

# ¿PUEDE EL ENTRENAMIENTO EN “FOCUSING” MOSTRAR EFICACIA COMO TRATAMIENTO COADYUVANTE EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA?

COULD FOCUSING TRAINING TECHNIQUES SHOW EFFECTIVENESS LIKE HELPING TREATMENT IN DIAGNOSED PATIENTS OF GENERALIZED ANXIETY DISORDER?

Elena Estrada, Elena García-Vega  
y Teresa Pérez-Espinosa\*

## Resumen

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) se caracteriza por una preocupación excesiva acompañada de síntomas somáticos de ansiedad. El propósito en este artículo consiste en comprobar qué beneficios aportan las técnicas de relajación basadas en focalización en la respiración (“focusing”), en la reducción de sintomatología de TAG. Se evaluaron 26 personas en ingreso hospitalario, que respondían al diagnóstico de TAG de acuerdo a los criterios del DSM IV. Se registraron medidas de autoinforme pre y post-tratamiento. Se observan diferencias entre el grupo experimental y el de control, reduciéndose en mayor medida la sintomatología de TAG en grupo experimental. Estos resultados permiten identificar diferencias en el tratamiento sintomático del TAG, permitiendo hipotetizar una reducción sintomática mayor con “focusing” en respiración como tratamiento coadyuvante.

**Palabras clave:** Trastorno de Ansiedad Generalizada, Focusing, Coadyuvante, TAG

**Objective:** Generalized Anxiety Disorder (GAD) is characterized by excessive worry, accompanied by somatic symptoms. Certain psychological treatments lead to significant reductions in post-treatment results. The intention in this article consists of verifying how training on focusing techniques based on attention – concentration on the breath (focusing) contribute to GAD symptoms reduction applied like therapy of support in conditions pre and post treatment during two months. Data of 26 patients in hospitable entrance were examined. Self-report measures were registered. Differences are observed between experimental group and control condition, being GAD symptoms reduced in greater measurement in experimental group. These results allow identifying differences in the symptomatic treatment of the TAG, being allowed to hypotize a greater symptomatic reduction with focusing like helping treatment.

**Key words:** Generalized Anxiety Disorder, Focusing, Helping Treatment, GAD

Recibido: 01-04-13 | Aceptado: 29-09-15

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se caracteriza, de acuerdo con la definición del DSM – IV – TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM – IV – TR; APA, 2000), por una expectación aprensiva sobre una amplia gama de acontecimientos asociada a ciertos síntomas, tales como inquietud, fatigabilidad, tensión muscular y/o alteraciones del sueño, entre otros (Newman y Anderson, 2007).

Las estrategias que habitualmente se utilizan en el tratamiento de TAG son terapias cognitivo-

conductuales, recursos farmacéuticos y técnicas de relajación muscular progresiva. Existen, como se sabe, tratamientos psicológicos eficaces para tratar el TAG según determina la investigación disponible sobre el tema (Behar, DiMarco, Hekler, Mohlman y Staples, 2009; Hunot, Churchill, Silva de Lima y Teixeira, 2008); así, tienen sobrada contrastación empírica los tratamientos basados en principios cognitivo – conductuales (Craske, 2016; Otte, 2011), y aquellos combinados con intervención farmacológica (Crits-Christoph, Newman, Rickels, Gallop, Gibbons, et al., 2011). Una demostración del primer caso, a saber, del estudio de la eficacia del uso de tratamientos cognitivo – conductuales la aportan en su revisión Cuijpers y colegas (Cuijpers, Sijbrandij, Koole, Huibergs, Berings, et al., 2014). La conclu-

\* Elena Estrada, Gijón, España

\*\* Elena García-Vega, Oviedo, España

\*\*\* Teresa Pérez-Espinosa, España

E-Mail: elenaestradaiez@gmail.com; elenagv@uniovi.es

REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXV p.p. 49-56

© 2016 Fundación AIGLÉ.

sión principal de dicha investigación indica que el tratamiento cognitivo – conductual es un tratamiento altamente efectivo para tratar los síntomas existentes en el Trastorno de Ansiedad Generalizada, manteniéndose su efectividad en un seguimiento a doce meses y siendo ésta superior a la de la relajación aplicada a largo plazo. La eficacia del tratamiento farmacológico también se halla ilustrada en un extenso trabajo de revisión sobre el tema (Mitte, 2007). Los datos que proporciona dicha revisión apuntan a una eficacia similar del tratamiento farmacológico y el tratamiento cognitivo-conductual, si bien se recomiendan las terapias psicosociales debido a su mejor tolerancia. En todo caso se señala la necesidad de tener en cuenta el tipo de análisis de datos realizado por los autores de los estudios existentes sobre el tema, así como lo oportuno de llevar a cabo más investigación acerca del mismo en el futuro. También son relevantes los resultados de investigaciones sobre aplicación de relajación muscular progresiva en el tratamiento del TAG. Asimismo, pueden ser de ayuda las referencias a la eficacia de la combinación de TCC y técnicas de relajación (Donegan y Dugas, 2012).

