



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional

Programa de Profundización en Psicología Clínica

MINDFULNESS COMO ALTERNATIVA EFICAZ DE LA
PSICOTERAPIA CONTEXTUAL PARA EL TRATAMIENTO
DE REDUCCIÓN DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Reporte de Investigación Teórica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Rocio Del Villar Murua

Directora: Brenda Elena Naffate Ballesteros

Dictaminadores:

Dra. María Antonieta Dorantes Gómez.

Dr. José Manuel Meza Cano.

Lic. Bárbara Brenda León Jurado

Lic. Vanessa del Carmen González de la O



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 1 de junio de 2023.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedicatoria:

Este trabajo lo dedico a mi hija Fer, quien durante todo este tiempo y aun sin saberlo, su presencia me inspiró para seguir y terminar un nuevo reto a pesar de las adversidades y los sacrificios de los que tambien ha sido parte... ¡TE AMO PRINCESA!

Agradecimientos:

Antes que nada, agradezco a **DIOS** por ser quien me ha llevado por los caminos para saber cómo y en donde tengo que buscar las alternativas para cumplir con el proyecto de vida que tiene para mí.

A mis padres, Jaime y Mely que siempre ha sido fuente de entusiasmo y han depositado todo su esfuerzo en que, por medio de los estudios, logremos crecer personal y profesionalmente y que esto les produce un gran orgullo por la realización de nuevos proyectos en sus hijos.

A mi familia: mis hermanos, cuñadas, cuñados, sobrinas, sobrinos, que con sus palabras siempre me han impulsado y alentado para concluir con lo empezado y ser parte del ejemplo de que todo es posible con constancia, disciplina y persistencia.

A **Fifi**, mi compañero de vida en los últimos 13 años, quien me ha acompañado e impulsado en mis aventuras y locuras para realizar nuevos proyectos, y saber que con estos ver logrados parte de los suyos.

A los **grupos de autoayuda de A.A.**, ya que de alguna manera el conocer el programa y las necesidades de las personas de trabajar y sanar en sus problemas no solo de adicciones, me impulsó a tomar la decisión de profundizar en el comportamiento y conducta del ser humano.

A la **UNAM y al SUAYED de la FESI** por abrirme las puertas nuevamente de esta maravillosa casa de estudios y completar una nueva carrera después de muchos años.

A **todos mis profesores y maestros** durante toda la carrera y principalmente a las maestras **Karla María Mancera, la Dra. Toñita Dorantes y la Mtra. Brenda Naffate** por ser parte del proceso de la culminación de este proyecto.

A la **vida**, por todo lo que día con día me permite descubrir y saber que lo más importante es ser feliz aquí y ahora.

Índice

Resumen	6
Abstrac	7
Introducción	8
Justificación.....	8
Planteamiento del problema	9
Objetivo General	9
Objetivos particulares	9
Pregunta de investigación.....	10
Hipótesis.....	10
Método	10
1. Trastorno de ansiedad	12
1.1 Definición.....	12
1.2 Tipos de ansiedad	16
1.3 Trastorno de ansiedad generalizada	21
2. Generaciones de las terapias Cognitivo-conductuales.....	24
Primera Generación.....	26
Segunda Generación	28
Tercera Generación	30
Terapia de aceptación y compromiso (ACT)	32
Psicoterapia analítico funcional (PAF).....	33
Terapia Racional Emotiva conductual (TREC).....	34
Terapia Dialéctica Conductual (TDC)	36
Terapia de Activación Conductual (TAC)	37
Terapia Conductual Integral de Pareja (TCIP).....	37
Terapia Cognitiva basada en Atención Plena o Mindfulness (TCAP	38
3. Mindfulness	41

3.1 Origen e Historia del Mindfulness	41
3.2 Significado del mindfulness	44
3.3 Mindfulness como Técnica terapéutica	46
4. Resultados, discusión y conclusiones.....	50
4.1 Resultados	50
4.2 Discusión	61
4.3 Conclusiones	63
5. Referencias.....	65

Resumen

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es un tipo de trastorno citado en la última versión de DSM-5 (2014) como parte de los trastornos mentales que mayor afectación tiene dentro de la sociedad, con altos índices de ocurrencia y de mayor afluencia a los centros de salud como parte de problemas sanitarios en atención primaria, siendo junto con las enfermedades de comorbilidad como diabetes e hipertensión, una de las que generan mayores costos en salud y por los que se está acudiendo a los centros de salud. Las terapias contextuales o de tercera generación dentro de tratamientos psicológicos modernos se han integrado como opciones útiles y válidas en el tratamiento del TAG y que han mostrado que su uso en distintos padecimientos ha sido efectivo. El mindfulness o atención plena, como parte de las alternativas de estas terapias, es una de las herramientas que se han utilizado y que ha servido por medio de sus distintos programas de respaldo para tomarla como una alternativa de tratamiento válido con costos más bajos, menos invasiva al cuerpo y mente y tiempos de tratamiento; lo que ha disminuido la asistencia de los pacientes a las salas de clínicas y hospitales para ser atendidos por crisis de ansiedad extrema. Son muchos los padecimientos y áreas en los que se ha aplicado como alternativa, por lo que vale la pena revisar algunos de ellos y mostrar mediante evidencia científica que es una herramienta que ha llegado para consolidarse como alternativa en los tratamientos psicológicos actuales ayudando así, tanto a los psicólogos como a los consultantes en el tratamiento de procesos personales y emocionales.

Palabras clave: Mindfulness, ansiedad generalizada, TAG, tratamiento.

Abstract

Generalized Anxiety Disorder (GAD) is a type of disorder cited in the latest version of DSM-5 (2014) as part of the mental disorders that have the greatest impact within society, with high rates of occurrence and greater influx to health centers as part of health problems in primary care, being together with comorbid diseases such as diabetes and hypertension, one of those that generate the highest health costs and for which health centers are being used. Contextual or third-generation therapies within modern psychological treatments have been integrated as useful and valid options in the treatment of GAD and have shown that their use in different conditions has been effective. Mindfulness or full attention, as part of the alternatives to these therapies, is one of the tools that have been used and that has served through its different support programs to take it as a valid treatment alternative with lower costs, less invasive to the body and mind and treatment times; which has decreased the attendance of patients to clinic rooms and hospitals to be treated for extreme anxiety crises. There are many conditions and areas in which it has been applied as an alternative, so it is worth reviewing some of them and showing through scientific evidence that it is a tool that has come to consolidate itself as an alternative in current psychological treatments, thus helping both psychologists as consultants in the treatment of personal and emotional processes.

Keywords: *Mindfulness, generalized anxiety, GAD, treatment.*

Introducción

a) Justificación

Durante la etapa más fuerte de la COVID-19, la ansiedad generalizada ha mostrado niveles elevados dentro de la sociedad, formando parte de los trastornos emocionales con alta incidencia teniendo que recurrir a diferentes alternativas para tratar de contrarrestarla estableciendo retos en el diagnóstico, evaluación y tratamientos de utilidad y poco invasivos, que permitan la mejoría y/o control del síntoma, y en condiciones más complicadas ya como un trastorno diagnosticado como tal, por los sistemas clasificatorios de diagnósticos de trastornos mentales como lo son el DSM-5 y el CIE-11.

De acuerdo con los resultados obtenidos por el INEGI en 2021 en su primer ENCUESTA NACIONAL DE BIENESTAR AUTORREPORTADO (ENBIARE), en los cuales se buscó conocer la influencia de aspectos de la vida personal, familiar, laboral y social en el bienestar subjetivo de la población adulta en México, el 19.3% de la población adulta tiene síntomas de ansiedad severa, mientras otro 31.3% revela síntomas de ansiedad mínima o en algún grado (INEGI, 2021).

Estos datos llevan a la necesidad de seguir trabajando desde distintos ámbitos y de distintas formas, incluyendo a la psicología tanto para su evaluación y diagnóstico, como para buscar tratamientos adecuados que permitan el abordaje de la ansiedad, y ayudar a quienes la presentan a mejorar su calidad de vida, ya sea reduciéndola al mínimo o controlándola.

Si bien la ansiedad presenta una gran variedad de clasificaciones y tipos, el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es una de las que mayormente se presentan y de la cuales por el tiempo que se requiere para realizar un diagnóstico, (seis meses mínimos), suelen ser confundidas

con algún otro padecimiento y el tratamiento que se recibe no es el indicado, resolviendo solo parte de los síntomas, pero no el propio trastorno.

El uso del mindfulness (conciencia plena) como una herramienta dentro de las terapias de tercera generación o contextuales, ha mostrado al paso de los últimos años ser una alternativa eficaz en tratamientos de padecimientos como la depresión, disminución de síntomas de enfermedades comórbidas, dolores intensos, cáncer y la propia ansiedad generalizada.

Por medio de revisión de bibliografía científica, se busca analizar y mostrar la validez del uso del mindfulness como alternativa eficaz en el tratamiento de problemas psicológicos actuales como el TAG. Este trabajo será de tipo cuantitativo descriptivo, desarrollándose por medio de la revisión de la literatura reciente relacionada con temas como el mindfulness, las terapias de tercera generación o contextuales y su aplicación en problemas psicológicos como la ansiedad generalizada.

b) Planteamiento del problema.

Objetivo General

Analizar a través de un metaanálisis la efectividad del mindfulness, como técnica de psicoterapia contextual en el tratamiento de la ansiedad generalizada.

Objetivos particulares

Mostrar la importancia de técnicas de psicoterapia contextual en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada.

Identificar al mindfulness como alternativa en la intervención psicoterapéutica del trastorno de ansiedad generalizada.

c) Pregunta de investigación.

¿Es el mindfulness una herramienta recomendable para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada en adultos?

d) Hipótesis

Mindfulness es una herramienta de psicoterapia contextual eficaz en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada en adultos.

e) Método

Por medio de revisión de bibliografía científica actual, se busca analizar y mostrar la validez del uso del mindfulness como alternativa en el tratamiento de problemas psicológicos actuales como la ansiedad generalizada. Este trabajo será de tipo descriptivo, desarrollándose por medio de la revisión de la literatura reciente relacionada con el mindfulness y su aplicación en problemas psicológicos, específicamente en el trastorno de ansiedad generalizada. La revisión será a través de metodología sistemática o metaanálisis.

El metaanálisis como método sistemático para sintetizar resultados de diferentes estudios empíricos sobre el efecto de una variable independiente, ya sea como intervención o tratamiento, es utilizado principalmente en investigación médica y psicológica, incluyendo recientemente más ciencias de la salud. Se considera una herramienta o técnica de inferencia estadística que combina y resume los resultados de varios estudios individuales. Si bien sintetiza información dispersa, es necesario conocer su entramado metodológico para darle mayor validez al constructo o aspecto que se está analizando (Escrig, Lluca, Granel y Bellver, 2020).

De manera convencional se pueden citar dos grandes grupos de metaanálisis: metaanálisis de datos agregados y metaanálisis de datos individuales; siendo el de datos agregados el más utilizado en la literatura y se encarga de recoger medias estadísticas de cada uno de los estudios (medias, porciones, etc) que aparecen en tablas en cada uno de los mismos (Escrig, Lluca, Granel y Bellver, 2020).

Tomando de referencia una revisión sistemática realizada en 2016 por Hodann y Serrano apoyado por la Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca con relación a la eficacia de los tratamientos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad, se obtuvieron, después de una búsqueda y recopilación de material bibliográfico de Enero de 2008 a Marzo de 2016, ocho estudios que cumplieron con los criterios de inclusión que fueron “mindfulness”, “anxiety” y “treatment” donde el trastorno más frecuentemente estudiado fue la ansiedad generalizada (n=5) seguido de la fobia social (n=2) y solo 1 se centró en el trastorno de angustia. (Hodann y Serrano, 2016).

Continuando con la propuesta de los autores del metaanálisis anterior, para el presente trabajo la labor fue revisar estudios posteriores, realizando la búsqueda en internet de bases de datos y redes sociales que contienen publicaciones académicas de corte científico como lo son: Psycnet, PubMed, ResearchGate, Google académico, así como en la Biblioteca digital de la UNAM (Bidi unam). Partiendo que la revisión presentada en los párrafos anteriores abarcó hasta el año 2016, los filtros de búsqueda y de inclusión para la revisión se establecieron con año inicial de publicación el 2017 hasta fecha actual (abril-mayo) del 2023. Los primeros filtros se hicieron en español con las palabras clave “mindfulness”, “Trastorno de ansiedad generalizada”, “TAG” y “tratamiento”, no pudiendo encontrar estudios recientes que contribuyeran con el fin de la revisión propuesta y que pudieran ser incluidos conforme a los criterios establecidos. En una

segunda búsqueda se cambiaron las mismas palabras clave en inglés: “mindfulness”, “GAD” o “generalized anxiety” y “treatment”, pudiendo de esta forma obtener una cantidad de artículos que a criterio personal consideré como válidos para la revisión de las variables que se están describiendo.

Por cuestiones de tiempos y criterios de inclusión, de las páginas revisadas se consideraron artículos de estudios que se repitieron en al menos dos de los buscadores utilizados, adicional a que los abstracts hicieran referencia al trabajo con personas diagnosticadas con TAG por medio de diferentes instrumentos de apoyo como son el Trastorno de ansiedad general 7-items (GAD-7), Escala de cinco facetas de Mindfulness (FFMQ), Escala de Ansiedad de Hamilton (HAMA) y Cuestionario de Preocupación de Penn State (PSWQ) con análisis pre y post tratamiento y que el tratamiento base para el grupo experimental fuera el mindfulness o conciencia plena con los programas MBSR, MBCT o algún otro que considerará cursos de conciencia plena versus grupos control, en donde los participantes incluidos se sometieron a contraste con otro tipo de tratamientos o terapias como psicoeducación, terapia dialéctica conductual, placebos de autocontrol (SMP), cursos de calidad de vida, clases de manejo de estrés, entre otros.

