

Eficacia de la Terapia de Activación Conductual en el Trastorno de Ansiedad Generalizada: Una revisión sistemática

Efficacy of Behavioral Activation Therapy in Generalized Anxiety Disorder: A systematic review

Alumnos: Guillermo González Almeida, Christian Negrín Fagundo y Davinia Suárez Saavedra

Tutores: Ignacio Ibáñez Fernández y Manuel González Rodríguez.

**Trabajo de Fin de Grado de Psicología
Universidad de La Laguna
Curso académico 2019-2020**

Resumen

Objetivo: Se realizó una revisión sistemática (RS) con la intención de aunar diferentes ensayos sobre la efectividad de la Activación Conductual (AC) como terapia para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). Siendo importante el componente idiográfico de la terapia, incluso en su aplicación grupal, además de una programación de actividades adaptada al paciente, siendo aspectos vitales para garantizar la efectividad de la AC. **Método:** Se realizó una búsqueda de estudios en los últimos 20 años (2000-2020), siguiendo el protocolo PRISMA, en las bases de datos Scopus, PsycInfo y PubMed/Medline. **Resultados:** Los resultados de los tres ensayos son prometedores acerca de la eficacia de la AC sobre el TAG. **Conclusiones:** El número insuficiente de ensayos implica que sea necesario realizar una nueva serie de estudios que avalen la eficacia de esta terapia para el tratamiento del TAG.

Palabras claves: Terapia de Activación Conductual, AC, Trastorno de Ansiedad Generalizada, TAG, Mecanismos de cambio.

Abstract

Objective: A systematic review (SR) was conducted with the intention of bringing together different trials on the effectiveness of Behavioral Activation (B.A.) as therapy for Generalized Anxiety Disorder (GAD). Being important the idiographic component of the therapy, even in its group application, besides a programming of activities adapted to the patient, being vital aspects to guarantee the effectiveness of the AC. **Methods:** We searched for studies in the last 20 years (2000-2020), following the PRISMA protocol, in the Scopus, PsycInfo and PubMed/Medline databases. **Results:** The results of the three trials are promising about the efficacy of CA on GAD. **Conclusions:** The insufficient number of trials implies that a new series of studies is needed to support the efficacy of this therapy for the treatment of GAD.

Keywords: Behavior Activation Therapy, BA, Generalized Anxiety Disorder, GAD, Mechanisms of Change.

Introducción

En la vida del ser humano es frecuente experimentar situaciones caracterizadas por la ansiedad y la preocupación, y más en los tiempos que corren donde todo es más complejo, e incluso caótico. Entendemos el concepto de ansiedad como el estado emotivo y de respuesta que surge cuando la persona se expone a situaciones que suponen un peligro o amenaza (González, 2009). La preocupación, considerada una estrategia de evitación cognitiva, altera a la capacidad de la persona para centrarse en el presente y en el “aquí y ahora” (Borkovec, 2002). Este procesamiento generalmente perjudicial, impide un nuevo aprendizaje (Borkovec, Ray y Stober, 1998) al estar relacionado al pensamiento anticipatorio. Tanto la ansiedad como la preocupación, consideradas conductas que cumplen una función esencialmente adaptativa, ya que ayudan a centrarnos en el problema, pero en exceso podrían tornarse en un problema psicopatológico, pudiendo originar trastornos emocionales, como puede ser el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG).

Las últimas estimaciones de la Organización Mundial de la Salud indican que el 3,6% de la población mundial sufre de ansiedad, con mayor prevalencia entre las mujeres (OMS, 2017). Siendo frecuente la coexistencia con depresión, con unos niveles de comorbilidad superiores al 50% (Kircanski, LeMoult, Ordaz y Gotlib, 2017). TAG es un trastorno de ansiedad común, caracterizado por una preocupación crónica, excesiva e incontrolable. Suele coexistir con otros trastornos de ansiedad y/o depresión, y es altamente incapacitante, lo que da lugar a niveles de discapacidad comparables a los de la depresión (Hoffman, Dukes y Wittchen, 2008). Para su diagnóstico es necesario presentar al menos tres de los seis síntomas somáticos (inquietud o impaciencia, fatigabilidad fácil, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular o alteraciones del sueño), durante un período superior a los seis meses, causando un gran malestar que interfiere en la vida social, familiar y laboral de la persona (DSM-5, APA, 2013).

Para el entendimiento y tratamiento de esta psicopatología, se han desarrollado y aplicado diversos modelos para el TAG, siendo los más destacados:

1. Modelo de Evitación de la Preocupación y el TAG (MEP; Borkovec, Alcaine y Behar, 2004).
2. Modelo de Intolerancia a la Incertidumbre (MII; Rheaume, Freeston, Dugas, Letarte, y Ladouceur, 1995)
3. Modelo Metacognitivo (MMC; Wells, 1995)
4. Modelo de Desregulación de la Emoción (MDE; Mennin, Heimberg, Turk y Fresco, 2002)
5. Modelo Basado en la Aceptación del TAG (MBA; Roemer y Orsillo, 2005).

La eficacia de dichos modelos ha sido contrastada en varios estudios, compendio de este hecho es reflejado en el estudio de Behar, Dobrow, Ilise, Hekler, Eric, Mohlman, Jan, Staples y Alison (2011). En dicho trabajo no sólo muestran el apoyo empírico que avala a estos modelos, también explican las diferentes características de los tratamientos, por ello se recomienda su lectura.

