

# La ansiedad generalizada y su tratamiento basado en Mindfulness

## *Generalized Anxiety and Mindfulness-based therapy*

Luis C. Delgado-Pastor<sup>1</sup>, Alberto Amutio Kareaga<sup>2</sup>

### **Resumen**

*En la última década Mindfulness ha despertado un inusitado interés en la psicología clínica, y de la salud. Su rango de aplicación se ha ampliado en diversos trastornos psicológicos, siendo, los trastornos de ansiedad un campo óptimo para su aplicación. El objetivo de este artículo es explorar la evidencia científica de la aplicación de las habilidades Mindfulness en el tratamiento del trastorno de la ansiedad generalizada (GAD). Para ello revisamos las características del trastorno y sus correlatos psicofisiológicos asociados. Dentro de este marco, se discute a nivel conceptual la idoneidad del tratamiento y se recoge la evidencia empírica al respecto a través de una revisión exhaustiva de las investigaciones realizadas hasta la actualidad. A continuación, se describe el tratamiento conductual basado en Mindfulness para el GAD, delineado por Roemer y colaboradores, en el que integran la aceptación y el cambio. Finalmente se concluye con la necesidad de mayor evidencia empírica que respalde la aparente idoneidad del tratamiento.*

**Palabras clave:** Mindfulness. Ansiedad. Preocupación. Correlatos psicofisiológicos. Evitación experiencial. Terapia basada en la aceptación.

### **Summary**

*In the last years Mindfulness has aroused substantial interest in the field of clinical and health psychology. Its range of application has broadened to diverse psychological disorders, including anxiety disorders. The aim of this article is to explore the scientific evidence of applying mindfulness skills in the treatment of generalized anxiety disorder (GAD). We review the characteristics associated with this disorder jointly with the evolution of psychophysiological findings. Within this framework we discuss the suitability of the mindfulness-based treatment at a*

---

<sup>1</sup>Grupo de Psicofisiología Clínica y Salud. Universidad de Granada

<sup>2</sup>Dep. Psicología Social y Metodología Ccas del Comportamiento. Universidad del País Vasco (UPV/EHU).

**Correspondencia:** Dr. D. Luís C. Delgado Pastor  
Universidad de Granada. Facultad de Psicología  
Campus de la Cartuja, s/n  
18011. Granada (Spain)  
e-mail: siulcar@hotmail.com

---

*conceptual level and include the empirical evidence in support of it. Next, we describe acceptance-based behaviour therapy for GAD developed by Roemer and colleagues, in which acceptance and change are integrated. Finally, we conclude emphasizing the need of more empirical evidence supporting the suitability of this treatment.*

**Keywords:** Mindfulness. Anxiety. Worry. Psychophysiological correlates. Experiential avoidance. Acceptance-based therapy.

## INTRODUCCIÓN

La mayoría de las personas afectadas por los trastornos de ansiedad reconocen que su miedo es irracional, ya sea que se trate de un miedo causado por un estímulo externo o interno. Sin embargo, reconocer su irracionalidad no es suficiente para modificar los comportamientos de evitación o escape en determinadas situaciones asociadas a un malestar elevado. Esto puede ser una razón de por qué, a pesar de la aparente eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales desarrollados para tratar el GAD, no se ha conseguido un funcionamiento óptimo en la mayoría de la población tratada y continúa siendo el síndrome ansioso con menor éxito en el tratamiento (Roemer y Orsillo, 2007). Por este motivo, estos trastornos suponen una gran oportunidad para poner en acción los principios clínicos de *mindfulness*. Germer (2005) emplea la expresión *Befriending Fear*, “hacer amistad con el miedo” al referirse a este nuevo abordaje de los trastornos de la ansiedad.

Una definición generalizada de *mindfulness* es conciencia del momento presente con aceptación (Segal et al., 2002; García, 2008). El origen de *mindfulness* se remonta a técnicas de meditación oriental, como el budismo Zen o la práctica de Vipassana. En los últimos años ha surgido un creciente interés por incorporar técnicas de meditación en la práctica terapéutica. Desde este ángulo, *mindfulness*, o la conciencia o atención plenas, puede considerarse como un conjunto de ejercicios de meditación y ha sido incluido en diferentes formatos de entrenamiento en relajación y manejo del estrés (Smith, 2010; Amutio, 2006, 2002). También puede considerarse como un procedimiento de control de la atención para aprender a centrarse en el momento presente de un modo amplio y con plena aceptación de la propia experien-

cia. Además, *mindfulness* ha sido formulado como un constructo psicológico (Bishop et al., 2004), o como un proceso mediante el que se alcanza un estado particular de conciencia, e incluso, como un rasgo de personalidad (Vallejo, 2008; Pérez y Botella, 2006).

Finalmente, los tratamientos desarrollados en el marco de las nuevas terapias conductuales, como la terapia de aceptación y compromiso (ACT), la terapia de conducta dialéctica (DBT) o la psicoterapia analítica funcional (FAP) han incorporado *mindfulness* como un componente o técnica (Vallejo, 2006). Estas terapias se distinguen por adoptar una perspectiva más experiencial y optar por estrategias de cambio de carácter indirecto.

El entrenamiento en *mindfulness* es eficaz en un amplio número de trastornos, incluido el GAD (Vallejo, 2008; Baer, 2006; Grossman et al., 2004). A nivel nacional, se han puesto en marcha algunas intervenciones basadas en la conciencia plena o *mindfulness* como, por ejemplo, el MBSR de Kabat-Zinn (1994, 2006) en el tratamiento del malestar psicológico, incluida la ansiedad (Martín y García de la Banda, 2007, 2010) y el entrenamiento en las habilidades *mindfulness* en el tratamiento de la preocupación crónica o la autorregulación emocional en el profesorado (Delgado et al., 2010b; Franco, 2010).

Si admitimos que la exposición es una pieza clave en la efectividad del tratamiento de los trastornos de la ansiedad, la práctica de *mindfulness*, justamente, realza la conciencia de este proceso, propiciando que el individuo explore con detalle el miedo que siente, e incrementa progresivamente el grado de ecuanimidad en la aceptación de su vivencia. Así, la experiencia de *mindfulness* procura un cambio gradual en la relación de la persona con su propia ansiedad, evolucionando su actitud desde una evitación temerosa a una tolerancia

amistosa. Este re-enfoque favorece los aspectos adaptativos de la ansiedad y atenúa o elimina los no adaptativos. Precisamente, son estos últimos los que interfieren con las habilidades de la persona para funcionar y los que convierten a la ansiedad en un trastorno (American Psychiatric Association, 2000).

## LAS CARACTERÍSTICAS DEL GAD

### Preocupación y evitación experiencial

La característica central de la ansiedad generalizada es la preocupación crónica. Actualmente el GAD es diagnosticado cuando existe una preocupación excesiva sobre múltiples temas, que es difícil de controlar y está asociada a tres o más de los siguientes síntomas: Tensión muscular, inquietud o impaciencia, dificultad de concentración o de dejar la mente en blanco, fatigarse fácilmente, irritabilidad y alteración del sueño (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994). Los estudios realizados sobre la prevalencia de este trastorno arrojan una cifra de entre un 5-8% en los Estados Unidos (Lee, Orsillo, Roemer y Allen, 2010). A nivel nacional, se han obtenido datos similares (Sicras-Mainer *et al.*, 2009). El GAD se diferencia de otros trastornos de ansiedad en que no posee un objeto focal específico de miedo, ansiedad o preocupación. Así, la preocupación del GAD no se asocia a un miedo particular, sino que comprende un rango amplio de temas variados y/o preocupaciones (Brown, Barlow y Liebowitz, 1994; Roemer, Molina y Borkovec, 1997). Sin embargo, y aunque tampoco suele estar asociado a evitación conductual específica o fóbica (Borkovec *et al.*, 1999; Butler *et al.*, 1987), las personas con GAD suelen informar sobre alguna forma de evitación en su comportamiento, siendo las situaciones sociales la más común (Butler *et al.*, 1987). Por consiguiente, la ausencia de evitación focal no ha de entenderse como una irrelevancia de la evitación conductual para este trastorno, ya que los individuos con GAD no acostumbran a resolver los problemas de forma activa ni a confrontar sus miedos en aras de lograr sus objetivos.