Esta investigación tiene el propósito de comprobar, habida cuenta de la eficacia de los dos tratamientos anteriores, la pertinencia de la inclusión de técnicas de relajación basadas en el manejo de la focalización como proceso de atención – concentración en sensaciones corporales como las que ocurren en el proceso de inspiración – espiración (Stahl y Goldstein, 2010) como terapia de apoyo en la reducción de sintomatología característica del Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Un gran número de estudios han comparado la eficacia de la combinación de Terapia Cognitivo – Conductual (TCC) y tratamiento farmacológico (TF) junto a técnicas de relajación (TR) basadas en el método de la relajación muscular progresiva, u otros métodos de gran difusión (respiración abdominal, imaginación). Con todo, son escasos los trabajos publicados que comparen la eficacia de la combinación de tratamientos cognitivos – conductuales y tratamiento farmacológico con la aplicación de técnicas de relajación basadas en los principios de la atención - concentración, como terapia de apoyo en pacientes diagnosticados de TAG (Amir, Beard, Burns y Bomyea, 2009), así como los estudios que investigan la pertinencia de la inclusión de técnicas basadas en atención para el manejo de síntomas en el TAG (Ainsworth, Eddershaw, Meron, Baldwin y Garner, 2013; Lu, Smith y Gau, 2012).

Entre dicho grupo de investigaciones, resulta de gran ayuda la lectura de investigaciones aportadas desde el área de la psicología fisiológica, (Manuello, Vercelli, Nano, Costa y Cauda, 2016) que nos propor-

cionan una visión híbrida que relaciona las etapas del proceso terapéutico con cambios en la actividad neurofuncional asociadas a diferencias en el estado de ánimo y en el estado de ansiedad percibidos por el propio paciente (Xinjun, Fumoto, Nakatani, Sekiyama, Kikuchi et al., 2011).

De igual modo, resulta imprescindible revisar las investigaciones llevadas a cabo con el entrenamiento en atención – concentración para mejorar la autopercepción que los pacientes muestran de su estado de ánimo, actuando tal tratamiento como componente que motiva al paciente a seguir un tratamiento y le proporciona una sensación de expectativa de mejora más intensa que si no se aplicase (Burg y Michalak, 2011; Wells, Welford, King, Papa-georgiou, Wisely, et al., 2010).

Para dirigirnos a la cuestión que nos ocupa, esto es, la oportunidad de la inclusión de las técnicas de relajación basadas en atención - concentración, dentro de un protocolo estandarizado para la reducción del TAG en régimen de ingreso, se plantean las siguientes hipótesis:

-Las técnicas de relajación basadas en la focalización de la atención en el proceso inspiración-espiración son eficaces como tratamiento coadyuvante a TCC y TF en un protocolo estandarizado.

-Esa eficacia es evaluada a través de la mejoría autopercebida del TAG, referida por el paciente en métodos de autoinformes previos y posteriores al tratamiento.

## Método

### *Participantes*

En el estudio se incluye una muestra de 26 participantes en total. El género se ilustra en la participación de 12 sujetos varones y de 14 mujeres, con una edad media de 39,6 (D.T.= 10,24) años. Las edades estaban comprendidas en un rango de 23 a 62 años. No existen diferencias significativas entre ambos sexos en la variable edad.

### *Procedimiento*

En este estudio se pretende examinar el cambio que se produce en la experienciación de la sintomatología global de TAG que los pacientes tienen a lo largo de un tratamiento protocolizado y estructurado de dos meses de duración en régimen de ingreso hospitalario. Para ello, una vez diagnosticado el TAG, los pacientes eran asignados por orden de ingreso a un grupo control y a un grupo de tratamiento. La condición control, (n=13) consistió en la combinación de Terapia Cognitivo – Conductual (TCC) y tratamiento farmacológico (TF). La combinación se

Tabla 1. Descripción de la muestra por sexo y edad

	N	VARONES	MUJERES	MEDIA EDAD	DT	RANGO EDAD
G. Control	13	6	7	38,53	8,53	(25-55)
G.Experimental	13	6	7	40,69	11,98	(23-62)

N: número de participantes. D. T.: Desviación Típica.

llevó a cabo aplicando: 1) terapias basadas en principios cognitivo – conductuales (TCC) y 2) tratamiento farmacológico (TF). El protocolo del TF, aplicado por el personal médico del centro, consistió en todos los casos en la administración de psicofármacos como la gabapentina (debido a sus efectos inhibidores de la obsesividad y activación periférica asociados al TAG) y benzodiacepinas de acción corta a dosis bajas como el Lormetazepam (debido a su acción inhibitoria de los receptores GABA y consecuente disminución de la activación del sistema nervioso periférico, habitual en el TAG).