Trastorno de Ansiedad

1.1 Definición

De acuerdo con el Diccionario de la Real Academia Española (RAE), el término ansiedad proviene del latín *anxiētas*, que significa “estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo”. Por su parte, Córdoba, De Santillana, García, González, Hernández & Ramírez, manifiestan que “la ansiedad es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos” (2010, P. 8); así mismo, ésta puede presentarse como una respuesta adaptativa o como

un evento psicopatológico cuando es excesiva o persistente (Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003 y DSM-5, 2014).

El Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5, 2014) define la ansiedad como una respuesta anticipatoria a una amenaza futura y tiende a despertar conductas de evitación. Para Navas y Vargas (2012) la ansiedad es una emoción que surge ante situaciones ambiguas, en las que se anticipa una posible amenaza, y que prepara al individuo para actuar ante ellas mediante una serie de reacciones cognitivas, fisiológicas y conductuales. Dentro de los síntomas más comunes se encuentra la elevación de la frecuencia cardiaca, respiración acelerada, sudoración y tensión muscular, Se vuelve patológica cuando es desproporcionada para la situación en la que se presenta y es demasiado prolongada, y los síntomas que se manifiestan son constante preocupación, irritabilidad e impaciencia, problemas de concentración, tensión muscular, alteraciones del sueño, dificultad en la toma de decisiones, sudoración, palpitations/taquicardia, pensamientos negativos sobre sí mismo y los demás, molestias gástricas, dolores de cabeza, entre otros (Centro de Psicología científica aplicada PSICIA citada en Restrepo y Velásquez, 2021).

Descrito lo anterior es importante tener claras las diferencias entre la ansiedad fisiológica y la ansiedad patológica. En la siguiente tabla se muestran de manera gráfica las diferencias entre una y otra.

Tabla 1. Diferencia entre ansiedad normal y patológica

Ansiedad Fisiológica	Ansiedad Patológica
-----------------------------	----------------------------

<ul style="list-style-type: none"> • Mecanismo de defensa frente amenazas de la vida diaria • Reactiva a una circunstancia ambiental • Función adaptativa • Mejora nuestro rendimiento • Es más leve • Menor componente somático • No genera demanda de atención psiquiátrica 	<ul style="list-style-type: none"> • Puede bloquear una respuesta adecuada a la vida diaria • Desproporcionada al desencadenante • Función desadaptativa • Empeora el rendimiento • Es más grave • Mayor componente somático • Genera demanda de atención psiquiátrica
--	---

Tomado de Navas & Vargas, 2012, pág. 498.

Clark & Beck (2012) refieren que la ansiedad consta de:

- ✓ Respuestas fisiológicas automáticas que normalmente ocurren en presencia de una amenaza o de un peligro.
- ✓ Características conductuales, implican primordialmente las respuestas de abandono o de evitación, así como de búsqueda de seguridad.
- ✓ Variables cognitivas, aportan la interpretación lógica de nuestro estado interno como de ansiedad.
- ✓ Dominio afectivo, se deriva de la activación cognitiva y fisiológica conjunta y constituye la experiencia subjetiva de la sensación ansiosa. (pág. 41).

Si bien la ansiedad es común en la sociedad, se deben reconocer los factores que provocan que las personas sean más propensas a desarrollarla como psicopatología. De acuerdo con Forcadell, Lázaro, Fullana & Leras, 2019 (citado en Restrepo y Velásquez, 2021) dentro de estos factores se encuentran componente genético, contacto con tóxicos durante el embarazo y estilos de crianza que pueden llegar a desarrollar tanto problemas de estrés como de personalidad. Por otra parte, se ha identificado que las mujeres en edad reproductiva son dos o tres veces más susceptibles que los hombres a desarrollar trastornos de ansiedad: así como que la edad de inicio de esta se detecta entre los 7 y los 28 años (Arenas y Puigcerver, 2011, Posada, 2013 citados en Restrepo y Velásquez, 2021).

Para la American Psychological Association (APA, 2017) la ansiedad es una reacción humana normal ante situaciones estresantes. Cuando los temores o preocupaciones dejan de ser temporales y se presentan con mayor intensidad y mayor persistencia, provocando alteraciones conductuales(Molina,2021), se reconoce que existe un trastorno de ansiedad o ansiedad patológica, mismo que puede empeorar al paso del tiempo y llega a afectar y/o bloquear seriamente las respuestas y capacidades de desempeño de la vida cotidiana en lo laboral, escolar, en relaciones familiares y sociales; presentando componentes somáticos mayores que llegan a demandar de atención especializada (Navas y Vargas, 2012 pág. 498).

Todos los seres humanos tenemos un grado normal de ansiedad que es parte de las reacciones ante determinadas situaciones. Cuando estos niveles se sobrepasan, se llegan a denominar Trastornos provocando sufrimiento y discapacidad en quien lo experimenta y significando una carga importante tanto en lo social como en lo económico (Chacón, De la Cera, Fernández y Murillo,2021), por lo que hace de vital importancia medir la afectación en distintos sectores de la población. De forma general se ha detectado que este trastorno es más común en mujeres (7,7%) que en hombres (3,6%) (Chacón et al, 2021, pp. 1).

La ansiedad patológica a diferencia de la fisiológica puede llegar a bloquear respuestas de la vida diaria cotidiana desproporcional al desencadenante, genera una función desadaptativa, empeora el rendimiento, es más grave, presenta un mayor componente somático y demanda de atención especializada (Navas y Vargas, 2012 pág. 498).

De acuerdo con el artículo publicado el 19 de diciembre de 2021 en el periódico El economista, la ansiedad es una de las enfermedades de salud mental que causan mayor problemática en México, siendo los estados del sur y centro del país en donde se encontró la mayor

prevalencia. De acuerdo con las cifras de la Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (Enbiare), el 56% de las afectaciones se presenta en mujeres y el 44% en hombres.

Debido a que la ansiedad se encuentra presente en todo individuo cuando se siente amenazado o en peligro, puesto que es un estado de alerta natural que genera reacciones fisiológicas y emocionales en el ser humano, es importante saber distinguir cuando estas reacciones ocurren de forma irracional ante circunstancias carentes de peligro, cuando se salen de control, ya que es entonces que se puede decir que entra dentro de alguna patología (Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003).

De acuerdo con la página de divulgación kidshealth.org (2013) citada en Carmona (2021), la ansiedad tiene una función netamente protectora, y que cuando es psicósomática influye tanto en el estado de ánimo como en la salud física.

La ansiedad reconoce o implica al menos tres sistemas de respuesta: *subjetivo-cognitivo*, el cual se relaciona con la experiencia interna, percepción y evaluación subjetiva de los estímulos; *fisiológico - somático* que activa el sistema nervioso autónomo; y *motor - conductual* que se avoca al escape y evitación.

1.2 Tipos de Ansiedad

Los Trastornos de ansiedad (TA) son, como grupo, las enfermedades mentales más comunes, con una alta prevalencia de aproximadamente 2-8% en la población general y 10-12% en las consultas de atención primaria (Navas y Vargas, 2012).

En los últimos años se ha observado un incremento de los casos de TA, así como de la comorbilidad que a menudo los acompaña. Los TA son 2 veces más prevalentes en mujeres, ya que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), los TA son más comunes en las

mujeres (7.7%) que en los hombres (3.6%). (Chacon, Xatruch, Fernández y Murillo, 2021), y son frecuentes en la actividad clínica de atención primaria, calculando que 1 de cada 10 pacientes que se atienden diariamente presentan un TA, siendo incluso más común que la diabetes mellitus (Navas y Vargas, 2012).

Entre 2019 y 2020 con la pandemia de la COVID-19 el padecimiento de trastornos mentales se incrementó considerablemente, y en el caso de la ansiedad cuando la prevalencia era de 1 de cada 8 (301 millones de personas en 2019) con este trastorno, aumentó al 26% en un solo año, complicando aún más para los sistemas de salud la atención de las personas con algún trastorno mental por falta de recursos necesarios tanto para el tratamiento como la propia prestación al solicitante (OMS, 2022).

Si bien existen distintos criterios para diagnosticar los Trastornos de ansiedad, los más utilizados son el DSM-5 que corresponde a la Asociación de psiquiatras americanos y la CIE-11, la cual es utilizada por la OMS (Chacón, de la Cera, Fernandez y Murillo, 2021).

Para efectos del presente trabajo se expondrá la clasificación de la DSM-5 en donde se establece que los trastornos de ansiedad son patologías muy frecuentes en la población en general y se asocian a baja calidad de vida, disfunción social y aumento en riesgo de enfermedades cardiovasculares. Los trastornos de ansiedad se diferencian entre sí, en función del tipo de situación u objeto que inducen miedo, ansiedad, generando conductas evitativas (Molina, 2021).

Según el DSM-5, cuya última actualización se realizó en el año 2013, la clase diagnóstica de trastornos de ansiedad (TA) se pueden condensar en los siguientes grupos: trastorno de ansiedad por separación, Mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social, trastorno de angustia, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, TA inducido por sustancias/ medicación,

trastorno de ansiedad debido a otra enfermedad física, otros TA especificados y trastorno de ansiedad no específico (Tortella, 2014). De manera breve, se presentan en la siguiente tabla los criterios, características clínicas centrales y otros criterios para el diagnóstico de TA citados en el DSM-5.

Tabla 2. Clasificación de la ansiedad de acuerdo con DSM-5

Trastorno	Características clínicas centrales	Otros criterios para el diagnóstico
TA por separación	Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego. Se evidencian mínimo tres manifestaciones clínicas centradas en preocupación, malestar psicológico subjetivo, rechazo a quedarse solo o desplazarse a otros lugares, y/o pesadillas o síntomas físicos a raíz de la separación.	Los síntomas de miedo, ansiedad o evitación deben estar presentes mínimo 6 meses
Mutismo selectivo	Se identifica como el fracaso constante de hablar en situaciones sociales específicas en las que existe expectativa por hablar a pesar de hacerlo en otras situaciones. (principalmente en casa y en presencia de familiares inmediatos)	La alteración interfiere en los logros educativos o laborales o en la comunicación social y su duración es como mínimo de un mes.
Fobia específica	Es el miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica, el cual se evita o soporta a costa de intenso miedo-ansiedad.	Por ejemplo: volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre, etc. El miedo, ansiedad o evitación debe estar presente mínimo 6 meses
TA social	Se caracteriza por miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas.	Únicamente relacionado con la ejecución, es decir el miedo fóbico se restringe a hablar o actuar en público.

Trastorno	Características clínicas centrales	Otros criterios para el diagnóstico
Trastorno de angustia	Presencia de crisis de angustia inesperadas recurrentes. Al menos alguna de ellas va seguida mínimo durante un mes de inquietud o preocupación persistente por la aparición de nuevas crisis o sus consecuencias, y/o cambio significativo y desadaptativo en el comportamiento que se relacione con la crisis de angustia.	El miedo, ansiedad o evitación debe estar presente mínimo 6 meses.
Agorafobia	Es el miedo o ansiedad intensa que aparece respecto a dos o más situaciones prototípicamente agorafóbicas como el uso del transporte público, estar en espacios abiertos o sitios cerrados, estar en medio de una multitud, también por estar fuera de casa solo. El individuo teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil, o podría no disponer de ayuda, si aparecen síntomas tipo pánico, u otros síntomas incapacitantes o embarazosos.	El miedo, ansiedad o evitación debe estar presente mínimo 6 meses.
TA Generalizada	Ansiedad y preocupación excesiva persistente, en la cuales las personas tienen dificultad para controlar diversos acontecimientos o actividades que se asocian a tres o más síntomas de sobreactivación fisiológica.	El miedo, ansiedad o evitación debe estar presente la mayoría de días durante mínimo 6 meses.
TA debido a otra enfermedad médica	El cuadro clínico se caracteriza por ataques de pánico o ansiedad predominan en el cuadro clínico. El trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.	No se dan exclusivamente durante delirium
Otros TA especificados	Son los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la	Como ejemplos se pueden considerar las crisis de angustia limitadas o la ansiedad generalizada que no cumple con el criterio de estar presente la mayoría de días.

Trastorno	Características clínicas centrales	Otros criterios para el diagnóstico
TA no especificado	<p>categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad. Se especifica la razón concreta por lo que no se cumplen todos los criterios diagnósticos.</p> <p>Esta clasificación se utiliza en situaciones en las que el médico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno de ansiedad específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más puntual.</p>	

Presentación resumida de criterios diagnósticos para los trastornos de ansiedad recogidos del DSM-5 (Tortella, 2014 y Chacón et al. 2021)

Los TA se caracterizan por el miedo excesivo, angustias, ataques de pánico y evitación de amenazas. Los cuales pueden afectar su rendimiento social, académico y laboral.

El sobrediagnóstico en los TA conlleva una serie de riesgos para el paciente, tanto en el ámbito médico como en el ámbito social y económico. La ansiedad se presenta como uno de los principales factores capaces de afectar negativamente a la capacidad de trabajo del paciente.

En estudios realizados por Kendler, et al, (1995) y Sullivan, Neale y Kendler (2000), se afirma que no se transmiten los trastornos psicológicos, de igual forma se ha encontrado que no existen únicos genes responsables de los trastornos; sino que son diferentes los genes que realizan pequeños aportes.

Hablando particularmente de la ansiedad y la depresión, lo que se transmite genéticamente es el nivel de reactividad ante diferentes condiciones ambientales; es por esta razón que algunas personas, al ser más sensibles, tienden a establecer procesos de condicionamiento mucho más rápido que otras (Quant, D., 2013).

