



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Universidad de la República
Facultad de Psicología

NIVELES DE EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA COGNITIVA,
LA PRÁCTICA DE MINDFULNESS Y UNA TERAPIA EN CONJUNTO
DE AMBOS TRATAMIENTOS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS
CON ANSIEDAD.

Trabajo final de grado:
Pre-proyecto de investigación

- Estudiante: Lucía Tealde Sassano
4.549.854-3
- Tutor: Prof. Adj. Dr. Hugo Selma

Julio, 2016
Montevideo, Uruguay

Resumen

El presente proyecto de investigación tiene por objetivo, comparar el nivel de eficacia, a corto y a medio plazo, de la Terapia Cognitiva, la Práctica de Mindfulness y un tratamiento en conjunto que une a ambas estrategias, frente a pacientes que padecen de ansiedad.

Para ello, se ha diseñado un estudio experimental, con una temporalidad longitudinal prospectiva, donde se aplicarán cinco evaluaciones diferentes; antes del tratamiento, posterior al tratamiento y su efecto en seis meses.

Este tipo de investigación permitirá generar un acercamiento más fáctico sobre el nivel de efectividad de estas estrategias de tratamiento, identificando de esta forma cual es la metodología más adecuada para trabajar con pacientes diagnosticados con ansiedad.

Se considera relevante continuar estudiando los efectos terapéuticos a corto, medio y largo plazo de las distintas terapias.

Palabras claves: Ansiedad, Terapia Cognitiva, Mindfulness

Summary

The present research project aims to compare the level of efficacy, in short and medium term, of cognitive therapy, the practice of Mindfulness and a joint treatment that combines both strategies, on patients suffering from anxiety.

In order to achieve this, a pilot study has been designed with a prospective longitudinal temporality, based on a methodology of questionnaires, where five different assessments will be applied before and after treatment and its effect after six months.

This type of research allows generating a more factual approach to the level of effectiveness of these treatment strategies, thus identifying which is the most appropriate methodology for working with patients diagnosed with anxiety. It is important to continue studying the therapeutic effects, in short, medium and long term

Keywords: Anxiety, Cognitive Therapy, Mindfulness.

- ÍNDICE -

1. FUNDAMENTACIÓN Y ANTECEDENTES	1
2. REFERENTES TEÓRICOS	2
2.1. Ansiedad	2
2.1.1. Clasificación de los trastornos de ansiedad según el DSM IV.....	3
2.1.2. Epidemiología.....	3
2.1.3 Etiopatogenia de la ansiedad.....	3
2.1.4 Ansiedad y cerebro.....	4
2.2. Terapia Cognitiva	5
2.2.1. ¿Terapia Cognitiva o Terapia Cognitiva Comportamental?.....	5
2.2.2. La Terapia Cognitiva de Aaron Beck y la Terapia Racional Emotivo Conductual de Albert Ellis.....	6
2.2.3. Eficacia de las Terapias Cognitivas.....	6
2.3. Mindfulness	7
2.3.1. Mindfulness y evidencia científica.....	8
3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	9
3.1. Preguntas de investigación.....	9
4. OBJETIVOS DEL PROYECTO	9
4.1. Objetivos generales.....	9
4.2. Objetivos específicos.....	10
5. DISEÑO METODOLÓGICO	10
5.1. Diseño del estudio	10
5.2. Participantes	10
5.3. Instrumentos de medición	11
5.4. Procedimiento	11
5.5. Análisis de datos	12

6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	13
7. ÉTICA.....	14
8. CRONOGRAMA TENTATIVO.....	15
9. RESULTADOS ESPERADOS.....	15
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	16

1. Fundamentación y antecedentes:

Con el presente pre proyecto de investigación se pretende realizar un estudio comparativo del nivel de eficacia a corto y a medio plazo, de tres estrategias de tratamiento diferentes frente a pacientes que han sido diagnosticados con algún tipo de trastorno de ansiedad. Estas tres estrategias de tratamiento son: la Terapia Cognitiva (de Aaron Beck y Albert Ellis), la Práctica de Mindfulness y un tratamiento en conjunto de ambas metodologías.

Según datos brindados por la Organización Mundial de la Salud (2016) entre los años 1990 y 2013, el número de personas que padecen de ansiedad ha aumentado aproximadamente a un 50%, de 416 millones de personas a 615 millones, siendo en los últimos años una de las patologías mentales más prevalente de Latinoamérica y el Caribe (Rodríguez, Kohn, & Aguilar Gaxiola, 2009). Además de esto, es pertinente mencionar que la ansiedad suele intervenir de forma negativa en la vida social, familiar y laboral del individuo que la padece, causando un disrupción en diferentes aspectos de su vida cotidiana (Cía, 2002). Es por estos motivos que en este pre proyecto se ha determinado a la ansiedad como eje fundamental del estudio.

La elección de este tema de investigación se fundamenta, en primer lugar, debido a que a nivel mundial existen exiguos estudios comparativos que evalúen los distintos niveles de eficacia de tratamientos para pacientes con ansiedad. En efecto, los diferentes estudios realizados se han focalizado en otro tipo de terapias o en algún trastorno de ansiedad específico y no en los trastornos de ansiedad en general que se plantea en esta investigación (Brozovich et al., 2015; Forkmann, Brakemeier, Teismann, Schramm, & Michalak, 2016; Newby, Twomey, Yuan Li, & Andrews, 2016; Spijkerman, Pots, & Bohlmeijer, 2016).

En segundo lugar, y relacionado con el primer punto, es de suma importancia evaluar cuál es el tratamiento más eficaz para trabajar con los pacientes que padecen de ansiedad para poder brindarle al sujeto una estrategia terapéutica acorde a su problemática.