La preocupación se ha descrito como “una cadena de pensamientos e imágenes cargadas de afecto negativo y relativamente incontrolable que repre-

senta un intento por implicarse en la resolución mental de un asunto cuya ocurrencia en el futuro es incierta pero contiene la posibilidad de uno o más resultados negativos” (Borkovec *et al.*, 1983). Por tanto, en la preocupación están implicados substratos cognitivos y afectivos, pudiendo el proceso conducir a pensamientos perseverantes no constructivos vinculados a la fuente de ansiedad (Brosschot, Gerin y Thayer, 2006). Así, y aunque la preocupación es una experiencia compartida por todos cuando afrontamos una situación estresante, cuando el fenómeno se hace predominante, excesivo, incontrolable y crónico puede derivar en el GAD. La preocupación patológica, además de conllevar posibles efectos adversos para la salud, no reduce la probabilidad de resultados negativos, ni aumenta la probabilidad de un afrontamiento exitoso, ni es efectiva para resolver problemas concretos (Roemer y Orsillo, 2002, Wells, 2004). Además, la aprehensión ansiosa asociada a la preocupación crónica contribuye a la condición patológica en los trastornos emocionales del eje I (Barlow, 1988). Este hecho explica las altas tasas de comorbilidad que presenta el GAD, con los otros trastornos de ansiedad o del estado de ánimo (Brown *et al.*, 2001). Asimismo, el GAD se relaciona con el deterioro del bienestar psicológico, del funcionamiento psicosocial, y de la calidad de vida y, por lo tanto, con una mayor utilización y coste de los servicios de salud. (Lee *et al.*, 2010; Delgado, 2009).

Según Borkovec y colaboradores (e.g., Borkovec *et al.*, 2004) la conducta de preocupación crónica se encuentra reforzada negativamente de una manera automática (reducción de la experiencia somática ansiosa o *distrés* interno) y de una manera estratégica (evitación supersticiosa de sucesos futuros catastróficos de baja probabilidad de ocurrencia y reducción del malestar asociado a la intolerancia a la incertidumbre). Así, el fenómeno de la preocupación tiende a perpetuarse en un círculo vicioso.

Plantear que la preocupación reduzca el *distrés* interno parece paradójico. De hecho, las personas con GAD asocian la experiencia de preocuparse a una percepción desagradable. Sin embargo, este planteamiento, además de explicar la persistencia de la preocupación y aportar un objetivo potencial de tratamiento, se encuentra respaldado por la evidencia empírica que asocia la preocupación con

reducciones iniciales de reactividad (Borkovec y Hu, 1990; Wells y Papageorgio, 1995) y es congruente con algunos estudios que señalan que ni el estado de preocupación ni la preocupación crónica están asociados con incrementos de activación simpática, sino con reducida flexibilidad autonómica (e.g., Connor y Davidson, 1998; Hoehn-Saric y McLeod, 1988) y tono vagal reducido (e.g., Lyonfields, Borkovec y Thayer, 1995). De este modo, aunque la variabilidad reducida conlleve consecuencias perjudiciales a largo plazo, su efecto de disminución de la activación a corto plazo puede suponer un reforzamiento negativo de la respuesta de preocupación. Es decir, los individuos con GAD pueden estar evitando las experiencias internas desagradables y la aflicción del momento presente al focalizarse en las posibles amenazas del futuro de una forma activa y/o automática.

Sin embargo, esta huida de la situación presente conlleva consecuencias perjudiciales a largo plazo, derivadas de la dificultad para responder eficazmente a las contingencias ambientales en curso, de la interferencia con un aprendizaje adaptativo o del desuso de la función adaptativa de las emociones. Además, debido a que el incremento en la ansiedad es un componente necesario de la exposición (Foa y Kozac, 1986), la preocupación puede impedir el necesario procesamiento emocional y mantener asociaciones de amenaza por un periodo de tiempo largo (Borkovec *et al.*, 2004). En línea con lo anterior, en un estudio en el que se demostró que la preocupación reducía la respuesta de la tasa cardíaca en individuos fóbicos al imaginar una charla en público, ésta también interfirió con la habituación a la exposición de las imágenes (Borkovec y Hu, 1990). Así, y dado que el grado de reacción cardiovascular está asociado al procesamiento emocional (Foa y Kozac, 1986), la preocupación puede inhibir el procesamiento del material ansiógeno y provocar que de este modo se mantenga la estructura cognitivo-afectiva de miedo, a pesar de las repetidas exposiciones. De forma análoga, en otro estudio, aunque la preocupación después de la exposición a una película repulsiva disminuyó la ansiedad inicial, posteriormente supuso un incremento de las intrusiones o imágenes displacenteras. (Wells y Papageorgio, 1995).

Desde este marco, Borkovec (2002) hipotetizó que la preocupación patológica puede asociarse a

respuestas defensivas típicas de inmovilidad o congelamiento (*Freezing*). La preocupación supondría una estrategia de evitación cognitiva en respuesta a la señal de amenaza que la desencadena (Ver diagrama 1), correspondiéndose a una opción por defecto que sustituye a la respuesta motora de lucha o huida (*Fight-Flight*). La respuesta de *Freezing* se ha caracterizado por demora, incremento del tono muscular, inhibición simpática y tono vagal reducido, que precisamente son características mostradas por individuos con GAD. Esta propuesta de Borkovec es afín al modelo de Hayes y colaboradores sobre la evitación experiencial como dimensión funcional clave de la psicopatología (Hayes *et al.*, 1999; 1996) y concuerda con las investigaciones que apuntan a que la tendencia a la evitación o los intentos de control de las experiencias internas (versus aceptación) están asociados a la severidad del GAD y al nivel de preocupación patológica (Roemer *et al.*, 2005). También, Behar y colaboradores (2009) subrayan que todos los modelos actuales sobre la ansiedad generalizada destacan la importancia de la preocupación como una estrategia de evitación de las experiencias internas.

En línea con lo anterior, Roemer y colaboradores (2009) han encontrado asociaciones significativas entre la severidad de los síntomas del GAD, las dificultades de regulación emocional y aspectos de *mindfulness*. Según ellos, las dificultades en la regulación de las emociones que presentan los individuos con GAD y la falta de habilidades relacionadas con *mindfulness* (anticipación de posibles catástrofes futuras potenciales, falta de atención al momento presente y ausencia de apertura y aceptación) les llevan a la evitación de las experiencias internas negativas o estresantes por medio de la preocupación. En contraposición, diversos estudios han demostrado que la aceptación experiencial (versus los esfuerzos de control o evitación) reduce la reactividad emocional y facilita el funcionamiento en individuos ansiosos o propensos a la ansiedad (Cebolla, 2009; Hofman *et al.*, 2009; Levitt *et al.*, 2004; Eifert y Heffner, 2003; Campbell-Sills *et al.*, 2006).

