

UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

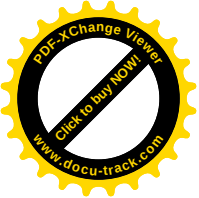
Trabajo Fin de Grado

Descripción de terapias alternativas para los trastornos de ansiedad.

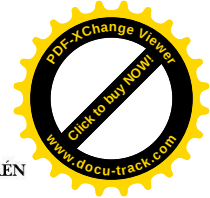
Alumno/a: Triana Valderrama Rubio.

Tutor: Prof. D. Jesús Alberto Jara Arias
Dpto: Enfermería

Mayo, 2016



Triana María Valderrama Rubio



UNIVERSIDAD DE JAÉN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Grado de Enfermería

Trabajo Fin de Grado

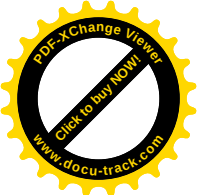
Descripción de terapias alternativas para los trastornos de ansiedad.

Alumno/a: Triana Valderrama Rubio.

Tutor: Prof. D. Jesús Alberto Jara Arias

Dpto: Enfermería

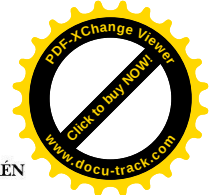
Mayo, 2016

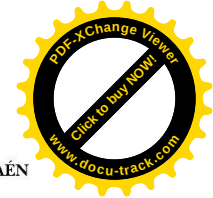
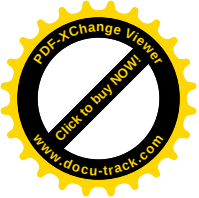


Triana María Valderrama Rubio



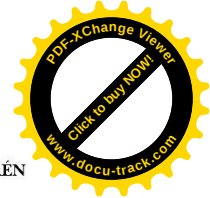
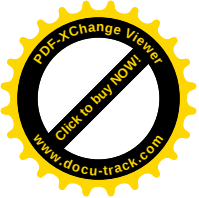
UNIVERSIDAD DE JAÉN



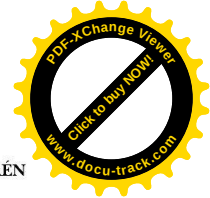
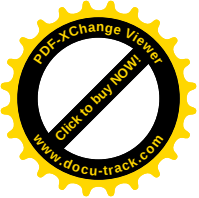


ÍNDICE

RESUMEN/ABSTRACT.....	Pág. 5-6.
1. INTRODUCCION.....	Pág. 7-20.
1.1 Marco conceptual.....	Pág. 7-10.
1.2 Etiología.....	Pág. 10-11.
1.2.1 Factores predisponentes... ..	Pág. 10-11.
1.2.2 Factores de mantenimiento... ..	Pág. 11.
1.3 Manifestaciones clínicas observables.....	Pág. 11-12.
1.3.1 Físicos... ..	Pág. 11.
1.3.2 Psicológicos... ..	Pág. 11.
1.3.3 De conducta... ..	Pág. 11.
1.3.4 Cognitivos... ..	Pág. 12.
1.3.5 Sociales... ..	Pág. 12.
1.4 Clasificación.....	Pág. 12-14.
1.5 Epidemiología.....	Pág. 14.
1.6 Tratamiento.....	Pág. 14-20.
1.6.1 Tratamiento farmacológico... ..	Pág. 14-15.
1.6.2 Tratamiento alternativo... ..	Pág. 15-20.
1.7 Justificación del tema.....	Pág. 20.
2. OBJETIVOS.....	Pág. 21.
2.1 Objetivo principal... ..	Pág. 21.
2.2 Objetivos secundarios... ..	Pág. 21.



3. METODOLOGÍA.....	Pág. 21-27.
3.1 Diseño.	Pág. 21.
3.2 Criterios de inclusión.	Pág. 21.
3.3 Criterios de exclusión.	Pág. 21-22.
3.4 Estrategia de búsqueda.	Pág. 22-26.
3.5 Diagrama de flujo.	Pág. 27.
4. RESULTADOS.....	Pág. 28-35.
5. CONCLUSIÓN/DISCUSIÓN.....	Pág. 36-39.
6. BIBLIOGRAFIA.....	Pág. 39-43.



RESUMEN:

Introducción: La ansiedad es una de las principales causas por las que las personas visitan al médico de atención primaria, siendo un síntoma presente en multitud de enfermedades. Tanta importancia tiene, que la OMS tiene una clasificación de enfermedades basadas en este síntoma.

Objetivo: El objetivo del presente trabajo es, identificar el grado de conocimiento sobre las terapias alternativas en trastornos de ansiedad.

Metodología: He realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos nacionales como internacionales. Esta búsqueda se enriquece haciendo uso de los operadores booleanos que nos ofrece todos los buscadores, en mi caso he utilizado los operadores lógicos “AND” y “OR”, así como el uso de los paréntesis para introducir relaciones de sinónimos. En total he elegido 18 estudios finales para la elaboración de mi trabajo.

Resultados: En general los resultados obtenidos nos muestran una mejora en los síntomas de los trastornos de ansiedad, siendo por tanto las terapias basadas en el mindfulness aceptables, beneficiosas y eficaces para este tipo de problema, pero por otro lado nos indican que estos resultados son preliminares debido a las limitaciones que presentan los estudios.

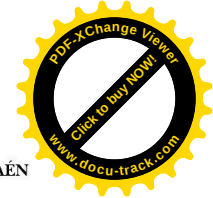
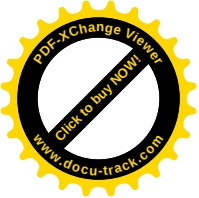
Conclusiones: Existe una gran cantidad de bibliografía referente al mindfulness, sus diferentes técnicas y sus diferentes aplicaciones, un tema de estudio que dejan muchos interrogantes sin contestar y muchas puertas de entrada para estudios futuros.

Palabras clave: Trastornos de ansiedad, terapia cognitiva y Mindfulness

ABSTRACT:

Introduction: Anxiety is one of the main reasons why people visit the primary care, being a symptom present in much illness. It is very important that OMS is rated based on these symptom diseases.

Objectives: The objective of this study is to identify the degree of knowledge about alternative therapies for anxiety disorders.

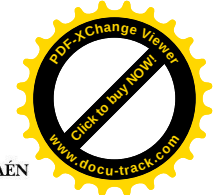
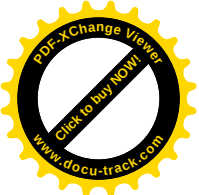


Methods: I have done a literature search in national and international different databases. I have using a “boolean operators”. In my case, I used the logical operators "AND" and "OR", and the use of parentheses to introduce synonyms relations. Finally, I chose 18 final studies for the development of my work.

Results: In general the results confirm an improvement in symptoms of anxiety disorders. These therapies based in Mindfulness are acceptable, beneficial and effective for this type of problem, but on the other hand suggest that these results are preliminary due to the limitations of the studies.

Conclusions: There is a lot of literature concerning the mindfulness, different techniques and different applications, a subject of study left many questions unanswered and many open doors for future studies.

Key words: Anxiety disorders, cognitive therapy and Mindfulness



1. INTRODUCCIÓN

1.1 Marco conceptual.

La ansiedad constituye un elemento central en psicopatología. Es un componente presente en la mayor parte de los trastornos psicológicos y psicosomáticos.

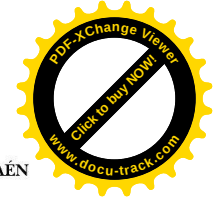
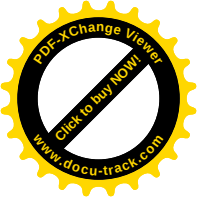
Por otra parte, las investigaciones epidemiológicas y clínicas demuestran que los denominados trastornos de ansiedad representan el problema mental más frecuente entre todos los trastornos psiquiátricos. Además, la ansiedad es una de las principales causas por las que las personas visitan al médico de atención primaria. Dicho esto, deberían ser razones más que suficientes para que se dedicase una atención especial a la ansiedad y a los trastornos basados en ésta.¹

¿Qué entendemos por ansiedad?, primero debemos de diferenciar entre ansiedad normal/fisiológica y lo contrario, ansiedad patológica.

La ansiedad es una emoción normal que surge ante una anticipación de un daño o desgracia futura o que se experimenta en situaciones en las cuales nos sentimos amenazados. Este estado mental se acompaña de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de cambios fisiológicos que se preparan para la defensa o huida, como el aumento de la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la respiración y la tensión muscular. Pueden sumarse otros cambios como consecuencia del aumento de la actividad simpática, como el temblor, la poliuria y la diarrea.

Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal y que constituye una respuesta fisiológica habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día, siendo estos cambios las respuestas normales. Una ansiedad moderada puede ayudarnos a mantenernos concentrados, por ejemplo; hablar frente a un grupo para la mayoría de nosotros es una situación estresante, pero eso nos motiva a prepararnos y hacerlo bien.

Cuando sobrepasa cierta intensidad, produciéndose una respuesta fisiológica desproporcionada y de larga duración o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como psicosocial.²⁻⁴



<i>Ansiedad fisiológica</i>	<i>Ansiedad patológica</i>
Respuesta normal	Respuesta desproporcionada
Función adaptativa	Función desadaptativa
Es leve	Bastante grave
Mejora el rendimiento diario	Afecta el rendimiento diario
Menor respuesta somática	Mayor respuesta somático (patológica)
No genera atención psiquiátrica	Genera atención psiquiátrica

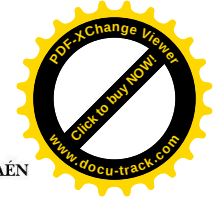
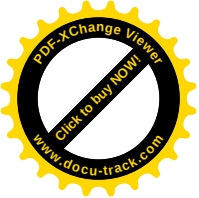
TABLA 1. Diferencia entre ansiedad normal y patológica. Fuente: Guía de actuación en A.P. Trastorno de ansiedad.

Elaboración propia

El término ansiedad generalmente se asocia a otras definiciones como; miedo, fobia, angustia y estrés. Estos términos unas veces se han empleado con un significado más o menos equivalente, y otras veces no. Esto, lógicamente, además de crear confusión confiere ambigüedad al término ansiedad.

Los términos de ansiedad y angustia derivan de la raíz indogermánica angh, que significa estrechez y constricción, y también malestar o apuro. A partir de la influencia latina (distinguió entre anxietas y angor), y posteriormente mediante el influjo de la psiquiatría francesa, que diferenció entre anxieté (malestar e inquietud del espíritu) y angoisse (sentimiento de constricción epigástrica, dificultades respiratorias e inquietud), se estableció en nuestro país (tradición psiquiátrica española) la separación entre ansiedad (predominio de componentes psíquicos) y angustia (predominio de componentes físicos).¹

Conviene, por tanto, adentrarnos en la evolución histórica del término. En este sentido, McReynolds (1975) apunta como fecha de aparición del concepto el período helenístico griego (c. a. 350 a. J.) y como término técnico es ya utilizado en 1747 por el autor desconocido de “Exploración sobre el origen de los apetitos y afectos humanos” que proponía que un estado de incertidumbre conduce a un estado de ansiedad.