Particularmente en este estudio, las estrategias de tratamientos son limitadas dada la complejidad que ocasionaría un estudio de mayor magnitud que abarcara una amplia diversidad de terapias. En efecto, se han determinado las tres estrategias de tratamiento anteriormente mencionadas debido a que la evidencia parece sostener que tanto la Terapia Cognitiva como la Práctica de Mindfulness han sido de beneficio en pacientes con ansiedad. (Cassem, 1998; Gotink et al., 2015; Keegan, 2007; Khoury, Sharma, Rush, & Fournier, 2015).

En el Uruguay hay una gran escasez de investigaciones que evalúen el nivel de eficacia de los diferentes trastornos mentales, haciendo particularmente interesante una

investigación que tome los puntos anteriormente mencionados (Bernardi et al., 2004).

2. Referentes teóricos

En este apartado se expondrán los conceptos e ideas claves que atraviesan el proyecto, para así brindar al lector un soporte teórico y conceptual sobre Ansiedad, Terapia Cognitiva y Mindfulness.

2.1 Ansiedad

El origen etimológico de la palabra ansiedad proviene del latín *anxietas*, y refiere a un estado de agitación, temor e inquietud (Cía, 2002; Real Academia Española, [RAE], 2016).

En la actualidad el trastorno de ansiedad cuenta con una definición y sintomatología bastante precisa, pudiéndose constatar en la quinta edición del DSM (American Psychiatric Association [APA], 2014), sin embargo, se considera que su concepto tiene un origen impreciso a razón de que con anterioridad los clínicos utilizaban la ansiedad a modo de síntoma y no como trastorno específico e independiente (Vallejo & Gastó, 2000).

Los autores Vallejo y Gastó (2000) definen la ansiedad como un mecanismo adaptativo, que orienta al sujeto a poner en movimiento conductas de defensa, que aparecerán en cualquier situación en la que sienta una amenaza, tanto real como imaginaria. Por su parte, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (APA, 2014) la define como una resolución a una amenaza futura.

Los trastornos de ansiedad se diferencian de la llamada ansiedad normal debido al tiempo que duran y al exceso en la sintomatología (APA, 2014; Cía, 2002; Gelder, Mayou, & Geddes, 2000; Vallejo & Gastó, 2000). Estos trastornos son caracterizados por el miedo y la ansiedad de forma excesiva y desproporcionada, donde los sujetos que la padecen suelen sobreestimar el peligro de las situaciones a las cuales temen (APA, 2014; Gelder et al., 2000; Vallejo & Gastó, 2000). Estos trastornos, en la mayoría de los casos afectan de forma negativa el funcionamiento psicosocial de los individuos (Cía, 2002; Vallejo & Gastó, 2000). Muchos de los trastornos de ansiedad mencionados en el DSM IV y posteriormente en el DSM V (American Psychiatric Association [APA], 2002; APA, 2014) se desarrollan en la infancia y suelen permanecer si no son tratados. Manifestándose, mayormente en mujeres que en hombres (APA, 2002; APA, 2014).

Los distintos trastornos de ansiedad se clasifican conforme al objeto o situación que le genera miedo, ansiedad y/o conductas evitativas al sujeto (APA, 2014). Para el presente pre-proyecto de investigación se utilizará el criterio de clasificación del DSM IV, si bien ya está disponible la quinta edición; esto se debe a que posteriormente se les administrará a

los participantes el SCID- I y el mismo utiliza los criterios de clasificación del DSM IV (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1999).

2.1.1. Clasificación de los trastornos de ansiedad según el DSM IV

Los criterios diagnósticos actuales reconocen una amplia variedad de trastornos de ansiedad, y le brindan a cada uno características y síntomas propios, acompañados con una comorbilidad, una prevalencia y un pronóstico que son particulares en cada uno (APA, 2002).

Los trastornos de ansiedad en el DSM-IV se dividen principalmente en: Trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo, trastorno de angustia sin agorafobia, trastorno de angustia con agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia, fobia específica, fobia social, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, trastorno de ansiedad inducido por sustancias y trastorno de ansiedad no especificado (APA, 2002).

2.1.2. Epidemiología, estimación de la población afectada por el trastorno de ansiedad.

Actualmente en Uruguay no se encuentran estudios que permitan conocer la prevalencia de los trastornos de ansiedad de la población uruguaya, sin embargo se puede obtener un panorama general de la región si se toman en cuenta otros estudios. Una investigación realizada en América Latina y el Caribe estima que aproximadamente 13% de las personas mayores de quince años padecieron en un momento de su vida de algún tipo de ansiedad, siendo de esta forma el trastorno más prevalente (Rodríguez et al., 2009).

Es necesario mencionar que las cifras del estudio son aproximadas e imprecisas. En la investigación se utilizaron diferentes estudios epidemiológicos, con calidad y métodos no uniformes. Asimismo se tomaron los datos de un número reducido de países para representar la tasa de prevalencia de la región (Rodríguez et al., 2009).

2.1.3. Etiopatogenia de la ansiedad

En la mayoría de los trastornos mentales se presenta una alto grado de complejidad al intentar comprender sus bases causales (Corr, 2008). No es posible explicar las causas de un trastorno mental sólo refiriendo a su factores genéticos ni solo refiriendo a sus factores ambientales, es necesario entonces estudiar la interacción gen-ambiente de una forma equilibrada (Keltikangas-Järvinen & Jokela, 2010; Steckler & Stein, 2010).