Estos modelos teóricos coinciden en un especial énfasis común en la importancia central de la evitación de experiencias internas (Behar et al., 2011). El MEP defiende que la preocupación es una estrategia para evitar estímulos cargados de emociones. El MII identifica la preocupación como una estrategia para evitar la incertidumbre. El MMC da importancia a la participación de las personas en las estrategias empleadas para evitar preocuparse sobre la preocupación (meta-preocupación), y el MDE identifica la preocupación como una ineficaz estrategia de afrontamiento para gestionar y evitar emociones. Finalmente, el MBA sugiere que la preocupación es un tipo de evitación experiencial de experiencias internas (Behar et al., 2011).

Siendo la evitación el aspecto común en los diferentes modelos, ha surgido la importancia, de nuevo, de la AC para contrarrestarla. Es una de las más destacadas terapias de tercera generación, ejemplo de enfoque contextual, teniendo una base conductual, proveniente del análisis de conducta de la primera generación.

Su origen reside en 1953, cuando Skinner establece el análisis funcional de la conducta aplicado a todas las actividades humanas. El análisis funcional de fenómenos clínicos, incluyendo la depresión, fue desarrollado por C.B. Ferster a principios de la década de 1970. Otro pionero es Peter Lewinsohn, realizó una reelaboración del modelo conductual de la depresión y posterior desarrollo de programas de aplicación (Lewinsohn, Antonuccio, Breckenridge y Teri, 1984). En 2001 surgen dos versiones de AC, la primera desarrollada por Jacobson, Martell y Dimidjian (2001), supone el manual de tratamiento más comprensivo llamado propiamente AC (Martell, Dimidjian y Hermann-Dunn, 2010), y otra desarrollada por Lejuez, Hopko y Hopko (2001), un protocolo más breve, diez sesiones en total, denominado Terapia de Activación Conductual para la Depresión, TACD (Lejuez, Hopko, Acierno, Daughters y Pagoto, 2011).

AC, como indica su propio nombre, tiene como objetivo incrementar los patrones de activación conductual y analizar su eficacia en el tratamiento de la depresión y/o ansiedad. Enfatiza el análisis funcional idiográfico y la implementación de estrategias contextuales para abordar la evitación del cliente. Tanto la depresión como los trastornos de ansiedad, se caracterizan por diversos comportamientos de evitación, y las estrategias de AC trabajan para reducir el castigo y aumentar el refuerzo positivo del entorno de la persona a través de la disminución de la evitación, y la promoción de una autorregulación más adaptable (Hopko, Lejuez, Ruggiero y Eifert, 2003).

Hablamos de una terapia flexible, adaptada al progreso del cliente, con una duración entre 12 y 24 sesiones, a lo largo de 16 semanas o 4 meses, dos sesiones semanales en un principio, siendo quincenales después (Dimidjian, Martell, Addis y Herman-Dunn, 2008). AC es una terapia centrada en la activación, pero no en la activación en sí misma, mas bien en la manera de entrada en contacto con fuentes de posible reforzamiento positivo en la vida cotidiana de los clientes.

El modelo AC (Kanter, Manos, Bowe, Baruch, Busch y Rusch, 2010), tiene tres características que suponen el mecanismo de cambio. La primera, relacionada con su objetivo fundamental, es aumentar la activación y el nivel de compromiso del cliente con su mundo (Martell et al., 2010). La segunda tiene

que ver con el objetivo principal de intervención de AC, Kanter et al. (2010) tras una revisión de literatura empírica, concluyeron que la técnica central del AC es la programación de actividades, clasificadas por orden de dificultad. La tercera, está relacionada con el enfoque idiográfico del tratamiento, siendo importante respetar este punto a pesar de su aplicación grupal.

El TAG se puede tratar eficazmente con terapias cognitivo-conductuales (TCC) (Lang, 2004,) pero existen varios impedimentos que dificultan el tratamiento, como son los costos directos e indirectos del mismo, la limitada disponibilidad de profesionales de la salud mental, el estigma creado y la dificultad de los pacientes para asistir al propio tratamiento.

Hasta ahora, se han realizado estudios piloto (Chen, Liu, Rapee y Pillay, 2013) y estudios de casos (Hopko, Robertson y Lejuez, 2006) con resultados prometedores, reducción en la preocupación excesiva (Chen et al., 2013). En varios casos, Turner y Leach (2009, 2010) investigaron el impacto único de los componentes de AC en la ansiedad en adultos mayores.

Principalmente esta terapia ha sido implementada en el tratamiento de la depresión, pero en este estudio se llevará a cabo una revisión sistemática (RS) sobre la efectividad de la Terapia de Activación Conductual en el tratamiento de las personas con TAG.

Método

Protocolo y registro

Esta revisión sistemática ha sido diseñada en base al protocolo PRISMA (Moher, Liberati, Tetzlaff y Altman, 2009).

Criterio de elegibilidad

Se establecieron una serie de criterios para la inclusión de los artículos en esta RS, siendo los siguientes:

1. Tipo de diseños de estudio: en este estudio se añadieron dos ensayos experimentales y uno semi-experimental. Excluyéndose los estudios de caso único, de cohorte u observacional, además de las revisiones teóricas y/o estudios teóricos y metaanálisis.