Posteriormente Battie (1758) y Kierkegaard (1844) y varios autores más utilizan el término.⁵

El escocés William Cullen (1710-1790) creó el término *neurosis*, que utilizó por vez primera en 1769. Cullen era miembro destacado de la escuela médica de Edimburgo durante la Ilustración, y acuñó el concepto de “neurosis” para denominar a las que entonces se llamaban “enfermedades nerviosas”.⁶

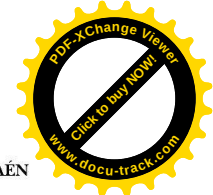
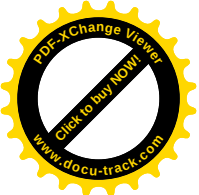
El contenido original del término neurosis, introducido en su *Synopsis nosologiae methodicae*, se refería a una afección general del sistema nervioso que cursaba sin fiebre ni afección local de algún órgano, y que comprometía “los sentimientos” y “el movimiento”.⁷

Cullen consideró que las neurosis (irritabilidad, nerviosismo, estado de ánimo deprimido, etc.) eran trastornos producidos por alteración del sistema nervioso (alteración en los fluidos neurales). Esta concepción, que coincidía con la moda «neurocéntrica» de la segunda mitad del siglo XVIII, significó conceptualizar los trastornos emocionales como alteraciones del sistema nervioso.

Es a partir del último tramo del siglo XIX, mediante la influencia de Sigmund Freud (1856-1939), es cuando comienza a desarrollarse, de forma significativa, el concepto de neurosis y, en particular, la psicopatología de la neurosis. Freud conceptualizó la ansiedad en términos de una «teoría de señal de peligro», destacando que aquella consistía en una reacción emocional que servía para señalar la presencia de una situación peligrosa y/o amenaza.

Asimismo, distinguió entre dos grandes tipos de neurosis según que la ansiedad fuera experimentada o inferida. En el primer tipo («ansiedad sentida») incluyó las neurosis fóbicas y las neurosis de ansiedad, y en el segundo («ansiedad inferida») la neurosis obsesivo-compulsiva y la histeria. La teoría de Freud sirvió para conceptualizar definitivamente las neurosis como trastornos de origen no orgánico (en contra de los supuestos originales de Cullen).

Podríamos decir que, hasta épocas muy recientes, los sistemas categoriales sobre los trastornos de ansiedad han estado dominados por el concepto de neurosis. Si tomamos como punto de referencia el sistema de clasificación y diagnóstico más influyente en el mundo occidental, este es, el Diagnostic and statistical manual (DSM) de la American



Psychiatric Association (APA), se constata que la primera edición (DSM-I), publicada en 1952, y la segunda (DSM-II), publicada en 1968, entienden los trastornos asociados a la ansiedad como trastornos psiconeuróticos (psiconeurosis: término utilizado por Freud para denotar el origen psicológico de estos trastornos) en el primer caso, y como trastornos neuróticos (neurosis) en el segundo. Ambas denominaciones poseen esencialmente idéntico significado y, en ambas, la ansiedad desempeña un papel central.

La publicación de la tercera edición del DSM (DSM-III; APA, 1980) significó un cambio radical sobre sus antecesores. De hecho, el DSM-III, comparado con las anteriores ediciones del DSM, es más descriptivo y detallado, más específico, más fiable y válido. Además, el DSM incluye por primera vez el grupo de los “trastornos de ansiedad”.

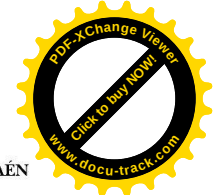
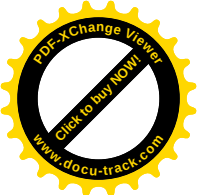
El paso del DSM-III-R al DSM-IV no supone un cambio estructural significativo en la clasificación de los trastornos de ansiedad. Las principales modificaciones se refieren a especificación de criterios y tipos (dentro de categorías), así como a la inclusión de nuevas categorías.

Hace más de 2.000 años que los antiguos «médicos» diferenciaron muchas de las características clínicas que hoy identificamos como componentes de los trastornos de ansiedad, pero como dice el viejo proverbio, la clasificación de los trastornos de ansiedad tiene un largo pasado, pero una historia muy reciente.¹

1.2 Etiología.

1.2.1 Factores predisponentes:

- Los genes: Algunas personas nacen más predispuestas a generar comportamientos ansiosos que otras. Los estudios científicos sugieren que estos problemas pueden heredarse a través de los genes.
- Determinadas circunstancias: A veces es obvio lo que produce la ansiedad y ésta desaparece cuando se suprime el problema. Sin embargo, algunas circunstancias son tan amenazantes -como accidentes de tráfico o incendios- que la ansiedad permanece incluso mucho tiempo después del accidente. Uno se puede sentir nervioso y ansioso durante meses o años después, incluso aunque haya salido ileso.



- Las drogas: Drogas como las anfetaminas, el LSD o el éxtasis, e incluso para algunas personas la cafeína del café, pueden producir ansiedad.
- Experiencias vitales: Tanto malas experiencias en el pasado como grandes cambios en el presente- por ejemplo el embarazo, cambio de puesto de trabajo o perderlo, mudarse, etc., pueden producir ansiedad.

1.2.2 Factores de mantenimiento:

- Estresantes: Mantiene la ansiedad produciéndose cronicidad y repercutiendo en la calidad de vida, por ejemplo; un trabajo por turnos, perder el puesto de trabajo, crisis económica, etc.^{8,9}

1.3 Manifestaciones clínicas observables.

La ansiedad es un síntoma presente en multitud de enfermedades. Tanta importancia tiene, que la OMS tiene una clasificación de enfermedades basadas en este síntoma. Las manifestaciones sintomatológicas objetivas de la ansiedad son muy variadas y pueden clasificarse en diferentes grupos:

1.3.1 Físicos

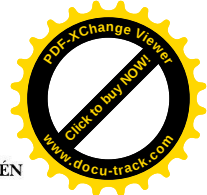
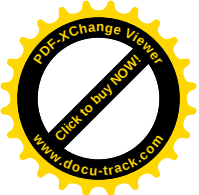
Taquicardia palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, “nudo” en el estómago, etc. Si la activación neurofisiológica es muy alta pueden aparecer alteraciones del sueño, la alimentación y la respuesta sexual.

1.3.2 Psicológicos

Inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, inseguridad, temor a perder el control, dificultad para tomar decisiones. En casos más extremos, temor la muerte, la locura, o el suicidio.

1.3.3 De conducta

Estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos, inquietud motora, dificultad para estar quieto y en reposo. Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal: posturas cerradas, rigidez, tensión de las mandíbulas, cambios en la voz, expresión facial de asombro, duda o crispación, etc.



1.3.4 Intelectuales o cognitivos

Dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de los despistes y descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, pensamientos distorsionados e importunos, incremento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, etc.

1.3.5 Sociales

Irritabilidad, ensimismamiento, dificultades para iniciar o seguir una conversación, en unos casos, y verborrea en otros, bloquearse o quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder, dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos, temor excesivo a posibles conflictos, etc.

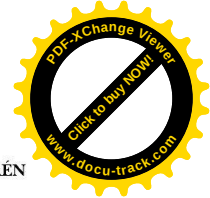
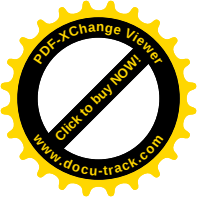
No todas las personas tienen los mismos signos, ni éstos la misma intensidad en todos los casos.¹⁰

1.4 Trastornos de ansiedad. Clasificación.

Como hemos hablado anteriormente, la historia del término ansiedad es muy reciente aunque inicialmente se englobaba dentro de la definición de “neurosis”, la cual fue empleada por primera vez por el profesor Cullen. Posteriormente, Freud entiende la ansiedad como “una señal de peligro” y es el componente central de un trastorno de origen psicológico.

A demás de estas y otras muchas teorías posteriores la *American Psychiatric Association* (APA) publica en los años 50; el *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM), un sistema de clasificación que actualmente va por la quinta edición.

En el DSM-I (1952) y DSM-II (1968) los trastornos asociados a la ansiedad reciben el nombre de, trastornos psiconeuróticos y trastornos neuróticos, respectivamente, pero tienen el mismo concepto. Con la publicación del DSM-III (1980), supone un gran cambio debido a que desaparece el término “neurosis” y aparece por primera vez el término “trastornos de ansiedad”. Las ediciones: DSM-III-R (1987), DSM-IV (1994), DSM-IV-TR solo se ha ido modificando criterios de clasificación y diagnóstico. Actualmente el DSM-V llama la atención porque hay una modificación considerable de



los trastornos de ansiedad, cambiando todo el sistema de clasificación lo cual está provocando numerosas críticas y desacuerdos.¹¹

La clasificación final por tanto del DSM-IV-TR sería la siguiente:

1. Crisis de angustia o “panic-attack”: aparición brusca de terror o miedo pavoroso, acompañado de una sensación de muerte inminente. Otros síntomas característicos son la opresión en el pecho, falta de aliento, palpitaciones o asfixia.

2. Agorafobia: aparición de ansiedad o comportamientos de evitación en lugares o situaciones donde es difícil escapar o es imposible encontrar ayuda en caso de que surja una crisis de angustia.

3. Trastorno de angustia sin agorafobia: crisis de angustia inesperada que provoca en el paciente un estado permanente de preocupación.

4. Trastorno de angustia con agorafobia: de manera inesperada surge una crisis de angustia y agorafobia al mismo tiempo.

5. Fobia específica: ansiedad como respuesta a una exposición a objetos temidos, situaciones en las cuales se pueden dar comportamientos de huida y evitación.

6. Fobia social: ansiedad del individuo que se enfrenta a situaciones sociales o actuaciones en público y suele dar lugar a comportamientos de evitación.

7. Trastorno obsesivo-compulsivo: obsesiones que causan ansiedad y las compulsiones sería el propósito de neutralizar ésta.

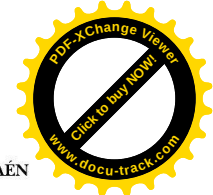
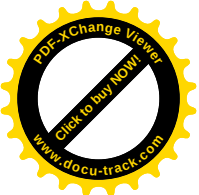
8. Trastorno por estrés postraumático: comportamiento de evitación a estímulos que re experimente o recuerde los acontecimientos traumáticos.

9. Trastorno por estrés agudo, parecido al estrés postraumático pero sus síntomas aparecen justo después del acontecimiento traumático.

10. Trastorno de ansiedad generalizada: cuando la ansiedad o las preocupaciones excesivas persisten durante al menos 6 meses.

11. Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica: cuando consideramos la ansiedad como síntoma secundario a los efectos fisiológicos de una enfermedad.

12. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias: síntomas de ansiedad secundarios a los efectos directos de una droga o fármaco.



13. Trastorno de ansiedad no especificado; todos aquellos trastornos que no cumplen los criterios diagnósticos anteriores.

