz que un tratamiento bien establecido o un placebo y que estos estudios hayan sido realizados por equipos de investigadores independientes. Si bien estos requisitos no se cumplen en los estudios revisados, al menos los tratamientos MSBR y ABBT si conseguirían los requisitos para ser considerados tratamientos probablemente eficaces, ya que el MSBR se muestra superior en dos estudios a un tratamiento placebo, aunque los estudios no han sido realizados por investigadores diferentes, y en el ABBT se dan más de dos estudios en los que el ABBT es superior a la lista de espera. Por último decir que aunque la búsqueda se realizó en buscadores nacionales e internacionales, no se encontró ningún estudio español que cumpliera con los criterios de inclusión.

Por todo lo anterior, en conclusión podemos decir que; El TAG continúa siendo el trastorno de ansiedad que menos éxito ha alcanzado con el tratamiento recomendado (la Terapia Cognitiva), lo cual hizo necesario investigar nuevos tratamientos que ofreciesen una mayor eficacia. Algunos de esos tratamientos fueron los basados en mindfulness, los cuales, si bien fueron eficaces en el tratamiento de este trastorno, no lograron superar a la Terapia Cognitiva, aunque si igualarla. No obstante, a día de hoy, estos tratamientos aún no se pueden considerar tratamientos bien establecidos para este trastorno por dos razones: en primer lugar los tamaños muestrales son pequeños, y en segundo lugar se requieren más estudios experimentales que comparen estos tratamientos con otros bien establecidos.

Es posible que los tratamientos mindfulness nunca logren superar a la Terapia Cognitiva, pero podrían ser de mucha utilidad para tratar la gran cantidad de pacientes que no responden a los tratamientos actuales.





## Bibliografía

- Abramowitz, J. S., Tolin, D. F. y Street, G. P. (2001). Paradoxical effects of thought suppression: A meta-analysis of controlled studies. *Clinical Psychology Review*, 21(5), 683–703.
- Avdagic, E., Morrisey, S.A. y Boschen, M.J. (2014). A Randomised Controlled Trial of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive-Behaviour Therapy for Generalised Anxiety Disorder. *Behaviour Change*, 31 (2), 110-130.
- Ballenger, J.C., Davidson, J.R.T., Lecrubier, Y., Nutt, D.J., Borkovec, T.D., Rickels, K. y Wittchen, H.U. (2001). Consensus statement on generalized anxiety disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(11), 53–58.
- Bertolín Guillén, J.M. (2015). Eficacia-efectividad del programa de reducción del estrés basado en la conciencia plena (MSBR): actualización. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 35 (126), 289-307.
- Bieling, P. J., Hawley, L. L., Bloch, R. T., Corcoran, K. M., Levitan, R. D. y Young, L. T. (2012). Treatment-specific changes in decentering following mindfulness-based cognitive therapy versus antidepressant medication or placebo for prevention of depressive relapse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(3), 365–372
- Borkovec, T. D. y Hu, S. (1990). The effect of worry on cardiovascular response to phobic imagery. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 69–73.
- Borkovec, T. D., Hazlett-Stevens, H. y Diaz, M. L. (1999). The role of positive beliefs about worry in generalized anxiety disorder and its treatment. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 126–138
- Borkovec, T. D., Newman, M. G., Lytle, R. y Pincus, A. (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, 288–298.
- Borkovec, T. D., Alcaine, O. M., y Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. En D. S. Mennin, R. G. Heimberg, y C. L. Turk (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 77–108). New York, NY: Guilford Press.

- Brown, T.A., Barlow, D.H. y Liebowitz, M.R. (1994). The empirical basis of generalized anxiety disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 151(9), 1272–1280.
- Butler, G., Gelder, M., Hibbert, G., Cullington, A. y Klimes, I. (1987). Anxiety management: Developing effective strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 517–522.
- Chambless, D., I. y Hollon, S.D. (1998). Defining Empirically Supported Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 66, (1), 7-18
- Craigie, M.A., Rees, C.S. y Marsh, A. (2008). Mindfulness-based Cognitive Therapy for Generalized Anxiety Disorder: A Preliminary Evaluation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 26, 553-568.
- Dahlin, M., Andersson, G., Magnusson, K., Johansson, T., Sjögren, J., Håkansson, A., Pettersson, M., Kadowaki, Á., Cuijpers, P. y Carlbring, P. (2016). Internet-delivered acceptance-based behaviour therapy for generalized anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 86-95.
- Dugas MJ, Gagnon F, Ladouceur R y Freeston MH. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research And Therapy*, 36, 215–226.
- Evans .S., Ferrando .S., Findler .M., Stowell .C., Smart .C. y Haglin .D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal Anxiety Disorders*, 22(4), 716–721
- Fresco, D. M., Segal, Z. V., Buis, T. y Kennedy, S. (2007). Relationship of posttreatment decentering and cognitive reactivity to relapse in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(3), 447–455
- Forman, E.M., Shaw, J.A., Goetter, E.M., Herbert, J.D., Park, J.A. y Yuen, E.K. (2012). Longterm follow-up of a randomized controlled trial comparing acceptance and commitment therapy and standard cognitive behavior therapy for anxiety and depression. *Behavior Therapy*, 43(4)
- Hayes, S.A., Orsillo, S.M. y Roemer, L. (2010). Changes in Proposed Mechanisms of Action during an Acceptance Based Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder. (2010). *Behaviour Research and Therapy*, 48 (3), 238-245.
- Hayes, S.C., Strosahl, S. y Wilson, K. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavioural change*. New York: Guilford Press
- Hayes-Skelton, S.A., Roemer, L. y Orsillo, S.M. (2013). A Randomized Clinical Trial Comparing an Acceptance-Based Behavior Therapy to Applied Relaxation for Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81 (5), 761-773.

