

IMPACTOS DEL MODELO INTEGRATIVO DE REGULACIÓN EMOCIONAL GRUPAL EN USUARIOS CON TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Impacts of the integrative model of emotional regulation group on users suffering from a generalized anxiety disorder

Michel André Reyes Ortega

Universidad Iberoamericana¹

Citación: Reyes, M. A. (2016). Impactos del modelo integrativo de regulación emocional grupal en usuarios con trastorno de ansiedad generalizada. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 21(1), 9-20.

Artículo recibido el 5 de enero y aceptado el 23 de abril de 2015.

RESUMEN

La desregulación emocional es un proceso transdiagnóstico relacionado al desarrollo y mantenimiento de la mayoría de los trastornos enlistados en el DSM-5, y sus tratamientos de intervención representan una alternativa a los basados en un solo trastorno, que muestran eficacia limitada o efectos de comorbilidad. Los tratamientos transdiagnósticos también pueden contribuir a disminuir los costos de capacitación y aplicación en instituciones de salud pública y privadas. En este artículo se reportan los resultados de un estudio aleatorio controlado mediante el cual se comparó la efectividad de un modelo integrativo de regulación emocional grupal aplicado a un grupo de 43 participantes diagnosticados con trastorno de ansiedad generalizada y otros con comorbilidad, comparado con otro compuesto por 45 participantes con las mismas características que recibieron una terapia cognitiva conductual grupal (TCC-G), tras de lo cual se observó en el postest una diferencia clínica y estadísticamente significativa en el grupo que recibió el modelo integrativo en las variables de desregulación emocional y evitación experiencial. En el seguimiento de nueve meses, se mantuvieron los efectos en el mismo grupo. Este estudio muestra la factibilidad de intervenir trastornos en comorbilidad mediante tratamientos transdiagnósticos como una alternativa viable frente a otros tratamientos de elección. Se recomienda la replicación del presente estudio en otras poblaciones clínicas y niveles educativos.

Indicadores: *Regulación emocional; Terapias de conducta de tercera generación; Trastorno de ansiedad generalizada; Terapia cognitivo conductual.*

ABSTRACT

Emotion decontrol is a trans-diagnostic process related to the development and persistence of an estimate of 75% of DSM-5 disorders. Treatments that target it represent an alternative to single disorder treatments, which have little impact on disorders in co-morbidity or on conditions where no treatment is available yet. Trans-diagnostic treatments also can help to diminish training and applying costs in public and private settings. This paper reports the results of a control randomized study that compared the efficacy of an integrative group under an emo-

¹ Contacto: Miguel Ángel de Quevedo 621 3-B, Col. Romero de Terreros, Del. Coyoacán, 04330 México, D.F., México, correo electrónico: michel.reyes@terapiascontextuales.org.

tional regulation treatment (MIRE-G) on a 43 participants group diagnosed with generalized anxiety and other co-morbid disorders against another group ($n = 45$) with the same characteristics that received a cognitive behavioral group treatment, treatment integrity was assessed in both conditions. A two factor ANOVA showed statistic and clinical differences between the groups on the posttest, the MIRE-G group showed the highest reductions in emotion decontrol ($p = .001$, $F = 13.02$) and experiential avoidance ($p = .000$, $F = 34.40$) with a confidence interval of 99%. This study shows the feasibility to treat co-morbid disorders with trans-diagnostic treatments as an alternative to single disorder focused on treatments. Study replication with different disorders and educational levels is recommended.

Keywords: *Emotion regulation; Third wave behavioral therapies; Generalized anxiety disorder; Cognitive behavior therapy.*

Cualquier intento que hacen las personas para influir en su experiencia y expresión emocional lleva por nombre *regulación emocional* (RE en lo sucesivo), la cual se considera efectiva cuando las acciones de regulación se adecuan a las características de la situación y a los objetivos personales de largo plazo (Berenbaum, Raghava, Le Vernon y Gomez, 2003; John y Gross, 2004; Kring y Werner, 2004; Mennin y Farach, 2007). La RE efectiva se dificulta cuando las personas carecen de las destrezas necesarias o cuando estas se encuentran impedidas o deterioradas (Cicchetti, Ackerman e Izard, 1995; Farach y Mennin, 2007; Kring y Werner, 2004; Mennin, Heimberg, Fresco y Turk, 2005). Tales deficiencias tienen como resultado una *desregulación emocional* (DE), caracterizada por una excesiva intensidad de la experiencia y expresión emocional, impulsividad o inhibición de la experiencia (Leahy, Tirsch y Napolitano, 2011).

Los metaanálisis de Wells (2000), Harvey, Mansell, Watkins y Shafran (2004) y Werner y Gross (2010) indican que la evitación situacional, las conductas de seguridad y control, el monitoreo de estímulos negativos, la distracción y evitación cognoscitiva, la rumiación, la preocupación y la acción impulsiva motivada por la emoción son estrategias de RE inefectivas que causan y mantienen varios síndromes clínicos y subclínicos (Werner y Gross, 2010).

En la actualidad existen diversos protocolos que pretenden corregir las estrategias de regulación inefectivas. La mayoría de estos modelos se ha desarrollado en Estados Unidos y se encuentra en fase experimental; por ejemplo, el protocolo unificado de regulación emocional (Barlow et al., 2008) y la terapia de regulación emocional (Mennin y Fresco, 2010; Mennin et al., 2005).