Así, puede decirse que la condición control se fundamenta en la aplicación de un tratamiento combinado (Hunot, Churchill, Silva de Lima y Teixeira., 2008). El protocolo del TCC se llevó a cabo mediante la aplicación de sesiones grupales (tres veces por semana) de carácter psicoeducativo acerca de la detección de la ansiedad, manejo de la incertidumbre y habilidades de afrontamiento, así como de hábitos de vida saludable.

La condición experimental (n=13) recibió, además de la combinación estandarizada de Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y tratamiento farmacológico (TF), un tratamiento basado en la atención – concentración en las sensaciones del proceso inspiración – espiración (como terapia coadyuvante en la reducción de la sintomatología general del TAG (tanto la referida a síntomas cognitivos – anticipación aprensiva, expectación – como a síntomas físicos – tensión muscular y sensación de cansancio, entre otros) . En adelante, esta condición de tratamiento a través del entrenamiento en focalización en respiración (“focusing”) será designada de forma abreviada como EF (“Entrenamiento en Focusing). La distribución de aplicación de las sesiones sería de unos tres días a la semana durante una media de dos meses, tiempo en el que la persona permanece en el centro hospitalario en régimen de ingreso. Cada sesión tenía una duración aproximada de 20 minutos, donde el proceso de focalización en respiración duraría de unos 5 a 10 minutos en función del nivel de práctica de los participantes. Se trata así de añadir una condición de apoyo (en otras palabras, como terapia de apoyo; Hunot et al., 2008) y de comprobar si tal condición agrega beneficios al tratamiento, respecto de la vivencia que el paciente tiene del TAG.

Todas las condiciones de tratamiento fueron llevadas a cabo a lo largo del período de ingreso de cada uno de los pacientes, teniendo en cuenta que la media de tiempo en relación a la estancia en el centro fue de dos meses de duración. La distribución de aplicación de las sesiones de atención – concentración fue de unos tres días a la semana durante la estancia de cada paciente. La terapia fue administrada por terapeutas licenciados que fueron entrenados en dichos protocolos.

#### Instrumentos

Para establecer la condición diagnóstica de TAG se han utilizado, en el momento previo al tratamiento, medidas iniciales relacionadas con una entrevista preliminar de screening; en este caso, se ha aplicado la entrevista estructurada MINI (Lecrubier, Sheehan, Weiller, Amorim, Bonora et al., 1997; Sheehan, Lecrubier, Sheehan, Amorim, P., Janavs et al. 1998; Versión en Español: Ferrando, Bobes y Gilbert, 1998). La escala cuenta con datos de fiabilidad contrastados de acuerdo a la entrevista SCID – P; la concordancia con esta última escala arroja unos valores kappa que oscilan entre un máximo de 0,83 y un mínimo de 0,11. Los índices de validez de la escala MINI, medidos en el primer diagnóstico, arrojan un coeficiente kappa con un límite superior de interrelación entre escalas de 1,00, y un límite inferior de 0,81. Si se efectúa una evaluación longitudinal test-retest, los valores de los coeficientes kappa oscilan entre una interrelación máxima de 1,00, y mínima de 0,35 entre escalas.

Se han tenido en cuenta ciertos criterios de exclusión para establecer la condición del TAG como trastorno primario:

- Abuso y/o dependencia de sustancias.
- Abuso y/o dependencia del alcohol.
- Trastorno alimentario (AN, BN, trastorno por atracón)
- Trastornos con un importante componente de organicidad (p.ej.: trastorno bipolar, trastornos relacionados con la Psicosis)

Una vez llevada a cabo la entrevista inicial, se aplicaron dos cuestionarios de autoinforme, para especificar el grado de relevancia clínica del trastorno. El primero de ellos fue el Cuestionario Clínico

Multiaxial de Millon (Millon, Davis y Millon, 1994; Adaptación española: Cardenal y Sánchez, 2007); el segundo instrumento utilizado fue la Escala Hamilton de Ansiedad (Hamilton, 1959, versión española de Carroles, Costa, Del Ser y Bartolomé, 1986.)