Otro sistema muy utilizado para la clasificación de las enfermedades mentales es el publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), *Clasificación Internacional de las Enfermedades* (CIE). Hasta su séptima edición no incluye el término; “ansiedad” (1955). Hoy en día va por su décima publicación (CIE-10) que paradójicamente rescata el término “neurosis” que fue desechado por la DSM-III.¹²

1.5 Epidemiología.

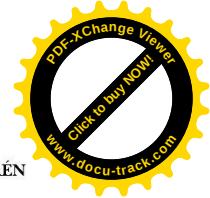
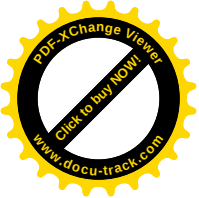
La ansiedad es motivo frecuente de consulta que se detecta en primer lugar en Atención Primaria. Afecta a uno de cada diez personas a lo largo de su vida. Según datos del Instituto Nacional de Estadística del 2013, en España los trastornos mentales afectan a 16.977 personas, de las cuales la proporción de hombres y mujeres es de 1:2, dicho de otro modo de 100 defunciones 4,2 son por esta causa.

En nuestro país existe poco estudios epidemiológicos sobre la prevalencia de estos trastornos en concreto un estudio de Gili et, determina que la crisis económica de España ha provocado que la prevalencia de trastorno de ansiedad generalizada haya aumentado de un 11.7%, según los datos recogidos en 2006-2007, a un 19.7% en el año 2010-2011.⁹

En España el principal tratamiento es el farmacológico. La prevalencia de consumo de psicótrpos es mayor en las mujeres que en los hombres (2:1, dos mujeres frente a un hombre consumidor de psicótrpos) y el principal motivo la dificultad para dormir, la depresión o los problemas de ansiedad. Éste considerable consumo conlleva a; un importante gasto económico, efectos secundarios, problemas de adicciones, entre otros.¹³

1.6 Tratamiento farmacológico y alternativo.

Las enfermedades mentales han sido consideradas como algo sobrenatural desde las culturas más remotas o primitivas. Éstos enfermos eran sometidos a diversos rituales practicados por un hechicero o chamán. Hasta la época del Renacimiento no convive de forma simultánea la magia y las creencias médicas. En el siglo XIX, los fármacos pasan a un papel secundario y predominan los tratamientos clásicos, pero es en el siglo XX cuando se crean los primeros fármacos con acción antidepresiva.⁹

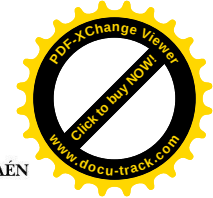
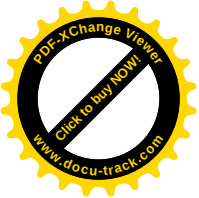


1.6.1 Tratamiento farmacológico principal:

- Ansiolíticos; son los más utilizados, sobretodo las benzodiacepinas. Producen efecto tranquilizante, de manera casi instantánea reduce los síntomas de ansiedad y disminuye la frecuencia de los episodios de angustia. Los principales efectos adversos consisten en somnolencia, alteraciones de la memoria, alteraciones de la atención y de la concentración. El deterioro de estas funciones suele ser transitorio, es decir solo surgen mientras se está tomando la medicación y por lo tanto cesa con el abandono de ésta, además sólo se produce con el consumo de dosis elevadas y prolongadas en el tiempo. Otro inconveniente es que su consumo prolongado puede generar efectos de dependencia (adicción) y tolerancia (pérdida progresiva de efectividad).
- Antidepresivos; Son el tratamiento de primera elección, principalmente los ISRS y ISRN (Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina y de noradrenalina). Alta eficacia contra la ansiedad y escasos efectos colaterales, exceptuando la ganancia de peso, somnolencia y disfunción sexual. No crean dependencia, pero los primeros días pueden aumentar la ansiedad por este motivo es conveniente iniciar el tratamiento a dosis muy bajas. Otro inconveniente de los antidepresivos es que los efectos terapéutico no aparecen hasta la segunda o tercera semana del inicio del tratamiento y a su vez si pueden ir surgiendo de manera instantánea otros efectos adversos como la falta de apetito.¹⁴
- Beta-bloqueantes; controlan signos físicos de los trastornos de ansiedad como el temblor de manos, sudoración o palpitaciones. Suele tomarse cuando para situaciones estresantes como un discurso en público (fobia social).¹⁵

1.6.2 Tratamiento alternativo:

Los trastornos emocionales son muy comunes en las consultas de atención primaria y en atención especialidad, cuando hablamos de pacientes oncológicos por ejemplo, las terapias alternativas o psicoterapias son herramientas útiles y fáciles de aplicar por un profesional de salud. Es cierto que en las consultas no dispones del tiempo suficiente para llevar a cabo este tipo de técnicas, pero la solución está en realizar consultas



programas o bien realizarse en grupos, como aquellos que se hacen en los centros de salud para la educación maternal.

Existe una fina línea en cuanto hablamos de ansiedad normal o ansiedad patológica y no podemos olvidar que en el concepto de salud intervienen factores psico-sociales a los cuales estamos sometidos de manera continua durante nuestra vida. Dicho esto, puede que la clave esté en abordar estos factores para obtener eficacia en los tratamientos alternativos basados en la Psicología del aprendizaje.

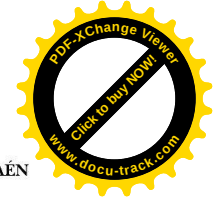
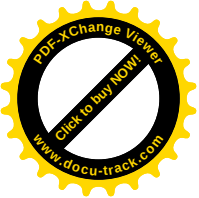
Cuando nos referimos a un tratamiento alternativo al medicamentoso, hablamos de la psicología clínica, la cual se está empezando a utilizar y extender entre la profesión enfermera, en la cual encontramos tres tipos de terapias de conducta o también llamadas generaciones.

Primera generación:

La primera generación de terapia de conducta o terapia conductual o modificación del comportamiento (Behavior Therapy) surge en 1950. Este tipo de terapia surgió con bases científicas aportadas por la psicología del aprendizaje lo que supuso, a su vez, una revolución frente a la psicología clínica establecida, dominada principalmente por el psicoanálisis. Defiende que los aprendizajes erróneos son los causantes de la enfermedad mental y sustituyéndolos por otros más adecuados corregirá los problemas psicológicos. Este tipo de terapia se basa en el condicionamiento clásico o pavloviano y el condicionamiento operante o skinneriano.^{16, 17}

Segunda generación:

La terapia cognitivo-conductual (cognitive therapy o cognitive behavioral therapy) constituiría la segunda generación de la terapia de conducta surgida en 1970. Se centrar en entender o interpretar las situaciones, el cómo piensa una persona ante un acontecimiento específico y como actúa, que influyen en los sentimientos y el comportamiento del individuo. Las terapias cognitivo-conductuales (TCC, así nombradas de ahora en adelante) nos pueden ayudar a cambiar la forma de pensar y de actuar. Estos cambios no harán sentirnos mejor puesto que las TCC se centran en problemas del aquí y ahora, es uno de los tratamientos más eficaces para aquellos trastornos donde la ansiedad y la depresión son el eje del problema. Cuando nos referimos a las TCC, tenemos que nombrar las muy conocidas Terapia Cognitiva de



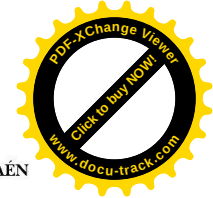
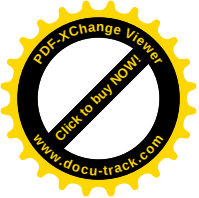
Beck, creada fundamentalmente para la depresión y la Terapia Racional-Emotiva de Ellis, que se encargar de sustituir ideas irracionales por otras más realistas.

Entre las técnicas y procedimientos terapéuticos más utilizados destacamos:

- La Desensibilización Sistemática (Desensitization, Psychologic), que consiste en asociar la relajación muscular con estímulos estresante con el fin de disminuir la ansiedad que producen a la persona. Esta técnica es muy valiosa en concreto para las fobias.
- La Implosión (Implosive Therapy), que es un procedimiento para disminuir la ansiedad por exposición a la situación o estímulo temido por el paciente hasta la saciedad. Técnica muy empleada para los trastornos fóbicos.
- La Terapia Aversiva (Aversive Therapy), que se aplica para suprimir el comportamiento indeseable, se expone al paciente a un estímulo y simultáneamente a las consecuencias desagradables.
- El Biofeedback (Biofeedback (Psychology)), que consiste en utilizar la información retroalimentada para aumentar el control voluntario de los propios procesos fisiológicos
- Técnicas de control físico: Relajación-Respiración, sirven para controlar emociones como la ansiedad, ira o cualquier emoción negativa en el momento de sentirla. La técnica consistirá en dividir nuestros músculos en grupos, contrayendo y relajando cada uno de ellos en un ambiente tranquilo.
- Biblioterapia, usar la literatura para la superar los problemas mentales con el objetivo fundamental es conseguir un cambio de conducta y cognitivo/emocional.¹⁶⁻¹⁹

Tercera generación:

La tercera generación de las terapias de conducta surge en 1990, aunque no se dan a conocer ampliamente hasta el año 2004. Este tipo de terapias se centran en que el paciente acepte su situación y se incorpora la meditación a la psicoterapia. Cuando hablamos de terapias de tercera generación tenemos que hablar del método Mindfulness o Conciencia plena, dejando bien claro que lo que hoy se conoce como Mindfulness o



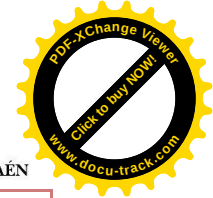
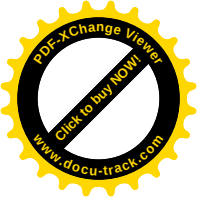
conciencia plena es originalmente una técnica utilizada desde hace más de 2500 años por parte de los budistas.

Varias son las definiciones de éste nuevo método de intervención, Hanh (1976), por ejemplo, la definió como “mantener la propia conciencia en contacto con la realidad presente” y Kabat-Zinn (1990) como “llevar la propia atención a las experiencias que se están experimentando en el momento presente, aceptándolas sin juzgar”. De forma más detallada, otros autores definen la conciencia plena como: “Una forma de atención, que no juzga, centrada en el presente, en la que cada pensamiento, sentimiento o sensación que aparece en el campo atencional es reconocida y aceptada tal como es” (Bishop *et al.*, 2004). Similarmente, para Cardaciotto (2005), la conciencia plena “Es la tendencia a ser consciente de las propias experiencias internas en un contexto de aceptación de esas experiencias sin juzgarlas”. “Si se define a la mente cómo el proceso que regula el flujo de energía y de información, la técnica de mindfulness consiste en estar atento a varios aspectos de la propia mente. Es una forma concreta de atender a las experiencias del aquí y el ahora, y a la propia naturaleza de la mente desarrollando una forma especial de atención” (Siegel, 2010).