No obstante, es necesario mencionar la posible predisposición genética que se ha encontrado en la mayoría de los trastornos de ansiedad. Los trastornos de ansiedad que aparentan contar con mayor predisposición genética son: trastorno de angustia, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por estrés

postraumático y fobia específica que varía conforme el tipo de fobia (APA, 2002; Steckler & Stein, 2010).

2.1.4 Ansiedad y cerebro

A continuación se repasarán las principales estructuras encefálicas involucradas a los trastornos de Ansiedad:

- Amígdala:

La amígdala es una estructura subcortical asociada a las emociones (Villegas et al., 2015). Una de sus funciones principales consiste en enviar información relacionado con el miedo y la ansiedad a los centros nerviosos superiores (Villegas et al., 2015).

La amígdala cumple un rol decisivo en la adquisición, consolidación y retención o expresión del miedo condicionado, reconociendo y prediciendo amenazas (Steckler & Stein, 2010; Vallejo & Gastó, 2000). Asimismo, su tamaño y una mayor activación estarían asociados con la presencia de la ansiedad patológica (Phan, Fitzgerald, Nathan, & Tancer, 2006; Tillfors et al., 2001; Villegas et al., 2015).

-Córtex prefrontal:

El córtex prefrontal cumple un papel importante en la regulación de la extinción del miedo. Esta extinción ocurre cuando un estímulo condicionado que previamente precedía a un estímulo incondicionado deja de hacerlo (Steckler & Stein, 2010).

Estudios realizados a personas que sufren de estrés post traumático sugieren que el córtex prefrontal tiene una activación disminuida o una falla en su activación en tareas donde el paciente atiende a cuestiones relacionadas al momento traumático (Lanius et al., 2001; Shin & Liberzon, 2010).

Otras estructuras encefálicas involucradas a los trastornos de ansiedad son: el hipotálamo, el hipocampo, la sustancia gris periacueductal y el locus ceruleus (Steckler & Stein, 2010; Vallejo & Gastó, 2000). Se hizo énfasis en la amígdala y el córtex prefrontal, por ser de las estructuras más estudiadas en pacientes con ansiedad y tener relación directa con los efectos del Mindfulness y la Terapia Cognitiva.

Es necesario mencionar que los estudios que investigan las estructuras encefálicas involucradas en los trastornos de ansiedad tienen limitaciones. La mayoría de estos se focalizan en un trastorno de ansiedad específico y resulta extremadamente complejo encontrar un aspecto general para todos los trastornos de ansiedad. A esto se le suman las complicaciones en cuanto aspectos técnicos, pacientes medicados y la comorbilidad entre ansiedad y depresión (Shin & Liberzon, 2010).

2.2. Terapia Cognitiva

Los sujetos son seres racionales capaces de procesar adecuadamente la información proveniente del mundo exterior y a la cual pueden acceder a través de los procesos de conocimiento. Dicho conocimiento sólo será válido cuando el sujeto represente de forma adecuada la realidad (Caro, 2007).

Esta idea es la base de las psicoterapias cognitivas clásicas, como las elaboradas por Beck y Ellis (Caro, 2007). En este tipo de terapia tanto el terapeuta como el paciente trabajan de forma conjunta y activa para encontrar los procesos erróneos o distorsionados que llevan al individuo a obtener un conocimiento no válido. Al identificar estas representaciones erróneas, el paciente puede llegar a producir posteriormente pensamientos más ajustados a la realidad, mejorando así sus procesos de conocimiento (Caro, 2007).

El más antiguo y principal antecedente de la Terapia Cognitiva proviene de la filosofía estoica, y de uno de sus principales exponentes, Epicteto. Esta filosofía le da una mayor importancia a la opinión o a la significación que el sujeto le atribuye a lo sucedido, más que a lo acontecido en sí, siendo este punto de vista fundamental en la Terapia Cognitiva (Caro, 2007). La segunda influencia proviene de la teoría estructural y de la psicología profunda. La tercera, procede de la Psicología Cognitiva (Caro, 2007).

La Terapia Cognitiva no cuenta con un autor centralizador o un marco teórico unificado y específico, los autores más influyentes y los que más han contribuido a la divulgación del modelo provienen del Psicoanálisis como Beck y Ellis y desde la terapia conductual con autores como Bandura, Meichenbaum, Mahoney y Lazarus (Caro, 2007; Feixas & Miró, 1993).

Algunos de los modelos de la terapia cognitiva son: la Terapia racional emotivo conductual de Albert Ellis, la Terapia cognitiva de Aaron Beck, la Terapia de autocontrol de Lynn Rehm, y el entrenamiento autoinstruccional de Donald Meichenbaum, entre otros (Caro, 2007).

2.2.1. ¿Terapia Cognitiva o Terapia Cognitivo Comportamental?

Si bien hay más de una postura con respecto al tema la autora Caro I. (2007) refiere a la Terapia Cognitivo Comportamental como uno de los tres modelos principales dentro de la Terapia Cognitiva. Es de este modo que se tomará a dicha autora como referencia y al hablar de Terapia Cognitiva se estará abarcando tanto del modelo Cognitivo Comportamental como los modelos de reestructuración Cognitiva y los modelos Construccionalistas.

2.2.2. La terapia Cognitiva de Aaron Beck y la Terapia Racional Emotivo Conductual de Albert Ellis

Como se ha aclarado anteriormente, en este estudio se investigará la eficacia de la Terapia Cognitiva, sin embargo al ser un modelo amplio que abarca variados enfoques, se debería especificar las terapias a utilizar. Es por este motivo que en la futura intervención con los participantes se empleará la Terapia de Aaron Beck y Albert Ellis.