En este contexto, resulta importante resaltar la propuesta de Brosschot, Gerin y Thayer (2006) de englobar la preocupación en el término de cognición perseverante, definida como la activación repe-

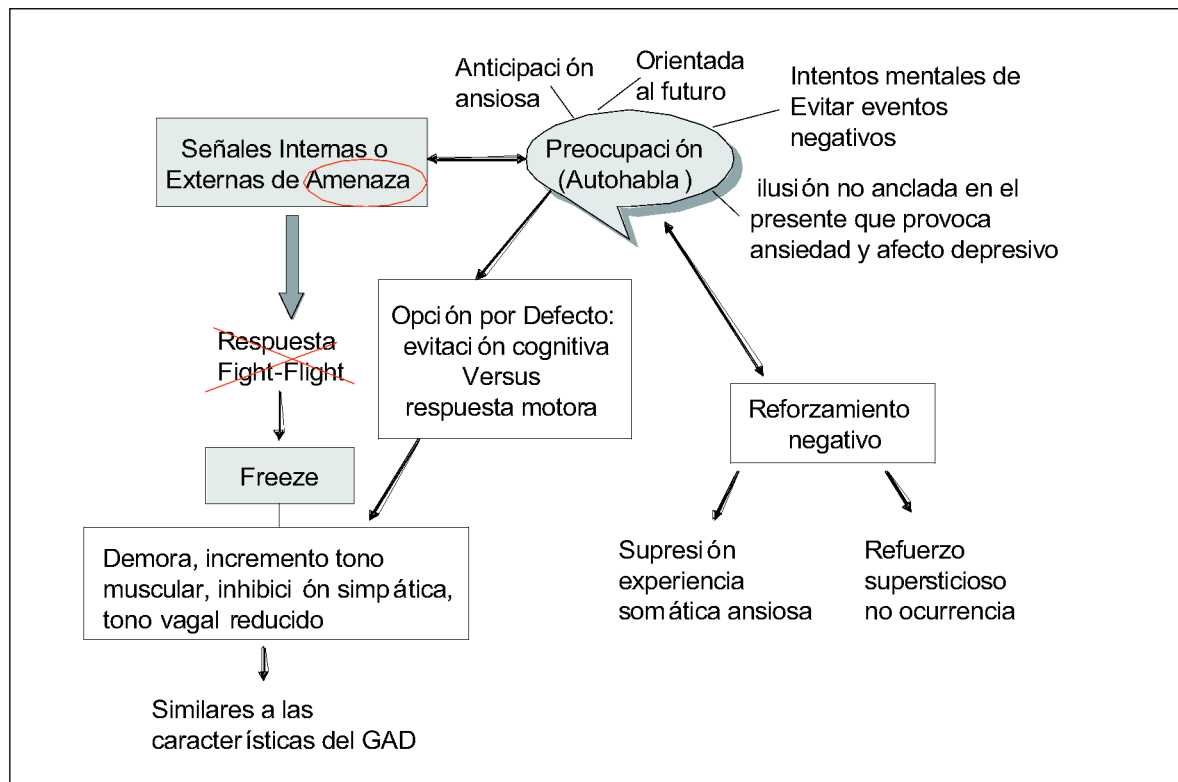
tida o crónica de la representación cognitiva de uno o más estresores psicológicos. Esta cognición perseverante puede actuar como mediador en los efectos adversos para la salud, al prolongarse la continuidad del estresor en el organismo y producir unos niveles de activación moderados, pero crónicos, en el sistema cardiovascular, en el eje hipotalámico-pituitario-adrenal y en el sistema inmune (ver diagrama 2).

### Correlatos psicofisiológicos del GAD y la preocupación

Tradicionalmente, la ansiedad generalizada fue asociada de una forma inespecífica a “hiperactividad autonómica” –incremento tasa cardiaca, palpitaciones y sudor en las manos–. Sin embargo, con el transcurso del tiempo esta visión se ha ido afinando en consonancia con la evolución de los hallazgos psicofisiológicos (ver tabla 1). Los primeros estudios que intentaron dilucidar la implicación del SNA en el GAD encontraron un patrón de resultados difícil de interpretar. En varias ocasiones Hoehn-Saric y

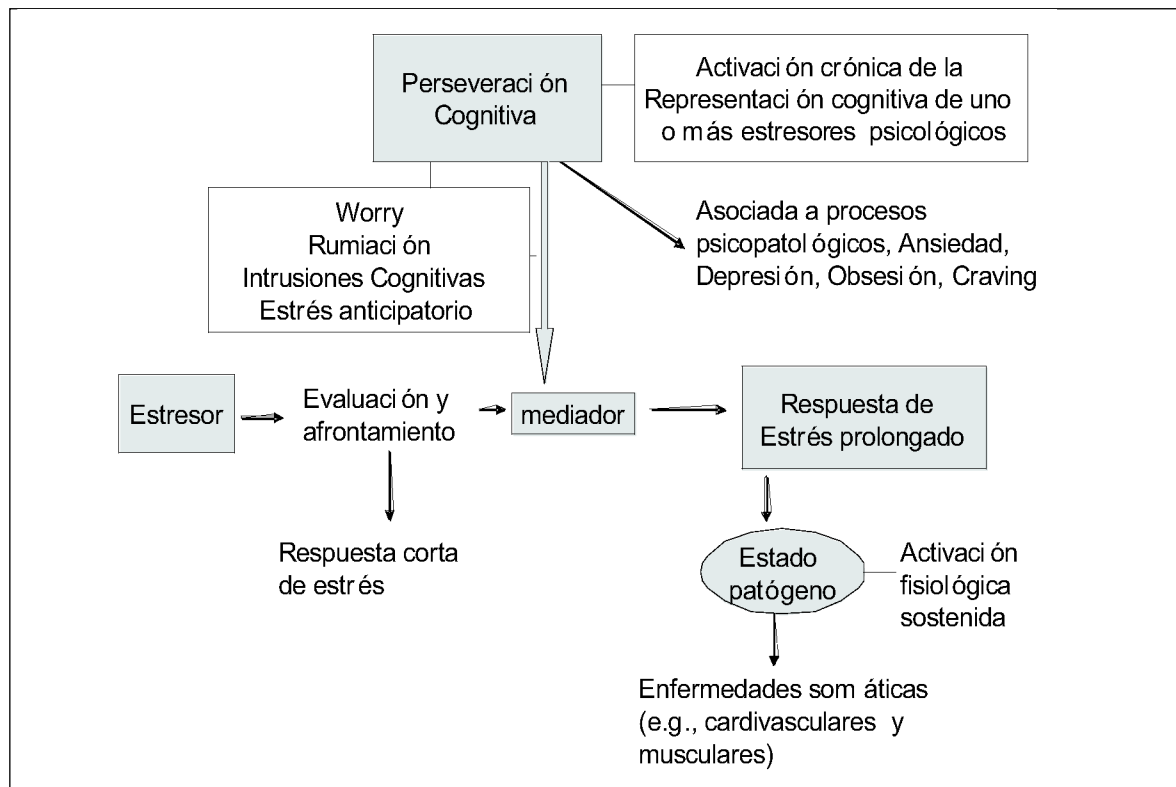
colegas no lograron hallar evidencia de hiperactividad autonómica en pacientes con GAD (Hoehn-Saric, 1982; Hoehn-Saric *et al.*, 1981; 1989; 1993), informándose, no obstante, de un nivel de tensión muscular mayor, tanto en reposo como frente a un estresor (Hazlett *et al.*, 1994). En este contexto Hoehn-Saric sugirió la innovadora hipótesis de que los individuos con GAD presentarían inhibición simpática y flexibilidad autonómica reducida en contraste a los individuos libres de ansiedad que presentarían una respuesta inicial mayor ante los estresores, pero en contraste, una recuperación y habituación más rápidas. En conformidad con dicha hipótesis, se encontró un rango reducido de periodo cardiaco y de respuesta de conductancia dérmica en sujetos con GAD (Hoehn-Saric *et al.*, 1989) y una variabilidad reducida en la respuesta de conductancia dérmica asociada a la ansiedad (Lader y Wing, 1964; Kelsey, 1991).

Aunque en los estudios posteriores los resultados no han sido plenamente convergentes (Lyonsfields *et al.*, 1995, Thayer *et al.*, 1996; Brosschot



**Diagrama 1**

Planteamiento general del modelo sobre la preocupación de Borkovec (2002)



**Diagrama 2**

Modelo de la perseveración cognitiva como mediador del efecto patológico del estrés (Brosschot, Gerin y Thayer, 2006)

et al., 2003; Hofman et al., 2005; Jonson, 2007), los dos hallazgos fisiológicos más consistentes han sido la ausencia de hiper-activación simpática –indicada principalmente por la conductancia dérmica– y la presencia de reducido control parasimpático –indicado por las medidas del *sinus* arritmia respiratorio y la variabilidad de la tasa cardíaca–, pudiendo asociarse a un patrón respiratorio con tendencia a la hiperventilación (ver Delgado, 2009; Delgado *et al.*, 2010a). La variabilidad cardíaca se ha utilizado como un indicador de salud y regulación emocional, por ejemplo una baja variabilidad se ha asociada a un mayor riesgo de ataque cardíaco (Lazar, 2005).