La elección de estas dos escalas frente a otros instrumentos para medir la sintomatología de ansiedad generalizada se debe, entre otros, a los siguientes motivos:

Determinados comportamientos implícitos en la personalidad parecen darse habitual y específicamente en sujetos con TAG. Así, conductas como el razonamiento emocional o el uso de la preocupación sobre acontecimientos interpersonales como mecanismo de manejo de la propia sintomatología han sido descritos (Vetere, Portela y Biglieri, 2007). Por ello se utiliza una escala que evalúa aspectos de la personalidad de los sujetos.

La escala presenta una consistencia interna de un alfa de Cronbach cuyos valores se comprenden entre 0,66 y 0,98. Por otro lado, la fiabilidad test-retest presenta unos valores que oscilan entre 0,85 y 0,93. La fiabilidad interjueces arroja un coeficiente kappa  $< 0,45$ . La validez respecto a otras escalas como, por ejemplo, el SCL-90-R y MMPI se sitúa por encima de 0,5. La sensibilidad entre escalas del propio test es variable, correspondiéndose la sensibilidad menor con un valor de 0,44, siendo la mayor de 0,92, con una correlación media de 0,60. La escala presenta escaso poder predictivo (valores de 0,30 a 0,81), con una media de 0,69. La escala fue utilizada para evaluar a los sujetos desde una perspectiva multiaxial con mayor precisión. Se tuvo especialmente en cuenta, sin olvidar los criterios de exclusión antes reseñados, la subescala referida a Trastorno de Ansiedad. En ella, se evalúan “sentimientos vagamente aprensivos, expectación, tensión y dolores musculares (...)” así como un “estado generalizado de tensión, incapacidad para relajarse, movimientos nerviosos y tendencia a sobresaltarse fácilmente” (Millon et al., 1994; Adaptación española: Cardenal y Sánchez, 2007). Todos aquellos sujetos con resultados llamativos clínicamente en esta escala y cumplidos ciertos criterios de exclusión detectados en la entrevista inicial MINI (Lecrubier et al., 1997; Adaptación española por Ferrando et al., 1998) se sitúan en un rango de puntuación típica entre 75 - 85 (indica presencia de rasgos de TAG), o entre 85 - 110 (indica presencia del síndrome, de rango moderado a grave).

Por otro lado se aplicó la Escala Hamilton de Ansiedad (Hamilton, 1959, versión española de Carroles et al., 1986.). Según los estudios disponibles en ansiedad generalizada, esta escala se propone como una medida de valoración sencilla y eficaz para comparar el nivel de funcionamiento cotidiano

del paciente respecto a la población normal (Barlow, Rapee y Brown, 1992 citado por Bados López, 2005). A modo de justificación del uso de esta escala, conviene señalar que “no existen propiamente autoinformes que evalúen los trastornos de ansiedad generalizada, que sean de utilidad para llevar a cabo un diagnóstico diferencial y que se hayan mostrado sensibles al cambio terapéutico”. (Echeburúa, 1993). Es por ello que, aunque la entrevista según criterios MINI es uno de los mejores instrumentos clínicos, para la investigación, se ha reforzado con la escala Hamilton de Ansiedad, una de las escalas más utilizadas en los estudios clínicos.

La escala consta de 14 ítems que evalúan aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad de forma inespecífica. Importante ha resultado, en este caso, la detección del TAG a través de los ítems encargados de identificar Humor ansioso y Tensión, características propias de este trastorno. Las puntuaciones típicas que denotan relevancia clínica de un posible TAG puntúan como sigue: 0 - 5: Inexistente; 6 - 14: Rango moderado - leve;  $\geq 15$ : Rango grave. En lo que respecta a valores de fiabilidad, la escala muestra una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86). La concordancia entre distintos evaluadores - entrenados adecuadamente en su aplicación - es adecuada ( $r = 0,74 - 0,96$ ). Los valores test-retest tras un día y tras una semana son excelentes ( $r = 0,96$ ), y la estabilidad después de un año de ser aplicada, aceptable ( $r = 0,64$ ). Por otro lado, la validez que presenta la puntuación total es concurrente con otras escalas que valoran ansiedad como, por ejemplo, con el Inventario de Ansiedad de Beck 20 ( $r = 0,56$ ) ó The Global Rating of Anxiety by Covi 18, 19 ( $r = 0,63 - 0,75$ ). Además, la escala discierne apropiadamente los valores de ansiedad en pacientes que requieren tratamiento y en pacientes sanos (puntuaciones medias de 18,9 y 2,4 respectivamente). Se correlaciona en alto grado con la Escala de Depresión de Hamilton ( $r = 0,62 - 0,73$ ) y, como dato final, decir que es sensible a los cambios que pudieran aparecer tras el tratamiento.