El enfoque de Albert Ellis considera que en la base de la mayoría de los trastornos se encuentra una tendencia humana al pensamiento irracional, en efecto su terapia radica en que el paciente logre sustituir conscientemente pensamientos irracionales por otros más adecuados y razonables (Feixas & Miró, 1993).

Por su parte, el modelo de Beck reconoce el papel fundamental de los esquemas en la formación y mantenimiento de ciertos trastornos (Feixas & Miró, 1993). El enfoque principal de esta terapia se basa en identificar estos esquemas junto al paciente y modificarlos (Feixas & Miró, 1993).

Ambas terapias parten de la psicología del procesamiento de información (Feixas & Miró, 1993).

2.2.3. Eficacia de las Terapias Cognitivas

Las diferentes intervenciones de carácter cognitivo se basan en una sucesión de procedimientos que tienen como finalidad el modificar las conceptualizaciones erróneas que aumentan la ansiedad y provocan el mantenimiento de este trastorno (Cassem, 1998).

Si leemos distintas literaturas sobre los tratamientos cognitivos podemos observar que son muy eficaces, igualando o superando muchas veces a otros tratamientos alternativos (Cassem, 1998; Keegan, 2007). En efecto, es una terapia recomendada por su fundamento científico, su efectividad, la variabilidad de técnicas que comprende y la velocidad de respuesta de los pacientes (Cassem, 1998; Keegan, 2007).

No obstante, es necesario indicar que este tipo de terapia no es igual de eficaz para todos trastornos. La ansiedad junto con la depresión son dos de los trastornos en los que más se recomienda realizar una intervención de corte cognitiva (Cassem, 1998).

2.3. Mindfulness

El Mindfulness o su traducción al español como conciencia plena, alude a una forma de relacionarse con el mundo exterior, atendiendo los fenómenos que se vivencian en el momento presente sin brindarles un juicio valorativo (Didonna, 2011; Kabat Zinn, 2010). Se trata de una capacidad propia del ser humano que puede ser practicada y mejorada (Didonna, 2011; Heaversedge & Halliwell, 2012). Algunos autores definen Mindfulness como una práctica, otros utilizan el término para referirse a un constructo teórico, y otros lo asocian a un proceso psicológico, en este estudio se utilizarán las tres descripciones para hablar de Mindfulness (Liétor, Fortis, & Moraleda, 2013; Moñivas, García-Diex, & García de Silva, 2012; Simón, 2006).

La palabra Mindfulness es la traducción al inglés de la palabra Sati (Davis & Stade 1921-2001, citado en Didonna, 2011) proveniente de la lengua Pali (lengua en que se escribieron las enseñanzas de Buda) que significa conciencia, atención y recuerdo (Didonna, 2011). Este concepto ha sido desarrollado desde hace ya 2500 años por el budismo, sin embargo fue recién en la década de 1970 cuando el biólogo molecular Jon Kabat-Zinn tuvo la iniciativa de desarrollar una manera de practicar Mindfulness omitiendo su connotación religiosa (Didonna, 2011; Liétor et al., 2013; Silverton, 2012).

En 1979, Kabat-Zinn instala la práctica denominada Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR), traducida al español como Reducción del estrés basada en el Mindfulness, este programa contaba con múltiples ejercicios tales como: la respiración consciente, el examen del cuerpo y el yoga, que se desarrollaban en un periodo de ocho semanas (Liétor et al., 2013). Kabat Zinn comienza a llevar a cabo su programa en pacientes que residían en el hospital que él trabaja, los cuales contaban con una diversidad de afecciones crónicas (Heaversedge & Halliwell, 2012; Silverton, 2012). El motivo de esta práctica no era la cura sino brindarles a los sujetos herramientas para que puedan atravesar su enfermedad desde una perspectiva diferente (Heaversedge & Halliwell, 2012; Silverton, 2012). Es a partir de este momento que se comienza a incrementar el interés en el Mindfulness, desarrollándose otros enfoques y terapias que lo abarcan (Heaversedge & Halliwell, 2012; Liétor et al., 2013; Silverton, 2012).

Como se ha expuesto anteriormente, el Mindfulness no es una práctica religiosa, sino una cualidad humana que puede desarrollarse y mejorar en quien opte por practicarla (Heaversedge & Halliwell, 2012). Su significado se ha modificado y ampliado a lo largo del tiempo, integrado en la actualidad al ámbito científico (Heaversedge & Halliwell, 2012). Comenzó paulatinamente con algunos artículos publicados en los años ochenta y noventa, teniendo un incremento extraordinario a partir del nuevo siglo (Heaversedge & Halliwell, 2012). Si comparamos la presencia de Mindfulness en el buscador de Internet Google entre los años 2013 y 2016, podemos observar un aumento del 2000%, de 1.570.000 a

39.100.000 publicaciones¹.

2.3.1. Mindfulness y evidencia científica

Una serie de estudios e investigaciones neurocientíficas se han focalizado en los posibles cambios cerebrales de los practicantes de Mindfulness. Muchos de estos artículos demuestran que el Mindfulness puede colaborar en la resolución de una gran cantidad de problemas y sus ámbitos de aplicación son variados (Heaversedge & Halliwell, 2012).

En 2005 la doctora Sara Lazar y colaboradores, realizaron un estudio utilizando imágenes de resonancia magnética para observar los cerebros de meditadores experimentados. Los resultados del estudio evidencian un engrosamiento en el espesor de la corteza prefrontal y la ínsula anterior derecha, regiones asociadas a la atención, la conciencia interna y el procesamiento sensorial (Lazar et al., 2005).