En México, Reyes (2011a, 2013) desarrolló el modelo integrativo para la regulación emocional (MIRE) como una guía flexible para la formulación de casos y la aplicación de tratamientos para pacientes con DE. El MIRE se ha presentado en conferencias y entrenamientos para profesionales (Reyes, 2010, 2011b, 2011c; Reyes, Ramírez y Ascencio, 2011), permitiendo así desarrollar habilidades clínicas transdiagnósticas en psicoterapeutas que trabajan en instituciones y de forma independiente.

El modelo integrativo para la regulación emocional (MIRE)

El MIRE es un tratamiento conductual de tercera generación (o conductual-contextual) que se basa en la premisa de que los problemas de DE tienen como base la evitación experiencial (Hayes, Strosahl y Wilson, 2012; Swales y Heard, 2009) y utiliza estrategias *a)* analítico-funcionales centradas en la relación terapéutica (Koerner, 2012; Tsai, Kohlenberg, Kanter, Holman y Loudon, 2012), *b)* de cambio conductual (Martell, Dimidjan y Herman-Dunn, 2010; Linehan, 1993) y *c)* de aceptación (Hayes et al., 2012; Roemer y Orsillo, 2009) para la corrección, de valor transdiagnóstico comprobado (Werner y Gross, 2010), de procesos conductuales y metacognitivos problemáticos.

El modelo distingue la experiencia emocional de las estrategias utilizadas para regularla, y supone que la DE es consecuencia del uso de estrategias de RE inefectivas. También considera ciertas diferencias entre la emoción y el “estado de ánimo” al asumir que este último resulta de la congruencia entre el comportamiento actual y las metas del individuo (Carver y Scheier, 1998; Johnson, Carver y Fulford, 2010).

El presente artículo describe los resultados del primer estudio controlado acerca de la eficacia del MIRE en una modalidad grupal (MIRE-G), cuyo propósito fue evaluarla experimentalmente, para lo cual se utilizó un diseño aleatorizado y controlado para probar la utilidad del MIRE-G como tratamiento orientado exclusivamente a la intervención sobre procesos de valor transdiagnóstico. Para ello, se plantearon dos preguntas de investigación: ¿Es el MIRE-G combinado con el tratamiento farmacológico usual una técnica efectiva para disminuir la ansiedad y mejorar la flexibilidad psicológica y la regulación emocional en un grupo de usuarios con TAG, en comparación con un grupo equivalente que recibiera terapia cognitivo-conductual grupal (TCC-G) combinada con tratamiento farmacológico usual? y ¿Se mantendrían los cambios del MIRE-G transcurridos nueve meses desde su implementación?

Las hipótesis planteadas fueron, a saber: *a)* se encontrarán reducciones estadísticamente significativas en las puntuaciones de ansiedad en ambos grupos en el postest; *b)* habrá reducciones estadísticamente significativas en las puntuaciones de evitación experiencial y desregulación emocional en el grupo MIRE-G respecto al TCC-G, y *c)* no habrá diferencias significativas en las puntuaciones del grupo MIRE-G en las observaciones posteriores a tres, seis y nueve meses de su aplicación respecto a las del pretest.

MÉTODO

Participantes

Participaron 88 pacientes con trastornos afectivos de dos instituciones psiquiátricas públicas de la Ciudad de México, específicamente con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Se aceptó cualquier comorbilidad, a excepción de anorexia nerviosa, esquizofrenia, trastorno de ideas delirantes, trastornos orgánicos, retraso del desarrollo y dependencia de sustancias. Ninguno de los pacientes había recibido psicoterapia o psicoeducación de cualquier naturaleza desde un año antes, según lo registrado en los archivos de estas instituciones. Los diagnósticos comórbidos incluyeron otros trastornos de ansiedad (trastorno por pánico, agorafobia, trastorno por estrés

postraumático y ansiedad social), trastornos depresivos (trastorno depresivo mayor y distimia) y trastornos de la personalidad (trastorno límite de la personalidad y trastorno por dependencia).

De los participantes, 69 fueron mujeres y 19 hombres, con un rango de edad de entre 20 y 54 años de edad; dos de ellos tenían estudios de primaria como máximo, 12 de secundaria, 46 de bachillerato y 28 de educación superior.

Cuatro terapeutas participaron como parte de sus proyectos de titulación para obtener el grado de maestría en psicoterapia cognitivo-conductual, de los cuales dos (mujeres de 29 años y 30 años de edad, respectivamente) aplicaron un tratamiento cognitivo-conductual grupal acostumbrado (TCC-G) y otros dos (un hombre y una mujer, ambos de 29 años de edad) el MIRE-G. Estos últimos habían recibido un entrenamiento estandarizado para la aplicación de dicho tratamiento. La autora² del presente texto fue quien llevó a cabo el entrenamiento.

Como parte de sus horas de práctica, también participaron dos monitores: una mujer de 23 años en el tratamiento de MIRE-G y un hombre de 43 en el de TCC-G, quienes estudiaban un diplomado en psicología clínica con orientación cognitivo-conductual.

Procedimiento

Se utilizó un método de muestreo probabilístico. Los participantes fueron seleccionados aleatoriamente por la autora y el adscrito a la clínica de uno de los institutos, y por la misma autora y la coordinadora del servicio de psicología de la segunda institución, a partir de la lista de espera de las clínicas de trastornos afectivos de dos instituciones públicas de atención psiquiátrica de la Ciudad de México. Inicialmente se eligieron 50 participantes por clínica utilizando la opción de selección aleatoria de casos del programa computacional Microsoft Excel®. Los participantes fueron seleccionados.