#### *Análisis de datos*

Se utilizó para el análisis de datos un modelo basado en un diseño retrospectivo, cuasi experimental, ex post facto, de intención predictiva. La base de datos fue analizada a través del programa SPSS, versión 15.0. Para investigar los posibles efectos que la introducción de la variable a contrastar (Entrenamiento en “Focusing”) provocase a nivel intergrupar - comparando grupo experimental y grupo control - se utilizó la Prueba T para muestras independientes. Se realizó un análisis con el modelo general multivariante para determinar la interacción entre las variables objeto de estudio (también

Tabla 2. Comparación de medias grupos pre y post tratamiento

	GRUPOS	N	MEDIA	D.T.	T	G.L.	SIG.
MCMI-III(1)	1	13	91,3636	8,29786	0,729	21	0,474
	2	12	88,4167	10,79106			
MCMI-III(2)	1	13	56,7000	24,00949	-2,574	20	0,01
	2	12	76,3333	10,26320			
HAMA(1)	1	13	33,0000	13,90444	2,647	23	0,014
	2	12	21,6667	5,31436			
HAMA(2)	1	13	13,5385	5,53196	-0,210	23	0,835
	2	12	14,0833	7,35414			

Tabla 2: Estadísticos descriptivos: medidas pre y post tratamiento. MCMI-III(1): medida MCMI-III pre-tratamiento. MCMI-III(2): medida MCMI-III post-tratamiento. HAMA(1): medida Escala Hamilton de ansiedad pre-tratamiento. HAMA(2): medida Escala Hamilton de ansiedad post-tratamiento. Grupos: 1: grupo Experimental (EF: Entrenamiento en “focusing”). 2: grupo control, N: Número de participantes. D. T.: Desviación Típica. T: Valor de la prueba T para muestras independientes. G.L. Grados de libertad. SIG.: significación Prueba T para muestras independientes

Tabla 3. Prueba Lambda de Wilks. Interacción momento pre-post y grupo de tratamiento. Prueba de efectos intra-sujetos

	F	G.L.	SIG.
MILLON	7,486	1	0,013
HAMA	7,268	1	0,013

MILLON: Interacción prueba MCMI - III pre y post tratamiento. HAMA: Interacción prueba Hamilton de ansiedad pre y post tratamiento.

Tabla 4. Prueba Lambda de Wilks. Interacción momento pre-post y grupo de tratamiento. Prueba de los efectos inter-sujetos

	F	G.L.	SIG.	ETA
MILLON	1233,63	1	0,000	0,984
HAMA	220,89	1	0,000	0,906

MILLON: Interacción prueba MCMI - III pre y post tratamiento. HAMA: Interacción prueba Hamilton de ansiedad pre y post tratamiento.

llamadas variables explicativas) y las variables respuesta, es decir, aquellas variables que describen el resultado en términos cuantificables. Se ha tomado como criterio, en este caso, el índice proporcionado por la prueba Lambda de Wilks.

## Resultados

Se observa que, en ambos grupos clasificados según la variable a investigar (Grupo control: Sin entrenamiento en “Focusing”; Grupo experimental: Con entrenamiento en “Focusing”) existen efectos tanto a nivel intergrupar como intragrupal en la reducción de sintomatología de TAG pre y post tratamiento. Se observa un valor perdido en el grupo control en la condición post tratamiento.

La Prueba T para muestras independientes arroja significación del factor Entrenamiento en “Focusing” separadamente en una de las pruebas psicométricas (MCMI – III) con independencia del resto de factores de tratamiento.

El análisis multivariado ha revelado una relación significativa entre los grupos en la fase post-tratamiento, en la variable ansiedad medida con el test MCMI - III. Así mismo, ha revelado una relación significativa en la fase pre-tratamiento en esta misma variable medida con el Hamilton. En la tabla 3, se muestran los resultados de este análisis.

Se han incluido gráficas con los dos momentos experimentales 1= pre-tratamiento y 2= post-tratamiento. En dichas gráficas se puede observar el comportamiento de las variables.

### Discusión y conclusiones

El propósito de la investigación ha sido comprobar la eficacia del entrenamiento en “focusing” basado en técnicas de atención – concentración en el proceso respiratorio como tratamiento coadyuvante en la utilización de un protocolo que combina principios cognitivo – conductuales e intervención farmacológica en el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada. Se han investigado líneas de intervención basadas en los principios de meditación Vipassana (atención- concentración en respiración) como posible alternativa a métodos de relajación ya existentes (tensión – distensión, relajación muscular progresiva) o simplemente como alternativa a la ausencia de práctica de técnicas de relajación en sí mismas.