### **TERAPIA CONDUCTUAL BASADA EN MINDFULNESS PARA EL GAD: ESTUDIOS EMPÍRICOS**

Generalmente el tratamiento cognitivo-conductual para el GAD presenta componentes de psico-

educación, detección temprana de señales y respuestas de ansiedad, relajación, ensayos de habilidades de afrontamiento (e.g. exposición en imaginación, desensibilización) y reestructuración cognitiva (e.g., Beck y Emery, 1985). Aunque la eficacia de determinados tratamientos del GAD ha sido contrastada empíricamente (e.g., Borkovec y Ruscio, 2001), el GAD ha sido reconocido como el trastorno de ansiedad con menor éxito terapéutico (Brown *et al.*, 1994; Roemer *et al.*, 2005). Una posible explicación puede ser la ausencia de miedos focales y comportamientos de evitación específicos en contraste con otros trastornos de ansiedad donde el estímulo temido resulta fácilmente identificable.

La solución definitiva del problema de la preocupación patológica podría consistir en salir del nivel del procesamiento de la información donde se enmarca el fenómeno, trasladándose a un nivel metacognitivo donde los pensamientos dejan de verse como sucesos reales (Wells, 2002; 2004; Bi-



**Tabla 1**  
**Estudios Psicofisiología periférica de la preocupación y GAD**

<b>Autor/año</b>	<b>Estado de preocupación</b> En GAD y/o no GAD	<b>Preocupación crónica en GAD</b> <b>o en rasgo alto de preocupación</b>
Hoehn-Saric (1981, 1982, 1989, 1989)		No hiperactividad. autonómica, No HR↑, rango SCL↓ en GAD
Dua & King (1987)	HR↑, No efecto SCL	No efecto de rasgo
Borkovec (1983); Karteroliotis & Gil (1987)	No hiperactividad autonómica	
Hazlett (1994)	No HR↑	Tensión muscular↑ (en descanso y con estresor); rango EMG↓
Lyonfields. (1995)	HR↑, RMSSD↓	HR↑; RMSSD↓ en GAD
Thayer (1996)	HR↑, RMSSD↓, TR↑, HF↓	HR↑, HF↓ en GAD
Segerstrom (1999)		Tendencia a recuperación más lenta HR frente estímulo de miedo en rasgo alto, no efecto SCL
Wilhelm (2001)		No HR↑, No hiperventilación
Davis (2002)	No HR↑	
Broschot (2003)	HR↑, RMSSD↓	
Hofmann (2005)	RSA↓, HR↑, SCL↑	
Jönsson (2007)	RSA↑	
Conrad 2008		No tensión muscular↑, HR↑ Tendencia hiperventilación
Delgado (2009)	No efecto RSA, no HR↑, SCL↑ Hiperventilación,	Hiperventilación, RSA↓ RCD (más acelerada), rango SCL↓

**Nota:** HF: Potencias altas frecuencias. RMSSD: Diferencias sucesivas medias. HR: Tasa cardíaca. RCD: Respuesta cardíaca de defensa. TR: Tasa respiratoria. SCL: Nivel de conductancia. RSA: Sinus arritmia respiratorio. EMG: Electromiograma.

shop *et al.*, 2004; Carmody, 2009). Una de las definiciones más utilizada de *mindfulness* es “conciencia centrada en el presente, no elaboradora y no enjuiciadora, en la cual cada pensamiento, sentimiento o sensación que surge en el campo atencional es reconocido y aceptado tal como es” (Kabat-Zinn, 2006; Segal *et al.*, 2002; Shapiro y Schartz 1999). De este modo, se cultiva una conciencia estable y no reactiva (Carmody, 2009). Resumiendo,

la mayoría de las definiciones de *mindfulness* o atención plena constan, al menos, de 2 componentes: 1) atención y consciencia y 2) aceptación de pensamientos o sensaciones potencialmente distractores y disruptivos (Smith, 2010). La Atención Plena o *mindfulness*, al contrario que otras terapias de corte cognitivo, no pretende la supresión de los pensamientos, ya que todos los pensamientos o eventos son considerados como objeto,

tos de observación. Para Shapiro *et al.*, (2006), *mindfulness* consta de un elemento esencial que denominan “repercepción” e incluye cuatro mecanismos de acción principales: el control de la atención, la exposición, la autorregulación y la aceptación. La “repercepción” implica la habilidad para desidentificarse de los contenidos de la propia conciencia y un cambio de perspectiva en donde lo que se observa es distinto de quien lo observa (ver Amutio, 2000). Así, la “repercepción” permite ir más allá de las emociones y pensamientos negativos y verlos simplemente como estados que aparecen y después se pasan, y no como fieles reflejos de la realidad. Esto proporciona una mayor tolerancia hacia los estados internos de malestar como, por ejemplo, la ansiedad y, en consecuencia, una reducción de la reactividad emocional. Otros mecanismos de acción relevantes son: la reducción de las conductas de escape a través de un proceso de desensibilización frente a las experiencias aversivas, incluida la ansiedad, los cambios cognitivos (p.ej. reducción de la preocupación y de las intrusiones), la integración de aspectos disociados del *self*, la clarificación de valores, la espiritualidad y la experiencia de estados emocionales positivos asociados a la relajación (Smith, 2010; Hussain y Bhushan, 2010; Amutio, 2000). Por su parte, Hayes, Orsillo y Roemer (2010) proponen que el desarrollo de la aceptación y la implicación en actividades significativas son los mecanismos fundamentales de cambio más allá, incluso, que los descensos en el nivel o número de preocupaciones. Incluso, algunos autores (Davidson, 2010; Goldin, Ramel y Gross, 2009; Williams, 2010) hablan de cambios en los circuitos cerebrales producidos por distintos tipos de meditación y por el desarrollo de las habilidades relacionadas con el *mindfulness*.

En la revisión de los estudios realizados se ha constatado que la práctica de las habilidades *mindfulness* (a través de sus claves experienciales de focalización de la atención en el “aquí y ahora” con una actitud de curiosidad, apertura, conciencia de la transitoriedad y aceptación ecuaníme de la experiencia presente), puede contrarrestar, mediante inhibición recíproca, las diversas características que se han asociado al GAD, tales como:

– La excesiva actividad de sus pensamientos durante la preocupación (Borkovec e Inz, 1990).

– El pobre control atencional y sesgo de amenaza en el procesamiento de la información (Matthews, 1990).

– La orientación de la atención hacia el futuro para detectar amenazas potenciales y su tendencia a predecir sucesos futuros catastróficos con escasa probabilidad de ocurrencia y a sobreestimar el riesgo ((McLeod y Rutheford, 2004; Dugas *et al.*, 1998; Butler y Matthews, 1987).

– La evitación de la reactividad psicofisiológica a través de la propia preocupación (Borkovec *et al.*, 2004).

– La reactividad emocional y las dificultades en la vivencia y regulación de las emociones (Mennin *et al.*, 2005; Roemer *et al.*, 2009).

– La reacción negativa hacia la propia preocupación-metapreocupación- (Welss y Carter, 1999).

– La evitación comportamental y la restricción e ineffectividad de sus repertorios de conducta derivados de la evitación de experiencias internas no deseadas (Hayes *et al.*, 1999; Lee *et al.*, 2010).

– La intolerancia a la incertidumbre (Dugas *et al.*, 2004).

– El enlentecimiento en toma de decisiones (Metzger, *et al.*, 1990).

– La demora en la resolución de problemas (Borkovec *et al.*, 1999; Stober, 1998).