Se invitó telefónicamente a las personas que cumplieran con los criterios de inclusión (con excepción

² Psicoterapeuta y entrenadora certificada en terapia de aceptación y compromiso y de psicoterapia analítica funcional, con años de experiencia como consultora clínica para el sector público nacional de salud mental.

de cuatro participantes), a quienes se les comunicó la finalidad y duración del tratamiento y se les convocó a una cita en la que fueron informados verbalmente de la naturaleza y duración del estudio, solicitándoles firmar un formato de consentimiento informado. Al no reunir la cantidad deseada de cien participantes (se reunió solamente a 84), se repitió el procedimiento, formando un nuevo grupo de 30, seleccionado en las mismas condiciones. Finalmente, se logró reunir a 103 pacientes, los cuales fueron asignados aleatoriamente a cuatro grupos: dos de ellos con tratamiento TCC-G y los otros dos con tratamiento MIRE-G.

Los pacientes participaron voluntariamente en el estudio después de haber firmado la carta de consentimiento informado donde se les explicaba la naturaleza y duración del tratamiento y algunos datos sobre su efectividad, tras de lo cual se comprometieron a asistir a la totalidad de las sesiones de tratamiento y seguimiento. Se aseguró a los participantes la confidencialidad de sus datos y la seguridad de los tratamientos.

Cada condición de tratamiento se conformó por dos terapeutas, uno principal y uno auxiliar, y un monitor; esto es, un equipo terapéutico de tres clínicos por condición en el que los dos primeros intercambiaban papeles en cada grupo de la condición a la que fueron asignados.

No se asignaron los terapeutas a los grupos aleatoriamente. Quienes intervinieron en el tratamiento MIRE-G habían requerido previamente la capacitación en el modelo y su participación del estudio como parte de su proyecto de titulación, mientras que quienes aplicaron el TCC-G lo hicieron por invitación de la autora al conocer su interés en realizar una investigación que involucraba la aplicación de un tratamiento cognitivo-conductual grupal.

La fidelidad en la aplicación del MIRE-G se procuró mediante tres estrategias: la capacitación estandarizada de los terapeutas; la observación de las sesiones, donde evaluó la integridad mediante la Escala de Evaluación de la Adherencia y Competencia de Terapia de Aceptación y Compromiso y Terapia Cognitivo-Conductual de la Universidad de Drexel (DUACRS-R) (McGrath, Forman y Herbert, 2009) y la estandarización del tratamiento mediante el uso de manuales de aplicación, de materiales uniformes para los participantes y de

diapositivas-guía para el terapeuta, donde el tiempo destinado a cada actividad fue cronometrado. La integridad de la aplicación de la TCC-G se procuró mediante la capacitación recibida por los terapeutas en su formación clínica, y la de la DUACRS-R por un monitor ajeno a este estudio. El tratamiento farmacológico se administró siguiendo los protocolos de intervención usuales de los médicos tratantes de la institución donde se llevaron a cabo las intervenciones, el que pudo diferir según las condiciones específicas de cada participante.

Se llevó a cabo un procedimiento de enmascaramiento, por lo que los terapeutas participantes sabían que atenderían grupos de trastornos afectivos mixtos, aunque sin conocer los diagnósticos. Por su parte, quienes participaron como pacientes sabían que recibirían ocho sesiones de terapia cognitivo-conductual, aunque desconocían las características específicas de los tratamientos. Ninguno de los terapeutas tomó parte en la captura de los datos recopilados a lo largo del estudio, pues estos fueron capturados por un asistente de investigación de la institución donde se llevaron a cabo los tratamientos.

Instrumentos

Los resultados del estudio se obtuvieron a partir de la aplicación de tres escalas de evaluación que fueron administradas a los participantes al ingresar a las sesiones de tratamiento, al finalizarlo y al iniciar cada sesión de seguimiento. En ellas, se les proporcionó un bolígrafo para contestarlas mientras el monitor del grupo explicaba el método de aplicación, consistente en que los participantes contestaran las preguntas después de que se les hubieran explicado las instrucciones y respondido sus dudas sobre el procedimiento; por último, el monitor leía cada uno de los reactivos de las pruebas y sus opciones de respuesta mientras los participantes respondían.

Dichas escalas fueron las siguientes:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Inventario autoaplicado, compuesto por 21 reactivos que describen diversos síntomas de ansiedad. Posee cuatro factores o subescalas: subjetivo, neurofisiológico, autonómico y pánico. Su puntuación total es la suma de las de todos los ítems.

La puntuación media en pacientes con ansiedad es de 25 (D.E. = 11.4), y de 15 en sujetos normales (D.E. = 11.8). Posee una elevada consistencia interna (alfa de Cronbach de 0.90 a 0.94). La correlación de los ítems con la puntuación total oscila entre 0.30 y 0.71. La versión mexicana se comporta de manera similar a la original, pues tiene una alta congruencia interna (coeficientes alfa de .84 y .83 en estudiantes y adultos, respectivamente), alto coeficiente de confiabilidad test-retest ($r = .75$), validez convergente adecuada, estructura factorial de cuatro factores principales, congruente con la que se documenta en la versión original, y validez predictiva (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001).

Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS-E). Desarrollada para evaluar dificultades de regulación emocional en adultos, la escala validada en México por Marín, Robles, González y Andrade (2012) muestra una buena consistencia interna, con coeficiente alfa de 0.93 y confiabilidad test-retest de $r = 0.88$. El análisis factorial (AFC) realizado sobre esta escala mostró que los datos se ajustaban mejor a un modelo de 24 reactivos y cuatro factores (corroborados con un segundo AFC ($\chi^2 = 259.729$, $gl = 230$, $p > 0.05$). Los coeficientes alfa de cada subescala estuvieron en un rango de entre .85 y .68. La validez obtenida por

medio de grupos contrastados y la correlación con las medidas concurrentes mostraron resultados significativos (r de Pearson de .51 a .76, $p < 0.05$). Las subescalas de esta versión son, a saber: Rechazo de las emociones, Dificultades para mantener la conducta orientada a una meta, Falta de conciencia emocional y Falta de claridad emocional.

Cuestionario de Aceptación Acción-II (AAQ-II). Patrón (2010) validó la versión mexicana para medir la evitación experiencial. El coeficiente de consistencia interna de esta versión fue de 0.89, muy semejante al propuesto para la versión en inglés (0.85), y su validez de constructo también es semejante. Un análisis de varianza simple reveló que hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos no clínicos y los clínicos (trastornos psicóticos, trastornos de ansiedad y del estado de ánimo). Entre los grupos clínicos, el nivel de evitación experiencial no mostró diferencias estadísticamente significativas.

Respecto al diseño de la investigación, se trató de un estudio experimental de dos momentos, de tipo pretest y cuatro postests aplicados longitudinalmente (una semana después y a los tres, seis y nueve meses de finalizado el tratamiento) y utilizando un grupo experimental y un grupo control.

Tabla 1. Características generales de las intervenciones experimentales.

Sesiones	MIRE-G	TCC-G
	Técnicas principales	
Sesión 1	Educación sobre las emociones Monitoreo de estrategias de regulación emocional inefectivas	Educación sobre las emociones Monitoreo del estado de ánimo
Sesión 2	Desesperanza creativa Activación conductual	Respiración diafragmática Relajación muscular progresiva
Sesión 3	<i>Mindfulness</i> Aceptación radical	Educación en el modelo cognitivo Registro de pensamientos negativos
Sesión 4	Acción opuesta Identificación de valores	Identificación de distorsiones cognitivas
Sesión 5	Desliteralización cognitiva	Debate empírico de pensamientos distorsionados
Sesión 6	Posposición de la rumiación y la preocupación	Identificación de creencias nucleares Experimentos conductuales
Sesión 7	Comunicación asertiva Resolución de conflictos	Solución de problemas
Sesión 8	Prevención de recaídas	Prevención de recaídas
Todas las sesiones	Cinco reglas de psicoterapia analítica funcional Estrategias dialécticas Validación	Ninguna especificada

El grupo que recibió el MIRE-G tuvo ocho sesiones de terapia conductual-contextual con una frecuencia semanal y duración de dos horas. Las sesiones se aplicaron de forma estructurada por parte de un equipo clínico capacitado previamente, con materiales impresos para cada uno de los participantes y proyectando diapositivas en Microsoft Power Point en las que se indicaba el tiempo destinado a cada una de las actividades y el procedimiento para la correcta aplicación del tratamiento. Durante las sesiones, el terapeuta principal expuso los puntos principales, un coterapeuta estuvo encargado de intervenir en las crisis que pudieran ocurrir durante las sesiones, y un monitor se encargó de disponer los materiales de la sesión y facilitarlos a los participantes.

El grupo control de este estudio recibió una TCC-G de la misma duración y frecuencia que la del grupo experimental. Las sesiones con este tratamiento se aplicaron de forma estructurada por parte de un equipo clínico capacitado en TCC, contándose con materiales impresos y apoyos visuales equivalentes a los del grupo experimental. En la Tabla 1 se muestra un resumen de ambas intervenciones.

Para contestar las preguntas de investigación del presente estudio se llevaron a cabo dos análisis estadísticos: uno de varianza en el que se compararon las puntuaciones del pretest, el postest y el primer seguimiento en las puntuaciones medias del BAI, el AAQ-II y la puntuación total con cada uno de los factores del DERS-E, y un análisis de varianza de medidas repetidas con el que se

compararon las puntuaciones del grupo control a lo largo de cada una de las sesiones del MIRE-G y en los seguimientos. Los niveles de confianza se establecieron originalmente a 95%, pero al notar las diferencias se decidió considerarlos a 99%. Los análisis estadísticos se llevaron a cabo mediante el programa estadístico SPSS, versión 19.

RESULTADOS

Estadísticos descriptivos

De las listas de espera de las clínicas de trastornos afectivos de dos instituciones de salud mental mexicanas se seleccionaron aleatoriamente 120 participantes con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada para asignarlos aleatoriamente a dos condiciones clínicas. La Tabla 2 muestra sus características sociodemográficas y condición diagnóstica.