2. Tipo de participantes: personas adultas con TAG. Permittedose la comorbilidad con otra u otras patologías siempre y cuando el TAG fuera la patología principal. En dos de los estudios se usó el DSM-5 (APA, 2013) para el diagnóstico, y en el estudio restante se aplicó Penn State Worry Questionnaire (PSWQ; Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990)

3. Tipos de intervenciones: ensayos que compararon la eficacia del tratamiento AC en personas con TAG. Dos de los estudios tienen dos condiciones, uno de ellos evaluaba la comparación de AC vs tratamiento de Exposición, mientras que el otro realizó una comparación entre AC vs Grupo Control. Finalmente la investigación restante presentaba tres condiciones (MBCT vs AC vs Control).

4. Medidas de resultados

Medidas Primarias:

Entrevista:

- Anxiety Disorders Interview Schedule – IV (ADIS-IV) (Brown, Di Nardo, Lehman y Campbell, 2001)

Cuestionarios de cribado

- Generalized Anxiety Disorder Questionnaire – IV (GAD-Q-IV) (Newman et al., 2002)
- The Worry and Anxiety Questionnaire (WAQ) (Dugas et al., 2001)
- Generalized Anxiety Disorder–7 item (GAD-7) (Spitzer, Kroenke, Williams y Lowe, 2006)
- Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) (Meyer et al., 1990).

Medidas secundarias:

- Inventario de depresión o de ansiedad de Beck (Beck, Epstein, Brown, y Steer, 1988).
- Escala de intolerancia a la incertidumbre (IUS) (Freeston et al., 1994)
- El Índice de Intolerancia a la Incertidumbre (IUI) (Gosselin et al., 2008)
- Cuestionario Evitación cognitiva (CEC) (Sexton y Dugas, 2008))
- Escala de dificultades en la regulación emocional (DERS) (Gratz y Roemer, 2004)
- Cuestionarios sobre motivos para preocuparse (WW-II) (Holowka, Dugas, Francis, y Laugesen, 2000)
- Cuestionario de Orientación negativa al problema (NPOQ) (Robichaud y Dugas, 2005)

5. Duración del seguimiento: en los diversos estudios se llevan a cabo medidas pre y posttest además de un seguimiento de al menos 1 mes. (2 estudios seguimiento de 3 meses)

6. Idioma de los datos: se excluyeron todos aquellos artículos que no estuvieran en inglés y/o español.

Búsqueda bibliográfica

Para las búsquedas bibliográficas se usaron las siguientes bases de datos: Scopus, PsycInfo y PubMed/Medline, con un margen de 20 años (2000-2020), usándose únicamente artículos académicos con población adulta. Siendo el núcleo de nuestra revisión los estudios empíricos, ensayos clínicos y resultados del tratamiento.

En la realización de las búsquedas se usaron los siguientes términos: "Terapia de Activación Conductual", "Behavioral Activation", "Terapia Metacognitiva", "Metacognitive Therapy", "Terapia de Aceptación y Compromiso", "Acceptance and Commitment Therapy", "Terapia Dialéctico Conductual", "Dialectical Behavior Therapy", "Psicoterapia Analítico - Funcional", "Functional Analytic Psychotherapy", "Generalized Anxiety Disorder" y "Trastorno de Ansiedad Generalizada", adaptado a cada base de datos. Tras el vaciado de información, se prosiguió con la preselección de los estudios ya que se realizó una búsqueda general que se engloban las diferentes terapias de tercera generación, seleccionando aquellos artículos que pertenecen a la Terapia de Activación Conductual.