Existen cada vez más evidencias recogidas en diferentes investigaciones que apuntan a la particular eficacia de la práctica del *mindfulness* en el tratamiento de la ansiedad. Kabat-Zinn y cols. (1992) demostraron la efectividad de un programa de meditación de 8 semanas en el decremento de diversos trastornos de ansiedad, incluido el GAD. Los beneficios obtenidos permanecieron 3 años más tarde (Miller, Fletcher y Kabat-Zinn (1995). Un segundo estudio (Kabat-Zinn, Chapman y Salmon, 1997) encontró significativos decrementos de la ansiedad somática y cognitiva tras el tratamiento basado en *mindfulness* (MBSR). Sin embargo, los resultados de estos estudios se tomaron con cautela, ya que no se incluyó grupo control. Asimismo, existe cierta evidencia empírica de la eficacia del entrenamiento en habilidades *mindfulness* en el afrontamiento de la preocupación crónica y el GAD (Craigie *et al.*, 2008; Evans *et al.*, 2008; Kim *et al.*, 2009; Lykins y Baer, 2009; Delgado *et al.*, 2009) y de que el es-



tado de preocupación y el de *mindfulness* difieren psicofisiológicamente (Delgado *et al.*, 2010a). Roemer y Orsillo (2003, 2007) obtuvieron resultados positivos en varios estudios preliminares no controlados, en la aplicación a pacientes con GAD de su programa de tratamiento basado en *mindfulness*. Posteriormente, en un estudio controlado aleatorizado (N=31) encontraron mejoras en los niveles de ansiedad, preocupación, evitación de las emociones, calidad de vida y en *mindfulness* (Roemer, Orsillo y Salters-Pedneault, 2008). También obtuvieron decrementos en las variables o mecanismos implicados en el cambio (evitación experiencial y miedo a las respuestas emocionales). Estos cambios se mantuvieron a los 3 y 9 meses.

El programa de terapia conductual para el GAD desarrollado por Roemer y Orsillo (*Acceptance-based behavior therapy*, 2002; 2005; 2007) combina la aproximación cognitivo conductual (Borkovec, 2002) con elementos de las terapias basadas en la aceptación y *mindfulness* (ACT -Hayes *et al.*, 1999; MCBT- Segal *et al.*, 2002; y DBT- Linehan, 1993a, 1993b). Los autores integran la aceptación con el cambio conductual, haciendo énfasis en estrategias que cambian la relación del cliente con sus experiencias internas, en contraste con aquéllas que tratan de cambiar directamente el contenido de estas experiencias (Ver Diagrama, 3). Actualmente, el programa se encuentra en proceso de validación, aunque los primeros datos obtenidos son prometedores.

Roemer y Orsillo (2007) consideran que una aproximación eficaz al tratamiento del GAD debe constar de tres componentes nucleares: a) expandir la conciencia del momento presente; b) alentar la aceptación para dar la bienvenida a las propias respuestas internas y así contrarrestar la evitación y el enjuiciamiento; c) promover la acción en áreas de importancia para el individuo. Estos elementos se concretan en 4 ingredientes principales:

### **(1) Un componente psicoeducativo sobre la preocupación, la ansiedad, la evitación experiencial y la función de las emociones.**

Entre otras cuestiones, se les enseña a los clientes a observar: i) sus respuestas emocionales, ii) sus respuestas a sus propias respuestas emocionales, iii) si sus emociones están “claras” o “turbias”, iv) el grado en que se implican en acciones

que consideran valiosas, y v) qué consiguen cuando evitan realizar lo que realmente valoran.

Los clientes realizan ejercicios escritos de procesamiento emocional que les ayudan a identificar como la evitación experiencial afecta a su calidad de vida y a reconectar con lo que es importante para ellos en tres campos de la vida: interpersonal, ocupacional/educacional, e intereses personales/auto-cuidado. Asimismo se valida la experiencia de los clientes con respecto a que ciertos pensamientos y sensaciones son dolorosos y es natural querer evitarlos, pero a la vez se alienta a notar las consecuencias perjudiciales de la evitación.

Se les propone cultivar una actitud de no enjuiciamiento, compasiva y expansiva, en la cual se hallen menos fusionados con pensamientos y sentimientos, acepten los estímulos internos y externos tal como son, reduzcan los esfuerzos de evitación, utilicen sus respuestas emocionales como información que pueden seguir o desechar, y estén dispuestos a implicarse en acciones que les importan (“acción valiosa”; Hayes *et al.*, 1999; Wilson y Murrell, 2004), independientemente de la respuesta emocional que pudiera acompañar esas acciones. Asimismo, se discrimina la aceptación de la concepción errónea que la asocia con el derrotismo, la resignación o la pasividad. Como resultado de estas prácticas, los clientes manifiestan que sus emociones evolucionan, se vuelven más diferenciadas y se toleran mejor.

### **(2) Ejercicios y prácticas formales e informales de *mindfulness*.**

Se tratan de ejercicios integrados en un protocolo flexible a fin de estimular la comprensión experiencial de los clientes, más que la intelectual. Se utilizan técnicas de relajación como la relajación muscular progresiva y la respiración diafragmática, promoviendo, simultáneamente, la conciencia del momento presente y la aceptación. Las prácticas formales *Mindfulness* durante la sesión, comprenden la identificación de sensaciones (e.g., “ejercicio de la uva pasa”, Segal *et al.*, 2002), la adquisición de una perspectiva desidentificada de los pensamientos y emociones (“La casa de los invitados”, Segal *et al.*, 2002; “Ejercicio de las nubes”, Linehan 1993b; “Dejar pasar la corriente”, Hayes *et al.*, 1999), y el desarrollo del yo-observador (e.g., “Meditación de la montaña”, ka-

bat-Zinn, 1994). Además, se etiquetan los pensamientos y sensaciones como “pensamientos” y “sensaciones” para tomar conciencia de la distinción entre las reacciones o juicios (“Yo estoy teniendo el pensamiento de que soy un fracasado”) y la realidad (interpretada por “Yo soy un fracasado”). Se pide a los clientes que realicen alguna práctica formal durante al menos 15 minutos al día.

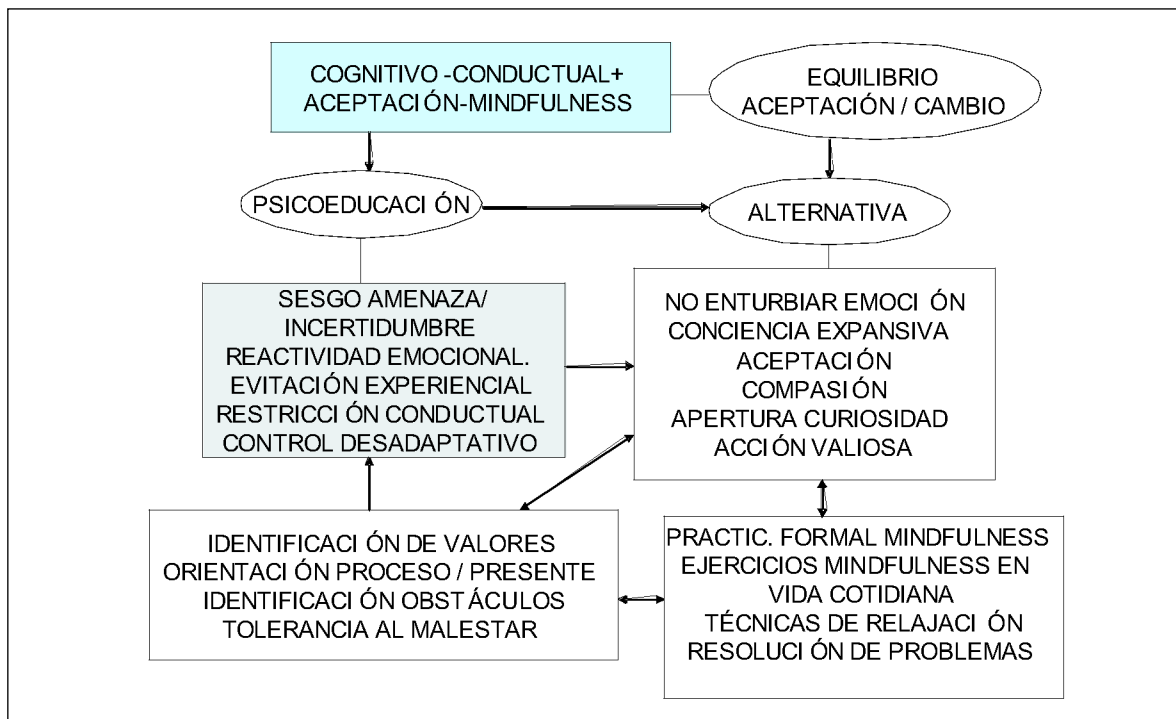
Así mismo, se realizan prácticas *mindfulness* informales a lo largo de la vida cotidiana, llevando conciencia a tareas tales como comer, lavar los platos, conversar y conducir al trabajo. Al transcurrir el tiempo, también se anima a los clientes a llevar una actitud basada en las claves *mindfulness* a contextos cotidianos más desafiantes, como las situaciones sociales nuevas o tareas estresantes del trabajo, entre otras, e incluso a las emociones negativas o dolorosas.