Los trastornos de ansiedad son una de las psicopatologías más frecuentes que surgen en la niñez, considerándose crónica y persistente con los años. Los trastornos de ansiedad se asocian a la larga con trastornos depresivos, consumo de sustancias o intentos autolíticos. La técnica del mindfulness es una intervención prometedora que ha demostrado beneficios significativos en población adulta (Molina, 2021).

En los próximos capítulos se desarrollará con mayor precisión lo que es mindfulness como parte de las técnicas de tercera generación o técnicas contextuales, su uso y eficacia en el tratamiento de problemas psicológicos como la ansiedad generalizada, que es el constructo de análisis del presente manuscrito.

1.3 Trastorno de Ansiedad Generalizada

El Trastorno de Ansiedad generalizada (TAG) es uno de los padecimientos más prevalentes en los servicios de atención primaria que deteriora el funcionamiento y calidad de vida de quien lo presenta (Allgulander, 2006, Hoffman, Dukes y Wittchen, 2008, citados en Alvarez, 2016).

Tanto para el CIE-11 como para el DSM-5 el trastorno de ansiedad generalizada se refiere a una ansiedad crónica y preocupaciones excesivas que requieren de una duración de al menos seis meses para realizar el diagnóstico, afectando principalmente las áreas social, laboral y escolar (Navas y Vargas, 2012).

Nezu et al (2004) menciona que el TAG se caracteriza por la preocupación patológica que va de un tema a otro, que lleva a las personas con este trastorno a estar atentas a los estímulos que son más amenazantes, pensando siempre que algo malo va a suceder, aun cuando sea muy poca la probabilidad de que ocurra (Manríquez, S., 2021).

Se considera que para diagnosticar el TAG es necesario que el consultante presente al menos tres de los síntomas característicos de este trastorno, los cuales se resumen en:

- 1.- Inquietud o sensación de sentirse atrapado o con los nervios de punta.
- 2.- Se fatiga fácilmente.
- 3.- Dificultad para concentrarse, se queda con la mente en blanco.
- 4.- Irritabilidad.
- 5.- Tensión muscular.
- 6.- Problemas de sueño: dificultad para conciliar el sueño, seguir durmiendo, sueño inquieto o insatisfactorio (sentir que no duerme bien).

Otro tipo de síntomas que se mencionan en el DSM-5 que puede presentar una persona con TAG son síntomas somáticos como diarrea, inquietud, sudoración, náuseas, temblores, entumecimientos musculares, respuesta de sobresalto, exageradas, problemas para pasar la comida, sensación de tener algo en la garganta, sacudidas, boca seca, manos frías, síntomas depresivos e inquietud motora.

El punto central del TAG es que la persona vive en miedo constante con miedo a los eventos o resultados adversos del futuro que en muchos de los casos probablemente ni ocurran.

En cuanto al génesis del trastorno de ansiedad generalizada se consideran que son diversos los factores que contribuyen al desarrollo de esta. Factores genético-biológicos, ambientales y psicológicos; donde cada uno de ellos se han estudiado para saber el grado de participación en el cuadro diagnóstico.

En el caso de los factores *genético-biológicos*, la literatura internacional ha encontrado que la variancia del TAG puede ser atribuible a la herencia y que en muchos de los casos el tener un familiar de primer grado diagnosticado con TAG aumenta la probabilidad de desarrollar un trastorno de ansiedad y la presencia afecto negativo y sensibilidad a la ansiedad (Newman y Anderson,2007).

Refiriéndose a los factores *psicosociales*, en investigaciones realizadas para saber la edad de inicio y los eventos estresantes que dieron origen al TAG, se aplicaron cuestionarios para que 150 personas, que fueron diagnosticadas con el trastorno y ver si podían asociar algún evento estresante de su historia personal antes de que presentaran la sintomatología ansiosa. Los resultados mostraron que el 50% de los participantes desarrollaron TAG en la primera infancia o adolescencia, la mayoría sin poder asociar algún evento estresor que fuera detonante mientras otros sí lo hicieron, encontrando que las situaciones estresantes más reportadas fueron abusos en la niñez, enfermedad mental o abuso de alguna sustancia por parte de los padres y/o la muerte de un familiar cercano (Campbell, Brown y Grisham, 2004).

Para quienes desarrollaron la TAG en una edad más adulta, finales de la adolescencia, en el estudio se asociaron eventos estresores diferentes, relacionados con diversos aspectos de la vida cotidiana como lo es el trabajo, salida de la universidad, el nacimiento de un hijo, etc. Otro estudio mostró que las personas con historias de vida con eventos impredecibles e incontrolables son más susceptibles a desarrollar TAG puesto que las situaciones que evoquen incertidumbre les generan mayores índices de tensión y vigilancia a eventos futuros amenazantes, pudiendo carecer de señales de seguridad en su vida que les permitan identificar los eventos negativos que son improbables que ocurran (Mineka y Zinbarg, citado en Macías et al, 2019).

El metaanálisis realizado por Behar, Dimarco, Hekler, Mohman y Staples en 2009 con relación al estudio de los factores psicológicos involucrados en el origen y mantenimiento de la ansiedad generalizada consideró cinco posibles propuestas: evitación de la preocupación, intolerancia a la incertidumbre, metacognitivo, desregulación emocional y el basado en la aceptación. Cada una de estas propuestas ha hecho énfasis en la existencia de mecanismos patogénicos como la intolerancia a la incertidumbre, creencias positivas acerca de la preocupación y desregulación emocional.

2.- Generaciones de las Terapias Cognitivo - Conductuales

Al paso de la historia de la psicología y en particular de la psicología clínica, se han dado diversos planteamientos, teorías y/o métodos que han buscado explicar el funcionamiento de la mente en conjunto con la conducta o comportamiento de los seres humanos, principalmente desencadenados en pensamientos, acciones y actitudes que han sido identificadas como trastornos mentales.

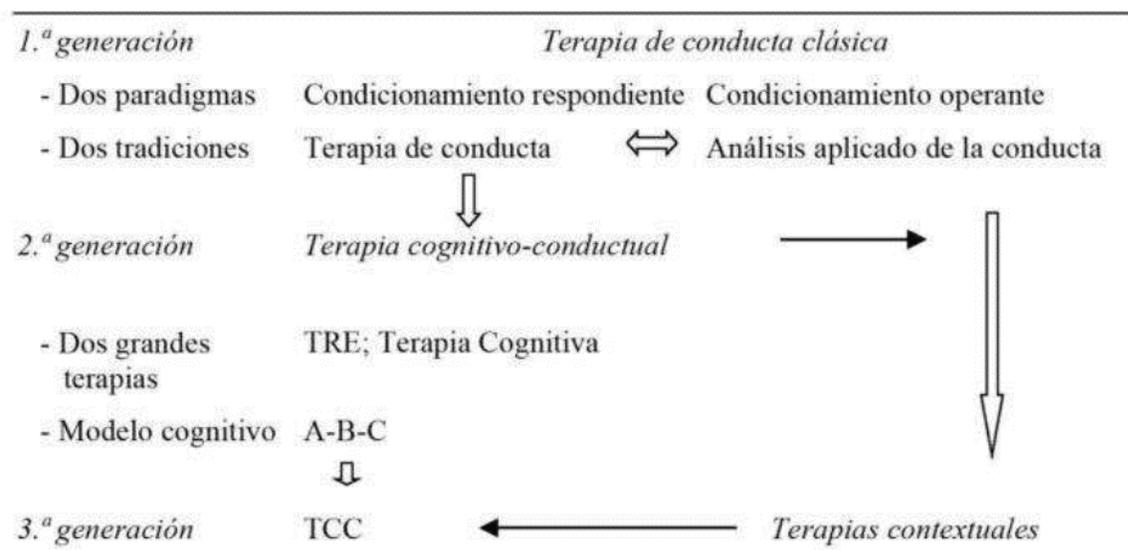
Se ha buscado por medio de la psicología conductual, la cual está enfocada en el trabajo con el aprendizaje, comportamientos y pensamientos inadaptativos o que generan malestares en la calidad de vida de cada individuo, encaminando la terapia a la modificación de patrones que se traen desde tiempo atrás, enseñando otros más útiles (Castillero, 2017).

La atención clínica de las diferentes problemáticas surge desde el diagnóstico, el análisis y de ahí obtener el tratamiento adecuado para generar el cambio, aliviar algún sufrimiento, mejorar su adaptabilidad, etc., siempre encaminados a resolver el problema y prevenir efectos mayores. Todo lo anterior ha llevado a que las terapias avancen y se desarrollen con relación al comportamiento y el abordaje de este. (Obando y Parrado, 2015).

Las terapias conductuales se centran en el momento presente, trabajando problemáticas actuales, tomando las historias de vida como punto de referencia de como se ha llegado a la situación actual, y a partir de ahí aplicar el tratamiento de acuerdo con las características del sujeto y adaptar la terapia a cada situación. Al paso del tiempo se pueden identificar tres grandes generaciones u olas que van superando limitaciones explicativas y metodológicas de la generación anterior. Las terapias de tercera generación tienen como principio terapéutico el abandono de la lucha contra los síntomas y en su lugar la reorientación de la vida (Moreno, 2012).

El mindfulness se identifica como una técnica dentro de la tercera generación y para llegar a esta se tuvo que haber pasado por dos anteriores, las cuales es importante conocer para observar los cambios al paso del tiempo, tan en el enfoque como en los tratamientos propuestos en cada una de ellas.

Figura 1.-Generaciones de la terapia psicológica



Evolución del mapa intergeneracional de la terapia de conducta (Pérez,2014)

Primera Generación

La primera ola o primera generación se sitúa en los años 50's hasta la primera mitad de los 70's, identificándose como la etapa en la que se vino a revolucionar la psicología clínica que en ese momento estaba representada principalmente por el psicoanálisis, el cual sustenta su trabajo en principios científicos basados en la psicología del aprendizaje, la cual se soporta en la terapia de la conducta considerando los paradigmas básicos del condicionamiento clásico o pavloviano, mismo que se enfoca en el esquema Estímulo- Respuesta (E-R) y que dio origen a las técnicas de desensibilización sistemática y de exposición utilizadas principalmente para problemas de miedo, ansiedad y obsesiones; así como por el condicionamiento operante el cual contempla R-E en atención a que el estímulo más relevante es el que sigue a la respuesta o conducta. Este esquema permitió desarrollar técnicas operantes las cuales se aplicaron normalmente a pacientes internos, enfocándose principalmente a la psicoterapia, que más que modificar la conducta se encaminó al análisis aplicado de la conducta (Pérez, 2006).

Si bien la primera ola surge como oposición al psicoanálisis, lo que personajes como J.B Watson y B.F Skinner buscaban era una alternativa de aproximación entre la parte clínica y el análisis del comportamiento humano partiendo de la ciencia de conducta y basados como se mencionó anteriormente en los principios de condicionamiento y aprendizaje. Esta ola se caracterizó por enfocar sus esfuerzos en la conducta y la función de esta, a través de la búsqueda de variables de las que esta es función. De acuerdo con los trabajos de Skinner la conducta humana es una relación entre organismo, ambiente e historia de cada individuo, lo que conjuntó estudios tanto en condiciones individuales como institucionales y comunitarias y procedimientos sobre la modificación de la conducta (Pérez, 2014).

Durante esta primera ola y como parte del cuestionamiento del comportamiento humano, se desencadenan dos vertientes: la modificación de la conducta y la terapia de conducta, las cuales requerían de un análisis conductual aplicado que pudo ser aplicado solo en conductas específicas dejando de lado problemas psicológicos más complejos, y que junto con la modificación de la conducta era necesario abordar la “cognición humana” desde el conocimiento de las estructuras cognitivas, procesos cognitivos, conducta y consecuencias ambientales.

Los aspectos distintivos de esta primera generación son un enfoque ambientalista y la evaluación de eficacia. En lo referente al enfoque ambientalista hace referencia que el carácter condicionado o aprendido viene como respuesta de estímulos o condiciones del medio (Pérez, 2014).

Dentro de los tratamientos que pertenecen a la primera generación o primera ola de las terapias de conducta y que se siguen aplicando, se tienen las terapias de exposición, el reforzamiento diferencial de conductas, las técnicas aversivas, el moldeamiento, la desensibilización sistemática o la economía de fichas y el contrato conductual. Si bien, estos tratamientos tienen éxito en circunstancias y contextos concretos en donde pueden manipularse las variables que tienen que ver con la conducta, tienen poco en cuenta, el efecto de variables psicológicas como la cognición o el afecto. En la actualidad estas terapias se aplican acompañadas de tratamientos cognitivos.

Dentro de las mayores y principales aportaciones de esta etapa se destaca el análisis funcional, el cual relaciona la o las conductas relevantes en relación con el problema presente, identificando los estímulos que anteceden y en donde se desarrolló y los consecuentes que son el efecto y hacia dónde se encamina la conducta.

Para el caso específico del TAG se consideran la desensibilización sistemática de Wolpe y la terapia implosiva en la que se muestran los estímulos que provocan la ansiedad al máximo nivel hasta que ya no le provoque el más mínimo nivel de ansiedad (Manríquez, 2021).

Segunda Generación

Al paso del tiempo se comenzó a observar que las técnicas del conductismo tenían poca efectividad en los trastornos del pensamiento y procesamiento de la información y que el principal elemento que origina la conducta no es la asociación entre estímulos. Es así como se dio origen a las teorías cognitivas y del procesamiento de la información, surgiendo así la segunda generación o segunda ola de Terapias de la Conducta (Obando y Parrado, 2015).