En 2010 y 2011 Lazar y Hölzel, junto a diferentes colaboradores, realizaron dos estudios para observar y comprender los cambios que puede generar Mindfulness a nivel cerebral. De los diferentes resultados dados en estos estudios, los más destacados son el engrosamiento del hipocampo y el adelgazamiento de la amígdala (Hölzel et al., 2010; Hölzel et al., 2011).

Posteriormente en un estudio de meta análisis publicado en el año 2015, se realizó una revisión sistemática de los estudios divulgados por las revistas Medline, CINAHL y Alt HealthWatch desde la fecha del primer artículo disponible hasta el 19 de septiembre de 2014. Los resultados de esta investigación concluyen que la práctica creada por Jon Kabat-Zinn, MBSR, es moderadamente eficaz para reducir el estrés, la ansiedad, la depresión, la angustia y mejorar la calidad de vida de sujetos sanos (Khoury et al., 2015).

¹ Se realizó una comparación entre los datos brindados por el artículo de Liétor, N., Fortis, M. & Moraleda, S. (2013) y resultados de Google en junio de 2016.

3. Formulación del problema y preguntas de investigación

Mediante el presente trabajo se pretende investigar el nivel de eficacia de tres diferentes tratamientos para abordar los trastornos de ansiedad. De esta manera se podría lograr identificar cuál de ellos es el más adecuado. Variadas investigaciones científicas sugieren que tanto la Terapia Cognitiva como la práctica de Mindfulness, son tratamientos eficaces para trabajar con pacientes diagnosticados con esta patología, es por este motivo que se tomarán estas estrategias de intervención sumando a estas dos un tratamiento mixto que sería una combinación de ellas (Cassem, 1998; Gotink et al., 2015; Keegan, 2007; Khoury et al., 2015).

Es de destacar que este tipo de estudio no ha sido realizado en Uruguay por ello se cree pertinente realizar un proyecto de estas características. Es imprescindible comenzar a indagar sobre la eficacia de las diferentes terapias en este país, e investigar sobre todo aquellas terapias que a nivel mundial son recomendadas a pacientes con patologías tan prevalentes como los son los trastornos de ansiedad.

3.1. Preguntas de investigación

A partir de la exploración y revisión bibliográfica se originaron en el estudio determinadas interrogantes que actuaron como base para su posterior diseño. Las preguntas que guían el proyecto son:

- 1) ¿Cuál es el nivel de eficacia de la Terapia Cognitiva para pacientes con Ansiedad?
- 2) ¿Cuál es el nivel de eficacia de Mindfulness para pacientes con Ansiedad?
- 3) ¿Cuál es el nivel de eficacia de un tratamiento que combine Terapia Cognitiva y Mindfulness para pacientes con Ansiedad?
- 4) ¿Los resultados obtenidos a corto plazo se mantendrán a medio plazo?
- 5) ¿Cuál será el nivel de aceptación de las distintas estrategias de tratamiento?

4. Objetivos:

4.1 Objetivos generales:

El presente pre proyecto tiene como objetivo general comparar la eficacia, a corto y medio plazo, de la Terapia Cognitiva, la Práctica de Mindfulness y un tratamiento en conjunto que una a ambas estrategias de tratamiento frente a pacientes con Ansiedad de entre 18 y 40 años que actualmente residan en Uruguay y que consultan en las Instituciones SUATEC y SUAMOC.

4.2 Objetivos específicos

- Estimar la prevalencia de pacientes diagnosticados con ansiedad en las Instituciones SUATEC y SUAMOC.
- Identificar los distintos grados de aceptación frente a los tratamientos planteados.
- Analizar la posible efectividad a medio plazo (en un efecto de seis meses) de la Terapia Cognitiva, Mindfulness y el tratamiento en conjunto.
- Contribuir al estudio de la eficacia de terapias en el Uruguay.

5. Diseño

Este capítulo tiene el propósito de explicitar el diseño que será utilizado en el estudio. En efecto, se plantearán aspectos relacionados con el diseño, con los participantes, con los instrumentos de medición a utilizar, con el procedimiento y finalmente con el análisis de datos.

5.1. Diseño del Estudio

Se ha diseñado un estudio experimental que tiene como objetivo evaluar los efectos de tres diferentes tipos de intervención. Las principales características de los estudios experimentales (que sentaran las bases de esta investigación) son: la manipulación de variables que incidirán en el fenómeno estudiado, la asignación aleatoria de los participantes en los diferentes grupos de intervención, el control de las condiciones bajo estudio y la existencia de al menos un grupo control (Bermejo, 2008; Lazcano-Ponce et al., 2004). En cuanto a la temporalidad, será un estudio de carácter longitudinal prospectivo ya que evaluará los resultados a corto y a medio plazo.

Por otra parte esta investigación contará con instrumentación basada en el uso de cuestionarios, donde se aplicarán cuatro evaluaciones diferentes antes del tratamiento, posterior al tratamiento y su efecto en seis meses, y una quinta evaluación que será administrada cada tres meses.

5.2. Participantes

La selección de la población objetivo serán aquellos sujetos entre 18 y 40 años, que han sido diagnosticados con ansiedad y aún buscan tratamiento. Serán excluidos los casos de riesgo y aquellos pacientes que reciban medicación controlada. Al escoger a los participantes de solo dos Instituciones se ira trabajando con ellos a medida que vayan solicitando asistencia psicológica.