### (3) Estimular cambios comportamentales de acuerdo con los objetivos y valores del cliente.

Los clientes desarrollan una lista de valores per-

sonales. La metodología que siguen los autores para que los clientes aclaren sus valores es similar a la de la ACT, propiciando la conciencia de las áreas significativas de la vida e identificando los valores centrales en esos dominios que guiarán el comportamiento a lo largo de la terapia. En este proceso se recalca la importancia de identificar lo que realmente les importa a los clientes en la actualidad, en lugar de lo que ellos piensan que les debería importar o lo que los terapeutas piensan que importa, a fin de realizar elecciones valiosas.

Así mismo, se realizan ejercicios para incrementar su voluntad comprometiéndose con el propósito de llevar a cabo actividades valiosas aunque surjan sensaciones, emociones y pensamientos que sean penosos, y tiendan a incrementar la evitación experiencial asociada al *distrés*. Llegado cierto momento el cliente y el terapeuta eligen acciones específicas y revisan juntos los progresos en esos cambios comportamentales. Se identifican las barreras internas (pensamientos y sensaciones) y externas (determinadas circunstancias) entre los valores del cliente y sus acciones y como pueden su-



**Diagrama 3**

Esquema fundamentos del tratamiento basado en la aceptación y Mindfulness para el GAD basado en Roemer y Orsillo (2005)

perarse, recurriendo a las practica de *mindfulness* cuando el obstáculo es interno y a la técnica de resolución de problemas cuando es externo.

#### (4) Evaluación del progreso realizado y prevención de recaídas

Se examinan las diferentes consecuencias de los cambios comportamentales realizados y se les proporciona a los clientes un recopilatorio de las estrategias y ejercicios del tratamiento y una lista de los recursos *mindfulness*, animándoles a practicarlos regularmente. Además, los clientes son animados a vigilar periódicamente si sus elecciones son consistentes con la lista de valores personales que han identificado.

#### CONCLUSIONES E IMPLICACIONES

El desarrollo de las habilidades implicadas en *mindfulness* esta relacionado con una mayor autorregulación conductual y con un decremento de las preocupaciones y del miedo a experimentar las emociones. Así, las personas que practican *mindfulness*, bien sea a través de la práctica formal de la meditación o en su aplicación en la vida diaria, serán más propensas a observar sus pensamientos y sentimientos de una manera no enjuiciadora y no reactiva y, en consecuencia, tendrán una menor propensión a preocuparse, funcionando de una forma más adaptativa.

Existe cada vez una mayor evidencia empírica que constata la eficacia de la aplicación las habilidades *mindfulness* en el contexto de la ansiedad (Lykins y Baer, 2009; Williams, 2010). Sin embargo, es necesaria una mayor investigación que valide la eficacia del entrenamiento en habilidades *mindfulness* para el tratamiento del GAD en comparación con otros tratamientos alternativos empíricamente validados, así como avanzar en el descubrimiento de los mecanismos psicológicos y psicofisiológicos subyacentes en el proceso de curación. Otros aspectos importantes son: a) la determinación de la eficacia de cada uno de los ingredientes específicos del entrenamiento a fin de determinar efectos aditivos, b) el tipo de pacientes que son más proclives a beneficiarse de este tipo de intervención y c) la estabilidad y generalización de los cambios y efectos obtenidos a lo largo del tiempo, incluida la mejora en la calidad de vida.

A nivel metodológico, se necesitan realizar estudios longitudinales, con muestras más grandes, con evaluaciones pre-postratamiento, y asignación aleatoria de sujetos a los grupos de tratamiento y control. Por último, y de acuerdo con Kabat-Zinn (2006) resulta importante reconocer la conciencia plena o *mindfulness* como una práctica meditativa que no debe ser conceptualizada exclusivamente como una técnica cognitivo-conductual descontextualizada.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. **American Psychiatric Association. The diagnostic and statistical manual of mental disorders.** Washington, DC: American Psychiatric Press, 1980, 1987, 1994, 2000.
2. **Amutio A.:** Relajación y Meditación: Un manual práctico para afrontar el estrés. Madrid: Biblioteca Nueva, 2006.
3. **Amutio A.:** Estrategias de manejo del estrés: el papel de la relajación. C. Med. Psicosom, 2002; 62/63: 19-31.
4. **Amutio A.:** Las técnicas de meditación: efectos y mecanismos implicados. C. Med. Psicosom, 2000; 54: 7-20.
5. **Baer RA.:** Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications. Amsterdam: Elsevier Academic Press, 2006.
6. **Barlow DH.:** Anxiety and its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic. New York: The Guilford Press, 1988.
7. **Beck AT & Emery G.:** Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective. New York: Basic Books, 1985.
8. **Behar E, DiMarco ID, Hekler EB, Mohlman J & Staples AM.:** Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): Conceptual review and treatment implications. Journal of Anxiety Disorders 2009; 23: 1011-1023.
9. **Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, Segal VZ, Abbey S, Speca M, Velting D, Devins G.:** Mindfulness: A proposed operational definition. Clinical Psychology: Science and Practice, 2004; 11: 230-241.
10. **Borkovec TD, Alcaine OM & Behar E.:** Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), Generalized anxiety disorders: Advances in research and practice (pp. 77-108). New York: Guilford Press, 2004.