El instituto de Mindfulness de España (esmindfulness.com) define este término como: “Una manera de prestar atención- a uno mismo, a los demás y al mundo- que permite a cada persona cultivar Resiliencia, adoptando maneras de ser y de actuar más positivas y eficaces. Consiste en un entrenamiento mental centrado en aceptar la realidad tal y como es, desarrollando la capacidad de manejar mejor las emociones aflitivas y difíciles”.^{20, 21}

Existen diversos enfoques terapéuticos que incorpora la conciencia plena estos son:

TERAPIA	AUTOR	DEFINICIÓN
Terapia de Reducción del Estrés Basada en la Atención Plena/Mindfulness (MBSR en inglés)	Kabat-Zinn, 1990	Terapia de reducción del estrés y mejora del bienestar mediante la aplicación del Mindfulness y yoga.

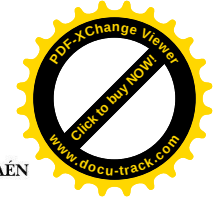
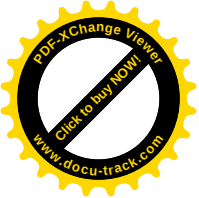


Terapia Cognitiva basada en el Mindfulness (MBCT en inglés)	Segal, Williams, & Teasdale, 2002	Se usa principalmente para las recaídas de la depresión. Se centra en la relación de paciente-emociones.
Terapia de Aceptación y Compromiso	Hayes, McCurry, Afari & Wilson, 1991 Wilson & Luciano, 2002	Terapia que nos enseña a aceptar las emociones que van surgiendo a lo largo de la vida, incluso aquellas negativas de manera que aprendamos a gestionarlas para vivir según nuestros valores.
Terapia Dialéctica Conductual	Linehan, 1993	Busca el equilibrio entre el cambio y la aceptación. Enseña a que las personas controlen sus mentes y no viceversa. Habilidades del “qué” y el “cómo”.
Terapia Breve Relacional	Safran y Muran, 2005	Forma particular de abordar las sesiones de psicoterapia, mediante la incorporación del entrenamiento de la conciencia plena para los pacientes y terapeutas.

TABLA 2: Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación. Revista Internacional de Psicología. Elaboración propia.

En España existe el Instituto Nacional de Mindfulness (esmindfulness.com), enseña entrenar el mindfulness mediante la terapia de reducción de estrés basada en la conciencia plena (MBSR). Ésta terapia, creada por Jon Kabat-Zinn en el Centro Médico de la Universidad de Massachusetts, EEUU en 1979, es un programa psico-educativo de 8 semanas de duración. Los beneficios de MBSR se centran en tres ámbitos principales:

- **Resiliencia, bienestar y la salud física y psicológica** (reducción del estrés, manejo del dolor en caso de enfermedades crónicas).



- **El refuerzo de competencias** y el cultivo de actitudes personales más positivas y eficaces (desarrollo de la capacidad atencional, mejora de habilidades de inteligencia emocional y social tales como la regulación emocional, la escucha y la comunicación, toma de decisiones).
- **Una mayor presencia y mejor conexión** con las personas (empatía, confianza, capacidad de establecer vínculos y relaciones interpersonales).

Por último hablar del programa mindfulness online, programa pensado para aquellas personas que no pueden realizarlo de forma presencial. Consiste en 8 semanas de entrenamiento, por lo menos el realizado en España a través del instituto esmindfulness, sostienen que es un formato igual de eficaz al igual que los programas presenciales.

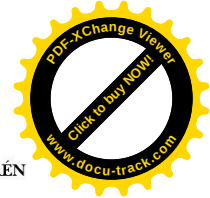
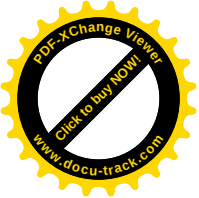
Es tiempo de abrir las puertas a nuevos métodos/intervenciones de conciencia plena para los trastornos de ansiedad puesto que son respaldados por más de 30 años de evidencias científicas.²²

1.7 Justificación del tema.

Según los datos recogidos por el INE (Instituto Nacional de Estadística) en 2013 en España, las enfermedades mentales y trastornos del comportamiento afectan a 16.977 personas, es decir un 4,3% del total de las defunciones. De esta cifra la prevalencia de mujeres afectadas, (11.205) es considerablemente mayor frente a la de hombres (5.772), esto es debido a que las mujeres tienen más riesgo de padecerlas por el rol social que desempeñan.

Entre los problemas de salud mental, los trastornos de ansiedad constituyen altos niveles de incapacidad en la población, proporcionando un impacto considerable en el bienestar de aquella persona que la padece, seguidos de los depresivos.

En España, los pacientes que son atendidos en Atención Primaria por algún tipo de trastorno mental, el tratamiento recibido es exclusivamente farmacológico, cuya prevalencia de consumo de psicótrópos es mayor en la mujer que en el hombre. Por este motivo cobra relativa importancia el conocimiento, por parte de los profesionales de salud, de métodos alternativos para el tratamiento de éste síntoma tan característico como es la ansiedad que está presente en casi todas las enfermedades conocidas.^{2, 9, 14}



2 .OBJETIVOS

2.1 Objetivo principal.

Realizar una búsqueda de información para identificar el grado de conocimiento sobre las terapias alternativas en trastornos de ansiedad.

2.2 Objetivos específicos.

2.2.1 Resaltar la eficacia de las terapias cognitivas-conductuales como tratamiento de primera línea en los trastornos de ansiedad en la actualidad.

2.2.2. Identificar la eficacia del Mindfulness como tratamiento de los trastornos de ansiedad.

2.2.3. Determinar la eficacia del mindfulness online para los trastornos de ansiedad.

3. METODOLOGÍA

3.1 Diseño.

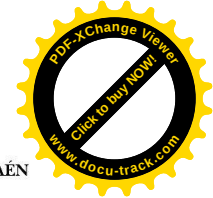
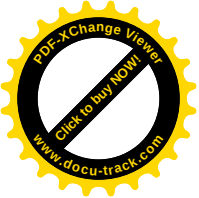
He realizado un estudio de investigación secundaria, revisión bibliográfica narrativa estructurada, que recopila la información de otros estudios primarios y secundarios.

3.2 Criterios de inclusión.

- Estudios primarios y secundarios
- Los artículos deben ser en inglés, portugués y/o español
- La población de estudio estará comprendida desde niños hasta personas mayores (>65 años) y ambos sexos que tenga un tipo de trastorno de ansiedad.
- Deben mostrar resultados sobre las terapias alternativas

3.3 Criterios de exclusión.

- Estudios que no incluyan mi población de estudio, personas con algún tipo de trastorno de ansiedad.



- Estudios que no incluyan el tratamiento de tercera generación, Mindfulness, cómo método alternativo.
- Estudios no relevantes para mi investigación

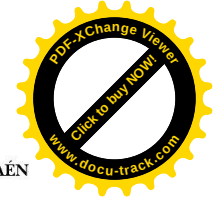
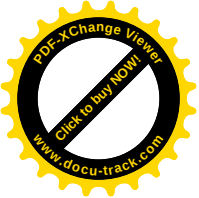
3.4 Estrategia de búsqueda:

Para realizar mi revisión bibliográfica he realizado un proceso de búsqueda de información en las diferentes bases de datos electrónicas tanto nacionales como internacionales, de las cuales tenemos acceso desde la biblioteca de la Universidad de Jaén. Por otra parte también se ha consultado páginas web especializadas en mi tema como sitios web oficiales con el fin de obtener una información lo más veraz y actualizada posible.

Mi búsqueda bibliográfica se extendió desde el 26 de noviembre del 2015 hasta el 21 de marzo del 2016. He tenido que realizar dos veces la búsqueda porque en mi primera búsqueda utilice como criterio de exclusión, la opción de “free full test”, descartando documentos en los cuales con el resumen pueden darme datos suficientes para mi trabajo.

CRONOGRAMA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA			
BASES DE DATOS	1º BÚSQUEDA	2º BÚSQUEDA	DOC. ENCONTRADOS
<i>PUBMED</i>	26/11/15 – 29/11/15	11/03/16	99
<i>CINHAL</i>	22/12/15	18/03/16	18
<i>PSYCINFO</i>	22/12/15	18/03/16	162
<i>MEDLINE</i>	-	18/03/16	162
<i>CSIC</i>	-	19/03/16	8
<i>CUIDEN PLUS</i>	-	19/03/16	28
<i>COCHRANE PLUS</i>	-	21/03/16	50
<i>SCOPUS</i>	-	21/03/16	208

Los términos DeCS utilizados en las bases de datos nacionales han sido: trastornos de ansiedad, terapias cognitivas y Mindfulness. Los términos MeSH utilizados en las bases de datos internacionales han sido: anxiety disorders, cognitive therapy y Mindfulness



Según la bases de datos la búsqueda realizada ha sido simple, en la cual introducimos nuestra cadena de búsqueda en una única caja o por lo contrario se ha utilizado la opción de búsqueda avanzada, utilizando varias cajas. Esta búsqueda se enriquece haciendo uso de los operadores booleanos que nos ofrece todos los buscadores, en mi caso he utilizado los operadores lógicos “AND” y “OR” , así como el uso de los paréntesis para introducir relaciones de sinónimos y además etiquetas de campo en las bases de datos que lo permitan, en mi caso lo utilicé en:

Pubmed:

- **[mh]**; Busca el término como tesauro en esta base de datos.
- **[tiab]**; Restringe la búsqueda a artículos que contengan el término en el título y/o en el resumen.

CINHAL.

- **MH**; Busca el término como tesauro.
- **AB**; Restringe la búsqueda a artículos que contengan el término en el título y/o en el resumen.

PsycINFO:

- **SU**; Busca el término como tesauro.
- **AB**; Restringe la búsqueda a artículos que contengan el término en el título y/o en el resumen.

El acceso y localización de la información relevante para la realización del mi TFG, proviene de las siguientes bases de datos: PUBMED, CINAHL, PSYCINFO, COCHRANE PLUS, CUIDEN PLUS, CSIC, MEDLINE PLUS Y SCOPUS.

Pubmed: La cadena de búsqueda utilizada es:

(anxiety disorders[mh] or anxiety disorders[tiab]) and (cognitive therapy[mh] or cognitive therapy[tiab]) and (mindfulness[mh] or mindfulness[tiab]) mindfulness[tiab])

PUBMED			
<u>Palabras clave</u>	Nº Documentos encontrados	Nº Documentos descartados (por el título y resumen)	Nº Documentos elegidos
Anxiety disorders, cognitive therapy and Mindfulness	99	39	60

CINAHL: La cadena de búsqueda utilizada es:

(MH anxiety disorder OR AB anxiety disorder) AND (MH cognitive therapy OR AB cognitive therapy) AND (MH mindfulness or AB mindfulness)

CINAHL			
<u>Palabras clave</u>	Nº Documentos encontrados	Nº Documentos descartados (por el título y resumen)	Nº Documentos elegidos
Anxiety disorders, cognitive therapy and Mindfulness	18	9	9

PsycINFO: La cadena de búsqueda es:

(SU(anxiety disorder) OR AB(anxiety disorder)) AND (SU(cognitive therapy) OR AB(cognitive therapy)) AND (SU(mindfulness) OR AB(mindfulness))

PsycINFO			
<u>Palabras clave</u>	Nº Documentos encontrados	Nº Documentos descartados (por el título y resumen)	Nº Documentos elegidos
Anxiety disorders, cognitive therapy and Mindfulness	162	122	40

Cochrane Plus: En ésta base de datos realicé una búsqueda avanzada, introduciendo en tres cajas diferentes mis palabras clave y de operador booleano el “AND”.