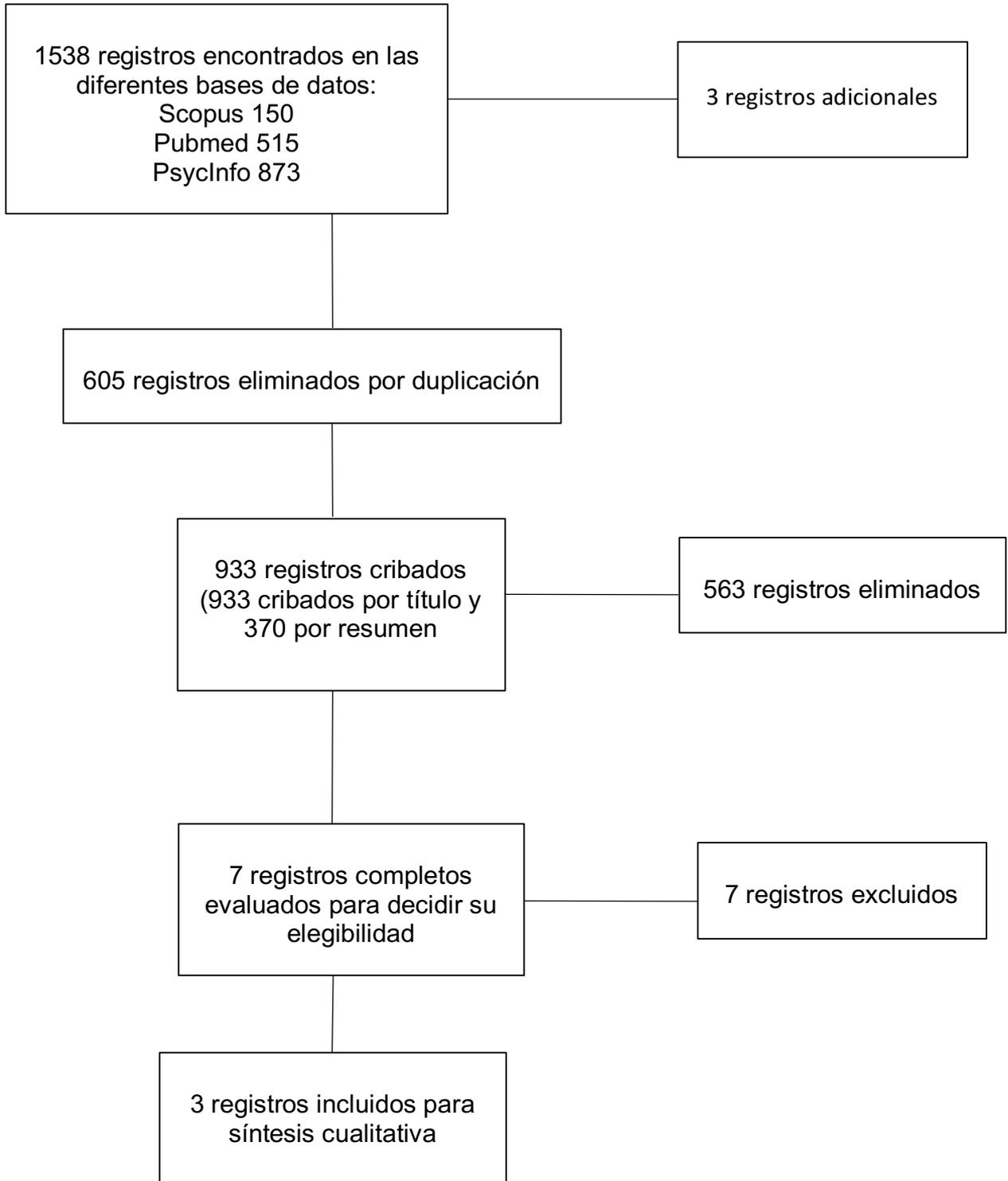
Resultados

Selección de estudios

En la búsqueda inicial se encontraron un número total de 1538, siendo descartados 605 ya que estaban duplicados. Se realizó un único archivo con los resultados de todas las bases de datos, excluyendo un total de 605 artículos repetidos en las diferentes bases.

933 eran útiles para llevar a cabo las revisiones sistemáticas. Se cribaron los 933 títulos, tras aplicar el primer filtro (lectura del título) y segundo filtro (lectura del resumen), el resultado obtenido para la RS sobre AC fue de 7. Sin embargo, al realizar la lectura completa de los mismos, se decidió excluirlos por no cumplir los criterios de elegibilidad. Tres artículos suministrados por la docencia de la Universidad de La Laguna fueron finalmente añadidos para realizar esta investigación teórica. (Figura 1)

Figura 1
Gráfico de resultados de la búsqueda bibliográfica



Características del estudio

La descripción de los estudios, muestras, intervenciones y medidas de resultados se muestran en la Tabla 1.

Entorno y características de los participantes

Los estudios incluidos en esta RS se llevaron a cabo en Australia, Irán y Estados Unidos. Para que los participantes fueran incluidos en los estudios debían cumplir con los criterios en base al DSM-5 (Beheshtian et al., 2020; Santiago et al., 2020), puntuación por encima del punto de corte en el GAD-7 (Beheshtian et al., 2020) y puntuaciones brutas de 55 o más en Penn State Worry Questionnaire (Chen et al., 2013). Todos los estudios estaban compuestos por personas adultas diagnosticadas con TAG, de las cuales mayoritariamente eran mujeres.

Además, se exigía en un estudio (Chen et al., 2013) que los participantes aceptaran mantener una dosis constante de su medicación antidepresiva, durante al menos dos meses antes del tratamiento, y continuar con la dosis hasta el final del seguimiento. En otro (Santiago et al., 2020) era obligatorio tener un dominio suficiente de inglés para comprender los procedimientos del estudio, también era una condición necesaria cumplir con los criterios del DSM-5 según la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI 7.0) para TAG, y una puntuación superior a 7 en la Escala general de severidad y deterioro de la ansiedad.

Los criterios de exclusión de cada estudio son diversos, por ello se considera oportuno exponerlos de forma individualizada:

Chen et al. (2013) excluyeron a los participantes que volvieron a recibir el tratamiento actual por cuestiones relacionadas a la preocupación, ideación suicida activa, psicosis o dependencia al alcohol y drogas.

En Beheshtian et al. (2020) los criterios de exclusión incluyen trastornos específicos del eje I, bajo tratamiento para cualquier condición física y mental, enfermedad física y ausencias de más de dos sesiones.

Santiago et al. (2020) excluyen participantes por presentar síntomas depresivos severos y/o ideación suicida con intención o plan, para disminuir las preocupaciones de seguridad y ayudar a garantizar que el TAG sea la causa principal de discapacidad. Tener antecedentes de trastorno por uso de sustancias en los últimos 6 meses. Cumplir con los criterios de diagnóstico para psicóticos, trastornos bipolares, obsesivo compulsivos o alimenticios. Presentar una lesión cerebral traumática de moderada a severa u otro trastorno neurocognitivo. Tener afecciones médicas graves o inestables, y contraindicaciones de imágenes por resonancia magnética (IRM), como dispositivos metálicos en el cuerpo. También excluyen personas con problemas de visión o audición no corregibles, y bajo tratamiento de medicamentos psicotrópicos que podrían afectar la función cerebral.