Al terminar los tratamientos se había perdido a siete participantes después de haber cambiado el día del tratamiento, y a cuatro más por diversas razones. En el grupo TCC-G, se perdió a ocho participantes. En el último seguimiento se perdieron aleatoriamente tres participantes del grupo MIRE-G y diez del grupo TCC-G. El mismo procedimiento se siguió en un segundo momento del estudio, por lo que se seleccionaron 60 nuevos participantes de las mismas listas para formar parte de los grupos, los que recibieron la última sesión de tratamiento, realizándose la evaluación postratamiento. En esta última sesión se habían perdido seis participantes

Tabla 2. Variables sociodemográficas y trastornos en comorbilidad de los participantes del estudio.

Variable	Categoría	Total		Grupo MIRE-G		Grupo TCC-G	
		N	%	N	%	N	%
Sexo	Mujer	69	78.4	33	76.7	36	80.0
	Hombre	19	21.6	10	23.3	9	20.0
Edad	20-30	34	38.6	15	17	19	21.6
	31-42	37	42	19	21.6	18	20.5
	43-54	17	19.3	9	10.2	8	9.1
Escolaridad	Primaria	2	2.3	2	4.7		
	Secundaria	12	13.6	5	11.6	7	15.6
	Licenciatura y Posgrado	28	31.8	12	27.9	16	35.6
	Bachillerato	46	52.3	24	55.8	22	48.9
Trastornos en comorbilidad	Otros trastornos de ansiedad	63	69.3	26	60.5	35	77.8
	Trastornos depresivos	21	23.7	13	30.2	8	17.8
	Trastornos de la personalidad	6	7.0	4.0	9.3	2	4.4

del grupo MIRE-G y siete del grupo TCC-G. En el último seguimiento, se perdió a tres participantes del grupo MIRE-G y a ocho del grupo TCC-G.

Estadísticos inferenciales

Al correr la prueba de Levene para evaluar la igualdad de medias de los grupos en el pretest, se encontró una F de 2.53 ($p = .120$) en las puntuaciones del BAI; de .643 ($p = .425$) en las del AAQ-II, y de .140 ($p = .709$) en las de la DERS-E. En todos los casos se cumplió el supuesto de homocedasticidad, y por lo tanto se procedió a realizar un análisis de varianza (ANOVA) con un nivel de confianza de 99% para identificar diferencias entre los grupos respecto a las puntuaciones totales de las escalas utilizadas.

La Tabla 3 muestra las diferencias entre las puntuaciones de los grupos en el pretest, el posttest y el primer seguimiento.

Luego, se llevó a cabo un ANOVA para comparar las puntuaciones medias de los factores de la DERS-E en ambos grupos. La Tabla 4 muestra los resultados obtenidos.

La Figura 1 muestra a su vez las variaciones entre las puntuaciones de los participantes en las escalas a lo largo de las diversas mediciones.

La figura anterior muestra un diagrama que ilustra las diferencias en las puntuaciones totales de ansiedad entre los participantes del grupo MIRE-G en el pretest, el posttest y tres seguimientos.

Se aceptó la primera hipótesis de investigación debido a que no se encontraron reducciones estadísticamente significativas en las puntuaciones del posttest de la variable *ansiedad* en el grupo que recibió el MIRE-G + TU respecto a las puntuaciones de un grupo equivalente que recibió TCC-G + TU.

También se aceptó la segunda hipótesis, pues se encontraron reducciones estadísticamente significativas, con un nivel de confianza de 99%, en las puntuaciones del posttest de las variables *evitación experiencial* y *desregulación emocional* (y sus respectivos factores, a excepción de *claridad*) en el grupo que recibió el MIRE-G, respecto a las puntuaciones de un grupo equivalente que recibió TCC-G.

Por último, se aceptó la tercera hipótesis de investigación, toda vez que se mantuvieron los

Tabla 3. Diferencias en las medias de las puntuaciones de ansiedad, evitación experiencial y desregulación emocional entre el grupo experimental y el grupo control antes, después y tres meses después de recibir los tratamientos correspondientes.

	Grupo TCC-G		Grupo MIRE-G		p	F
	M	D.E.	M	D.E.		
Ansiedad						
Pretest	45.06	11.56	51.81	13.70	.014	6.25
Postest	36.77	10.49	34.76	8.05	.318	1.00
Seguimiento 1	37.95	5.89	33.90	8.51	.01**	6.75
Evitación experiencial						
Pretest	45.91	3.1	45.55	13.04	.900	.016
Postest	39.93	10.67	25.90	7.61	.000**	39.77
Seguimiento 1	43.63	10.97	28.68	6.87	.000**	85.90
Desregulación emocional						
Pretest	76.97	20.22	76.34	18.40	.879	0.23
Postest	65.95	15.13	47.20	9.30	.000**	36.43
Seguimiento 1	63.17	8.94	48.06	7.54	.000**	50.58

Las puntuaciones de ansiedad se obtuvieron con el BAI.

Las puntuaciones de evitación experiencial se obtuvieron con el AAQ-II.

Las puntuaciones de desregulación emocional se obtuvieron con la DERS-E.

**Diferencias estadísticamente significativas a $p \leq .01$

Tabla 4. Diferencias en los factores de desregulación emocional entre el grupo experimental y el grupo control antes y tres meses después de recibir los tratamientos correspondientes.