La segunda generación de terapia de la conducta se desarrolló en los años 70 con la terapia cognitivo-conductual, misma que se encaminó a la modificación de la conducta, Si bien esta segunda generación no deja de lado la importancia de asociación y condicionamiento conductual, si contempla que las terapias deben de encaminarse a modificar las creencias y pensamientos disfuncionales o con déficits. Con la combinación de ambas técnicas, surgen las terapias cognitivo-conductuales; las cuales tienen como objetivo el cambio de las cogniciones o emociones (creencias, expectativas, atribuciones, etc.), que provocan la conducta desadaptativa, ya sea restringiéndola o modificándola (Obando y Parrado, 2015)

En esta generación se empezaron a considerar que los patrones anómalos de conducta se debían a la existencia de una serie de esquemas, estructuras y procesos de pensamiento distorsionados y disfuncionales, mismos que causaban una gran cantidad de sufrimiento a quien los experimenta.

Son tres los tipos de terapias cognitivo-conductuales que se observan en esta ola: la primera son las terapias las terapias de reestructuración cognitiva, de donde se desprende la terapia racional emotiva conductual, el entrenamiento de auto instrucciones, la terapia cognitiva y la reestructuración racional sistemática. El segundo tipo son las terapias de habilidades de afrontamiento que abarcan el modelo encubierto, el entrenamiento para afrontar situaciones, el entrenamiento en manejo de la ansiedad y el entrenamiento en inoculación de estrés. Finalmente, en el tercer tipo aparecen las terapias de solución de problemas, las cuales contemplan la terapia de solución de problemas interpersonales y la ciencia personal (Obando y Parrado, 2015).

Se reconocen como disidentes del psicoanálisis a la terapia Racional- emotiva de Albert Ellis y la cognitiva de la depresión de Aaron T. Beck (Pérez, 2006).

Esta segunda ola se basa en un modelo A-B-C, el cual fue presentado por Ellis y utilizado por Beck en su terapia cognitiva. A se identifica como los acontecimientos o eventos de la vida, B las creencias, cogniciones y pensamientos que se tienen sobre A y C son las consecuencias emocionales y conductuales, es decir los síntomas que definen el trastorno (Pérez, 2014).

Posterior a este modelo siguen D y E en donde se incluye la terapia, y en donde se descubre que no son los acontecimientos (A) los que generan problemas emocionales y conductuales sino lo que se cree y genera de ellos (B). las Terapias cognitivo-conductuales se abocan a discernir cuales son las causas y todo lo que envuelven a conducta para trabajar en la experiencia de una nueva forma de ver y razonar las cosas, para así enfocarse en una reestructuración cognitiva de esquemas básicos de procesamiento y creencias irracionales.

Tercera Generación

Si bien la segunda ola muestra éxito clínico en el uso de las técnicas con la tendencia a erradicar las circunstancias que generan malestares, deja de lado que esta tendencia puede causar patrones de comportamiento rígido que pueden llegar a ser desadaptativos. Esto parte de observar que las terapias TCC tienden a estandarizar los casos teniendo una filosofía que considera que las situaciones que generan malestar o dolor deben ser erradicadas o eliminadas con los medios disponibles enfocados en el uso de técnicas de control como la eliminación, sustitución, supresión, evitación entre otras (Mañas, 2007; Tai & Turkington, 2009 citados en Moreno, 2012).

El surgimiento de las terapias de tercera generación o contextuales se ubican en los años 1990 's con el interés de atender el contexto y variables presentes en un problema psicológico de acuerdo con su situación vivencial, en lugar de enfocarse solamente en la parte cognitiva y conductual de dichos problemas. Las terapias contempladas dentro de esta etapa tienen como principio el abandono de la lucha contra los síntomas y encaminarse a la reorientación de la vida incluyendo procesos de aceptación psicológica, valores, proceder dialéctico durante la terapia considerando situaciones relacionadas con la atención plena y la trascendencia (Hayes, 2004, Mañas, 2007 citados en Orenday, 2021).

Esta generación se enfoca más en hacer que las terapias funcionen y sean efectivas, dejando de lado el estudio del porqué, lo que en algún momento provoca que no se conozca bien qué partes del proceso producen el cambio positivo.

De acuerdo con Hayes citado en Moreno (2012), el mayor desarrollo de estas terapias se presenta con mayor amplitud hasta 2004, considerándola como una generación de terapias de la

conducta fundamentada en una aproximación empírica y enfocada en los principios de aprendizaje e identificándose como una ola más sensible a los contextos y fenómenos psicológicos, y no solo a la forma. La propuesta de tratamientos se observa con un repertorio más amplio, flexible y efectivo, más que en la eliminación de los problemas definidos.

Si bien en un principio, se identificó a esta ola como el análisis de la conducta clínica en un carácter conductual del análisis funcional y conductismo radical con principal interés en la conducta verbal; posteriormente y en su identificación institucional se denominó como una ciencia contextual funcional basada en el contextualismo funcional y el estudio de la acción de la vida de una manera contextual (Pérez, 2014).

Dentro de las principales aportaciones de las terapias de tercera generación se pueden mencionar el replanteamiento contextual de la psicología clínica que incluye la psicopatología, evaluación y tratamiento, lo que incluye la desmedicalización para “trastornos mentales” considerando nuevas terapias de la conducta como la terapia de activación conductual, dando mayor relevancia a dos principios que sirven de base en las intervenciones terapéuticas. Por una parte, *la aceptación*, en donde más que buscar el bienestar desde una evitación de las experiencias se promueve la aceptación de los síntomas y del malestar como parte de la experiencia vital. El segundo principio es la *activación*, en donde al no evitar los síntomas se busca el cambio conductual sin darle valor excesivo a la cantidad de síntomas eliminados sino observando los logros personales que paciente o consultante experimenta al tomar decisiones para el cambio en su plan de vida conforme a sus propios valores. En estas técnicas el papel del paciente o consultante cambia de ser pasivo para tener un carácter de autosanador (Perez, 2014 citado en Orenday, 2021).

De acuerdo con Nezu (2012) las metas y los resultados de este tipo de terapias son: observar la disminución y control de la preocupación, el aprendizaje de habilidades de afrontamiento y la capacidad para generar pensamientos asertivos ayudando a la disminución de la intolerancia, mejorar habilidades sociales de aprendizaje y laborales, y minimizar los síntomas físicos de la ansiedad (Nezu, 2012, citado en Manríquez, 2021)

Dentro de las terapias contextuales se destacan: Aceptación y Compromiso: ACT2 (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), la Psicoterapia Analítico Funcional (PAF) (Kohlenberg y Tsai, 1991), Terapia Racional Emotiva (TREC), la Terapia Conductual Dialéctica (TCD) (Linehan, 1993), la Terapia de Activación Conductual (TAC) (Martell, Addis y Jacobson, 2001), la Terapia Integral de Pareja (TICP) (Jacobson y Christensen, 1996), , la Atención Plena o Mindfulness (Kabat-Zinn, 1990; Segal, Williams y Teasdale, 2002) y otras variantes de la terapia cognitivo-conductual (Ventura, s/f, Orenday 2021).

Citaremos de manera general las características de cada una de estas terapias

Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

Se identifica a Steven Hayes como representante principal de esta terapia y sus inicios en 1976 estudiando desde un enfoque y condiciones clínicas el lenguaje principalmente en cuanto al comportamiento verbal proponiendo el conductismo radical y el análisis funcional del comportamiento como marco teórico para las TCC. Hayes propuso y desarrolló un tratamiento que se conoció como distanciamiento cognitivo, en donde los ejercicios aplicados buscaban modificar los eventos internos de una persona esperando que respondiera a los estímulos verbales sin reaccionar al contenido de las palabras. A este proceso se le conoce como defusión verbal y está contenido en la Teoría de Marcos relacionales, la cual explica como eventos

arbitrarios pueden desencadenar pensamientos y emociones que se vuelven tan importantes como el evento en sí mismo. La ACT propone la defusión verbal para cambiar la función del lenguaje en la que genera emociones y responde a eventos dejando de lado las cogniciones como estímulos discriminativos y entenderlo únicamente como procesos verbales (Zettle et al, 2005 citado en Orenday, 2021).

Junto con los procesos de análisis funcional y defusión verbal la ACT combina habilidades de aceptación y atención plena o mindfulness, así como de compromiso y cambio conductual para promover la flexibilidad psicológica de quien la lleva a cabo. El objetivo de este tipo de terapia es el desarrollo de conductas flexibles orientadas a valores personales en lugar de seguir reglas verbales rígidas y ajenas al contexto (Vargas y Ramirez, 2012 citado en Orenday, 2021).

Dentro del enfoque de la ACT se identifican seis procesos que son el producto psicopatológico de la inflexibilidad psicológica: evitación experiencial, fusión cognitiva, pérdida del contacto flexible con el presente, apego al yo conceptualizado, falta de claridad con los valores e inacción, impulsividad y persistente evitación; identificando la evitación experiencial y la fusión cognitiva como los factores esenciales en el desarrollo de problemas psicológicos (Pérez, 2004).

Psicoterapia Analítico Funcional (PAF)

Surge como alternativa de las técnicas cognitivo-conductuales a finales de los ochenta y principios de los noventa en donde se propone la relación terapéutica en sí misma como la interacción fundamental para que ocurra el cambio de conducta. Kohlenberg y Tsai son considerados como los representantes de este modelo presentando los principios de este. El

modelo se basa en el análisis funcional de la relación terapéutica basada en los principios de aprendizaje con la relación interpersonal que el paciente o consultante le da y generaliza a su vida diaria y el moldeamiento del compromiso verbal en tiempo real. (Kohlenberg y Tsai, 1991,1995). Esta terapia propone que el trabajo terapéutico se desarrolle con base en los problemas del consultante conforme se vayan presentando en donde el objetivo será el aprendizaje que se va generando. Para la PAF todo el comportamiento de una persona está moldeado por el aprendizaje que la misma ha tenido a lo largo de su vida, y por ello es necesario estudiar el ambiente y circunstancias en las que se desenvuelve y tener la noción más amplia de un determinado comportamiento (Kohlenberg, 2005, citado en Orenday 2021).

Con esta terapia, el terapeuta debe identificar y analizar las conductas que aparecen en la sesión terapéutica y clasificarlas funcionalmente. El comportamiento se somete a un proceso conocido como Conductas clínicamente relevantes (CCR), en la cual se pueden identificar tres clases: CCR1 comportamientos cuya frecuencia ha de reducirse, CCR2 comportamientos cuya frecuencia debe reforzarse por considerarse positivos y CCR3 observaciones, descripciones, razones e interpretaciones que él realiza de su comportamiento incluyendo las condiciones que lo controlan y la relación de equivalencia que mantienen con otros comportamientos.

Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)

Terapia creada por Albert Ellis en 1955, desarrollando una terapia basada en la aproximación de la terapia cognitivo conductual que promueve los componentes evocativo-emotivos, utilizando la asignación de tareas, la desensibilización in vivo, los métodos de refuerzo y el entrenamiento en habilidades (Ellis, 1962 citado en Orenday, 2021). Adicional a lo citado este modelo enfatiza también aspectos cognitivos y filosóficos, siendo una terapia confrontativa que defiende la práctica de una sana filosofía para tratar trastornos emocionales. La TREC fue la

primera en combinar debate filosófico y la reestructuración cognitiva, defendiendo que la conducta es regulada por el sistema de creencias de cada individuo y la forma en la que se interpretan las situaciones objetivas. Su objetivo principal es la modificación de cogniciones disfuncionales o ideas irracionales que generan estados de perturbación psicológica. Su practicidad y éxito la ha especializado en procedimientos de autoayuda (Ellis y Grieger, 1990).

TREC como enfoque estructurado para resolución de problemas emocionales, buscando que el consultante tome consciencia de este problema y vea su parte de responsabilidad en la creación y mantenimiento del mismo como resultado de su propio sistema de creencias; y que el cambio consistirá en la creación de y desarrollo de nuevas creencias racionales efectivas (Colop, 2016 citado en Orenday, 2021).

La técnica por excelencia utilizada en la TREC es la refutación, la cual se compone de las categorías Detección, Refutación y Discriminación. Adicional a esta técnica se vale de métodos semánticos como la definición y las técnicas referenciales. Otros métodos que se utilizan en la TREC son los de Proyección en el tiempo, relajación progresiva de Jacobson y técnicas en imaginación. Diversos estudios experimentales sobre la efectividad de la TREC evidenciaron resultados eficaces en diferentes intervenciones como lo fueron estrategias de afrontamiento de un grupo de mujeres diagnosticadas con cáncer mamario en estadio no avanzado, mejoras en manejo de la rabia, disminución de pensamientos irracionales y reducción de síntomas depresivos en un estudio de abordaje psicológico de adolescentes y jóvenes con TDAH. Otra investigación buscó comprobar la eficacia de la TREC en pacientes con trastornos de ansiedad con agorafobia. Otra investigación en 2011 sobre control del estrés, ira y ansiedad en pacientes con hipertensión mostró que los resultados fueron favorables con el uso de TREC. En resumen, TREC se ha mostrado eficaz en trastornos como depresión, trastorno obsesivo compulsivo,

TDAH, ansiedad generalizada, trastorno de conductas, etc. (Palomino, 2017 citado en Orenday, 2021).

Terapia Dialéctica Conductual (TDC)

Esta terapia fue desarrollada por la psiquiatra Marsha M. Lineham a principios de los años 90's como alternativa para el manejo de pacientes difíciles, crónicos y con múltiples diagnósticos en los ejes I y II (trastornos clínicos y trastornos de la personalidad), especialmente para pacientes diagnosticados con trastorno límite de personalidad (Gempeler, 2008, citado en Orenday, 2021).