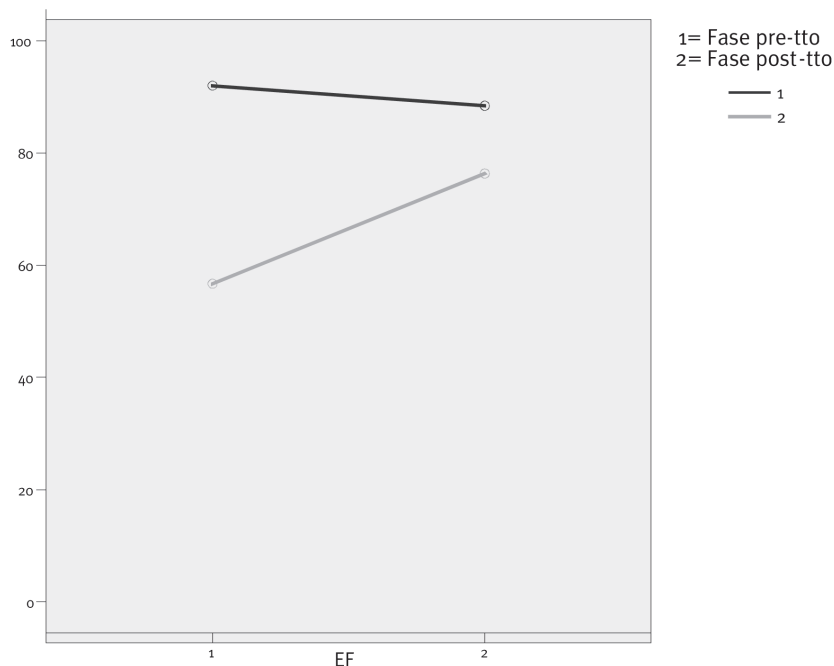
Tal idea surge de las posibles implicaciones prácticas; este estudio advierte sobre los potenciales beneficios del uso del entrenamiento en “focusing” basado en técnicas de atención – concentración en el proceso respiratorio -, dado que abre nuevas vías de innovación y mejora de la eficacia de la intervención terapéutica.

En esta investigación, la introducción de entrenamiento en “focusing” basado en técnicas de atención- concentración en respiración dentro de un tratamiento protocolizado para TAG (comprendido éste por tratamiento psicofarmacológico en combinación

con técnicas de tratamiento cognitivo – conductual) coincide con una mejoría significativa en la sintomatología de TAG medida por una prueba psicométrica (MCMI – III).

Es importante reseñar la referencia que algunos estudios hacen a los cambios en la auto percepción que el paciente tiene de su estado de ánimo asociados a la práctica de técnicas de relajación, así como que esta percepción motiva al paciente a seguir un tratamiento y le proporciona una sensación de expectativa de mejora más intensa que si no se aplicase (Burg y Michalak, 2011; Wells et al., 2010). Además hemos observado una mayor probabilidad de que el paciente continúe con estas técnicas, dada la facilidad de incluirlas en su rutina diaria. Muchos de nuestros pacientes practican sistemáticamente alguna actividad relacionada con el focusing (yoga, ejercicios respiración, diferentes actividades físicas que incluyen tiempos de respiración). Dado que las dificultades de adherencia al tratamiento psicológico son una constante preocupación del terapeuta, esto podría resultar en una ventaja añadida. Esto fue particularmente efectivo en nuestro centro, donde se realizan sesiones grupales de yoga como parte del quehacer cotidiano. Este hecho facilita la aplicación de las técnicas de focalización aquí expuestas y abre camino a futuras investigaciones sobre los posibles beneficios que proporciona la intervención en esta línea de tratamiento.

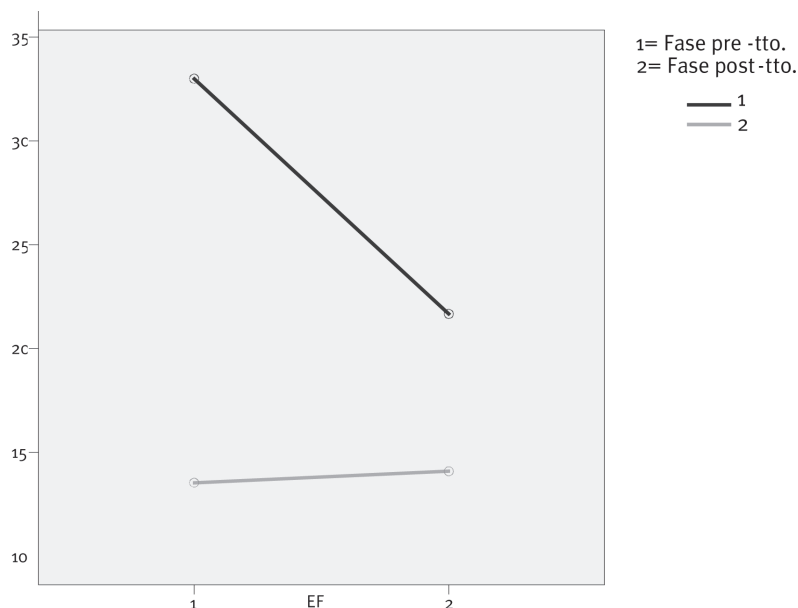
Figura 1. Medias marginales estimadas para MCMI-III