11. **Borkovec TD.:** Life in the future versus life in the present. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2002; 9: 76-80.
12. **Borkovec TD & Ruscio AM.:** Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2001; 62: 37-45.
13. **Borkovec TD, Hazlett-Stevens H & Díaz ML.:** The role of positive beliefs about worry in generalized anxiety disorder and its treatment. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1999; 6: 126-138.
14. **Borkovec TD, Ray WJ & Stöber J.:** Worry: a cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. *Cognitive Therapy and Research*; 1998; 22: 561-76.
15. **Borkovec TD, Shadick R & Hopkins M.:** The nature of normal and pathological worry. In R. Rapee & D. H. Barlow (Eds.), *Chronic anxiety: Generalized anxiety disorder and mixed anxiety-depression* (pp. 29-51). New York: Guilford 1991.
16. **Borkovec TD & Hu S.:** The effect of worry on cardiovascular response to phobic imagery. *Behaviour Research and Therapy*, 1990; 28: 69-73.
17. **Borkovec TD & Inz J.:** The nature of worry in generalized anxiety disorder: A predominance of thought activity. *Behaviour Research and Therapy*, 1990; 28: 69-73.
18. **Borkovec TD, Robinson E, Pruzinsky T, DePree JA.:** Preliminary exploration of worry: some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 1983; 21: 9-16.
19. **Brosschot JF, Gerin W & Thayer JF.:** The perseverative cognition hypothesis: A review of worry, prolonged stress-related physiological activation, and health. *Journal of Psychosomatic Research*, 2006; 60: 113-124.
20. **Brosschot JF, Van Dijk E, Thayer JF.:** Daily worrying and stressors increase daytime and night-time cardiac activity. *Psychosom Med* 2003; 65, A4 [abstract].
21. **Brown TA, Campbell LA, Lehman CL, Gisham JR & Mancill RB.:** Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 2001; 110: 585-599.
22. **Brown TA, Barlow DH & Liebowitz MR.:** The empirical basis of generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 1994; 151: 1272-1280.
23. **Butler G, Gelder M, Hibbert G, Cullington A & Klimes I.:** Anxiety management: Developing effective strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 1987; 25: 517-522.
24. **Butler G & Matthews A.:** Anticipatory anxiety and risk perception. *Cognitive Therapy and Research*, 1987; 11: 551-565.
25. **Campbell-Sills L, Barlow DH, Brown TA & Hofmann SG.:** Effects of emotional suppression and acceptance in individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 2006; 44: 1251-1263.
26. **Carmody J.:** Evolving conceptions of mindfulness in clinical settings. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 2009; 23 (3): 270-280.
27. **Cebolla AJ.:** Eficacia de la terapia cognitiva basada en la atención plena en el tratamiento de la ansiedad y de la depresión. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia, 2009.
28. **Connor KM & Davidson JRT.:** Generalized anxiety disorder: Neurobiological and pharmacotherapeutic perspectives. *Biological Psychiatry*, 1998; 44: 1286-1294.
29. **Conrad A, Isaac L & Roth W.:** The psychophysiology of generalized anxiety disorder: 1. Pretreatment characteristics. *Psychophysiology*, 2008; 45: 366-376.
30. **Craigie MA, Rees CS, Marsh A & Nathan P.:** Mindfulness-based Cognitive Therapy for Generalized Anxiety Disorder: A Preliminary Evaluation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 2008; 36: 553-568.
31. **Davis M, Montgomery I & Wilson G.:** Worry and heart rate variables: Autonomic rigidity under challenge. *Journal of Anxiety Disorders*, 2002; 16: 639-659.
32. **Davidson RJ.:** Empirical explorations of mindfulness: Conceptual and methodological conundrums. *Emotion*, 2010; 10 (1): 8-11.
33. **Delgado LC.:** Correlatos psicofisiológicos de la preocupación y Mindfulness: Eficacia de un entrenamiento en Habilidades Mindfulness. Tesis Doctoral. Editorial de la Universidad de Granada, 2009.
34. **Delgado LC, Guerra P, Perakakis P, Mata JL, Pérez N & Vila J.:** Psychophysiological correlates of chronic worry: Cued versus non-cued fear reaction. *International Journal of Psychophysiology*, 2009; 74: 280-287.
35. **Delgado LC, Guerra P, Perakakis P, Nieves V, Reyes del Paso G & Vila J.:** Treating chronic worry: Psychological and physiological effects of a training programme based on mindfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 2010a; 48: 873-882.

36. **Delgado LC, Guerra P, Perakakis P, Viedma del Jesús MI, Robles H y Vila J.:** (2010b) Eficacia de un programa de entrenamiento en Mindfulness y Valores Humanos como herramienta de regulación emocional y prevención del estrés. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*.
37. **Dua JK & King DA.:** Heart rate and skin conductance as measures of worrying. *Behavioral Change*, 1987; 4: 26-32.
38. **Dugas MJ, Freeston JH, Ladouceur R, Rheame J, Provencher M & Boisvert MM.:** Worry themes in primary GAD, secondary GAD and other anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 1998; 12: 253-261.
39. **Dugas MJ, Buhr K & Ladouceur R.:** The role of intolerance and uncertainty in etiology and maintenance. In R.G. Heimberg, C.L. Turk, & D.S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorders: Advances in research and practice* (pp. 164-186). New York: Guilford, 2004.
40. **Eifert GH & Heffner M.:** The effects of acceptance versus control contexts on avoidance of panic-related symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 2003; 34: 293-312.
41. **Evans S, Ferrando S, Findler M, Stowell C, Smart C & Haglin D.:** Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders* 2008; 22: 716-721.
42. **Foa EB & Kozak MJ.:** Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 1986; 99: 20-35.
43. **Franco C.:** Intervención sobre los niveles de burnout y resiliencia en docentes de educación secundaria a través de un programa de conciencia plena (mindfulness). *Revista Complutense de Educación*, 2010; 21 (2): 271-288.
44. **García J.:** La práctica de estar atento (mindfulness) en medicina: Impacto en pacientes y profesionales. *Atención Primaria*, 2008; 40 (7): 363-6.
45. **Goldin P, Ramel W & Gross J.:** Mindfulness meditation training and self-referential processing in social anxiety disorder: Behavioral and neural effects. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 2009; 23 (3): 242-257.
46. **Grossman P, Niemann L, Schmidt S & Walach H.:** Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 2004; 57 (1): 35-43.
47. **Germer CK.:** Mindfulness and Psychotherapy. In C.K., Germer, R.D. Siegel, P.R. Fulton (eds). *Anxiety disorders: Befriending fear*. (pp. 152-172). New York: Guilford Press, 2005.
48. **Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG.:** Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. New York: Guilford Press, 1999.
49. **Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Folllette VM & Strosahl K.:** Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1996; 64: 6.
50. **Hayes SA, Orsillo SM & Roemer L.:** Changes in proposed mechanisms of action during an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior Research and Therapy*, 2010; 48: 238-245.
51. **Hazlett RL, McLeod DR, Hoehn-Saric R.:** Muscle tension in generalized anxiety disorder: Elevated muscle tonus or agitated movement? *Psychophysiology*, 1994; 31: 189-195.
52. **Hoehn-Saric R.:** Comparison of generalized anxiety disorder with panic disorder patients. *Psychopharmacological Bulletin*, 1982; 18: 104-108.
53. **Hoehn-Saric R, Hazlett RL & McLeod DR.:** Generalized anxiety disorder with early and late onset of anxiety symptoms. *Compr Psychiatry*, 1993; 34: 291-298.
54. **Hoehn-Saric R & Masek BJ.:** Effects of naloxone on normals and chronically anxious patients. *Biological Psychiatry*, 1981; 16: 1041-1050.
55. **Hoehn-Saric R & McLeod DR.:** The peripheral sympathetic nervous system: Its role in normal and pathological anxiety. *Psychiatric Clinics of North America*, 1988; 11: 375-386.
56. **Hoehn-Saric R, McLeod DR & Zimmerli WD.:** Somatic manifestations in women with generalized anxiety disorder: Physiological responses to psychological stress. *Archives of General Psychiatry*, 1989; 46: 1113-1119.
57. **Hofmann SG, Heering S, Sawyer AT & Asnaani A.:** How to handle anxiety: The effects of reappraisal, acceptance, and suppression strategies on anxious arousal. *Behaviour Research and Therapy* 2009; 47: 389-394.
58. **Hofmann SG, Moscovitch DA, Litz BT, Kim HJ, Davis LL & Pizzagalli DA.:** The worried mind: Autonomic and prefrontal activation during worrying. *Emotion*, 2005; 5: 464-475.
59. **Hussain D & Bhushan B.:** Psychology of meditation and health: present status and future di-