Los grupos serán divididos a través de una selección al azar, particularmente se

empleara una selección sistemática de elementos muestrales. La misma permite que los participantes tengan las mismas probabilidades de ser selecciones para uno u otro grupo dentro de los cuatro que formarán parte del estudio. En efecto, de esta forma no existiría la preferencia para seleccionar a alguien y brindaría una validez externa que luego permitiría generalizar los resultados. No obstante la variable género si será balanceada. En los trastornos de ansiedad hay un número mayor de mujeres diagnosticadas respecto a los hombres, es por este motivo que se decide agrupar el mismo número de participantes masculino en cada grupo (APA, 2002; APA, 2014, Rodríguez et al., 2009).

Asimismo para lograr esta generalización también se debe seleccionar una muestra que sea representativa en tamaño, para ello se crearán grupos de veinticinco personas cada uno, requiriendo un total de cien participantes.

Los terapeutas serán reclutados a través de un muestreo por bola de nieve.

5.3. Instrumentos de medición:

- Hamilton Anxiety Rating Scale ([HARS], Hamilton, 1959) que evalúa la intensidad de la ansiedad.
- Brief Scale for Anxiety ([BSA], Tyrer, Owen, & Cicchetti, 1984) que mide la ansiedad patológica.
- State-Trait Anxiety Inventory ([STAI], Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970) que evalúa la ansiedad como estado y la ansiedad como rasgo.
- Short-Form ([SF-36], Ware & Sherbourne, 1992) que evalúa la calidad de vida relacionada con la salud.
- Symptom Assessment-45 Questionnaire ([SA-45], Davison et al., 1997) un instrumento de cuantificación sintomática derivado del SCL-90 que evalúa una gama amplia de síntomas psicológicos y psicopatológicos, tanto en población clínica, como en población no clínica.

5.4. Procedimiento

Se hablará con las Instituciones SUATEC y SUAMOC para trabajar en conjunto y realizar terapia con aquellos sujetos diagnosticados con ansiedad que formen parte de su registro de pacientes actuales y/o futuros. Se han seleccionado estas dos Instituciones a causa de que en ellas trabajan terapeutas especializados tanto en Terapia Cognitiva como en Mindfulness.

En una segunda instancia, se coordinará una reunión con los diferentes terapeutas, para explicarles en detalle los objetivos y procedimientos de la Investigación, con las personas que han decidido formar parte del estudio se organizarán distintos encuentros para efectuar el consentimiento informado, llevar a cabo un pequeño curso para la aplicación del cuestionario SCID-I y evacuar posibles dudas.

Una vez realizada la coordinación con los terapeutas se comenzará a trabajar en la tercera fase que abarca las primeras instancias con el paciente. Al comienzo de la sesión el terapeuta y el participante leerán la hoja de información del estudio, y se lo invitará a consultar sobre dudas que pudiera tener acerca del mismo. En caso de querer seguir siendo parte de la investigación se le presentará el consentimiento informado para que pueda leer y firmar. Luego de esto se aplicará el SCID-I (First et al., 1999) para determinar si efectivamente el participante padece de algún trastorno de ansiedad.

Posteriormente, en una próxima sesión, luego de determinar las personas que participarán, se le realizará a cada uno de ellos cuatro diferentes cuestionarios: HARS (Hamilton, 1959), BSA (Tyrrer et al., 1984), STAI (Spielberger et al., 1970) y SF-36 (Ware & Sherbourne, 1992).

Estos mismos cuestionarios serán aplicados luego de terminado el proceso terapéutico, que durará cuatro meses. Para analizar posibles cambios se volverán a aplicar pasados seis meses desde el último encuentro, esto permitirá observar los efectos a medio plazo. Todas las escalas serán aplicadas en sus versiones españolas y administradas en el mismo orden para los distintos sujetos. A su vez se aplicará el SA-45 (Davison et al., 1997), el mismo será auto administrado por cada participante, una primera vez antes del tratamiento y desde ese momento será auto aplicado cada tres meses (formando un total de siete).

5.5. Análisis de datos

Para analizar los resultados y comprobar el nivel de eficacia de las diferentes estrategias de tratamiento se realizará un análisis de datos cuantitativo que utilizará una metodología de comparación, donde se confrontarán los resultados en las respuestas pre y post tratamiento de los diferentes cuestionarios, analizando los resultados de cada uno de los participantes de forma individual, y una comparación entre los tres grupos que han pasado por el proceso de tratamiento con el grupo control, evaluando las respuestas post tratamiento. Así mismo se efectuará un análisis de varianza y una evaluación y correlación entre variables.

Posteriormente, luego de seis meses de la evaluación pos tratamiento se volverán a aplicar los cuestionarios para analizar posibles variaciones en los resultados. De este análisis será excluido el grupo control, para evitarles una nueva espera que durará seis meses.

Los resultados serán analizados a través del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (Statistical Package for the Social Sciences, SPSS).

6. Limitaciones del estudio

El diseño elaborado en esta investigación presenta algunas limitaciones, las mismas deben ser tenidas en cuenta al momento de analizar e interpretar los resultados.

Uno de las limitaciones principales radica en la comorbilidad de los trastornos de ansiedad; en este pre proyecto se trabajará con recursos terapéuticos recomendados en pacientes diagnosticados con esta patología, sin embargo algunos Trastornos de Ansiedad son a menudo comórbidos con otros trastornos mentales (APA, 2014), esto genera en la investigación una problemática muy difícil de controlar, la cual podría ser determinante en la respuesta del paciente ante el tratamiento planteado.

En relación al grupo control, el mismo deberá ser excluido en el análisis a medio plazo debido a que éticamente no es correcto mantener a pacientes diagnosticados con ansiedad en una espera de tratamiento por aproximadamente un año.