Cochrane Plus			
<u>Palabras clave</u>	Nº Documentos encontrados	Nº Documentos descartados (por el título y resumen)	Nº Documentos elegidos
Anxiety disorders, cognitive therapy and Mindfulness	50	47	3

Cuiden Plus: La cadena de búsqueda utilizada es:

("anxiety disorder") OR ("mindfulness") OR ("cognitive therapy")

Cuiden Plus			
<u>Palabras clave</u>	Nº Documentos encontrados	Nº Documentos descartados (por el título y resumen)	Nº Documentos elegidos
Anxiety disorders, cognitive therapy and Mindfulness	28	26	2

CSIC: La primera cadena utilizada fue:

(“trastornos de ansiedad”) y (“terapia cognitiva”) y (“mindfulness”) → No se obtuvieron ningún resultado.

Se realizó una segunda cadena, quitando una de las condiciones de mi búsqueda, para que ésta no fuese demasiado específica, obteniendo una segunda cadena:

(“trastornos de ansiedad”) y (“mindfulness”)

CSIC			
<u>Palabras clave</u>	Nº Documentos encontrados	Nº Documentos descartados (por el título y resumen)	Nº Documentos elegidos
Anxiety disorders, cognitive therapy and Mindfulness	0	-	-
Anxiety disorders and Mindfulness	8	3	5

Medline Plus: La cadena de búsqueda es:

(anxiety disorders) and (cognitive therapy) and (mindfulness)

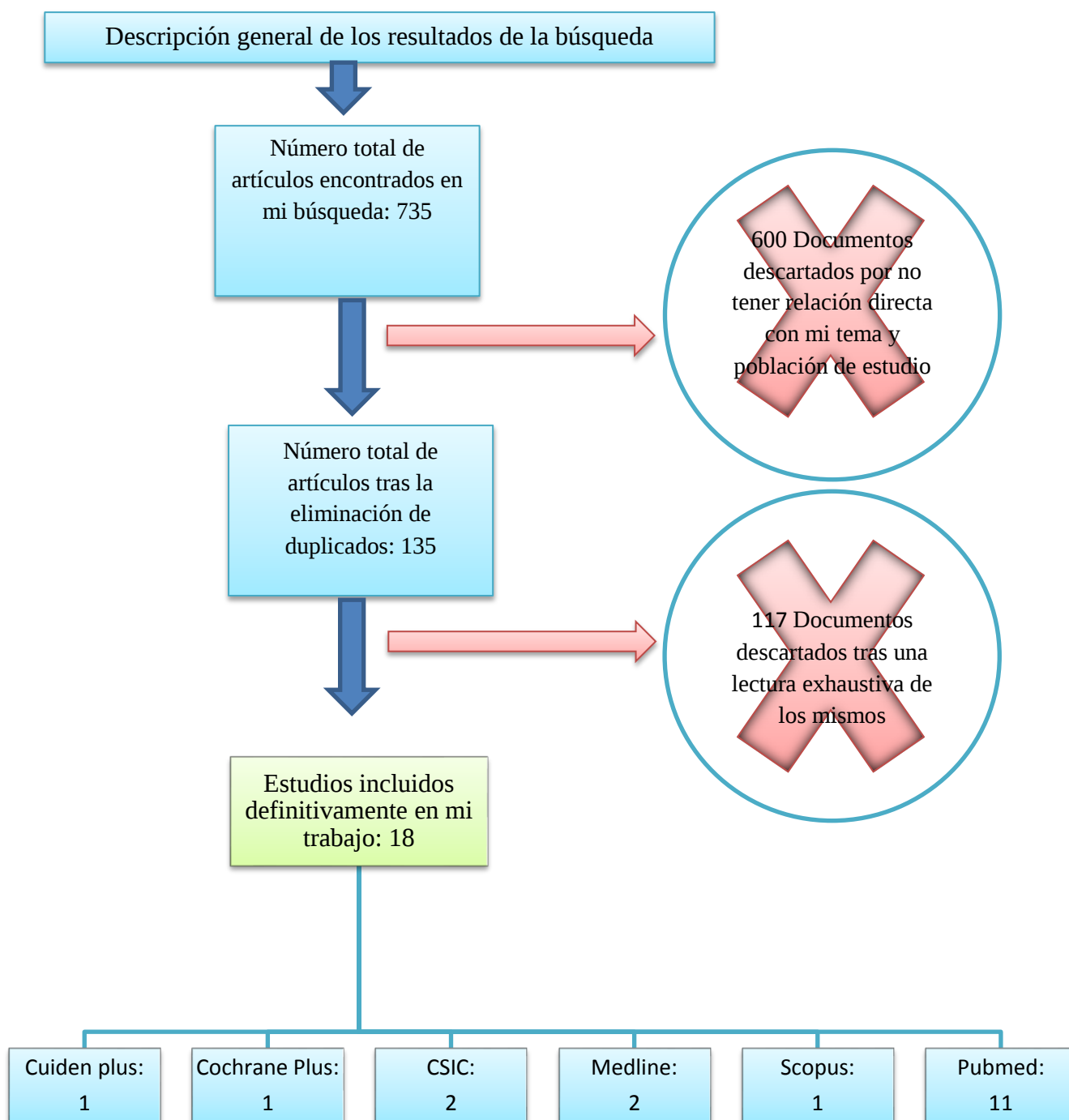
Medline Plus			
<u>Palabras clave</u>	Nº Documentos encontrados	Nº Documentos descartados (por el título y resumen)	Nº Documentos elegidos
Anxiety disorders, cognitive therapy and Mindfulness	162	124	38

Scopus: La cadena utilizada en mi búsqueda es:

“trastornos de ansiedad” y “terapia cognitiva” y “mindfulness”

Scopus			
<u>Palabras clave</u>	Nº Documentos encontrados	Nº Documentos descartados (por el título y resumen)	Nº Documentos elegidos
Anxiety disorders, cognitive therapy and Mindfulness	208	150	58

3.4 Diagrama de flujo:



4. RESULTADOS

1º Objetivo secundario: EFICACIA DE LAS TERAPIAS COGNITIVAS-CONDUCTUALES COMO TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA EN LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Autor	Título	Diseño del estudio	Muestra	Objetivos	Resultados
López, A; Rosa, N; García Girona, F. 2011	La terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de la ansiedad generalizada. ²³	Revisión bibliográfica	La revisión de guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas y ensayos clínicos realizadas en las bases de datos internacionales.	Revisar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de la ansiedad generalizada	Los estudios muestran que la terapia cognitivo-conductual es uno de los métodos más útiles para el tratamiento de la ansiedad generalizada por su efectividad en la reducción de los síntomas. En los centros de Atención Primaria la ansiedad generalizada constituye el problema mental más frecuente, por lo que resulta necesario instruir en el conocimiento y desarrollo de habilidades cognitivas y conductuales a los profesionales de estos centros.
Hunot V, Churchill R, Teixeira V, Silva de Lima, M 2007	Psychological therapies for generalized anxiety disorder (Review). ²⁴	Revisión de ensayos controlados aleatorizados.	N= 22 estudios. Los participantes, de los estudios elegidos para la revisión presentan como diagnóstico principal un trastorno de ansiedad generalizada. Edad comprendida entre 18-75 años y sin diferencias de género	Examinar la eficacia y aceptabilidad entre la terapia cognitivo-conductual con el tratamiento habitual del trastorno de ansiedad generalizada	En cuanto a la reducción de los síntomas de la ansiedad 12 de los 22 estudios con un total de 330 participantes mostraron tal reducción post tratamiento, con puntuaciones altamente favorables hacia las terapias psicológicas (terapia cognitivo-conductual) en comparación con el tratamiento habitual. Las guías clínicas de Reino Unido y EE.UU, recomiendan las terapias cognitivo-conductuales el tratamiento de primera línea para el trastorno de ansiedad generalizada, pero carecen de una base de evidencia que las apoye. Serían necesarios más estudios controlados aleatorios que incluyan evaluaciones de los resultados a largo plazo.

Objetivo secundario: MOSTRAR LA EVIDENCIA CIENTÍFICA, SOBRE LA APLICACIÓN DE LA TERAPIA DEL MINDFULNESS Y SU EFICACIA.

Autor	Título	Diseño del estudio	Muestra	Objetivos	Resultados
Bertolín Guillén, J.M. 2015	Efficacy-effectiveness of mindfulness based stress reduction (MBSR) programme: an update. ²⁵	Revisión narrativa, no sistemática, de tipo cualitativo	Artículos finales totales n=136 (meta-análisis (n= 8); revisiones sistemáticas (n= 13); ensayos clínicos controlados y aleatorizados (n= 52); ensayos clínicos (n= 15) Otros; (n=48))	El objetivo del presente estudio es analizar la literatura especializada publicada en artículos de revista de la mejor calidad disponible para interpretar críticamente la eficacia-efectividad del programa en el momento actual.	El programa es efectivo y beneficioso en la fobia social, trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de angustia. El tratamiento cognitivo-conductual es de elección en la fobia social pero, se ha sugerido que el MBSR reduce en estos pacientes la reactividad emocional proporcionándole un impacto positivo. Por último evidencia que la práctica del Mindfulness se asocia a la disminución de las emociones negativas y gravedad de síntomas de la ansiedad social.
M. T. Miró, L. Perestelo-Pérez, J. Pérez, A. Rivero, M. González, J. de la Fuente y P. Serrano. 2011	Eficacia de los tratamientos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad y depresión: una revisión sistemática. ²⁶	Revisión sistemática, 15 estudios incluidos	1 revisión sistemática sobre el tema Ensayos clínicos aleatorizados (n=8, cuya muestra la forman participantes entre 18-80 años, predominando las mujeres) y Ensayos clínicos no aleatorizados (n=6, muestra entre 14-74 años)	Conocer el grado de eficacia clínica de los tratamientos psicológicos basados en la atención plena (<i>mindfulness</i>) para tratar síntomas asociados a los trastornos de ansiedad y/o depresión.	Las intervenciones basadas en la atención plena/ <i>mindfulness</i> reducen moderadamente los síntomas de ansiedad y depresión. No obstante, hace falta más estudios aleatorizados y con grupos control más adecuados para establecer con total claridad y rotundidad la eficacia de este tipo de tratamiento.
Mahendra P. Sharma, Angelina Mao, Paulomi M. Sudhir. 2012	Mindfulness-Based Cognitive Behavior Therapy in Patients with Anxiety Disorders: A Case Series. ²⁷	Serie de casos	N=4 pacientes, 3 hombres y una mujer. 3 de los participantes fueron diagnosticados previamente de trastorno de ansiedad generalizada y otro paciente de	Evaluar la eficacia de una terapia de comportamiento cognitivo basado en el <i>mindfulness</i> (MBCBT) para reducir la ansiedad cognitiva y somática en pacientes con trastornos de	Los resultados de esta serie de casos indican MBCT que puede ser una intervención eficaz en la gestión de los trastornos de ansiedad. La formación en Mindfulness supone un coste-beneficio positivo en cuanto a tiempo y aplicación a una amplia