- reactions. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2010;10 (3): 439-451.
60. **Jönsson P.:** Respiratory sinus arrhythmia as a function. of state anxiety in healthy individuals. *International Journal of Psychophysiology* 2007; 63: 48-54.
  61. **Kabat-Zinn J.:** *Vivir con plenitud las crisis*. Barcelona: Kairos, 2006.
  62. **Kabat-Zinn J, Massion MD, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert L.:** Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 1992; 149: 936-943.
  63. **Kabat-Zinn J.:** *Wherever you go there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. Nueva York: Hyperion, 1994.
  64. **Kabat-Zinn J, Chapman A & Salmon P.:** The relationship of cognitive and somatic components of anxiety to patient preference for alternative relaxation techniques. *Mind/Body Medicine*, 1997; 2: 101-109.
  65. **Karteroliotis C & Gil DL.:** Temporal changes in psychological and physiological components of state anxiety. *Journal Sport Psychological*, 1987; 9: 261-274.
  66. **Kelsey RM.:** Electrodermal lability and myocardial reactivity to stress. *Psychophysiology*, 1991; 28: 619-633.
  67. **Kim YW, Lee S, Choi TK, Suh SY, Kim B, Kim CM, Cho SJ, Kim MJ, Yook K, Ryu M, Song SK & Yook K.:** Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. *Depression and anxiety*, 2009; 26: 601-606.
  68. **Kristeller JL.:** Mindfulness meditation. In Leher, P.M., Woolfolk, R.L., & Sime, W.E., (Eds.), *Principles and Practice of Stress Management*. Nueva York: Guilford Press, 2007.
  69. **Lader MH & Wing L.:** Habituation of the psychogalvanic reflex in patients with anxiety states and in normal subjects. *Journal Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1964; 27: 210-218.
  70. **Lazar SW.:** Mindfulness research. In C.K., Germer, R.D. Siegel, P.R. Fulton (eds). *Anxiety disorders: Befriending fear*. (pp. 152-172). Nueva York: Guilford Press, 2007.
  71. **Levitt JT, Brown TA, Orsillo SM & Barlow DH.:** The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior Therapy*, 2004; 35: 747-766.
  72. **Lee JK, Orsillo SM, Roemer L & Allen LB.:** Distress and avoidance in generalized anxiety disorder: exploring the relationship with intolerance of uncertainty and worry. *Cognitive Behavior Therapy*, 2010; 39 (2): 126-136.
  73. **Linehan M.:** *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford Press, 1993a.
  74. **Linehan M.:** *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford Press, 1993b.
  75. **Lykins EB & Baer RA.:** Psychological functioning in a sample of long-term practitioners of mindfulness meditation. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 2009 23 (3): 226-241.
  76. **Lyonfields JD, Borkovec TD & Thayer JF.:** Vagal tone in generalized anxiety disorder and the effects of aversive imagery and worrisome thinking. *Behavior Therapy*, 1995; 26: 457-466.
  77. **MacLeod C & Rutherford E.:** Information-processing approaches: Assessing the selective functioning of attention, interpretation, and retrieval. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorders: Advances in research and practice* (pp. 109-142). Nueva York: Guilford, 2004.
  78. **Martín A & García de la Banda G.:** Las ventajas de estar presente: desarrollando una conciencia plena para reducir el malestar psicológico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2007; 7 (2): 369-384.
  79. **Martín A & García de la Banda G.:** The mindfulness-based stress reduction program (MBSR) reduces stress-related psychological distress in healthcare professionals. *The Spanish Journal of Psychology*, 2010; 13 (2): 895-903.
  80. **Mathews A.:** Why Worry? The cognitive function of anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 1990; 28: 455-468.
  81. **Mennin DS, Heimberg RG, Turk CL & Fresco DM.:** Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 2005; 43: 1281-1310.
  82. **Metzger RL, Miller ML, Cohen M, Sofka M & Borkovec T D.:** Worry changes decision-making: The effect of negative thoughts on cognitive processing. *Journal of Clinical Psychology*, 1990; 46: 78-88.
  83. **Miller JJ, Fletcher K & Kabat-Zinn J.:** Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety



- disorders. *General Hospital Psychiatry*, 1995; 17: 192-200.
84. **Pérez MA & Botella L.:** Conciencia plena (Mindfulness) y psicoterapia: Concepto, evaluaciones y aplicaciones clínicas. *Revista de Psicoterapia*, 2006; 16, 66/67: 77-120.
  85. **Roemer L, Lee JK, Salters-Pedneault K, Erisman SM, Orsillo SM & Mennin DS.:** Mindfulness and Emotion Regulation Difficulties in Generalized Anxiety Disorder: Preliminary Evidence for Independent and Overlapping Contributions. *Behavior Therapy*, 2009; 40: 142-154.
  86. **Roemer L, Orsillo SM & Salters-Pedneault K.:** Efficacy of an acceptance-based behaviour therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2008; 76 (6): 1083-1089.
  87. **Roemer L & Orsillo SM.:** An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 2007; 38: 72-85.
  88. **Roemer L, Salters-Pedneault K & Orsillo SM.:** Incorporating mindfulness - and acceptance-based strategies in the treatment of generalized anxiety disorder. En R. Baer (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*. Amsterdam: Elsevier Academic Press 2006.
  89. **Roemer L, Salters-Pedneault K, Raffa S & Orsillo SM.:** Fear and avoidance of internal experiences in GAD: Preliminary tests of a conceptual model. *Cognitive Therapy and Research*, 2005; 29: 71-88.
  90. **Roemer L & Orsillo SM.:** An acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. In S. M. Orsillo, & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment* (pp. 213-240). New York: Springer, 2005.
  91. **Roemer L, Orsillo SM, Mindfulness:** A Promising Intervention strategy in need of further study. *Clinical psychology: Science and practice*, 2003; 10: 172-178.
  92. **Roemer L & Orsillo SM.:** Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2002; 9: 54-68.
  93. **Roemer L Molina S & Borkovec TD.:** An investigation of worry content among generally anxious individuals. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1997; 185: 314-319.
  94. **Segal ZV, Williams JMG y Teasdale JD.:** *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Nueva York: Guilford Press. (Edición en español en Desclée de brouwer), 2002.
  95. **Seegerstrom SC, Glover DA, Craske MG & Fahey JL.:** Worry affects the immune response to phobic fear. *Brain, Behavior, and Immunity*, 1999; 13: 80-92.
  96. **Shapiro SL, Carlson L, Astin JA & Freedman B.:** Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 2006; 62 (3): 373-386.
  97. Shapiro S & Schwartz G.: *Intentional systemic mindfulness: An integrative model for self-regulation and health*. *Advances in Mind-Body Medicine*, 1999; 15: 128-134.
  98. **Sicras A, Milagrosa B, Navarro R, Rejas J.:** Perfil de uso de recursos y costes en pacientes que demandan atención por fibromialgia o trastorno de ansiedad generalizada en el ámbito de la atención primaria de salud. *Atención Primaria*, 2009; 41 (2): 77-84.
  99. **Smith JC.:** *Relaxation, Meditation & Mindfulness: A Mental Health's Practitioner's Guide to New and Traditional Approaches*. New York: Springer, 2010.
  100. **Stöber J.:** Worry, problem elaboration and suppression of imagery: The role of concreteness. *Behaviour Research and Therapy*, 1998; 36: 751-756.
  101. **Tallis F & Eysenck MW.:** Worry: mechanisms and modulating influences. *Behavior Cognitive Psychotherapy*, 1994; 22: 37-56.
  102. **Thayer JF, Friedman BH & Borkovec TD.:** Autonomic characteristics of generalized anxiety disorder and worry. *Biological Psychiatry*, 1996; 39: 255-266.
  103. **Vallejo MA.:** Mindfulness o atención plena: de la meditación y la relajación a la terapia. En F.J. Labrador (Ed.), *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide, 2008.
  104. **Vallejo MA.:** Mindfulness. *Papeles del Psicólogo*, 2006; 27(2): 92-99.
  105. **Wells A.:** A cognitive model of GAD: Metacognitions and pathological worry. In R.G. Heimberg, C.L. Turk, & D.S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorders: Advances in research and practice* (pp. 164-186). New York: Guilford Press, 2004.
  106. **Wells A.:** GAD, Metacognition, and mindfulness: An Information processing analysis. *Clinical Psychology Science and Practice* 2002; 9: 95-100.
  107. **Wells A & Carter K.:** Preliminary tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder.

- 
- der. Behaviour Research and Therapy, 1999; 37: 585-594.
108. **Wells A & Papageorgio C.:** Worry and the incubation of intrusive images following stress. Behaviour Research and Therapy, 1995; 33: 579-583.
109. **Wilhelm FH, Trabert W & Roth WT.:** Physiologic instability in panic disorder and generalized anxiety disorder. Biological Psychiatry, 2001; 49: 596-605.
110. **Williams JM.:** Mindfulness and psychological process. Emotion, 2010; 10 (1): 1-7.
111. **Wilson KG & Murrell AR.:** Values work in acceptance and commitment therapy: setting a course for behavioral treatment. In S.C. Hayes, V.M. Follette, & M.M. Linehan (Eds.), Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition (pp. 120-151). New York: Guilford, 2004.