Es un enfoque cognitivo-conductual basado en la teoría biosocial del TLP propuesta por Linehan fundamentada en los principios de la terapia comportamental, la filosofía dialéctica y la práctica zen. Integra planteamientos conductuales y cognitivos con conceptos como la atención plena, los valores de aceptación para abordar problemas emocionales de pacientes difíciles y crónicos, especialmente comportamientos y conductas suicidas y resolución de conflictos en relaciones intra e interpersonales. Su objetivo primordial es que el paciente incorpore habilidades que le permitan regular sus emociones y a su vez las conductas impulsivas causadas por alteraciones anímicas encontrando un equilibrio entre la aceptación y el cambio (Linehan, 1993, Lynch et al., 2007 citados en Orenday, 2021).

La meta con el uso de esta técnica es que el paciente incorpore habilidades que le permitan regular sus emociones y su conducta a través de reforzar sus capacidades y aptitudes, mejorar su motivación y generalizar a su vida diaria lo aprendido. Se consideran cinco modalidades básicas de tratamiento: psicoterapia individual, grupo para el entrenamiento en

habilidades, asistencia telefónica, reuniones de equipo y grupos de psicoeducación para familiares y allegados (Sarmiento, 2008 citado en Orenday, 2021).

Terapia de Activación Conductual (TAC)

Desarrollada por Fester y Lewinsohn a partir de 1973 enfocada al análisis comportamental de los estados depresivos con el fin de desarrollar un protocolo de tratamiento conductual para la depresión, en donde los objetivos se dirigen al incremento de actividades que produzcan contingencias reforzantes, cambio de la respuesta evitativa y la recuperación de interacciones sociales (Bianchi y Muñoz, 2014, citado en Orenday, 2021).

Se considera un tratamiento estructurado, eficaz y bien establecido para el tratamiento de la depresión, dirigido al incremento de las conductas manifiestas que puedan acceder a contingencias medioambientales reforzantes y mejorar el estado de ánimo y la calidad de vida. Su objetivo primordial está dirigido a la activación de conductas que conduzcan a consecuencias reforzantes que restablezcan transacciones contexto-conducta positivas (Hopko et al, 2003, Pérez, 2007).

Las técnicas en esta terapia que ayudan con la mejoría de diversas situaciones provienen de la tradición conductual, como son extinción, moldeamiento, desvanecimiento, exposición en vivo, entrenamientos en habilidades sociales y técnicas de resolución de problemas, con lo que se busca la reducción o extinción de las conductas de evitación y a su vez refuerzan positivamente los comportamientos que suponen activación y recuperación de actividades del consultante reforzándolas de manera natural en su entorno (Dimidjian et al, 2008 citado en Orenday, 2021).

Terapia Conductual Integral de Pareja (TCIP)

Se considera que la Terapia Conductual Integral de Pareja (TCIP) fue desarrollada por Andrew Christensen y Neil S. Jacobson en los años 90's, postulando que el cambio conductual en los problemas conyugales era indispensable en combinación con intercambio de comportamientos positivos, lo que llevaría una mejora en el clima relacional para poder negociar y llevar acuerdos satisfactorios para ambos. Para un mejor resultado y brincar las limitaciones de propuestas con técnicas anteriores, lo que se busca con esta terapia, es promover la aceptación emocional del otro cónyuge encontrando un equilibrio de "integración" entre el cambio y la aceptación de cada pareja. El terapeuta de TCIP tiene como función ayudar a los miembros de la pareja a adquirir una visión más completa del comportamiento del otro con el objetivo de incrementar intercambios positivos y aminorar los patrones de comportamientos destructivos (Vargas y Ramírez, 2012 citado en Orenday, 2021).

Este modelo promueve el cambio conductual a través de estrategias de aceptación emocional que generan estados de mayor cercanía, tolerancia y por tanto una mayor posibilidad hacia el cambio de dinámicas disfuncionales en la pareja (Dimidjian et al., 2008 citado en Orenday, 2021).

Terapia Cognitiva Basada en Atención Plena o Mindfulness (TCAP)

John Kabat-Zinn es identificado como principal representante en la incorporación de las prácticas orientales de meditación en las prácticas clínicas desarrollando el programa de Reducción de Estrés basado en el Mindfulness. (MBSR) a partir de 1979. Con estas prácticas se pretende que la persona focalice su atención en lo que está haciendo, sintiendo o pensando para ser consciente del devenir del organismo y de la conducta; pasando de una reactividad de la mente a la responsabilidad conductual. Lo que se busca con esta terapia es eliminar patrones destructivos de pensamiento reconociendo y aceptando las experiencias que se presentan tal y

como son, sin prejuicios y sin someterlas a categorías y conceptos (Korman y Garay, 2012 citado en Orenday, 2021).

El programa se utilizó como complemento en el tratamiento médico de estrés crónico, el cual es un agravante o desencadenante de enfermedades como trastornos del estado de ánimo, trastorno del sueño, enfermedades cardiovasculares, adicciones, cáncer, entre otras. Los resultados mostraron que su aplicación mejoró significativamente el ajuste psicosocial de los pacientes en relación con su padecimiento. (Korman Y Garay, 2021). Investigaciones recientes de las últimas dos décadas concluyen que las prácticas meditativas están asociadas al aumento de la concentración de materia gris en el lado izquierdo del hipocampo en regiones implicadas en el aprendizaje y los procesos de memoria, regulación emocional, procesamiento autorreferencial y la toma de perspectiva (Hölzel et al, 2021).

La Terapia Cognitiva basada en Atención Plena (TCAP) fue creada en los años 90's por Zindel Segal, Mark Williams y John Teasdale. Utiliza métodos de terapia cognitiva como la psicoeducación de la depresión y todas sus implicaciones junto con la práctica de la atención plena de ser conscientes de los contenidos mentales en el momento presente sin juzgar, apearse ni reaccionar a ellos (Korman y Garay, 2012 citado en Orenday, 2021).

La TCAP surgió con el fin de prevenir recaídas en la depresión considerando que estas se deben a procesos cognitivos automáticos disfuncionales y deben de interrumpirse estos procesos y enseñar a los pacientes a observar y aceptar los distintos estímulos sin juzgarlos, en vez de reaccionar ante ellos (Vasquez, 2016).

Es un entrenamiento en el que la persona desarrolla y aprende a estar en el momento presente (aquí y ahora). Se centra en la respiración natural. Lleva al paciente a que se concentre

en lo que está haciendo en ese momento sin que la mente divague hacia el futuro o hacia el pasado, llevando a la aceptación de los pensamientos, emociones y sensaciones sean cuales sean sin rechazarlos. (Manríquez, 2021). Este tratamiento propone 8 sesiones grupales trabajando con técnicas de terapias cognitivas, estrategias meditativas de atención plena y tareas para casa, Con este tratamiento el objetivo es que durante el entrenamiento los participantes puedan tomar los pensamientos y sentimientos como eventos en la conciencia, manteniendo distancia sobre ellos para detener el funcionamiento automático de la mente (Vásquez, 2016).

De acuerdo con la revisión de Rodríguez y Rodríguez (2017) sobre la eficacia de la TCAP se han demostrado resultados terapéuticos satisfactorios en tratamientos de síntomas depresivos, reducción de pensamientos rumianticos, Trastorno bipolar, ansiedad y obsesiones y problemas de somatización (Citado en Orenday, 2021).

En el presente escrito se desarrollará de manera más específica el uso del Mindfulness como terapia para el tratamiento de ansiedad generalizada. El enfoque basado mindfulness es un enfoque terapéutico que está basado en poner atención a la experiencia del momento considerando pensamientos, sensaciones, estados corporales y el propio ambiente sin juzgarlos o analizarlos, sino encaminado a una actitud de apertura, curiosidad y aceptación (Bishop et al, 2004 en Perez, 2014).

La práctica de mindfulness o atención plena permite al practicante de forma progresiva reconocer y observar sus pensamientos tal cual son, dejando de verlos como hechos indiscutibles y tener que identificarse con el contenido mental y emocional conflictivo asociados con estos, evaluando de manera más sencilla cada circunstancia de su vida respondiendo creativa y efectivamente sin tener que reaccionar con patrones habituales (Moreno, 2012).

Se trabaja en enfocar la atención en algo en particular, normalmente en la respiración, dando la oportunidad de prestar atención, distraerse, ser consciente de la propia distracción y de manera amable reenfocar la atención nuevamente en la respiración.

En resumen, de este capítulo se constata que el uso y beneficio de las terapias conductuales y cognitivas de las tres generaciones o momentos, han sido de gran ayuda y avance en el tratamiento de los distintos trastornos tanto físicos como psicológicos. Las terapias contextuales, en donde se incluyen las terapias consciencia plena o mindfulness, que es el estudio central de este manuscrito, buscan como principio proporcionar las herramientas para aceptar lo que no puede ser y modificar lo que es susceptible de cambio para conseguir una mejor calidad de vida. Si bien hay muchos estudios, aún es escasa la investigación experimental en donde se pueda analizar el resultado de estas terapias en relación con grupos control y determinar la eficacia en distintos escenarios y sus efectos a corto, mediano y largo plazo.

3.- Mindfulness

3.1 Origen e Historia del Mindfulness

El término “Mindfulness” es la traducción al inglés de la palabra sati que deriva originalmente del Pali, el lenguaje de la psicología budista viene de la combinación de dos palabras, Sati, que significa "conciencia" y SamPrajanya que significa "comprensión clara", lo que en su conjunto puede traducirse como una forma de ser conscientes atendiendo a lo que sucede. En un sentido más general, significa "prestar atención con paciencia a lo que ocurre" (Shapiro, Carlson, Astin y Freedman, 2006; citado por Grecucci, Pappaianni, Siugzdaite, Theuninck y Job, 2014) y puede ser cultivada a través de la meditación (Ortega, 2015, Flores et al, 2018).

Si bien su origen y enseñanzas datan del budismo theravada del Buda Siddhartha Gautama Sakya hace más de 2.500 años, en occidente las referencias más sobresalientes de esta práctica desde los años setenta son: el doctor John Kabat-Zinn, el monje budista Thich Nhat Han, Segal, Williams & Teasdale que dieron un modelo psicológico a partir de terapia cognitiva basada en atención plena (Flores et al, 2018).

El mindfulness no es algo nuevo, forma parte de lo que nos hace humanos—la capacidad de ser completamente conscientes y atentos. Por desgracia, normalmente sólo estamos en ese estado durante períodos breves de tiempo y somos absorbidos rápidamente en ensoñaciones cotidianas y narrativas personales. La capacidad de conciencia sostenida momento a momento, especialmente en medio de la agitación emocional es una habilidad especial. Por suerte, se trata de una habilidad que puede aprenderse (Didonna, 2016).

Mindfulness tiene definiciones variadas enfocándose principalmente a la observación de la realidad en el momento presente con atención, y se puede observar desde tres perspectivas: como constructo, como práctica y como proceso psicológico. Como constructo en sus múltiples definiciones se centra en el momento presente con aceptación y sin juzgar. En lo que respecta a la práctica, mindfulness permite a profesionales y pacientes admitir los pensamientos y emociones sean cuales sean sin juzgarlos a través de un entrenamiento para identificar sensaciones, emociones y pensamientos. En la tercera perspectiva, como proceso psicológico, mindfulness supone focalizar la atención en lo que se está haciendo o sintiendo, llevando la mente de la reactividad a la responsabilidad, es decir salir del piloto automático (Vásquez-Dextre,2016).

De acuerdo con diversos autores se pueden identificar diferentes facetas las cuales incluyen actuar con conciencia, observar sensaciones, percepciones, pensamientos, sentimientos (Sanchez, 2011).

La práctica en Mindfulness consiste en poner atención en una forma particular al momento presente, con intención y una actitud desprejuiciada (Langer y Moldoveanu, 2000; Carlson y Garland, 2005) y se puede realizar como una práctica formal (en un contexto especial de meditación) o informal en la vida cotidiana. Al regular la atención se produce un vínculo entre la percepción, apreciación de los estímulos e insight sobre lo que acontece en ese presente vivido, lo cual puede llevar a una mejor estrategia para producir cambios en el comportamiento y reducción de la reactividad presente en el estrés. Observar el fluir de la conciencia (flow experience) mediante la práctica de mindfulness disminuye las características de reacción simpática del Sistema Nervioso Central permitiendo un mejor manejo de las situaciones, contrariamente a la reactividad sin control que provoca revivir una experiencia pasada vivida con estrés. La práctica de mindfulness ayuda a trabajar con todo el espectro de emociones y estados de conciencia de nuestra experiencia humana (McIntosh, 1997; Shapiro, Schwartz y Bonner, 1998; Hesslinger y otros, 2002; Brown y Ryan, 2003; Proulx, 2003; Carlson y Garland, 2005 citados en Sanchez, 2011).

La meditación vipassana es la principal técnica utilizada para la práctica formal de mindfulness, en la que se busca darse cuenta de cómo reacciona y opera la mente habitualmente y lo que molesta para conocerlo. Por su parte en la práctica informal se lleva el mismo proceso de atención en actividades cotidianas como comer, lavarse las manos, platicar, etc (Flores, Coffin, Jiménez, Mirallio, 2018).

Desde sus inicios en 1979 como alternativa de tratamiento, con el programa de Reducción de estrés (MBSR), se ha presentado en distintas publicaciones científicas los efectos tanto en cuestiones médicas como psicológicas, mostrando reducción del 35% y 40% respectivamente, manteniendo estables a los participantes en un promedio de cuatro años. En términos de salud mental los efectos que se han constatado son menor distrés psicológico, menor estrés, ansiedad y

depresión, mayor nivel de afectividad positiva, mayor sentido de bienestar, reducción de la rumiación mental, aumenta la capacidad de memoria a corto plazo, mayor concentración, menor reactividad emocional, mejora en las relaciones interpersonales, mayor flexibilidad cognitiva. En lo que respecta a salud física se ha encontrado beneficios en padecimientos tales como enfermedad coronaria, hipertensión, cáncer, dolor crónico, fibromialgia, diabetes tipo I, asma-trastornos respiratorios, psoriasis, cefaleas, esclerosis múltiple, calidad de vida relacionada a la salud. (Sociedad Mindfulness y salud, 2020).