Tabla 1*Características de los artículos incluidos*

Referencia	Pacientes	Intervención en grupos		Medidas de resultados	Resultados	
		Tratamiento	Control		Corto plazo	Largo plazo
Chen, Liu, Rapee y Pillay (2013)	<p>49 adultos con TAG por Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)</p> <p>Rango de edad: 18-65</p> <p>77,6% mujeres</p>	<p>Tratamiento Activación Conductual en la Preocupación (ACP)</p> <p>8 sesiones grupales</p> <p>Grupos formados por 5-7 participantes.</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. Penn State Worry Questionnaire (PSWQ; Meyer, Miller, Metzger, y Borkovec, 1990) 2. Cuestionario sobre TAG para el DSM IV (GAD Q IV; Newman et al., 2002) 3. Escala de estrés y ansiedad por depresión (DASS 21; Lovibond y Lovibond, 1995) 4. Escala de Ajuste Laboral y Social (WSAS; Mundt, Marks, Shear, y Greist, 2002) 5. Escala de Evitación Cognitiva-Conductual (CBAS; Ottenbreit y Dobson, 2004) 6. Escala de Intolerancia a la Incertidumbre (IUS; Freeston et al., 1994) 7. Inventario de Solución de Problemas Sociales-Revisado en forma abreviada (SPSI-R:S; D'Zurilla, Nezu, y Maydeu-Olivares, 2002). 	<p>56% del grupo ACP logró reducciones clínicamente significativas de la preocupación excesiva, en comparación con el 33% del grupo control.</p> <p>55% de los participantes del ACP ya no cumplía los criterios para el TAG, mientras que no hubo cambios en el grupo control.</p> <p>Varias medidas de dependencia se redujeron significativamente desde la línea de base hasta el post-tratamiento y se mantuvieron en el seguimiento.</p>	<p>Los contrastes de seguimiento simple indicaron que los puntajes de la WSAS se redujeron significativamente del pre al post tratamiento, y continuaron reduciéndose significativamente a las 4 semanas de seguimiento.</p>

Beheshtian, E., Toozandehjani, H., y Saffarian Tousi, M. (2020)	N = 45	Modular Behavioural Cognitive Therapy	Behavioural Activation (BA)	Grupo control no obtuvo ninguna sesión	1. Generalized Anxiety Disorder–7 item (GAD- 7) (Spitzer, Kroenke, Williams y Lowe, 2006) 2. Escala de intolerancia a la incertidumbre (IUS) (Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas y Ladouceur, 1994)	No hay diferencias entre MCBT y BA, aunque sí hay diferencia significativa por parte de ambos grupos respecto al grupo control.	Las puntuaciones medias muestran que el efecto de MCBT es mayor que BA, aunque ésta última demuestra mayor durabilidad en el tiempo.
	15 participantes por condición	12 sesiones de 90 minutos dos veces por semana	8 sesiones de 90 minutos una vez por semana				
	Rango de edad: 18-32						
	100% mujeres estudiantes con TAG						
	Puntuación por encima punto corte GAD-7 y cumplir criterios DSM-V						

Santiago, J., Akeman, E., Kirlic, N., Cosgrove, A., McDermott, K., Mathis, T., y Thompson (2020)	<p>N = 100</p> <p>Rango de edad: 18-55</p> <p>Necesario cumplir con criterios DSM-V y Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Mini 7.0) para TAG durante 5 años</p>	<p>Behavioural Activation Therapy</p> <p>10 sesiones de 90 minutos por semana</p>	<p>Tratamiento de exposición</p> <p>10 sesiones de 90 minutos por semana</p>	No grupo control	<p>Generalized Anxiety Disorder–7 item (GAD-7) (Spitzer, Kroenke, Williams y Lowe, 2006)</p> <p>Penn State Worry Questionnaire (PSWQ; Meyer, Miller, Metzger, y Borkovec, 1990)</p> <p>Beck Depression Inventory-II (BDI-II) (Beck, Steer, Ball, y Ranieri, 1996)</p>	A espera de publicación de resultados debido a la pandemia global por CoVid-19.
Estos son ejemplos de varios autoinformes que suministraron en esta investigación. Para ver su totalidad, se recomienda revisar dicho artículo.						

Características de intervención y resultados

En el estudio realizado por Chen et al. (2013) tiene una muestra de 49 adultos, el objetivo planteado era comparar la eficacia del Tratamiento Activación Conductual en la Preocupación (ACP) de forma grupal (5-7 participantes) vs Grupo Control (Lista de espera), con un total de 8 sesiones. Arrojando una reducción significativa de la preocupación en el grupo experimental, no siendo así en el grupo control. Al final del tratamiento, el 56% del grupo ACP había logrado reducciones clínicamente significativas de la preocupación excesiva en comparación con el 33% en la lista de espera. Sin embargo, esta diferencia no era significativa.