Con lo que respecta a los terapeutas, se cree que su forma de trabajar, su previa capacitación y su experiencia podrían llegar a influenciar de manera significativa en los resultados de la investigación. Siguiendo esta misma línea otra de las limitaciones en este pre proyecto radica en la elección de pacientes de solo dos Institutos, esta decisión fue tomada por la complejidad que generaría localizar en otras Instituciones a terapeutas que trabajen con estos tratamientos.

En estudios futuros que investiguen sobre los niveles de eficacia de diferentes estrategias de tratamiento sería conveniente corregir los puntos anteriormente planteados para lograr alcanzar un aumento en el nivel de validez y presentar una evidencia más significativa.

7. Consideraciones éticas

Se solicitará permiso a las instituciones que correspondan para el extracción de los datos pertinentes y la selección de participantes. Una vez seleccionados los participantes que formarán parte de la investigación, se solicitará el consentimiento libre e informado, comunicando a los sujetos de forma clara el objetivo de la investigación y el paso a paso, garantizando en todo momento la protección y el correcto empleo de la información personal de cada sujeto.

En última instancia, cada terapeuta realizará una entrevista de devolución con cada participante, y se les informará los resultados que surjan de la investigación. A las instituciones correspondientes se les brindará la información de los resultados generales sin especificar los resultados particulares de cada paciente.

El estudio se registrará por los Decretos CM/515/08 (2008) y la Ley 18331 de Habeas Data (2008) y su Decreto de Reglamentación CM/524/08, que tienen como finalidad la protección integral de datos personales y la protección integral de los seres humanos que participan de una investigación. En base a esto, se respetará el anonimato y la voluntariedad en la participación de los sujetos involucrados. A su vez se ponderarán los riesgos y beneficios de esta investigación.

En una investigación (de estas características) donde se evaluará el nivel de efectividad de las terapias, es necesario para obtener una mayor veracidad en los resultados contar con un grupo de control; esto genera en el investigador un conflicto a nivel ético al no poder brindarles asistencia terapéutica de forma inmediata una vez que han sido diagnosticados. Sin embargo luego de terminado los cuatro meses estipulados para el tratamiento se le brindará a los participantes pertenecientes al grupo control el beneficio de elegir la terapia que prefieran cursar (dentro de las manejadas en el estudio). Las mismas serán gratuitas y durarán el tiempo que sea necesario. También se les informará sobre los resultados de la investigación y tendrán una entrevista de devolución.

En cuanto a los posibles beneficios estos se centran en: brindar terapia a cien personas que padecen de ansiedad; aportar con la sociedad para que a posteriori se pueda recomendar una de las terapias estudiadas en pacientes que padecen de esta patología (si de la investigación surge que los resultados han sido beneficiosos), y aportar un nuevo conocimiento que permita contribuir en la posible creación de una Guía Clínica en el Uruguay.

Por último, se asegura la inexistencia de un conflicto de intereses.

8. Cronograma tentativo

CRONOGRAMA TENTATIVO																		
Año		2016							2017							2018		
Mes		3	4	5	6	7	8	9	2	3	4	5	6	7	8	3	4	5
Actividades	Recopilación de antecedentes	■	■	■														
	Diseño de proyecto			■	■	■												
	Ajustes en el diseño					■	■	■										
	Coordinación con las Instituciones								■	■	■							
	Selección de la muestra									■	■							
	Terapia											■	■	■	■			
	Efecto a medio plazo															■		
	Análisis de datos															■	■	
	Informe final																	■

9. Resultados esperados

- Se espera, proporcionar información que contribuya a generar un mayor entendimiento de la Terapia Cognitiva, de la Práctica de Mindfulness y su tratamiento en conjunto.
- Aportar elementos que permitan conocer el nivel de efectividad de estas tres terapias en personas que padecen de ansiedad.
- Contribuir con una nueva investigación que aporte información para la posible creación de una Guía Clínica en el Uruguay.
- Generar interés en este tipo de proyectos para que se comiencen a realizar estudios que contribuyan al conocimiento de los niveles de eficacia de diferentes estrategias de tratamiento.
- Proporcionar atención psicológica a los participantes.

Bibliografía

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. DSM IV. Barcelona: MASSON.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. DSM V. Madrid: Médica Panamericana.
- Bermejo, B. (2008). Estudios experimentales. *Matronas profesión*, 9(1), 15-20.
- Bernardi, R., Defey, D., Garbarino, A., Tutté, J., C., & Villalba, L. (2004). Guía clínica para la psicoterapia. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 68(2), 99-146.
- Brozovich, F. A., Goldin, P., Lee, I., Jazaieri, H., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2015). The Effect of Rumination and Reappraisal on Social Anxiety Symptoms During Cognitive-Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 71(3), 208-218.
- Caro, I. (2007) *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Cassem, N. H. (1998). *Massachusetts General Hospital: Manual de psiquiatría en hospitales generales*. Madrid: Harcourt Brace.
- Cía, A. (2002). *La ansiedad y sus trastornos*. Buenos Aires: Polemos.
- Corr, P. J. (2008). *Psicología biológica*. México: Mc Graw Hill.
- Davison, M.K., Bershady, B., Bieber, J., Silversmith, D., Maruish, M.E., & Kane, R.L. (1997). Development of a brief, multidimensional, selfreport instrument for treatment outcomes assessment in psychiatric settings: Preliminary findings. *Assessment*, 4, 259-276.

- Didonna, F. (2011). *Manual clínico de Mindfulness*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Feixas, G., & Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Buenos Aires: Paidós.

- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1999). *Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM IV. SCID - I*. Barcelona: Masson.