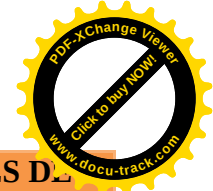
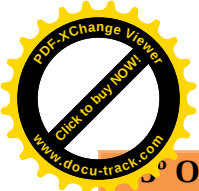
			trastorno del pánico. La edad de los participantes oscila entre 23-37 años.	ansiedad.	gama de pacientes. Sin embargo presenta limitaciones como, la falta de un grupo control, de un seguimiento en el tiempo o tener una muestra pequeña. De modo que las investigaciones futuras deberían de incluir todo esto para obtener unos resultados más fiables.
Donald, J; Abbott y, M. J.; Smith, E. 2014	Comparison attention training and cognitive therapy in the treatment of social phobia : a preliminary investigation. ²⁸	Ensayo clínico aleatorizado	N=30 participantes, diagnosticados de fobia social, asignados aleatoriamente a 6 semanas de entrenamiento de la atención o terapia cognitiva	Investigar la eficacia del entrenamiento de la atención/mindfulness en comparación con la terapia cognitiva para la fobia social	Los resultados mostraron prácticamente eficacia en ambos tratamientos para la reducción de síntomas de la fobia social, pero el entrenamiento en la atención mejora significativamente la puntuación de un cuestionario post-tratamiento, concluyendo que es un tratamiento prometedor para la fobia social.
Kim YW , Lee SH , Choi , Suh SY , Kim B , Kim CM , Cho SJ , Kim MJ , Yook K , Ryu M , Canción SK , Yook KH. 2009	Effectiveness of cognitive therapy based on consciousness as an adjunct to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. ²⁹	Ensayo clínico controlado	N= 56 participantes con trastorno de pánico y trastorno de ansiedad generalizada fueron asignados a un programa de educación sobre el trastorno de ansiedad (ADE) o a una programa de terapia cognitiva basada en el mindfulness durante un periodo de 8 semanas	El objetivo es demostrar la eficacia de la terapia cognitiva basada en la conciencia mediante la realización de unas escalas (escala de ansiedad de Hamilton (HAM-A), Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D), Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck Depression Inventory (BDI) y Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R)) al inicio y final del programa.	Los hallazgos obtenidos demuestran una mejoría en el grupo de terapia cognitiva basada en el mindfulness frente al grupo ADE. Por lo tanto, la terapia cognitiva basada en el mindfulness demuestra que puede ser eficaz en el alivio de síntomas de ansiedad y depresión en los trastornos de pánico y trastornos de ansiedad generalizada.
Stefan G. Hofmann , Alice T.	The effect of Mindfulness - Based Therapy	Revisión meta-analítica	De los 727 artículos identificados en	Proporcionar una revisión cuantitativa, meta-	Los resultados sugieren que la terapia basada en el mindfulness mejora los

Sawyer , Ashley A. Witt , y Diana Oh. 2010	on Anxiety and Depression : A meta-analytic review. ³⁰		la búsqueda, 29 estudios fueron seleccionados, obteniendo n=1140 participantes que recibieron terapia basada en mindfulness (TBM).	análisis de la eficacia de la terapia basada en el mindfulness para mejorar los síntomas de los trastornos de ansiedad y del estado del ánimo.	síntomas de ansiedad y depresión e incluso se asocia a una reducción general del estrés. Sin embargo, se necesita de estudios futuros para poder establecer claramente la eficacia de la terapia basada en el mindfulness, mediante la realización de ensayos controlados aleatorizados.
Koszycki, D; Benger, M; Shlik, J; Bradwejn J. 2007	Randomized trial of a stress reduction program based on meditation and cognitive behavior therapy in generalized social anxiety disorder. ³¹	Ensayo clínico aleatorizado	N= 53 pacientes con un diagnóstico de trastorno de ansiedad social, asignados aleatoriamente o a un grupo de 8 semanas de terapia de reducción de estrés basado en la conciencia plena/mindfulness o a un grupo de 12 semanas de terapia de grupo cognitivo-conductual.	El objetivo del ensayo era evaluar eficacia de la terapia de reducción de estrés basada en el mindfulness comparándola con una intervención psicológica de primera línea para el trastorno de ansiedad social.	Los hallazgos de este trabajo fueron que, los pacientes de ambos grupos de tratamiento mejoraron en cuanto a estado de ánimo y calidad de vida. Sin embargo los resultados confirmaron que el tratamiento de elección para el trastorno de ansiedad social era la terapia grupal cognitivo-conductual y la terapia de reducción del estrés basada en la conciencia plena puede aportar algún beneficio.
Hertenstein, E; Rose, N; Voderholzer, U; Heidenreich, T; Nissen, C; Thiel, N; Herbst, N y Katrin Külz, A 2012	Cognitive therapy based on consciousness in obsessive-compulsive disorder - A qualitative study of the experiences of patients. ³²	Estudio piloto cualitativo	N=12 participantes, 3 mujeres y 9 hombres con una edad media de 42 años, diagnosticados de trastorno obsesivo-compulsivo.	Investigar si la terapia cognitiva basada en el mindfulness (MBCT), representa una opción de tratamiento fiable, viable y complementario para el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).	Los 12 participantes terminaron el programa al completo y alegaron que estaban contentos de haber participado y que tenían otra manera de ver la vida. 9 participantes declararon que tenían otra manera de enfrentarse a su trastorno obsesivo-compulsivo. En resumen, los resultados de este estudio piloto muestran evidencia preliminar de que los pacientes con TOC encuentran aspectos aceptables y beneficiosos en la terapia cognitiva basada en el mindfulness. Nuestros hallazgos no solo demuestran disminución de

los síntomas, sino que puede proporcionar otra serie de beneficios. Sin embargo este estudio muestra solo resultados preliminares dejando abierta una serie de preguntas a considerar en un futuro. Se necesita de ensayos controlados aleatorizados con muestras más grandes para demostrar la eficacia de la MBCT para los TOC					
Lenze, E.J.; Hickman, S.; Hershey, T.; Wendleton, L.; Ly, K.; Dixon, D.; Dore, P.; Wetherell, J.L. 2014.	Stress Reduction Mindfulness - Based for older adults with symptoms of concern and concurrent cognitive dysfunction.³³	Estudio piloto	N=34 participantes, diagnosticados de trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad no especificado de otra manera, episodio depresivo mayor, trastorno de pánico, trastorno distímico, trastorno depresivo no especificado (incluyendo depresión menor), fobia específica, la fobia social y trastorno obsesivo-compulsivo.	El objetivo del proyecto era evaluar la viabilidad de MBSR (reducción del estrés basada en el mindfulness) para los adultos mayores con trastornos de ansiedad y / o depresión, además de la disfunción cognitiva. El proyecto se llevó a cabo en la Universidad de Washington en St. Louis y la Universidad de California, San Diego desde septiembre de 2011 y agosto de 2012.	Los individuos de este estudio mostraron mejoras en la gravedad de la preocupación, la memoria y la función ejecutiva. Llegamos a la conclusión de que MBSR es óptimo para los adultos mayores en su forma de 8 sesiones. Sin embargo, estos resultados deben considerarse preliminares, ya que éste era un estudio de desarrollo del tratamiento con un relativamente pequeño tamaño de la muestra. Investigaciones futuras deberían demostrar la eficacia de MBSR en un ensayo más amplio, aleatorizado con pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad o depresión y con un grupo control activo.
Wong, S.Y.; Mak, W.W.; Cheung, E.Y.; Ling, C.Y.; Lui, W.W.; Tang, W.K.; Wong, R.L.; Lo, H.H.; Mercer, S.; Ma, H.S.	A randomized clinical trial to compare behavior therapy supports the acceptance of Applied Relaxation generalized	Ensayo clínico controlado aleatorizado	N= 18 participantes que realizaron sesiones de 2 horas durante 8 semanas. Edades comprendidas entre 18-61 años. Con un diagnóstico de	El objetivo primario del estudio es evaluar los efectos de la terapia cognitiva basada en el mindfulness en la reducción de los síntomas de ansiedad en	El estudio demuestra que la terapia cognitiva basada en el mindfulness (MBCT) es eficaz en la reducción de los síntomas de los participantes. Uno de los puntos fuertes de este estudio con respecto a estudios posteriores es el uso de un grupo control

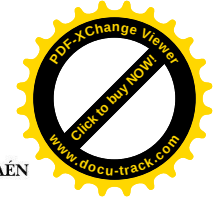
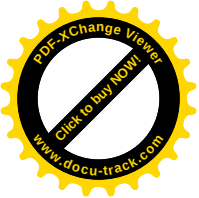
2011	anxiety disorder. ³⁴		trastorno de ansiedad generalizada.	pacientes con trastorno de ansiedad generalizada de la comunidad y la atención primaria a los 9 meses, en comparación con una intervención grupal psicoeducativa cognitiva-conductual.	activo.
2006	An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of mindfulness - based cognitive therapy for patients with depression and anxiety active in primary care. ³⁵	Estudio piloto no controlado	N= 13 participantes, 3 mujeres y 10 hombres, con edades comprendidas entre 29-58 años. Diagnosticados de depresión y trastorno de ansiedad generalizada como problema primario.	El objetivo de este estudio piloto exploratorio fue investigar la aceptabilidad y la eficacia de la terapia cognitiva basada en el mindfulness (MBCT) en atención primaria para los pacientes que tenían síntomas actuales de la depresión y la ansiedad.	Los principales hallazgos fueron que MBCT es aceptable y beneficioso para aquellos pacientes con depresión y ansiedad activa. La depresión y los trastornos de ansiedad se encuentra entre los problemas más comunes en atención primaria, estas intervenciones en grupo son más potenciales y rentables que las intervenciones individuales. Sin embargo, más investigaciones que comparen este tipo de intervención con otras y que a su vez tengan un grupo control.
2013	A pilot based cognitive therapy group consciousness (TCAP) for Combat Veterans with posttraumatic stress disorder (PTSD) study. ³⁶	Estudio piloto no controlado	N= 32 participantes, de los cuales solo 15 completaron el tratamiento. Estos 15 participantes previamente diagnosticados de trastorno de ansiedad post-traumática.	El presente estudio piloto examinó la aceptabilidad y la eficacia de una breve intervención grupal de terapia cognitiva basada en el mindfulness adaptada para el tratamiento del trastorno postraumático relacionado con el combate.	Los resultados sugieren que una terapia cognitiva basada en el mindfulness es aceptable y eficaz para los síntomas del trastorno post-traumático. Sin embargo es importante señalar que dos pacientes abandonaron el programa por un aumento de la ansiedad durante la realización de los ejercicios del mindfulness. A demás estos resultados deben de considerarse como