- Heimberg, R. G., Turk, C. L. y Mennin, D. S. (2004). Generalized anxiety disorder. Advances in research and practice. New York: The Guilford Press.
- Hofmann, S. G., Wu, J. Q. y Boettcher, H. (2014). Effect of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders on quality of life: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*, 375-391.
- Hoge, E. A., Bui, E., Marques, L., Metcalf, C. A., Morris, L. K. y Robinaugh, D. J. (2013). Randomized controlled trial of mindfulness meditation for generalized anxiety disorder: Effects on anxiety and stress reactivity. *Journal of Clinical Psychiatry, 74(8)*, 786–792.
- Hoge, E.A., Bui, E., Goetter, E., Robinaugh, D.J., Ojserkis, R.A., Fresco, D.M. y Simon, N.M. (2015). Change in Decentering Mediates Improvement in Anxiety in Mindfulness-Based Stress Reduction for Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive Therapy Research. 29*, 228-235.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry, 4(1)*, 33–47.
- Kabat-Zinn J, Massion A.O., Kristeller J., Peterson, L.G., Fletcher, K.E., Pbert, L. y Lenderking, W.R., Santorelli, S.F. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatry. 149(7)*, 936–943
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 593–602.
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Léger, E., Gagnon, F. y Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 957–964.
- MacLeod, C. y Rutherford, E. (2004). Information processing approaches: Assessing the selective functioning of attention, interpretation, and retrieval. En R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice (pp. 109-142). New York: The Guilford Press.
- Mennin DS, Holaway RM, Fresco DM, Moore MT y Heimberg RG. (2007). Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behavior Therapy, 38*, 284–302

- Metzger, R. L., Miller, M. L., Cohen, M., Sofka, M. y Borkovec, T. D. (1990). Worry changes decision-making: The effect of negative thoughts on cognitive processing. *Journal of Clinical Psychology, 46*, 78–88.
- Miller, J.J., Fletcher, K. y Kabat-Zinn, J. (1995). Three-Year Follow-up and Clinical Implications of a Mindfulness Meditation-Based Stress Reduction Intervention in the Treatment of Anxiety Disorders. *General Hospital Psychiatry 17*, 192-200.
- Newman, M. G., Castonguay, L. G., Borkovec, T. D., Fisher, A. J., Boswell, J. F., Szkodny, L. E. y Nordberg, S. S. (2011). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder with integrated techniques from emotion-focused and interpersonal therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*, 171–181.
- Roemer, L. y Orsillo, S.M. (2007). An Open Trial of an Acceptance-Based Behaviour Therapy for Generalized Anxiety Disorder. *Behaviour Therapy, 38*, 72-85
- Roemer, L., Orsillo, S. M. y Salters-Pedneault, K. (2008). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: Evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76(6)*, 1083–1089
- Ruiz, F.J. (2014). The relationship between low levels of mindfulness skills and pathological worry: The mediating role of psychological inflexibility. *Anales de psicología. 30 (3)*, 887-897.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. y Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Stein, M. B. and Heimberg, R. G. (2004). Well-being and life satisfaction in generalized anxiety disorder: comparison to major depressive disorder in a community sample. *Journal of Affective Disorders, 79*, 161–166.
- Treanor, M., Erisman, S.M., Salters-Pedneault, K.S., Roemer, L. y Orsillo, S.M. (2011). An acceptance-based behavioral therapy for GAD: Effects on outcomes from three theoretical models. *Depression and Anxiety, 28 (2)*, 127-136.
- Waters, A. M., y Craske, M. G. (2005). Generalized anxiety disorder. En M. M. Antony, D. R. Ledley, & R. G. Heimberg (Eds.), *Improving outcomes and preventing relapse in cognitive behavioral therapy* (pp. 77–127). New York, NY: Guilford Press
- Wittchen, H. U., Carter, R. M., Pfister, H., Montgomery, S. A. and Kessler, R. C. (2000). Disabilities and quality of life in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression in a national survey. *International Clinical Psychopharmacology, 15*, 319–328.