La práctica del mindfulness como alternativa de tratamiento psicológico forma parte de la llamada tercera ola o terapia contextual de la psicología, la cual menciona el replanteamiento contextual de la psicología clínica que incluye la psicopatología, evaluación y tratamiento, contemplando la desmedicalización para “trastornos mentales” considerando el uso de nuevas terapias de la conducta como la terapia de activación conductual (Pérez, 2012).

Si bien el término mindfulness ha pasado por varias etapas desde su aplicación como método o técnica, en los últimos años los escritos sobre la práctica de la atención plena han aumentado notablemente y se ha vuelto popular dentro de las disciplinas como la psicología, psiquiatría, medicina y en general en las áreas enfocadas a la salud, el ámbito científico y la educación (Van Dam et al., 2018).

3.2 Significado de Mindfulness

De acuerdo con lo mencionado por Vallejo (2006), los elementos básicos o características principales del mindfulness, son:

Centrarse en el momento presente. - Busca que el paciente se centre y sienta las cosas tal y como son y suceden, sin buscar el control, no busca cambiar pensamientos negativos por

positivos, sino que se acepten las experiencias y sensaciones tal y como son, con lo que se busca que la experiencia sea vivida en el momento en el que sucede y por otra parte evitar sustituirla por algún evento o pensamiento pasado o futuro. De acuerdo con Vásquez-Dextre (2016), la atención no tiene que estar estrictamente enfocada en los procesos internos, sino que también puede enfocarse en los eventos de la vida diaria que forman parte del contexto en el que se encuentra cada persona (Vallejo, M.A. 2006. Vásquez-Dextre, 2016 citado en Gómez,2021).

Apertura a la experiencia y los hechos. - Centrarse en lo que está sucediendo y lo que se siente dejando de lado la interpretación y prejuicio de acuerdo con experiencias definidas o conceptualizadas que pueden llevarla a una falsificación de la experiencia, perdiendo la propia experiencia y sensación de lo que se está viviendo en el momento presente. La observación o contemplación debe guiarse por la persona que lo está experimentando y debe ser en el momento presente. El paciente o consultante debe permitirse observar la experiencia como si fuera la primera vez y estar abiertos a las ideas y sucesos, ya sean positivos o negativos, observándolos con curiosidad, con lo que se conoce como actitud de aprendiz (Acosta, 2014 citado en Gómez, 2021).

Aceptación radical. - La base del mindfulness es centrarse en el momento presente sin hacer alguna valoración o juicio y aceptando la experiencia como tal, positivo o negativo, perfecto o imperfecto, visto como algo normal; lo que le ayudará a no recurrir a experiencias desadaptativas (Gomez,2021).

Elección de las experiencias. - Las personas eligen de forma activa en que implicarse, sobre qué actuar, mirar o centrarse. Los objetivos, proyectos y valores de cada cual determinan sobre qué atender o prestar su tiempo e interés.

Control: - Se busca una renuncia al control directo a través de la aceptación. La experiencia de reacciones, sentimientos, emociones, regulación emocional, fisiológica y comportamental, reducción de malestar, miedo ira, tristeza, no se dirige al control o disminución forzada del sentimiento o sensación, sino a experimentarlos tal y como se están presentando.

Intención. - Si bien la resistencia y forzar las cosas no forman parte de la práctica de mindfulness, es importante que la persona que lo practique tenga un propósito para tener una dirección hacia la cual moverse. Esto no implica que tenga que presionarse, ni esforzarse por o para alcanzar algún objetivo (Gómez, 2021).

En ocasiones suele confundirse la meditación con mindfulness dentro de la práctica de atención plena; sin embargo, no toda meditación es mindfulness, ni todo mindfulness es meditación. (Schumann-Oliver et al, 2020). La atención plena está más relacionada con tener un estilo de vida donde la atención permanece enfocada en el presente sin emitir juicios de ningún tipo y desarrollando una gran capacidad para aceptar todo lo que ocurre dentro y fuera de cada uno. Esto no ocurre de forma accidental, debe de desarrollarse (Acosta, 2014).

3.3 Mindfulness como Técnica Terapéutica

Para volverse competente en la práctica del mindfulness se pueden seguir dos caminos: uno con la práctica formal y el otro con la informal. Si bien no hay como tal una definición detallada o específica de lo que es la práctica formal e informal, se considera que es un ejercicio o práctica formal, cuando se elige un momento y lugar específicos para llevar a cabo mindfulness dejando de lado cualquier otra actividad, estableciendo horarios, fechas y valiéndose de guías de práctica anteriores que han sido probados con anterioridad para facilitar el proceso. (Pollack et al., 2016, Acosta, 2014, Hervás et al., 2016 y Birtwell el al., 2019, citados en Gómez, 2021).

Referente a la práctica informal, lo que se busca es alcanzar la atención plena en momentos cotidianos y actividades ordinarias como lo es bañarse, lavar trastes, comer, cortar el césped, etc., dejando de hacer las cosas de forma automática y desconectada de la realidad para comenzar a hacerlas de una manera enfocada (Hanley et al, 2015 citado en Gómez 2021).

El mindfulness como constructo dentro de la práctica de la psicología clínica utiliza los principios de la filosofía originada en la India y toma elementos que los constituyen. De acuerdo con Vásquez-Dextre (2016) los componentes del mindfulness que provienen del zen y que se utilizan para la práctica de este se encuentran: la *atención al momento presente*, es decir mantenerse en el ahora, centrando la atención en el momento actual, considerando tanto los procesos tanto externos como internos. En segundo lugar, Vásquez- Dextre menciona la *apertura de la experiencia* sin dejar que los prejuicios y creencias personales intervengan en los procesos de la persona, debe permitirse observar las experiencias como si fueran la primera vez, lo que se conoce como tener pensamientos de principiante o actitud de aprendiz, recibiendo las vivencias con nuevo aprendizaje y no se filtren de forma negativa con relación a eventos pasados. En tercer lugar se tiene la *atención sin resistirse ni luchar contra los eventos* que se presentan tanto alrededor como en el interior sin buscar evitar experiencias que no son placenteras. Junto con la atención hay que *dejar pasar*, cuarto elemento, reconociendo que las cosas, emociones y situaciones son temporales y que no se obtiene ningún beneficio guardándolas o queriéndolas controlar, se deben soltar (Vásquez-Dextre, 2016).

Si bien el mindfulness o atención plena se vale de meditación para su práctica, esta va más allá y se relaciona con tener un estilo de vida donde la atención se mantiene en el presente sin emitir juicios, logrando una gran capacidad para aceptar todas las cosas que ocurren tanto dentro

como alrededor de quien la practica, y esto no es algo accidental, es una habilidad que debe desarrollarse (Acosta, 2014).

Al utilizar mindfulness como herramienta terapéutica se hace necesario conocer los beneficios que la práctica de esta puede proporcionar a quien la lleva a cabo. El primer beneficio es la *transformación del autoconcepto* desarrollando la capacidad tomar distancia de los eventos y poder observarlos sin confundir el contenido con la propia identidad aprendiendo de esta manera los pensamientos son solo pensamientos y no parte de la realidad (Hervás et al, 2016). De acuerdo Zhang, 2017 si durante la práctica de conciencia plena se conjuntan los conceptos de yo, aquí y ahora, se es capaz de observar y reconocer las descripciones verbales, llegando a sentirse menos amenazado por los mensajes negativos que de él se hagan. En segundo lugar *mejora la capacidad de regulación emocional* lo cual se consigue cuando se toma en cuenta el componente de la aceptación de la experiencia y le lleva al entendimiento tanto de sus emociones como las de las demás personas, lo que se refleja en el cambio en la forma de procesar las emociones y desarrollo de mecanismos de experimentación, confrontación y regulación de las mismas dando como resultado relaciones más equilibradas (Guendelman, 2017, Lindsay y Creswell, 2019, Campo et al, 2014, citados en Gomez, 2021).

Otro de los beneficios de la práctica del mindfulness es la *reducción de la reactividad cognitivo-emocional*, relacionada directamente con la regulación emocional y las respuestas a eventos que les producen malestar, descentrándose de estas, lo que lleva a disminuir la reactividad emocional. Como cuarto beneficio se observa la *disminución de la automatización de las conductas* y que de acuerdo con Hofmann y Gomez (2017) con la práctica de mindfulness contrasta la experiencia cotidiana humana de no atención llevándola a enfocar la mente en el momento presente y así obtener un mayor bienestar psicológico. Acosta (2014) lo menciona como una buena

manera de salir de la automatización y tomar control de la acción la mayor parte del tiempo. Se dan momentos de estados de presencia plena enfocados y centrados, llegando de nuevo a la distracción y actuando de forma automatizada, y con la práctica del mindfulness se regresa de nueva cuenta al enfoque del momento presente (Acosta, 2014, Vásquez-Dextre, 2016).

Como sexto beneficio de la práctica del mindfulness se *disminuyen los episodios de evitación experiencial o escape* que de forma cotidiana las personas que llevan a las personas a perder la atención presente y se sumerjan en pensamientos y emociones desagradables y preocupaciones que se vuelven cíclicas, lo que lleva a las personas a huir, perderse en dichos pensamientos llevándolo a sufrir accidentes e ir generando errores que interfieren en su vida. Con la práctica de mindfulness se buscará promover cambios positivos en la conducta y por tanto perseguir objetivos más valiosos en su vida (Hofmann y Gomez, 2017, Seli et al. 2016, Ruiz et al., 2012, Xu et al. 2017).

Finalmente, y no por eso menos importante se propicia la *apertura al propio sufrimiento* lo que quiere decir que la persona puede experimentar afecto y amabilidad hacia sí misma aceptando al mismo tiempo sus limitaciones y errores. Se desarrolla la habilidad de ser sensibles y reconocer el bienestar o malestar propio sin hacer juicios o reproches, tratándose con amabilidad y comprender que el sufrimiento no es algo que se haya ganado o que merezca (Hervás et al., 2016, Araya y Moncada, 2016, citados en Gómez, 2021).

Desde hace algunos años tanto psicólogos como neurocientíficos le han dado mucho auge al mindfulness puesto que su práctica propone prácticas formales de meditación, atención enfocada que permite tanto a los especialistas como a los pacientes reconocer las emociones, sensaciones y pensamientos que se experimentan momento a momento y que en diversas situaciones son los desencadenantes o agravantes de diversas enfermedades como lo son la depresión, dolores

crónicos, ansiedad, problemas de calidad de sueño, etc. Se utiliza como medio para aumentar la conciencia y responder de mejor manera a los procesos mentales que están involucrados en la angustia emocional y el comportamiento desadaptativo (Tang y Leve, 2015, Barón, 2016, Vásquez-Dextre, 2016, Janssen et al, 2016 citados en Gómez, 2021).

5. Resultados, Discusión y Conclusiones

5.1 Resultados

Una vez filtradas las páginas, se seleccionaron 8 estudios en total, en donde 7 de ellos son estudios individuales y uno más es un metaanálisis enfocado a revisión de estudios que demuestran la efectividad de la práctica de consciencia plena con el programa de MBCT, MBCT o MBI como opción de tratamiento del TAG por encima de tratamientos con fármacos y de grupos control (Ghahari, et al., 2020). Los participantes de todos los estudios estuvieron en el rango de edades entre 18 y 65 años.

Se incluyen dos estudios de Hoge et al. (2017 y 2018), en donde un grupo de especialistas interesados en los trabajos con tratamiento de personas con TAG con el uso de mindfulness como alternativa viable en diferentes situaciones como lo es, por un lado como la práctica de mindfulness influye en disminución de eventos como el ausentismo laboral en días parciales o totales, así como la necesidad de acudir a centros de salud para atención primaria o servicios de atención mental (Hoge et al, 2017); y por el otro la disminución de síntomas de ansiedad y resiliencia psicológica medidas en la toma de muestras sanguíneas en distintos momentos estudiando las variaciones las hormonas de estrés y marcadores inflamatorios en un grupo experimental vs uno de control, aplicando tratamiento de MBSR y un grupo control de manejo de estrés (Hoge et al, 2018).

Dos estudios más considerados dentro de esta revisión (Navarro-Haro et al, 2019 y Zainal y Newman, 2023) utilizaron medios electrónicos como la Realidad virtual(RV) y aplicaciones de mindfulness para teléfonos inteligentes respectivamente, en donde se observó como el uso de complementos con la RV adicionales al tratamiento tradicional de mindfulness, si bien no arrojó diferencias significativas en los beneficios sobre el TAG y depresión en relación al grupo que solo trabajó con MBI, si evidenció mayor adherencia al tratamiento terapéutico (100% en la práctica de atención plena) (Navarro-Haro et al., 2019). Por su parte el uso de Intervenciones momentáneas ecológicas (MEMI) en aplicaciones de teléfonos inteligentes mostró reducciones en la gravedad del TAG y cogniciones perseverantes, aumentando la atención plena de los participantes. En este estudio de Zainal y Newman se utilizó un placebo de autocontrol (SMP) con el grupo de control, mismo que mostró un aumento en la depresión estatal y disminución en la atención plena con relación a las evaluaciones realizadas previas al tratamiento; lo cual deja abiertas las investigaciones para reforzar que el uso de mindfulness por medio de indicaciones y prácticas instruidas, da mejores resultados que promover prácticas de autocontrol (Zainal y Newman, 2023).