					preliminares debido a que el presente estudio presenta limitaciones, como no tener un grupo control y tener una muestra pequeña de participantes.
Yook,K.; Lee,S.H.; Ryu,M.; Kim,K.H.; Choi,T.K.; Suh,S.Y.; Kim,Y.W.; Kim,B.; Kim,M.Y.; Kim,M.J	Usefulness of cognitive therapy based on awareness for treatment of insomnia in patients with anxiety disorders: a pilot study. ³⁷	Ensayo clínico no controlado	N= 19 pacientes diagnosticados de trastorno de ansiedad asignados a un programa de 8 semanas de terapia cognitiva basada en el mindfulness.	El objetivo de este estudio fue examinar la utilidad de una terapia cognitiva basada en la conciencia (MBCT) para el tratamiento de los síntomas del insomnio en pacientes con trastorno de ansiedad	Los hallazgos sugieren que la terapia cognitiva basada en mindfulness puede ser eficaz en el alivio de los síntomas del insomnio mediante la reducción de la preocupación en pacientes con trastorno de ansiedad. Sin embargo, se necesitan ensayos controlados aleatorios para confirmar nuestros hallazgos con muestras más grandes.
2008					
Arch,J.J.; Ayers,C.R.; Baker,A.; Almklov,E.; Dean,D.J.; Craske,M.G	Randomized clinical trial of adapted mindfulness-based stress reduction versus group cognitive behavioral therapy for heterogeneous anxiety disorders. ³⁸	Ensayo clínico aleatorizado	N= 105 participantes, veteranos de guerra, diagnosticados por uno o más trastornos de ansiedad según el DSM-IV-TR, fueron añadidos aleatoriamente en un grupo de terapia cognitivo-conductual (TCC) y en un grupo de reducción del estrés basada en la conciencia plena.	Comparar una intervención grupal de terapias cognitivo-conductuales (TCC) con otra de reducción del estrés basada en el mindfulness (MBCT) para el tratamiento de los trastornos de ansiedad.	Ambos grupos en general mostraron mejoras significativas de los síntomas del trastorno, pero entre las dos intervenciones había diferencias significativas. La TCC mostró mayor eficacia en la reducción de los síntomas de la ansiedad, en cambio MBCT puede ser más eficaz para reducir la preocupación y los trastornos cormórbidos.
2013					



Objetivo secundario: DETERMINAR LA EFICACIA DEL MINDFULNESS A TRAVÉS DEL INTERNET.

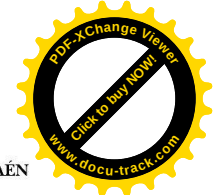
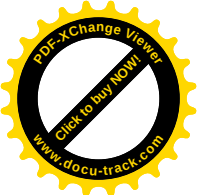
Autor	Título	Diseño del estudio	Muestra	Objetivo	Resultado
Boettcher, J; Aström, V; Pahlsson, D; Schenström, O; Andersson, G; Carlbring, P 2014	Internet-Based Mindfulness Treatment for Anxiety Disorders: A Randomized Controlled Trial. ³⁹	Ensayo controlado aleatorio	N= 91 participantes fueron asignados a un grupo de tratamiento de mindfulness, el cual consistía en 96 archivos de audio o a un grupo control. Los resultados fueron obtenidos tras una evaluación pre, post- tratamiento y los 6 meses.	Evaluar la eficacia de un programa de tratamiento de mindfulness basada en Internet para la ansiedad.	Los participantes del grupo de mindfulness mostraron una mayor disminución de los síntomas de ansiedad, depresión e insomnio que los participantes del grupo control. A demás, también lograron una mejora de la calidad de vida.
Krusche, A; Cyhlarova, E; Williams, J Mark G. 2013	Mindfulness online: an evaluation of the feasibility of a web-based mindfulness course for stress, anxiety and depression. ⁴⁰	Ensayo clínico no controlado	N= 273 participantes sometidos a un programa de 10 sesiones de mindfulness online.	Mostrar la eficacia y beneficio del mindfulness online para la ansiedad, estrés y depresión.	El mindfulness online parece ser una intervención aceptable, accesible, que reduce el estrés, la ansiedad y la depresión. Sin embargo, el presente estudio presenta una serie de limitaciones porque no hay grupo control y se requiere de investigaciones futuras.



5. CONCLUSIÓN/DISCUSIÓN

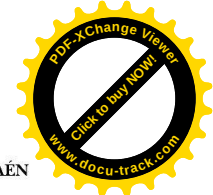
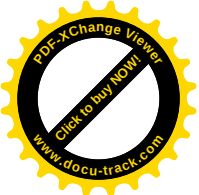
Según los artículos consultados podemos concluir que, las terapias cognitivas-conductuales son un método eficaz para el tratamiento de trastornos donde predominan la ansiedad. En el caso del trastorno de ansiedad generalizada, el estudio de López, A; Rosa, N; García Girona, F. 2011; prueba la eficacia en la reducción de los síntomas así como la importancia de su conocimiento por el personal sanitario, debido a que; “en los centros de Atención Primaria la ansiedad generalizada constituye el problema mental más frecuente” y la finalidad de instruir en estas habilidades a los profesionales se encuentra en la; “reducción de la prevalencia de este trastorno mental y, con ello, las cargas económicas y sociales que genera”. Por otra parte, el estudio de, Hunot V, Churchill R, Teixeira V, Silva de Lima, M. 2007, resalta que: “las guías clínicas de Reino Unido y EE.UU, recomiendan las terapias cognitivo-conductuales el tratamiento de primera línea para el trastorno de ansiedad generalizada, pero carecen de una base de evidencia que las apoye”. Concluye diciendo que es necesario más ensayos clínicos controlados, pero también hay que tener en cuenta que es un estudio realizado en 2007.

En cuanto a la terapia del mindfulness como sus diversos enfoques psicoterapéuticos, centrándome concretamente en la terapia cognitiva basada en la conciencia plena/mindfulness y la terapia de reducción de estrés basada en la conciencia plena/mindfulness, según los estudios revisados en general todos defienden la reducción de los síntomas de los trastornos de ansiedad, la eficacia y el beneficio que estas intervenciones aportan a los participantes/pacientes de los estudios, pero por otro lado más de la mitad de mis documentos definitivos no tienen una conclusión rotunda por las limitaciones de sus estudios.



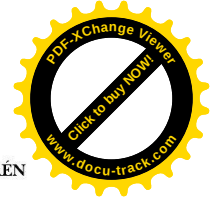
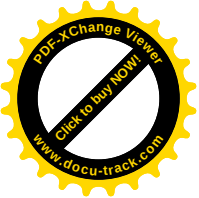
Precisamente los estudios de: Bertolín Guillén, J.M. 2015; Wong, S.Y.; Mak, W.W.; Cheung, E.Y.; Ling, C.Y.; Lui, W.W.; Tang, W.K.; Wong, R.L.; Lo, H.H.; Mercer, S.; Ma, H.S. 2011, defienden que terapia de reducción de estrés basada en el mindfulness (MBSR) como la terapia cognitiva basada en el mindfulness (MBCT) son eficaces y efectivos para la reducción de los síntomas de diversos trastornos de ansiedad además de disminuir emociones o pensamientos negativos. Otros estudios como los de: Donald, J; Abbott y, M. J.; Smith, E. 2014; Kim YW, Lee SH, Choi, Suh SY, Kim B, Kim CM, Cho SJ, Kim MJ, Yook K, Ryu M, SK, Yook KH. 2009; Arch, J.J.; Ayers, C.R.; Baker, A.; Almklov, E.; Dean, D.J.; Craske, M.G. 2013, son estudios que comparar la eficacia de las terapias basadas en el mindfulness con otras intervenciones grupales cognitivo-conductuales o educación grupal sobre la ansiedad. Los resultados obtenidos defienden que ambas intervenciones son buenas para el tratamiento estos trastornos pero que existe resultados más favorables hacia las intervenciones de la conciencia plena siendo por tanto más eficaz y beneficiosa que otro tipo de intervención. Un ensayo controlado aleatorizado de: Boettcher, J; Aström, V; Pahlsson, D; Schenström, O; Andersson, G; Carlbring, P. 2014, cuyo objetivo es; “evaluar la eficacia de un programa de tratamiento de mindfulness basada en Internet (mindfulness online) para la ansiedad” demuestra en sus resultados que incluso este tipo de intervención a través de internet no solo redujeron sus síntomas de ansiedad, depresión e insomnio, sino que además lograron una mejora en la calidad de vida.

Sin embargo, los estudios de: M. T. Miró, L. Perestelo-Pérez, J. Pérez, A. Rivero, M. González, J. de la Fuente y P. Serrano. 2011; Mahendra P, Sharma, Angelina Mao, Paulomi M, Sudhir. 2012; Stefan G, Hofmann A, Sawyer T, Ashley A, Witt, y Diana Oh. 2010; Hertenstein, E; Rose, N; Voderholzer, U; Heidenreich, T; Nissen, C; Thiel, N; Herbst, N y Katrin Külz, A 2012; Lenze, E.J.; Hickman, S.; Hershey, T.;



Wendleton, L.; L y, K.; Dixon, D.; Dore, P.; Wetherell, J.L. 2014; Finucane, A.; Mercer, S.W. 2006; King, A.P.; Erickson, T.M.; Giardino, N.D.; Favorite, T.; Rauch, S.A.; Robinson, E.; Kulkarni, M.; Liberzon, I. 2013; Yook, K.; Lee, S.H.; Ryu, M.; Kim, K.H.; Choi, T.K.; Suh, S.Y.; Kim, Y.W.; Kim, B.; Kim, M.Y.; Kim, M.J. 2008, en general los resultados de estos estudios nos muestran una mejora en la síntomas de los trastornos de ansiedad, siendo por tanto las terapias basadas en el mindfulness aceptables, beneficiosas y eficaces para este tipo de problema, pero todos estos estudios nos indican que estos resultados son preliminares, es decir, no se puede afirmar rotundamente la eficacia de estas intervenciones porque todos estos estudios presenta una serie de limitaciones, entre las cuales podríamos destacar, que no son ensayos clínicos controlados aleatorizados, lo que quiere decir que no presenta un grupo control y además se necesitaría muestras de participantes más grandes, las cuales sean más representativas de la población de estudio. El presente estudio Koszycki, D; Benger, M; Shlik, J; Bradwejn J. 2007; cuyo objetivo es comparar la eficacia de una terapia de reducción del estrés basado en la conciencia plena/mindfulness frente a una intervención cognitiva-conductual grupal normal para el trastorno de ansiedad social, cuyo resultado muestra que el tratamiento de primera línea es la intervención grupal cognitivo-conductual por la reducción de sus síntomas, mientras que la otra solo aporta algún beneficio, sin especificar mucho más.