	Grupo TCC-G		Grupo MIRE-G		p	F
	M	D.E.	M	D.E.		
No aceptación						
Pretest	30.17	9.57	29.27	10.09	.669	.18
Posttest	24.15	7.44	16.53	4.14	.000**	28.8
Seguimiento 1	21.76	4.95	16.74	3.64	.000**	26.6
Metas						
Pretest	19.37	6.24	19.69	5.35	.798	.066
Posttest	17.42	4.75	12.00	3.13	.000**	34.4
Seguimiento 1	16.50	4.14	12.86	3.42	.000**	19.1
Conciencia						
Pretest	15.28	4.06	15.44	4.02	.860	.03
Posttest	14.22	3.51	11.16	2.68	.001**	13.0
Seguimiento 1	13.02	3.16	12.39	3.16	.228	1.5
Claridad						
Pretest	12.13	3.73	11.93	3.62	.797	.07
Posttest	9.71	3.17	7.51	1.63	.001**	11.6
Seguimiento 1	9.49	2.07	7.79	2.02	.000**	17.1

Las puntuaciones de desregulación emocional y sus factores se obtuvieron con la DERS-E.

**Diferencias estadísticamente significativas a $p \leq .01$.

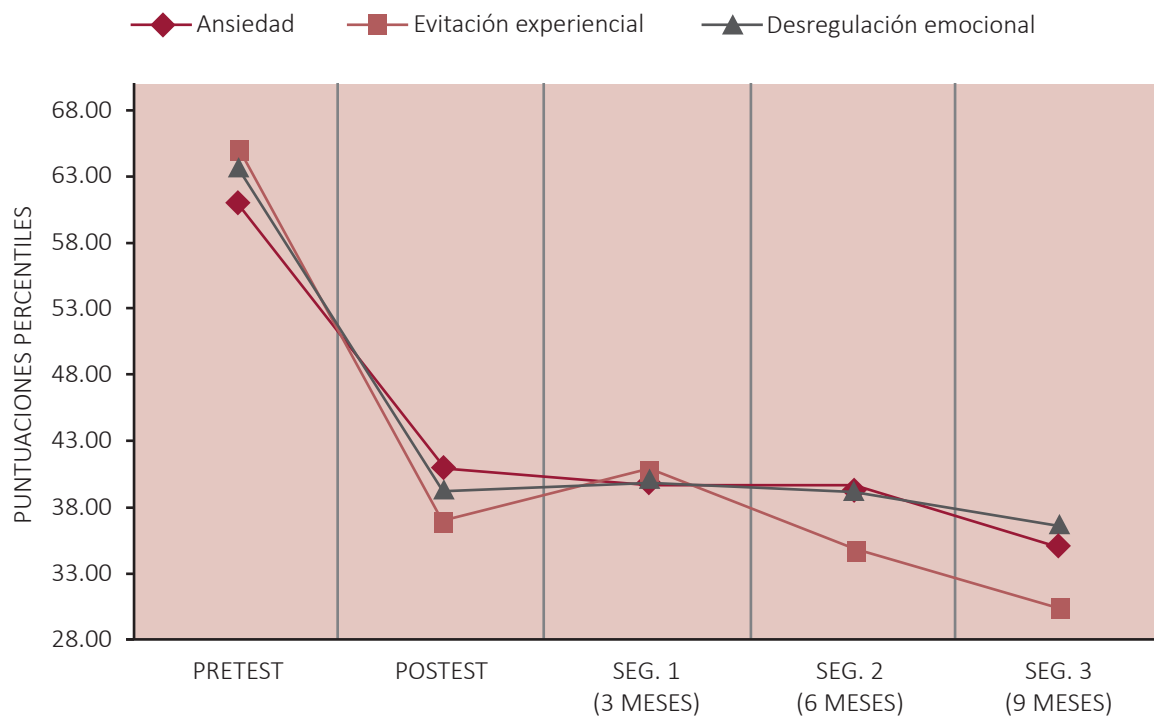


Figura 1. Puntuaciones percentiles de ansiedad, desregulación emocional y evitación experiencial del grupo MIRE-G.

cambios producidos por el MIRE-G en los seguimientos hechos a los tres, seis y nueve meses.

DISCUSIÓN

Los presentes hallazgos son similares a los encontrados en las investigaciones de Forman, Herbert, Moitra, Yeomans y Geller (2007), quienes mostraron que los tratamientos conductuales orientados a la aceptación tienen efectos parecidos a los cognitivo-conductuales en las variables clínicas (p. ej., depresión o ansiedad), aunque pudieran actuar a través de mecanismos distintos. En el caso de la presente investigación, la reducción de la desregulación emocional y la evitación experiencial fue notablemente mayor en el grupo que recibió el MIRE-G + TU respecto al que recibió la TCC-G + TU, aunque la reducción de la ansiedad fue equivalente en ambos grupos.

La equivalencia de los grupos y la administración contigua de los tratamientos impide suponer que los resultados puedan deberse a la diferencia entre los grupos, las variables relacionadas a la historia o a una maduración dispar de aquellos. Por su parte, la tendencia descendente mostrada por los resultados obtenidos en la administración longitudinal del AAQ-II impide suponer que la influencia de algún factor histórico explique la mejora del grupo experimental; sin embargo, es posible que haya habido un efecto de la interacción entre la administración del instrumento y el tratamiento que pudiese explicar el tamaño del efecto mostrado. Aun así, el grupo TCC-G también incorporó medidas longitudinales que pudieran contrarrestar ese efecto. Asimismo, puede suponerse que el deseo de los terapeutas del MIRE-G por participar en el mismo y el entrenamiento adicional recibido tuviera como efecto algunas diferencias entre los administradores de los tratamientos e influyeran en los resultados mostrados, una diferencia no considerada en la DUACRS-R que se empleó para evaluar la integridad de la aplicación de los tratamientos.