En la presente revisión, cuatro de los ocho estudios incluidos (Ghahari et al., 2020, Giomi et al., 2021, De Abreu et al., 2022, Jiang et al, 2022), con sus variantes y algunos con mayor o menor significación mostraron que el tratamiento con MBSR o MBCT es eficiente como tratamiento de TAG en relación a otros tratamientos aplicados en los grupos control como el estudio de Abreu et al., 2022 , en donde si bien no arrojó grandes diferencias vs uso de fármacos como la fluoxetina, si se pudieron observar beneficios en la remisión de la ansiedad y gravedad de la enfermedad de TAG, así como lograr ubicar que los elementos a revisar en el tratamiento de TAG son la autocompasión y el no juzgar. Por otra parte, la revisión y seguimiento post tratamientos mostraron que la continuación de la práctica mantiene en el tiempo los beneficios en

la disminución de los síntomas, las sensaciones corporales y pensamientos negativos (Gharari, 2020, Giomi et al., 2021, De Abreu et al., 2022, Jiang et al, 2022).

Tipo de Estudio	Estudio	País/localidad	No de participantes	Edades Promedio	Criterio de Diagnóstico	Criterios de exclusión	Método	Conclusiones
Cuantitativo	Hoge et al 2017. "Effects of mindfulness meditation on occupational functioning and health care utilization in individuals with anxiety."	Estados unidos	57	La mayoría mujeres (56%) Edad promedio 39 años	Cuestionario de desempeño Cuestionario de rendimiento de la salud (HPQ) Escala de calificación de Hamilton (HAMA)	No se citan en el estudio	Grupo experimental con MBSR y grupo control con clase de atención para reducción de estrés. comparación pre y post tratamiento. Estudio para validar reducción de ausentismo, días laborales perdidos completos y parciales, visitas de atención primaria y de salud mental.	Práctica de MBSR con extensión en los hogares se asocia con mejora en el funcionamiento ocupacional, disminución en días de trabajo parciales perdidos y menos visitas con profesionales de la salud mental, Siendo la variable de días parciales perdidos la que mayor validez mostró con un p-value de .009. Adicional los resultados post tratamiento sugieren que la práctica de la meditación puede haber tenido un efecto beneficioso sobre el funcionamiento ocupacional.

Tipo de Estudio	Estudio	País/localidad	No de participantes	Edades Promedio	Criterio de Diagnóstico	Criterios de exclusión	Método	Conclusiones
Cuantitativo	Hoge et al (2018) “The effect of mindfulness meditation training on biological acute stress responses in generalized anxiety disorder.”	Estados Unidos	70 adultos con TAG	Mayores de 18 años con TAG	Prueba de Estrés Social de Trier (TSST). Se tomó en 3 periodos, pre, post y tiempo después terminado el ensayo Cálculo de concentración de área bajo curva para hormona adrenocorticotrópica (ACTH). Cortisol, Citocinas proinflamatorias (IL-6 y TNF-alfa)	Antecedentes de por vida de trastorno psicótico, discapacidad intelectual, trastornos médicos orgánicos TOC Desorden bipolar	Estudio con grupo experimental con capacitación MBSR vs Grupo control con educación para manejo del estrés (SME) para identificar como MBSR ayuda en la reducción de los biomarcadores del TAG como hormonas del estrés y marcadores inflamatorios; conocer si MBSR ayudaría a mejorar y afrontar los efectos del estrés agudo, medición de concentración de hormona adrenocorticotrópica (ACTH) y citocinas proinflamatorias.	El entrenamiento en MBSR se asocia con una respuesta satisfactoria en la disminución de la reactividad biológica al estrés, arrojando resultados de variación significativa, en hormonas de estrés y marcadores inflamatorios, siendo la más significativa la variación en la hormona ACTH con un p-value de .007 e individual el SME tuvo incremento considerable. Así mismo se encontró mayor resiliencia psicológica en la sensación y síntomas de riesgo que las personas con TAG presentan.

Tipo de Estudio	Estudio	País/localidad	No de participantes	Edades Promedio	Criterio de Diagnóstico	Criterios de exclusión	Método	Conclusiones
Cuantitativo	Navarro-Haro et al (2019) “Intervention With and Without Virtual Reality Dialectical Behavior Therapy Mindfulness Skills Training for the Treatment of Generalized Anxiety Disorder in Primary Care: A Pilot Study.”	Zaragoza, España	42	18-65 años La mayoría de edad mediana Principalmente mujeres	Trastorno de ansiedad general 7-items (GAD-7) Mini entrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI) basada en criterios de DSM Escala de dificultades de regulación emocional (DERS) Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) Cuestionario de cinco facetas de Mindfulness (FFMQ) Evaluación multidimensional de la conciencia interoceptiva (MAIA)	Embarazadas , Diagnóstico de TOC, Acceso a otro tratamiento Psicológico durante la intervención Incremento de fármacos durante intervención	Evaluación de reducción de síntomas de TAG en pacientes de Atención primaria con tratamiento de MBI y MBI con Realidad Virtual. Efecto en depresión, regulación emocional, atención plena y la conciencia interoceptiva. Evaluaciones pre y post tratamiento	Primer estudio en su momento con RV que confirmó la eficacia del uso de MBI con beneficio en síntomas de TAG, depresión y desregulación de emociones. Con las distintas escalas utilizadas se observa variación significativa en ansiedad, depresión, confusión, impulso, autorregulación, escucha del cuerpo con p-value de 0.001. Se observó que con el uso de VR, adicional a MBI, mayor adherencia al tratamiento y motivación para práctica de mindfulness para el TAG (100%)

Tipo de Estudio	Estudio	País/localidad	No de participantes	Edades Promedio	Criterio de Diagnóstico	Criterios de exclusión	Método	Conclusiones
Cuantitativo	Ghahari,S., K Mohammadi-Hasel, K.,SK Malakouti, SK, and Roshanpajouh, M. (2020) “Mindfulness-based Cognitive Therapy for Generalised Anxiety Disorder: a Systematic Review and Meta-analysis.”	Irán	6 estudios	Mayores de 18 años con TAG	Índice de ansiedad de Beck (BAI) Escala de Jadad revisada	Estudios duplicados No usaron MBCT No se hicieron exclusivo para TAG	Análisis de seis estudios seleccionados para validar la efectividad de MBCT vs grupos control para el tratamiento de TAG Se realizó un proceso de elegibilidad, evaluación y extracción de datos.	Metaanálisis con el que se comprobó que MBCT es eficaz para el tratamiento de TAG. El hallazgo de heterogeneidad de los estudios fue de $I^2 = 49,96$ y el intervalo de confianza del 95%, con lo que se considera un hallazgo sólido. (diferencias culturales) La calidad metodológica media de Jadad revisada de los seis estudios fue 4,3 (rango, 3-6) Se requieren de 14 estudios de tamaño de muestras mayor y de efecto cero para anular el resultado

Tipo de Estudio	Estudio	País/localidad	No de participantes	Edades Promedio	Criterio de Diagnóstico	Criterios de exclusión	Método	Conclusiones
Cuantitativo	Giommi et al, 2021. "Mindfulness-Based Cognitive Therapy vs. Psycho-education for Patients with Anxiety Disorders Who Did Not Achieve Remission Following Adequate Pharmacological Treatment."	Italia	112	18 y 65 años diagnosticados con TAG	Inventario de ansiedad de Beck (BAI) Cuestionario de Preocupación de Penn State (PSWQ) Cuestionario de cinco facetas de Mindfulness (FFMQ) Índice de Bienestar Psicológico General (PGWBI)	Psicosis pasada o presente Trastorno de bipolaridad Abuso de sustancias Afectaciones físicas o neurológicas severas que impidieron realizar práctica de mindfulness	Estudio con grupo de MBCT y grupo control con psicoeducación aun con pequeña muestra, presenta resultados de mayor superioridad de trabajo con MBCT que con psicoeducación	Se comprobó superioridad terapéutica de MBCT VS TCC psicoeducativa y reducción de síntomas de ansiedad y preocupación durante las 8 semanas de tratamiento por encima de tratamientos farmacológicos con análisis mixto ANOVA. Seguimiento hasta semana 26 observando mejoras por medio de la aplicación de BAI y PSWQ Mejora en niveles de preocupación, calidad de vida en MBCT al trabajar con sensaciones corporales que reducen pensamientos repetitivos y rumiantes.

Tipo de Estudio	Estudio	País/localidad	No de participantes	Edades Promedio	Criterio de Diagnóstico	Criterios de exclusión	Método	Conclusiones
Cuantitativo	De Abreu et al. (2022) “Mechanisms of improvement in generalized anxiety disorder: A mediation and moderated mediation analysis from a randomized controlled trial.”	Brasil	249	Mayores de edad entre 18 y 65 años	Escala GAD-7, Cuestionario de cinco facetas de Mindfulness (FFMQ) Escala de ansiedad de Hamilton (HAMA) Cuestionario de preocupación de Penn State (PSWQ)	Enfermedades comórbidas psiquiátricas, bipolaridad	Investigación de mediadores de mejoras en tratamientos para TAG evaluando tres tratamientos distintos: intervención con mindfulness, uso de fármacos como la fluoxetina y un grupo de control activo de calidad de vida. Evaluación de síntomas de preocupación, compasión, aceptación y no juzgar, así como niveles de ansiedad pre-post tratamiento	Se encuentra que la autocompasión es un mediador entre la preocupación y los síntomas de ansiedad y una variable muy importante para el tratamiento de TAG. No se encontró diferencias en la mediación entre Mindfulness y uso de fluoxetina para mejoras de síntomas de ansiedad. La mejora de autocompasión con p value de 0.049 y p.003 para atención plena. En HAMA el no juzgar mejoró arrojando valor p-value de 0,044.

Tipo de Estudio	Estudio	País/ localidad	No de participantes	Edades Promedio	Criterio de Diagnóstico	Criterios de exclusión	Método	Conclusiones
Cuantitativo	Jiang et al. (2022) “Effects of group mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive behavioral therapy on symptomatic generalized anxiety disorder: a randomized controlled noninferiority trial.”	Pekín, China	138	18-65 años, diagnosticados con TAG por DSM-IV	HAMA (Escala de calificación de ansiedad de Hamilton) HAMD (Escala de depresión de Hamilton) STAI (Inventario de ansiedad estado-rasgo) FFMQ (Cuestionario de atención plena de cinco facetas)	Diagnóstico de trastorno mental orgánico presente o pasado, Abuso de alcohol u otra sustancia en los últimos 12 meses	Evaluar la eficacia y no inferioridad del tratamiento de TAG con MBCT con relación a la TCC. Se consideraron variables como síntomas de ansiedad, síntomas depresivos, gravedad general de la enfermedad, calidad de vida y atención plena.	La eficacia de ambos tratamientos es variable conforme el tiempo. En las ocho semanas de duración de MBCT arrojó mayor reducción de síntomas de ansiedad vs TCC. En el seguimiento de 3 meses posteriores a la finalización del tratamiento se observó reducción en beneficios de MBCT de un 63.8% a 48.2% en pruebas HAMA para problemas de insomnio crónico. Debido a que los propósitos de cada tratamiento y características de postratamiento solo se observaron los beneficios confirmando que ambos tratamientos para TAG son válidos.

Tipo de Estudio	Estudio	País/localidad	No de participantes	Edades Promedio	Criterio de Diagnóstico	Criterios de exclusión	Método	Conclusiones
Cuantitativo	Zainal y Newman (2023) “A randomized controlled trial of a 14-day mindfulness ecological momentary intervention (MEMI) for generalized anxiety disorder.”	Este de Estados Unidos	110	Edad entre 18 y 52 años	FFMQ, GAD-Q-IV, PCQ,	Personas que estuvieran recibiendo tratamiento de profesional de la salud mental.	Eficacia del uso de Intervenciones ecológicas momentáneas (MEMI) durante 14 días en una aplicación de teléfono inteligente vs SMP (placebo de autocontrol) en el tratamiento de TAG para alivio de ansiedad, disminución de síntomas de TAG y pensamientos perseverantes, incremento en la atención plena.	Por medio de autoinformes y evaluaciones neuropsicológicas pre-post y 1 mes después se produjo mayor reducción en gravedad del TAG, cogniciones perseverantes, y mejoras en rasgos de atención y la inhibición en rendimiento. El uso de MEMI para tratamiento de preocupación patológica es modesto pero significativo, así como en el rasgo de atención plena y funcionamiento ejecutivo. Propuesta de práctica continua de Mindfulness en la vida diaria para mejores resultados en reducción de síntomas de ansiedad, preocupación e incremento de atención plena.

Tabla 3. Resumen de características revisadas de los estudios utilizados para realizar el metaanálisis. (Elaboración propia)

5.2 Discusión

El Trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es uno de los más comunes en la población, mismo que estima que más de 260 millones de personas en el mundo padecen este trastorno, por lo que es de suma importancia continuar con diagnósticos, evaluaciones y tratamientos que sirvan y se consideren eficientes y eficaces para la disminución de los efectos que individual y colectivamente se han mostrado en diversos ámbitos y con diferentes implicaciones tanto personales, de salud como económicas para las personas, como para los gobiernos en términos de costos en cuanto temas de salud pública. Dentro de los principales efectos que se han observado es que el TAG es una de las causas principales de ausentismo laboral y por ello estudios como el de Hoge et al, 2018; en donde el enfoque del estudio se encaminó a observar la afectación laboral en el ausentismo laboral parcial tanto en días completos y parciales, como en la necesidad de asistir a visitas de atención médica, ya sea de atención primaria o en casos más puntuales con especialistas de salud mental.