Eje Y: Puntuaciones medias obtenidas en el MCMI-III en ambos grupos en dos momentos (pre-post)

Eje X: EF - Condición experimental (Entrenamiento en “Focusing”) de los grupos. 1= Grupo con tratamiento 2= grupo sin tratamiento

Figura 2. Medias marginales estimadas para Hamilton



Eje Y: Puntuaciones medias obtenidas en el Hamilton en ambos grupos en dos momentos (pre - post)

Eje X: EF - Condición experimental (Entrenamiento en “Focusing”) de los grupos. 1= Grupo con tratamiento 2= grupo sin tratamiento

Desde la perspectiva de la investigación, los hallazgos arrojados por este estudio indican la necesidad de analizar en mayor profundidad el papel que las técnicas de atención – concentración en respiración puedan tener en el tratamiento del TAG, teniendo en cuenta otras variables implicadas en su tratamiento (tratamientos psicoterapéuticos de diferentes escuelas, intervención psicofarmacológica; régimen de tratamiento en ingreso o de forma ambulatoria, entre otras). En el presente estudio, conviene aclarar la utilización de los términos “moderador” y “mediador” para referirse al efecto de las variables, siendo la refocalización de la atención el mecanismo o variable mediadora, puesto en práctica a través del entrenamiento en Focusing, que asume el rol de variable independiente (Baron y Kenny, 1986). De igual manera, resultaría interesante utilizar hallazgos e investigaciones futuras para el diseño de tratamientos protocolizados en aras de mejorar la eficacia de la intervención terapéutica.

Dicho todo lo anterior, hemos de reconocer que la investigación adolece de ciertas limitaciones que menguan la potencia de los análisis realizados. Una de ellas es el tamaño de la muestra ( $N = 26$ ) dadas las condiciones experimentales (pacientes en régimen de ingreso hospitalario en unidad de hospitalización psiquiátrica no específica). Con todo, las condiciones de intervención facilitaron la aplicación continuada del tratamiento a investigar, factor que facilitó la observación cotidiana y la implicación de los participantes desde el inicio hasta el final del tratamiento (motivo que, posiblemente, haya incidido en el aumento de la eficacia de las técnicas aplica-

das y testadas). Otra limitación que se plantea en la realización del estudio surge de la inexistencia de un grupo control que incluya, como condición de tratamiento además de la combinación de Terapia cognitivo-conductual y tratamiento farmacológico, un entrenamiento en relajación muscular progresiva. Finalmente señalar la idoneidad de realizar seguimientos a más largo plazo, que puedan avalar los resultados.

## REFERENCIAS

- Ainsworth, B., Eddershaw, R., Meron, D., Baldwin, D. S., Garner, M. (2013). The effect of focused attention and open monitoring meditation on attention network function in healthy volunteers. *Psychiatry Research*, 210 (3), 1226–1231.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Fourth Edition, Revised). Washington: A.P.A.
- Amir, N., Beard, C., Burns, M., & Bomyea, J. (2009). Attention modification program in individuals with generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 118 (1), 28–33.
- Badós López, A., (2005). *Trastorno de Ansiedad Generalizada*. Facultat de Psicologia. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics. Rescatado de : <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/357/1/116.pdf>.