No sólo se mostró una reducción significativa en la preocupación, tras el tratamiento en ACP en contra a la lista de espera, ya que la depresión y algunas características del proceso, incluyendo la evitación cognitiva, la intolerancia a la incertidumbre y la orientación para la resolución de problemas también reflejaron una disminución significativa. No se produjeron diferencias significativas en cuanto a los síntomas de ansiedad o estrés, los síntomas del TAG y la satisfacción con la vida.

El estudio de Beheshtian et al. (2019) está compuesto por tres condiciones, Modular Behavioral Cognitive Therapy (MBCT), en la cual recibieron 12 sesiones de una duración de 90 minutos con una frecuencia de 2 sesiones por semana. AC, en este grupo se aplicaron 8 sesiones de 90 minutos una vez por semana. Por último, el grupo control no recibió tratamiento durante esta etapa. Siendo una muestra de 45 participantes, en su totalidad mujeres, 15 por condición. No hay diferencias significativas en las puntuaciones posteriores a la prueba entre la terapia cognitiva-conductual MCBT y AC, y ambos grupos de tratamiento con el grupo control tienen una diferencia significativa en las puntuaciones. Sin embargo, las puntuaciones medias muestran que el efecto de MCBT es mayor que el AC, aunque ésta última demuestra mayor durabilidad en el tiempo.

En el ensayo realizado por Santiago et al. (2020), los tratamientos AC y de exposición, consisten en intervenciones manualizadas de diez sesiones y administradas en formato grupal durante 90 minutos por semana. No hay reflejo de los resultados de dicho estudio ya que se encuentra paralizado debido a la

situación de pandemia mundial CoVid-19, estando a espera de la publicación de dichos resultados en la página web anunciada en el mismo artículo.

Calidad de la evidencia

La evidencia general para la calidad de los estudios no ha sido muy favorable, obteniéndose una puntuación de 2 en los 3 artículos en la aleatorización (Jadad, Moore, Carroll, Jenkinson, Reynolds, Gavaghan y McQuay, 1996).

Discusión

Resumen de los resultados principales

El estudio de Chen et al. (2013) es el primero que informa de un ensayo controlado aleatorizado sobre la eficacia de la ACP. Demostró que hubo eficacia de este tratamiento sobre el grupo experimental, además de un mantenimiento de estos resultados un mes después de la finalización de la intervención.

Casi el doble de participantes en el grupo de ACP en comparación con el grupo en lista de espera, mostraron reducciones clínicamente significativas en la principal medida de resultado de la preocupación excesiva. Además, parece que las personas que completaron el ACP siguieron reduciendo significativamente la interferencia en la vida después de finalizar el tratamiento. También se comprobó que el ACP era eficaz para reducir los síntomas depresivos en comparación con el grupo de la lista de espera.

La magnitud del impacto del ACP es modesta en general cuando se compara con la eficacia de la terapia cognitiva para la preocupación patológica en el TAG (Hanrahan, Field, Jones y Davey, 2013). No obstante, estos hallazgos arrojan algo de luz sobre varios aspectos del TAG como tratamiento transdiagnóstico potencialmente eficaz para las personas que informan de una preocupación excesiva.

En Beheshtian et al. (2020), el propósito era realizar una comparación de efectividad entre MCBT y AC sobre la intolerancia a la incertidumbre en una muestra de personas adultas diagnosticadas con TAG, todas eran mujeres estudiantes con una edad comprendida entre 18 y 32 años. Los resultados

mostraron que no hay una diferencia significativa entre MCBT y AC sobre la intolerancia a la incertidumbre de los participantes en los grupos de intervención. Aunque la efectividad de MCBT fue mayor en comparación con el grupo AC, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de intervención. Estos hallazgos estaban en armonía con los resultados de Dimidjian, Hollon, Dobson, Schmaling, Kohlenberg, Addis y Jacobson (2006), encontraron que entre los pacientes más graves la AC es comparable a la medicación antidepresiva. Lorenzo-Luaces y Dobson (2019) tampoco informaron diferencias entre la efectividad de la AC y la terapia cognitiva en la etapa de post-test y el período de seguimiento. Bolinski, Hendriks, Bardoel, Hollon, Martell y Huibers (2018) mostraron que la terapia cognitiva o los enfoques AC condujeron a una reducción significativa y comparable de los síntomas.

Santiago et al. (2020) trata de un estudio cuyos resultados tendrán implicaciones para el procesamiento del enfoque de la evitación en el TAG, las relaciones entre los niveles de análisis (conductual y neuronal) y los predictores del resultado de la terapia conductual. Por lo tanto, si bien este estudio es muy prometedor al tratarse de las primeras investigaciones de resonancia magnética sobre el TAG, no se identifican los resultados a expensas de esperar su publicación, debido a encontrarse paralizado por la pandemia global (CoVid-19). Igualmente, los futuros ensayos podrían utilizar protocolos similares para comprobar si los hallazgos pueden generalizarse a otras poblaciones con trastornos de ansiedad y trastornos depresivos.

Aplicabilidad de la evidencia

En el estudio realizado por Chen et al. (2013), es necesario tener en cuenta varias limitaciones. En primer lugar, la limitación principal surge por la falta de datos de una proporción significativa de la lista de espera. Del mismo modo, el grupo de la lista de espera no completó la evaluación de seguimiento de un mes, impidiendo así las comparaciones entre grupos. Por otro lado, la brevedad del seguimiento limita las conclusiones a largo plazo. Las medidas autodeclaradas pueden haber estado sujetas a distorsiones al notificar cambios de comportamiento y no se incluyeron medidas para la adherencia al tratamiento. Aún así el ACP se muestra prometedor como un tratamiento eficaz de

diagnóstico para la preocupación excesiva. Se necesita más investigación con muestras de mayor tamaño para aumentar la confianza en los resultados.