Este y otros eventos han llevado a las distintas disciplinas como la medicina, la psiquiatría y la propia psicología a buscar alternativas de tratamientos que funcionen para el TAG y todos los síntomas que este manifiesta. Al paso de los años y de los cambios en las necesidades de atención y tratamiento psicológico que se han observado desde los inicios formales con el psicoanálisis, se ha pasado por generaciones o momentos que van desde terapias enfocadas al comportamiento como lo son las de Watson y Skinner con sus enfoques basados en el comportamiento y el aprendizaje que dieron origen a las terapias enfocadas a la modificación de la conducta como lo son las de exposición, reforzamiento, técnicas aversivas y de moldeamiento, desensibilización sistemática entre otras. Mas adelante se empezó a observar que estas técnicas tenían poca efectividad en trastornos del pensamiento y procesamiento de la información dando origen a la

segunda generación u ola que de terapia cognitivo-conductual encaminada a la modificación de la conducta por la modificación de creencias y pensamientos disfuncionales, expectativas, atribuciones, etc., que provocan conductas desadaptativas, restringiéndolas o modificándolas. Las terapias que se resaltan en esta generación son las de reestructuración cognitiva, terapias de habilidades de afrontamiento y las terapias de solución de problemas. Actualmente se está en la tercera generación o generación contextual, en donde el enfoque de los tratamientos es hacia el contexto y la situación vivencial de los eventos y no solo considerando la parte cognitiva y conductual de dichos eventos. El principio de las terapias incluidas en esta “ola” tienen como principio el abandono de la lucha contra los síntomas y encaminarse a la reorientación de la vida incluyendo procesos de aceptación psicológica, valores, proceder dialéctico durante la terapia considerando situaciones relacionadas con la atención plena y la trascendencia (Hayes, 2004, Mañas, 2007 citados en Orenday, 2021).

El mindfulness o atención plena como parte de estas técnicas, incluyendo todos sus conceptos y principios que tienen su origen de la filosofía budista y los beneficios que con su práctica han sido demostrados, no solo desde practicas informales sino con prácticas formales y que han sido instrumento para estudios diversos en grupos experimentales con la finalidad de demostrar que los programas basados en mindfulness como en MBSR, el MBCT y otros que toman como base la atención plena, son eficientes en el tratamiento de diversos problemas psicológicos y como se expuso en este trabajo con el trastorno de ansiedad generalizada.

Ya que son muchos los trabajos en los que se ha hecho uso del mindfulness como herramienta en grupos experimentales para validar su eficacia, valerse de la herramienta del metaanálisis para evaluarlo como tratamiento alternativo efectivo en padecimientos como el TAG, permite observar de una manera concentrada lo que en los últimos años se ha hecho al respecto.

5.3 Conclusiones

Si bien con lo expuesto anteriormente y retomando que el presente trabajo es una revisión general de diversos estudios que ocuparon al mindfulness como herramienta para validar su eficacia, y confirmando que la metodología de metaanálisis es una herramienta de gran apoyo en investigaciones científicas, y en este caso en particular, sin profundizar en detalles estadísticos, se puede concluir que el uso del mindfulness como herramienta para el tratamiento de ansiedad generalizada es eficiente y recomendable, comprobándose en diversas áreas de estudio, que si bien no limitan los campos en los que puede aplicarse si son de significancia para comprobar su validez en el tratamiento de uno de los padecimientos que está catalogado que será uno de los frecuentes en la población actual y que requerirá de mayor atención médica y psicológica desde una atención primaria hasta tratamientos especializados de salud mental.

Tanto la pregunta de investigación como la propia hipótesis pudieron ser validadas y respondidas de manera positiva, concluyendo que el mindfulness es una herramienta eficaz en el tratamiento del TAG. Es una realidad que las investigaciones más actualizadas se han realizado en países que llevan años trabajando con estos temas y que le dan una gran importancia a la salud mental y emocional de sus habitantes, y que en países como Latinoamérica y en particular en México aun falta mucho por hacer en este rubro.

La propuesta que se queda en el tintero para el gobierno, las instituciones de investigación, des salud, escuelas, etc., y en particular para los profesionales de la psicología en México, es que una vez conocida la eficacia y significancia positiva del uso de esta herramienta se promueva la difusión, capacitación y su uso en los diferentes ámbitos en los que puede y debería ser utilizada. Que no solo se limite su acceso y practica de manera individual o grupal, en instituciones privadas con costos elevados y de acceso limitado para la mayoría de la población, limitándose a un sector

reducido y que más que una herramienta de terapia psicológica se utiliza como práctica de meditación, regulación emocional y en algunos casos como complemento de prácticas religiosas.

La difusión debería llevarse a instituciones médicas y de salud mental gubernamentales de atención primaria, considerando que los profesionales de la salud estén capacitados y con los conocimientos y amplia magnitud de lo que esta herramienta puede ayudarles, para así desarrollar programas de terapia y tratamiento que sean de utilidad tanto de forma individual como grupal y se contribuya en las necesidades actuales de conceder a toda persona una calidad de vida satisfactoria en todos los ámbitos incluyendo la tranquilidad tanto mental como emocional plenas, duraderas y significativas.

Referencias

- Abreu, N, Pereira, N Tatton-Ramos, Tatton-Ramos, T; Gus, Gisel; Russell, T. Goncalves, Goncalves, F. and Borges, Felipe.(2022). Mechanisms of improvement in generalized anxiety disorder: A mediation and moderated mediation analysis from a randomized controlled trial *British Journal of Clinical Psychology*, November 2022. Recuperado de: [DOI: 10.1111/bjc.12402](https://doi.org/10.1111/bjc.12402)
- Acosta, P. (2014). *Mindfulness para el mundo. Vivir en el presente sin juzgar*. Editora Búho.
- APA, (2017). Más allá de la preocupación. Recuperado de: <https://www.apa.org/topics/anxiety/preocupacion>
- Carmona, Y. (2021). *Mindfulness en la mitigación del trastorno de ansiedad generalizada en cuatro jóvenes de La Unión*. Universidad Antonio Nariño, Facultad de Psicología.
- Castillero, O. (2017). Terapias de conducta: primera, segunda y tercera ola. *Psicología y Mente*. Recuperado de: <https://psicologiymente.com/clinica/terapias-conducta-primera-segunda-tercera-ola>
- Chacón, E., De la Cera, D., Fernández, M. y Murillo, R. (2020). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula*, 35(1), 23-36. Recuperado de: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012). Cap. 1 Ansiedad: una condición común pero multifacética. *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad: Ciencia y práctica*. Bilbao: Desclée de Brower.

Didonna, F. (2016). *Manual clínico de mindfulness*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.

El economista (diciembre 19, 2021). *¿Cuáles son los estados con mayor prevalencia de ansiedad en México?*. Recuperado de: <https://www.economista.com.mx/politica/Cuales-son-los-estados-con-mayor-prevalencia-de-ansiedad-en-Mexico-20211219-0001.html>

Escrig, V., Lluca, J.A, Ganel, L. y Bellver, M. (2021). Metaanálisis: una forma básica de entender e interpretar su evidencia. *Revista de Senología y Patología mamaria*, 34(1) págs44-51. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-senologia-patologia-mamaria--131-articulo-metaanalisis-una-forma-basica-entender-S0214158220300700>

Flores, P., Coffin, N., Jiménez, M. de L. y Miralrio, C. (2018). Mindfulness en la Psicología. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 21,(3) págs. 1137-1164. UNAM

Ghahari, S., Mohammadi-Hasel, K., Malakouti,SK. and Roshanpajouh, M.(2020). *Terapia cognitiva basada en mindfulness para el trastorno de ansiedad generalizada: revisión sistemática y metaanálisis*. *East Asian Arch Psychiatry* 2020;30:52-6 | <https://doi.org/10.12809/eaap1885>

Giommi, F., Castagner, V., Zaccaro, A. et al. (2021). Terapia cognitiva basada en mindfulness vs. psicoeducación en pacientes con trastornos de ansiedad que no alcanzaron la remisión tras un tratamiento farmacológico adecuado. *Atención plena* (12) , págs.2059–2075. Recuperado de: <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01664-y>

Gómez, A.M (2021). Mindfulness: Su análisis teórico y utilidad en el tratamiento de la ansiedad. Investigación Teórica para obtener el título de Licenciada en Psicología. FES Iztacala, UNAM.

Hodann-Caudevilla, R. y Serrano-Pintado. (2016). Revisión sistemática de la eficacia de los tratamientos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad. *Sociedad Española para el Estudio de la ansiedad y estrés*, 22(1), págs 39-45. Facultad de psicología, Universidad de Salamanca. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anyes.2016.04.001>

Hoge, EA., Guidos, BM., Mete, M., Bui, E., Pollack, MH., Simón, and Dutton, MA. (2017). Effects of mindfulness meditation on occupational functioning and health care utilization in individuals with anxiety. *Journal of Psychosomatic Research* (95) págs. 7–11. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.01.011>

Hoge EA, Bui E, Palitz SA, Schwarz NR, Owens ME, Johnston JM, Pollack MH, Simon NM.(2018). The effect of mindfulness meditation training on biological acute stress responses in generalized anxiety disorder. *Psychiatry Res* (262) págs. 328-332. Recuperado de: [doi: 10.1016/j.psychres.2017.01.006](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.006). Epub 2017 Jan 26.

Instituto Mexicano del Seguro Social (S/F). *Guía Práctica Clínica (GPC). Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto*. Dirección de prestaciones médicas. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/392GRR.pdf>

INEGI, (14 de diciembre de 2021). *Resultados de la primera encuesta nacional bienestar autorreportado (ENBIARE) 2021*. Comunicado de Prensa 772/21

Jiang, Ss., Liu, Xh., Han, N. et al. (2022). Effects of group mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive behavioral therapy on symptomatic generalized anxiety disorder: a randomized controlled noninferiority trial. *BMC Psiquiatría* (22) , 481. Recuperado de: <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04127-3>

- Macias, M., Pérez, C., López, L. y Beltran, L.(2019). Trastornos de ansiedad: revisión de la perspectiva actual. *Neurobiología, Revista electrónica*. Recuperado de:
<https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2019/24/Mac%C3%ADas/HTML.html>
- Manríquez, S. (18 de junio 2021) *Técnicas de intervención más eficaces para disminuir la ansiedad generalizada dentro de la terapia cognitivo conductual*. Reporte de Investigación Teórica para obtener título de Licenciada en Psicología. FES Iztacala, UNAM.
- Molina, L. (2021). *¿Es el mindfulness una herramienta eficaz en los trastornos de ansiedad en población infanto-juvenil?* Universidad de las Illes Balears.
- Moreno, A. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): La atención plena/mindfulness. *Revista internacional de psicología 12(1)*. Instituto de la familia Guatemala. Recuperado de: <https://doi.org/10.33670/18181023.v12i01.66>
- Navarro-Haro MV, Modrego-Alarcón M, Hoffman HG, López-Montoyo A, Navarro-Gil M, Montero-Marin J, García-Palacios A, Borao, L. and García-Campayo J. (2019) Evaluation of a Mindfulness-Based Intervention with and Without Virtual Reality Dialectical Behavior Therapy R Mindfulness Skills Training for the Treatment of Generalized Anxiety Disorder in Primary Care: A Pilot Study. *Front Psychol* . (28); 10:55. Recuperado de:
[doi:10.3389/fpsyg.2019.00055](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00055)
- Navas, W. y Vargas, M.J. (2012). Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 69 (604) páginas 497-597. Recuperado de:
<https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/604/art11.pdf>

Obando Ramírez, L., & Parrado Corredor, F. (2015). Aproximaciones conductuales de primera, segunda y tercera generación frente a un caso de ludopatía. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 8(1), 51- 61

Orenday, B. (2021). **Aportaciones de las terapias de tercera generación a la práctica clínica.** Reporte de investigación teórica para obtener título de Licenciada en psicología. FES Iztacala, UNAM.

Organización Mundial de la Salud, OMS (2022) . *Trastornos mentales*. Recuperado de:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Ortega, V. (2015). *Mindfulness y regulación emocional*. Universidad de Jaén , Facultad de humanidades y ciencias de la educación.

Perez-Alvárez, M. (2012). Third-Generation Therapies: Achievements and challenges. *International Journal of clinical and health Psychology*, 12(2), págs. 291-310. ISSN 2174-0852

Perez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Ed. Síntesis, Madrid.

Restrepo, M. y Velásquez, J. (2020). *El mindfulness en tiempos de ansiedad*. Facultad de Psicología, Universidad CES.

Sánchez, C. (08 de febrero de 2019). Normas APA-7ma (séptima) edición. Recuperado de:

<https://normas-apa.org/referencias/>

- Sánchez, G. (2011). Meditación, mindfulness y sus efectos biopsicosociales. Revisión de literatura. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 14 (2). Recuperado de: <https://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/26036>
- 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. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27130102>
- Sociedad Mindfulness y Salud (2020). *Investigación científica y resultados*. Recuperado de: <https://www.mindfulness-salud.org/cursos/programa-de-reduccion-de-estres/investigacion-cientifica-y-resultados/>
- Tortella, M (2014). Los trastornos de ansiedad en el DSM-5. *Revista iberoamericana de Psicopatología*, 110, 62-69, Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4803018.pdf>
- Vallejo Pareja, M. Á. (2006). Mindfulness. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 92-99. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77827204lyc.org>
- Vasquez- Dextre, E. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista Neuropsiquiar*, 79 (1). Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v79n1/a06v79n1.pdf>
- Ventura, C. (s/f) *Terapias de tercera generación: El modelo de la terapia de aceptación y compromiso*. UCV. Recuperado de: https://psicoterapiabilbao.es/wp-content/uploads/2015/12/Expo-terapia_de_tercera_genracion_carlos_ventura.pdf

Zainal, NH and Newman, MG. (2023). A randomized controlled trial of a 14-day mindfulness ecological momentary intervention (MEMI) for generalized anxiety disorder. *European Psychiatry*, 66(1), e12, págs. 1–11. Recuperado de: <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.2>