Se asume que la influencia de las amenazas detectadas respecto a la validez interna del estudio (interacción de instrumentos y tratamiento, y diferencias entre los administradores de los tratamientos) pudiera tener un impacto mínimo que, por lo tanto, no invalida las afirmaciones realizadas respecto a las hipótesis de investigación.

En lo relativo a la validez externa de la investigación, el hecho de que los participantes hayan pagado sus sesiones de tratamiento recrea una condición usual en los escenarios de atención psicológica pública y privada, lo que favorece la adherencia al tratamiento y su cabal aprovechamiento por el esfuerzo que conlleva pagarlo. No se introdujeron motivadores artificiales, como el pago de incentivos por participar en el tratamiento o por asistir a las sesiones. Sin embargo, existe una seria amenaza a la validez debida a la especificidad de las características de la muestra, pues si bien el nivel educativo de los participantes del estudio puede ser representativo de las instituciones de las que se obtuvo la muestra, difiere del que tiene por lo regular la mayoría de los usuarios de los servicios de salud mental de otras instituciones, que es básico. Estos resultados deben, pues, considerarse exclusivos para pacientes con estas características educativas y no generalizarlos a personas que difieran en esta característica.

Por su parte, las comorbilidades presentadas por los participantes del estudio son características de las de la población clínica general, lo que representa una ventaja respecto a los diseños que tienen criterios de inclusión y exclusión más estrictos.

Por último, la TCC-G utilizada como grupo control es más breve que los tratamientos usuales descritos en la literatura clínica (ocho sesiones en comparación a las de doce a veinte usuales). Siendo así, es posible que los resultados de este estudio no permitan concluir que el MIRE-G mostró ser eficaz para reducir la ansiedad y la desregulación emocional en el grupo experimental, en comparación a “un grupo control que recibió un TCC-G”, por lo que no se puede afirmar que haya mostrado mayor efectividad que un TCC-G, este sí de efectividad comprobada.

Respecto a las implicaciones clínicas (tecnológicas) del estudio, se considera que aporta evidencias empíricas sobre la factibilidad de ofrecer intervenciones estructuradas únicas a grupos heterogéneos en cuanto a su edad, educación y padecimientos afectivos, lo que puede ayudar a ahorrar recursos económicos, humanos y temporales en las instituciones que buscan ofrecer intervenciones breves y de amplio espectro para trastornos afectivos mixtos.

Se debe, por último, considerar los siguientes puntos:

a) El MIRE-G no incluyó estrategias dirigidas específicamente para el tratamiento de la ansiedad generalizada; dicho problema no fue señalado ni evaluado directamente durante el tratamiento, pues este se concentró en intervenir procesos de valor transdiagnóstico. Aun así, la disminución de las puntuaciones de esta variable fue significativa.

b) A pesar de que todos los participantes tuvieron diagnóstico de TAG, los trastornos comórbidos fueron diversos y en la mayoría de los casos implicaron más de uno, lo que no impidió que la ansiedad, la evitación experiencial y la desregulación emocional disminuyeran en el postest y que los cambios se mantuvieran en los seguimientos.

c) El MIRE-G representa un tratamiento considerablemente económico por su formato grupal y su duración.

Respecto a las implicaciones teóricas del estudio, se asume que es congruente con la literatura revisada relativa al valor transdiagnóstico de las estrategias de regulación emocional inefectivas y la utilidad de las estrategias de intervención consideradas en el MIRE-G para corregir su uso.

En el futuro será importante realizar estudios similares al presente para evaluar la replicabilidad de

los resultados obtenidos, en cuyo caso será fundamental incorporar escalas que evalúen diversas variables clínicas, como depresión, ajuste social o calidad de vida; de esa forma, se puede obtener mayor información sobre la amplitud de los beneficios de este tratamiento. También se sugiere comparar la eficacia de otros procedimientos de regulación emocional o tratamientos sustentados empíricamente que ataquen procesos de valor transdiagnóstico, para así obtener mayor información sobre sus beneficios y considerar si representan o no una alternativa tan buena o tal vez mejor que los procesos recomendados en la actualidad. Por último, se sugieren investigaciones en las que se evalúen directamente los impactos de este tipo de tratamientos sobre los mecanismos de cambio propuestos; por ejemplo, mediante la aplicación de escalas como el Inventario de Cinco Facetas del *Mindfulness* (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer y Toney, 2006), el Cuestionario de Creencia Metacognitivas (Wells y Cartwright-Hatton, 2004) o el Inventario de Preocupación de Pensilvania (Nuevo, Montorio y Ruiz, 2002), y se lleven a cabo análisis de regresión que evalúen si la modificación de estas variables explica en alguna medida los cambios en las variables clínicas medidas.