- Forkmann, T., Brakemeier, E. L., Teismann, T., Schramm, E., & Michalak, J. (2016). The Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy added to Treatment as Usual on suicidal ideation in chronic depression: Results of a randomized-clinical trial. *Journal of Affective Disorders*, 200, 51-57.

- Gelder, M., Mayou, R., & Geddes, J. (2000). *Psiquiatría*. Madrid: Marbán.

- Gotink, R. A., Chu, P., Busschbach, J. J. V., Benson, H., Fricchione, G. L., & Hunink, M. G. M. (2015). Standardised Mindfulness-Based Interventions in Healthcare: An Overview of Systematic Reviews and Meta-Analyses of RCTs. *PLoS ONE*, 10(4), 1-17.

- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*, 32, 50-55.

- Heaversedge, J., & Halliwell, E. (2012). *Mindfulness*. Sirio: Malaga.

- Hölzel, B. K., Carmody, J., Evans, K. C., Hoge, E. A., Dusek, J. A., Morgan, L., ... Lazar, S. W. (2010). Stress reduction correlates with structural changes in the amygdala. *Social Cognitive And Affective Neuroscience*, 5(1), 11-17.

- Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T., & Lazar, S. W. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 191, 36-43.

- Kabat Zinn, J. (2010). *Mindfulness en la vida cotidiana*. Paidós: Barcelona.

- Keegan, E. (2007). *Escritos de psicoterapia cognitiva*. Buenos Aires: Eudeba.

- Keltikangas-Järvinen, L., & Jokela, M. (2010). Nature and Nurture in Personality. *Spring*, 8(2), 180–186.

- Khoury, B., Sharma, M., Rush, S. E., & Fournier, C. (2015). Review: Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 78, 519-528.

- Lanius, R. A., Williamson, P. C., Densmore M., Boksman, K., Gupta, M., Neufeld, R. W., ... Menon, R. S. (2001). Neural correlates of traumatic in posttraumatic stress disorder: a functional MRI investigation. *Am J Psychiatry* 158(11), 1920-1922.

- Lazar, S. W., Kerr, C. E., Wasserman, R. H., Gray, J. R., Greve, D. N., Treadway, M. T., ... Fischl, B. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *NeuroReport*, 16(17), 1893-1897.

- Lezcano-Ponce, E., Salazar-Martínez, E., Gutiérrez-Castrellón, P., Angeles-Llerenas, A., Hernández-Garduño, A., & Viramontes, J. L. (2004). Ensayos clínicos aleatorizados: variantes, métodos de aleatorización, análisis, consideraciones éticas y regulación. *Salud pública de México* 46(6), 559-584.

- Liétor, N., Fortis, M., & Moraleda, S. (2013). Mindfulness en medicina. *Med Fam Andal*, 14(2), 166-179.

- Moñivas, A., García-Diex, G., & García de Silva, R. (2012). Mindfulness (atención plena): concepto y teoría. *Portularia : Revista de Trabajo Social*, 12, 83-89.

- Organización Mundial de la Salud (2016). La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%. Recuperado de:
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>

- Phan, K. L., Fitzgerald, D. A., Nathan, P. J., & Tancer, M. E. (2006). Association between amygdala hyperactivity to harsh faces and severity of social anxiety in generalized social phobia. *Biol Psychiatry*, 59, 424-9.

- Poder Ejecutivo Uruguay, Decreto de reglamentación Proyecto de regulación de investigación con seres humanos CM/515/08 Referencia N° 001-4573/2007 – 04/08/2008.

- Poder Legislativo Uruguay, Ley N° 18.331 CM 813 de Habeas Data – 11/08/2008.

- Real Academia Española (2016). Definición de Ansiedad. Recuperado de:
<http://dle.rae.es/?id=2l0oQtn>

- Rodríguez, J. J., Kohn, R., & Aguilar Gaxiola, S. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

- Shin, L. M., & Liberzon, I. (2010). The Neurocircuitry of Fear, Stress, and Anxiety Disorders. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 169–191.

- Silverton, S. (2012). *Mindfulness: una herramienta inspirada en la meditación oriental para aliviar el estrés, la ansiedad y la depresión*. Blume: Barcelona.

- Simón, V. M. (2006). Mindfulness y neurobiología. *Revista de Psicoterapia*, 17(66-67), 5-30.

- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Inventory*. California: Consulting Psychological Press.

- Spijkerman, M. P. J., Pots, W. T. M., & Bohlmeijer, E. T. (2016). Effectiveness of online mindfulness-based interventions in improving mental health: A review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 45, 102-114.

- Steckler, T., & Stein, M. B. (2010). *Behavioral Neurobiology of Anxiety and Its Treatment*. Heidelberg: Springer.

- Tillfors, M., Furmark, T., Marteinsdottir, I., Fischer, H., Pissiota, A., Långström, B., & Fredrikson, M. (2001). Cerebral blood flow in subjects with social phobia during stressful speaking tasks: a PET study. *Am J Psychiatry*, 158(8), 1220-1226.

- Tyrer, P., Owen, R. T., & Cicchetti, D. V. (1984). The brief scale for anxiety: a subdivision of the comprehensive psychopathological rating scale. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 47(9), 970–975.

- Vallejo, J., & Gastó, C. (2000). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Barcelona: Masson.

- Villegas, O., Luna, F. G., Jaldo, R., García, R., Leaniz, A. F., Urioste, S., ... Marino, J. (2015). El volumen de la amígdala como predictor del desempeño en tareas de regulación emocional: aplicación de nuevas técnicas de morfometría basada en vóxeles. *Neurología Argentina*, 7(3), 148-155.

- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*, 30(6), 473-83.