Por la parte de Beheshtian et al. (2019) se destacan algunas limitaciones. Se realizó en una pequeña sociedad de estudiantes que fueron referidos desde el centro de orientación de la universidad, estando sesgado ya que el total de la muestra estaba compuesta por mujeres, no pudiendo generalizar los resultados a la población pero sí es posible su aplicabilidad a este colectivo. No fue posible verificar los factores fisiológicos que afectan al nivel de ansiedad; los participantes provenían de diferentes niveles económicos y con diferentes fuentes de estrés. Por otro lado, realizar una investigación y mantener a los participantes durante tanto tiempo fue el desafío principal del estudio.

Santiago et al. (2020) presenta una serie de limitaciones en su estudio. Entre ellas encontramos la poca potencia de la muestra para detectar tamaños de efecto pequeños o para replicaciones independientes. Por ello, se requerirá una replicación de seguimiento para los resultados en el estudio actual. Además, la prueba se llevó a cabo en un solo lugar, por lo que su generalización debe determinarse en futuras investigaciones. La entrega de la intervención en un formato grupal permite un mayor control y equilibrio con respecto a los terapeutas que brindan el tratamiento, y aumenta la eficiencia de costo y tiempo del ensayo. Sin embargo, esto puede limitar la generalización de los hallazgos a la terapia individual.

A pesar de todo esto, los resultados tendrán múltiples implicaciones: para el procesamiento de evasión de aproximación en TAG; relaciones entre niveles de análisis (conductual, neural); predictores del resultado de la terapia conductual. Del mismo modo, tienen el potencial de desarrollar la investigación destinada a optimizar el tratamiento psicosocial para la ansiedad y los trastornos depresivos desde una perspectiva holística, de neurociencia, de información conductual, y de acercarnos a enfoques de precisión verdaderamente personalizados para el tratamiento psiquiátrico.

Acuerdos y desacuerdos con otros estudios y revisiones sistemáticas

Diversos estudios se han centrado en la facilidad de aplicación del tratamiento basado en AC, creando aplicaciones para móvil o un tratamiento basado en Internet. Siendo un ejemplo de ello el ensayo realizado por Robinson, Titov, Andrews, McIntire, Schwencke y Solley, (2010), donde demuestran que puede ser igualmente eficaz dicho tratamiento si es dirigido tanto por un técnico como por un clínico, sin haber diferencias significativas. Ahorrando tiempo en la preparación de los profesionales sanitarios.

Otro estudio aplicó la AC como parte del proceso de una Terapia Cognitiva-Conductual (TCC) más extensa, siendo esta terapia aplicada por vía telefónica debido a la fácil aplicación de la misma (Brenes, Danhauer, Lyles, Anderson y Miller, 2017). Arrojando resultados prometedores en una muestra de 161 adultos mayores de 60 años con un diagnóstico principal de TAG, donde hubo una disminución significativa en los síntomas de TAG (GAD-7).

Otra serie de estudios mostraron su interés en la conducta de evitación característica tanto en los trastornos de ansiedad y depresión. Uno de ellos es el elaborado por Sportel, Nauta, Hullu, Jong y Hartman (2011), que demostraban la relación inversa entre el control de la atención y la inhibición de la conducta. Llevando a cabo una intervención centrada en cambiar el control de atención (CA) ya que puede tener potencial para la prevención y el tratamiento de los trastornos de internalización.

Además de todo esto, al realizar esta RS sobre la eficacia de la AC como terapia en personas diagnosticadas con TAG, no solo se ha llevado a cabo un estudio teórico, además se ha profundizado en los diferentes usos de este tratamiento y las diversas maneras de tratar esta patología. Gracias a ello nos hemos topado con una revisión sistemática publicada este mismo año (Coto-Lesmes, Fernández-Rodríguez y González-Fernández, 2020), diferenciándose en que ésta trataba sobre la AC grupal para la ansiedad y la depresión. Demostrando el mayor énfasis de aplicación de AC sobre los problemas o trastornos depresivos en contraposición de la ansiedad, que se consideraría la nueva ola de esta terapia.

Conclusiones y consideraciones futuras

Consideramos la necesidad de realizar más estudios para analizar la eficacia de la AC en el TAG, ya que la comunidad científica ha centrado su interés en la realización de numerosos estudios sobre esta terapia relacionada con la depresión, siendo la mayor fuente teórica. Empezándose a utilizar este tratamiento sobre la ansiedad, pero normalmente sobre la ansiedad en general, no especificando en los diversos trastornos de ansiedad, como puede ser el TAG.