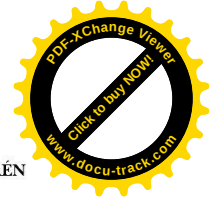
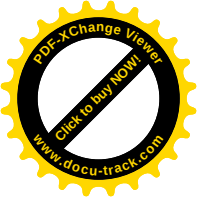
En resumen, existe una gran cantidad de bibliografía referente al mindfulness, sus diferentes técnicas y sus diferentes aplicaciones, un tema de estudio que dejan muchos interrogantes sin contestar y muchas puertas de entrada para estudios futuros. Desde el punto de vista de la Enfermería, es necesario abordar el problema desde la promoción y la educación en la salud. Por este motivo es crucial ampliar los conocimientos sobre éste



tipo de trastorno tan común en las consultas de atención primaria y las nuevas formas de abordaje terapéutico.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Belloch A, Sandín B, Ramos F. Manual de Psicopatología vol. II: Edición revisada. 2º ed. C Sánchez, editor. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana De España, S. L; 2013.
2. Ministerio de sanidad y consumo. Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en Atención Primaria. Agencia Laín Entralgo. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, editor. Madrid: Ministerio de Sanidad y consumo; 2008.
3. Hernández Sánchez M. M, Horga de la Parte J.F, Navarro Cremades F, Mira Vicedo A. Trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación en Atención Primaria. Guía de actuación clínica en A.P. Madrid.
4. National Alliance on Mental Illness. [Homepage en Internet]; c2015 [Consultado el 22 de Enero de 2015] Disponible en: <http://espanol.nami.org/Learn-More/Mental-Health-Conditions/Anxiety-Disorders/Overview>.
5. Cao A, Cobo J, Romero I. El constructo ansiedad en psicología: una revisión. Estudios de Psicología. Dialnet. 1983;(16): 1-3.
6. Rivera Salazar J.L, Murillo Villa J.A, Sierra Rubio M.A. El concepto de neurosis de William Cullen como revolución científica. Enseñanza e Investigación en psicología. 2007; 12(1): 1-6
7. Conti N, Stagnaro J. Definición de la histeria. Historia de la Ansiedad. 1º ed. Buenos Aires: Polemos S. A.; 2007.
8. Dr. Timms P. Ansiedad, pánico y Fobias [Monografía de Internet]. Sociedad Española de Psiquiatría. *Royal College of Psychiatrists*. 2009 [Consultado 22 de enero 2016]. Disponible en: <http://www.sepsiq.org/buscar?cx=016724941614555141297%3Agjzbedtyh8y&cof=FO RID%3A10&ie=UTF-8&q=ansiedad%2C+panico+y+fobia&sa=Buscar&siteurl=www.sepsiq.org%2F&ref=w>



www.google.es%2F&ss=13430j68297880j26&siteurl=www.sepsiq.org%2F&ref=www.google.es%2F&ss=13430j.

9. Castanedo Bolado C. Papel de la enfermera en el tratamiento de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada [Trabajo fin de Grado]. Cantabria: Universidad de Cantabria, Facultad de Enfermería; 2015.

10. Clínica de la ansiedad. Especialistas en Madrid y Barcelona. [Homepage en Internet]; c2014 [consultado 22 de enero 2016]. Disponible en: <https://clinicadeansiedad.com/soluciones-y-recursos/preguntas-mas-frecuentes/cuales-son-los-sintomas-de-la-ansiedad/>.

11. DSM-5. Nueva clasificación de las enfermedades mentales. Revista chilena de Neuro-psiquiatría. Marzo 2014; 52(Suplemento N° 1): p. 66.

12. Pichot P, López-Ibor J.J, Valdés M. DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. 4º ed. López-Ibor J.J, editor. Barcelona: Masson S.A.; 1995. P.

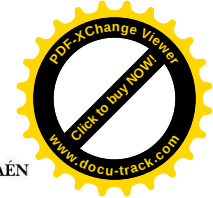
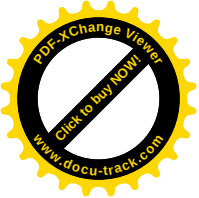
13. Cano Videl A. Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y Estrés - SEAS. [Homepage en Internet]; c2013 [consultado el 22 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.ansiedadyestres.org/tratamiento-farmacologico-de-los-trastornos-de-ansiedad>.

14. Clínica de la ansiedad. Especialistas en Madrid y Barcelona. [Homepage en Internet]; c2015 [Consultado el 1 de Enero de 2016]. Disponible en: <https://clinicadeansiedad.com/soluciones-y-recursos/tratamiento-de-la-ansiedad/ansiedad-y-medicacion-tratamientos-farmacologicos/>.

15. GeoSalud. [Homepage en Internet]; c2015 [Consultado en 10 de Marzo de 2016]. Disponible en http://www.geosalud.com/Salud_Mental/medicamentos-trastornos-ansiedad.html.

16. Pérez Álvarez M. La terapia de conducta de tercera generación. EduPsykhé. Revista de Psicología y Psicopedagogía. 2006; 5(2).

17. Guiadesalud.com. [Homepage en internet]; c2015 [Consultado 10 de Marzo de 2016] Disponible en:



[http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/documentos/anexos/Anexo 11 Psico terapias.pdf](http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/documentos/anexos/Anexo_11_Psicoterapias.pdf).

18. Dr. Timms P. Ansiedad, pánico y Fobias [Monografía de Internet]. Sociedad Española de Psiquiatría. *Royal College of Psychiatrists*. 2009 [Consultado 22 de enero 2016]. Disponible en:

[http://www.sepsiq.org/buscar?cx=016724941614555141297%3Agjzbetdyh8y&cof=FO RID%3A10&ie=UTF-8&q=LA+TERAPIA+COGNITIVO- CONDUCTUAL&sa=Buscar&siteurl=www.sepsiq.org%2F&ref=www.google.es%2F& ss=&siteurl=www.sepsiq.org%2F&ref=www.google.es%2F&ss=.](http://www.sepsiq.org/buscar?cx=016724941614555141297%3Agjzbetdyh8y&cof=FO RID%3A10&ie=UTF-8&q=LA+TERAPIA+COGNITIVO- CONDUCTUAL&sa=Buscar&siteurl=www.sepsiq.org%2F&ref=www.google.es%2F& ss=&siteurl=www.sepsiq.org%2F&ref=www.google.es%2F&ss=)

19. Ibáñez-Tarin C, Manzanera-Escartí R. Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en atención (I). *Semergen*. 2012; 6(38).

20. Moreno Cautiño A. Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación: la Atención plena/Mindfulness. *Revista Internacional de Psicología*. Julio 2012; 12(1).

21. Pérez M. A y Botella L. Conciencia plena (mindfulness) y Psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de Psicoterapia*. Enero 2006; 17(66).

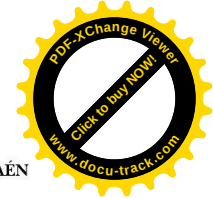
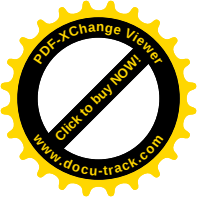
22. Instituto esmindfulness. [Homepage en Internet]. [Actualizado en Enero de 2016] [Consultado el 10 de Marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.esmindfulness.com/sobre-mindfulness-y-mbsr/evidencias-cientificas/>.

23. López A, Rosa N, García Girona F. La terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de la ansiedad generalizada. *Enfermería21*. 2011;14(10).

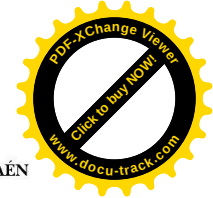
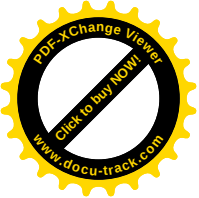
24. Hunot V, Churchill R, Teixeira V, Silva de Lima M. Psychological therapies for generalized anxiety disorder (Review). *The Cochrane Library*. 2007; (1).

25. Bertolín Guillén JM. Efficacy-effectiveness of mindfulness based stress reduction (MBSR) programme: an update. *Revista asociación españa neuropsiquiatría*. 2015;35(126): 289-307.

26. Miró MT, Perestelo-Pérez L, Pérez J, Rivero A, González M, de la Fuente J, et al. Eficacia de los tratamientos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad y depresión: una revisión sistemática. *Revista de psicopatología y psicología clínica*. 2011;16(1): 1-14.



27. Mahendra P. Sharma, Mao A, Paulomi M. Sudhir. Mindfulness-Based Cognitive Behavior Therapy in Patients with Anxiety Disorders: A Case Series. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 2012;34(3).
28. Donald J, Abbott M J, Smith, E. Comparison attention training and cognitive therapy in the treatment of social phobia : a preliminary investigation. *Behavioral and Cognitive Psychotherapies British Association*. 2014;42(1): 74-91.
29. Kim YW , Lee SH , Choi , Suh SY , Kim B , Kim CM , et al. Effectiveness of cognitive therapy based on consciousness as an adjunct to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. *Wiley Online Library*. 2009;26(7).
30. Hofmann S, Sawyer A, Witt A, y Oh D. The effect of Mindfulness -Based Therapy on Anxiety and Depression: A meta-analytic review. *National institutes of healthy*. 2010;72(2): 169-183.
31. Koszycki D, Benger M, Shlik J, Bradwejn J. Randomized trial of a stress reduction program based on meditation and cognitive behavior therapy in generalized social anxiety disorder. *Elsevier*. 2007;45(10).
32. Hertenstein E, Rose N, Voderholzer U, Heidenreich T, Nissen C, Thiel N, et al. A Cognitive therapy based on consciousness in obsessive-compulsive disorder - A qualitative study of the experiences of patients. *BMC Psychiatry*. 2012;12: 1-10.
33. Lenze E J, Hickman S, Hershey T, Wendleton L, Dixon D, Dore P, et al. Stress Reduction Mindfulness -Based for older adults with symptoms of concern and concurrent cognitive dysfunction. *National institutes of Healthy* . 2014;29(10).
34. Wong S.Y, Mak W.W, Cheung E.Y, Ling C.Y, Lui W.W, Tang W.K, et al. A randomized clinical trial to compare behavior therapy supports the acceptance of Applied Relaxation generalized anxiety disorder. *BMC Psychiatry*. 2011;11: 187.
35. Finucane A, Mercer S.W. An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of mindfulness -based cognitive therapy for patients with depression and anxiety active in primary care. *BMC Psychiatry*. 2006;6: 14.



36. King A P, Erickson T M, Giardino N D, Favorite T, Rauch S A, Robinson E, et al. A pilot based cognitive therapy group consciousness (TCAP) for Combat Veterans with posttraumatic stress disorder (PTSD) study. HHS Public Access. 2013;30(7).
37. Yook K, Lee SH, Ryu M, Kim KH, Choi TH, Suh S.Y, et al. Usefulness of cognitive therapy based on awareness for treatment of insomnia in patients with anxiety disorders: a pilot study. Wolters Kluwer. 2008;196(6).
38. Arch J.J, Ayers C.R, Baker A, Almklov E, Dean D.J, Craske M.G. Randomized clinical trial of adapted mindfulness-based stress reduction versus group cognitive behavioral therapy for heterogeneous anxiety disorders. Elsevier. 2013;51(5).
39. Boettcher J, Aström V, Pahlsson, D, Schenström O, Andersson G, Carlbring P. Internet-Based Mindfulness Treatment for Anxiety Disorders: A Randomized Controlled Trial. Elsevier. 2014;45.
40. Krusche A, Cyhlarova E, Williams J, Mark G. Mindfulness online: an evaluation of the feasibility of a web-based mindfulness course for stress, anxiety and depression. BMJ Open. 2013;3.