REFERENCIAS

- Baer, R.A., Smith, G.T., Hopkins, J., Krietemeyer, J. y Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assesment*, 13, 27-45.
- Barlow, D.H., Allen, L.B., Boisseau, C.L., Ehrenreich, J.T., Ellard, K.K., Farchione, T. et al. (2008). *Unified protocol for treatment of emotional disorders: Modular version 2.0* (Manuscrito no publicado). Boston, MA: Boston University.
- Berenbaum, H., Raghava, C., Le Vernon, L.L. y Gomez, J.J. (2003). A taxonomy of emotional disturbances. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 206-226.
- Carver, C.S. y Scheier, M.F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. New York: Cambridge University Press.
- Cicchetti, D., Ackerman, B.P. e Izard, C.E. (1995). Emotions and emotion regulation and developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 7, 1-10.
- Farach, F.I. y Mennin, D.S. (2007). Emotion-based approaches to the anxiety disorders. En J. Rottenberg y S. L. Johnson (Eds.): *Emotion and psychopathology: Bridging affective and clinical science* (pp. 243-261). Washington, DC: American Psychological Association.
- Forman, E.M., Herbert, J.D., Moitra, E., Yeomans, P.D. y Geller, P.A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*, 31, 772-799.
- Harvey, A., Mansell, W., Watkins, E. y Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*, New York: Oxford University Press.

- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. y Wilson, K.G. (2012), *Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change* (2nd Ed.). New York: The Guilford Press.
- John, O.P. y Gross, J.J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72(6), 1301-1334.
- Johnson, S.L., Carver, Ch.S. y Fulford, D. (2010). Goal dysregulation in the affective disorders. En A. M. Kring y D. M. Sloan (Eds.): *Emotion regulation and psychopathology. A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp.204-228). New York: The Guilford Press.
- Koerner, K. (2012). *Doing dialectical behavior therapy: A practical guide*. New York: The Guilford Press.
- Kring, A.M. y Werner, K.H. (2004). Emotion regulation and psychopathology. En P. Philippot y R. S. Feldman (Eds.): *The regulation of emotion* (pp.359-385). Hove, RU: Psychology Press.
- Leahy, R.L., Tirsch, D. y Napolitano, L.A. (2011). *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Marín T., M., Robles G., R., González F., C. y Andrade P., P. (2012). Propiedades psicométricas de la escala Dificultades en la Regulación Emocional en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 35(6). Disponible en línea: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000600010.
- Martell, C.R., Dimidjian, S. y Herman-Dunn, R. (2010), *Behavioral activation for depression, a clinician's guide*. New York: The Guilford Press.
- McGrath, K.B., Forman, E.M. y Herbert, J.D. (2009, November). *Validation of the ACT/tCBT Adherence and Competence Rating Scale*. Poster presented at the 43rd Annual Convention of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies, New York, NY.
- Mennin, D.S. y Farach, F.J. (2007). Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14, 329-352.
- Mennin, D.S. y Fresco, D.M. (2010). Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. En A. M. Kring y D. M. Sloan (Eds.): *Emotion regulation and psychopathology. A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 356-379). New York: The Guilford Press.
- Mennin, D.S., Heimberg, R.G., Fresco, D.M. y Turk, C.L. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behavior Research and Therapy*, 43, 1281-1310.
- Nuevo, R., Montorio, I. y Ruiz, M.A. (2002). Aplicabilidad del Inventario de Preocupación de Pensilvania (PSWQ) a población de edad avanzada. *Ansiedad y Estrés*, 8, 157-172.
- Patrón E., F. (2010). La evitación experiencial y su medición por medio del AAQ-II. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15(1), 5-19.
- Reyes, M.A. (2010). *Programa grupal-individual de aceptación y desarrollo de habilidades para pacientes con desregulación emocional y conducta suicida*. Documento interno. Zapopan, Jal., México: Instituto Jalisciense de Salud Mental.
- Reyes, M.A. (2011a). *Manual del programa grupal-individual de desarrollo de habilidades de aceptación y control del malestar para pacientes con trastornos de desregulación emocional y conductas problemáticas*. Zapopan, Jal., México: Instituto Jalisciense de Salud Mental.
- Reyes, M.A. (2011b). *Actuar junto a la ansiedad, no contra ella*. México, D.F.: Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología.
- Reyes, M.A. (2011c). *Terapia cognitivo-conductual integrativa para la depresión*. México, D.F.: Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología.
- Reyes, M.A. (2013). Características de un modelo clínico transdiagnóstico de regulación emocional. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 7-18.
- Reyes, M.A., Ramírez, A. y Ascencio, M. (2011). Assessing the effectiveness of an ACT based program on a Mexican psychiatric inpatients group. En M. A. Reyes O. (Ed.). *The utility of ACT, Behavior regulation in parents, adolescents an inpatients populations*. Documento presentado en el IX Congreso Mundial de la *Association for Contextual Behavioral Science's World Conference IX*. Parma, Italia.

- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 211-218.
- Roemer, L. y Orsillo, S.M. (2009), *Mindfulness and acceptance based behavioral therapies in practice (Guides to individualized evidence-based treatment)*. New York: The Guilford Press.
- Swales, M.A. y Heard, H.L. (2009), *Dialectical behavior therapy: The CBT Distinctive Features Series*. New York: Routledge.
- Tsai, M., Kohlenberg, R.J., Kanter, J.W., Holman, G.I. y Loudon, M.P. (2012). *Functional analytic psychotherapy: distinctive features*. New York: Routledge.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A. y Cartwright-Hatton, S.A. (2004). A short form of the Metacognitions Questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behavior Research and Therapy*, 42, 385-396.
- Werner, K. y Gross, J.J. (2010). Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. En A. M. Kring y D. M. Sloan (Eds.): *Emotion regulation and psychopathology. A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 13-37). New York: The Guilford Press.