- Barlow, D. H., Rapee, R. M., & Brown, T. A. (1992). Behavioral treatment of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy, 23*, 551-570.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The Moderator-Mediator variable distinction in Social Psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 1173-1182.
- Behar, E., DiMarco, I. D., Hekler, E. B., Mohlman, J., & Staples, A. M. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): conceptual review and treatment implications. *Journal of Anxiety Disorders, 23* (8), 1011-1023. Doi: 10.1016/j.janxdis.2009.07.006 Epub2009 jul 8.
- Burg, J., & Michalak, J. (2011). The Healthy Quality of Mindful Breathing: Associations With Rumination and Depression. *Cognitive Therapy and Research, 35* (2), 179-185.
- Carroles, J. A., Costa, M., Del Ser, T. y Bartolomé, P. (1986). *La práctica de la Terapia de conducta*. Valencia: Promolibro.
- Cardenal, V. y Sánchez, M. P. (2007). *MCMI – III. Inventario Clínico Multiaxial de Millon – III. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Craske, M. (2016) *Psychotherapy for generalized anxiety disorder*. Rescatado de: <http://www.uptodate.com/contents/psychotherapy-for-generalized-anxiety-disorder>
- Crits- Christoph, P., Newman, M. G., Rickels, K., Gallop, R., Gibbons, M. B. C., Hamilton, J. L., Ring-Kurtz, S., & Pastva, A.M. (2011). Combined medication and cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 25* (8), 1087- 094.
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Huibergs, M., Berkings, M., & Andersson, G. (2014) Psychological treatment of generalized anxiety disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 34* (2), 130-140.
- Donegan, E., & Dugas, M.(2012). Generalized Anxiety Disorder: A Comparison of Symptom Change in Adults Receiving Cognitive-Behavioral Therapy or Applied Relaxation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80* (3), 490–496.
- Echeburúa, E. (1993). Evaluación y tratamiento del trastorno por ansiedad generalizada: nuevas perspectivas. *Psicología Conductual, 1* (2), 233 – 254.
- Ferrando, L., Bobes, J. y Gibert, J. (2004). *M.I.N.I.: Mini International Neuropsychiatric Interview*. Versión en español 5.0.0. Copyright 1992-2004.
- Hamilton, M. (1959). Hamilton anxiety Rating Scale, The assessment of anxiety states by rating. *Brief Journal of Medical Psychology, 32*, 50–55.
- Hunot V, Churchill R, Silva de Lima M. y Teixeira V. (2008) Terapias psicológicas para el trastorno de ansiedad generalizada. Rescatado de: <http://www.updatesoftware.com/bcp/bcpgetdocument.asp?documentid=cdo01848>. Accedido el: 2012-10-14.
- (Archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/6BPdMy4iB>).
- Lecrubier, Y., Sheehan, D., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Sheehan, K., Janavs, J., & Dunbar, G. (1997). The MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) A Short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI. *European Psychiatry, 12*, 224-231.
- Lu, C. F., Smith, L. N., & Gau, C. H. (2012). Exploring the Zen meditation experiences of patients with generalized anxiety disorder: a focus-group approach. *Journal of Nursing Research, 20* (1), 43-51.
- Manuello, J., Vercelli, U., Nano, A., Costa, T., & Cauda, F. (2016). Mindfulness meditation and consciousness: An integrative neuroscientific perspective. *Consciousness and Cognition, 40*, 67-78.
- Millon, T., Davis, R., Millon, C., & Grossman, S. (1994). *MCMI – III: Millon Multiaxial Clinical Inventory – III*. NCS Pearson.
- Mitte, K (2007). Comparando la eficacia de la Terapia cognitivo comportamental y la farmacológica en los trastornos de ansiedad generalizada. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 16* (1), 69-74.
- Newman, M. G. y Anderson, N. L. (2007). Una revisión de la investigación básica y aplicada sobre el trastorno de ansiedad generalizada. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 16*, 7-20.
- Otte, C. (2011). Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence. *Dialogues in clinical neuroscience, 13*(4), 413-421.
- Sheehan, D., Lecrubier, D., Sheehan, H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G.(1998). The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of an structured diagnostic psychiatric interview for DSM – IV and ICD – 10. *Journal of Clinical Psychiatry, 59* (20), 22-23.
- Stahl, B. y Goldstein, E. (2010). *Mindfulness para reducir el estrés: una guía práctica*. Barcelona: Kairós.
- Vetere, G., Portela, A. y Biglieri, R. R. (2007). Perfil de personalidad de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 16* (2), 129–134.
- Wells, A., Welford, M., King, P., Papageorgiou, C., Wisely, J., & Mendel, E.(2010). A pilot randomized trial of metacognitive therapy vs applied relaxation in the treatment of adults with generalized anxiety disorder. *Behavior Research and Therapy, 48* (5), 429-34.
- Xinjun, Y., Fumoto, M., Nakatani, Y., Sekiyama, T., Kikuchi, H., Seki, Y., Sato-Suzuki, I., & Arita, H. (2011). Activation of the anterior prefrontal cortex and serotonergic system is associated with improvements in mood and EEG changes induced by Zen meditation practice in novices. *International Journal of Psychophysiology, 80*, 103–111.