La comunidad científica se ha centrado principalmente en otras terapias de tercera generación (ACT, Terapia Aceptación y Compromiso, PAF, Psicoterapia Analítica Funcional y TCD, Terapia Conductual dialéctica) para el tratamiento del TAG. Debido al componente cognitivo de esta patología, la preocupación excesiva, siendo una de las características más importantes, además de ser coincidente con la depresión. Se critica que no se le de la importancia que se merece a la AC para solventar este problema, de hecho Nieto y Barraca (2017), encontraron que la AC resultó, en contra de lo esperado, más efectiva que la terapia cognitiva (TC) en la reducción de los pensamientos negativos. Lo que sugiere que la AC, aunque no busca modificar o reestructurar el contenido de los pensamientos, es igualmente eficaz para provocarlo.

También se quiere criticar la poca importancia que se le ha dado a la AC como herramienta, apoyo o componente de otras terapias, sin especificar cuanto aporta la misma en la mejoría de los pacientes. Además de tratarse de una terapia con bastante contrastación sobre su eficacia, la AC cuenta con la posibilidad de utilizar técnicas y estrategias de la terapia de conducta tradicional como, por ejemplo, el entrenamiento en habilidades sociales y asertividad, manejo de contingencias, modelado, exposición, aproximaciones sucesivas, control de estímulo y autocontrol, ensayo de conducta, solución de problemas, reestructuración cognitiva o verbal, terapia de pareja, ensayo verbal o imaginario, así como por supuesto de otras terapias contextuales como el reforzamiento en terapia según la PAF y la aceptación y mindfulness así como los valores según la terapia de aceptación y compromiso (ACT). Siendo una de sus características más importantes el juego que da esta terapia al poder combinarse con otras para mejorar la eficacia del tratamiento.

Tras llevar a cabo esta RS podemos concluir que hablamos de una terapia efectiva, fácil de aplicar tanto para el terapeuta como para el cliente, que consigue efectos consistentes y perdurables en el tiempo. Permitiendo implementarse tanto de manera individual como grupal, además de permitir su uso como terapia o como herramienta o parte del proceso de una TCC más extensa.

Esto ha sido demostrado por diversos estudios como el de Chen et al. (2013), desgranado en esta RS, en el que se reflejan resultados favorables que avalan esta terapia. Teniendo en cuenta que el estudio más prometedor, el de Santiago et al. (2020), sea por tamaño de muestra o por presentar un número escaso de limitaciones metodológicas, no ha podido reflejar sus resultados al encontrarse paralizado por la pandemia mundial, por ello pedimos que se tenga en cuenta este hecho y animar a que se analicen esos resultados una vez sean publicados, ya que se considera el estudio más potente acerca de este tema.

Referencias

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V) (5a ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56* (6), 893–897. Doi: 10.1037/0022-006X.56.6.893
- Behar, E., Dobrow, Ilise, Hekler, Eric, B., Mohlman, Jan, Staples y Alison, M. (2011). Modelos teóricos actuales del trastorno de ansiedad generalizada (TAG): Revisión conceptual e implicaciones en el tratamiento. *RET: Revista De Toxicomanías, (63)*, 15-36.
- Beheshtian, E., Toozandehjani, H., y Saffarian Tousi, M. (2020). Comparison of modular cognitive-behavioral therapy and behavioral activation on the intolerance of uncertainty in students with generalized anxiety disorder. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences, 7*(1), 30-35.
- Bolinski, F., Hendriks, G., Bardoel, S., Hollon, S., Martell, D., y Huibers, C. (2018). Cognitive Therapy or Behavioral Activation for Major Depressive Disorder in Dutch Mental Health Care: Pilot Effectiveness and Process Trial. *International Journal of Cognitive Therapy, 11*(3), 343-358.
- Borkovec, T. D. (2002). *Life in the future versus life in the present*. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*, 76 – 80. [http://dx.doi.org/ 10.1093/clipsy.9.1.76](http://dx.doi.org/10.1093/clipsy.9.1.76)
- Borkovec, T. D., Ray, W. J., y Stober, J. (1998). Worry: A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. *Cognitive Therapy and Research, 22*, 561– 576. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1018790003416>

- Borkovec, T. D., Alcaine, O. M., y Behar, E. (2004). Avoidance Theory of Worry and Generalized Anxiety Disorder. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (p. 77–108). Guilford Press.
- Brenes, G. A., Danhauer, S. C., Lyles, M. F., Anderson, A., y Miller, M. E. (2017). Long-Term Effects of Telephone-Delivered Psychotherapy for Late-Life GAD. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 25(11), 1249–1257. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2017.05.013>
- Brown, T. A., Di Nardo, P. A., Lehman, C. L., y Campbell, L. A. (2001). Reliability of DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for the classification of emotional disorders. *Journal of abnormal psychology*, 110(1), 49–58. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.110.1.49>
- Chen, J., Liu, X., Rapee, R. M., y Pillay, P. (2013). Behavioural activation: A pilot trial of transdiagnostic treatment for excessive worry. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 533–539. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2013.05.010>
- Coto-Lesmes, R., Fernández-Rodríguez, C., y González-Fernández, S. (2020). Activación Conductual en formato grupal para ansiedad y depresión. Una revisión sistemática. *Terapia Psicológica*, 38(1), 63-84. Recuperado a partir de <http://teps.cl/index.php/teps/article/view/271>
- Dimidjian, S., Hollon, S., Dobson, K., Schmaling, K., Kohlenberg, R., Addis, M., y Jacobson, N. (2006). Randomized Trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy, and Antidepressant Medication in the Acute Treatment of Adults With Major Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 658-670.
- Dimidjian, S., Martell, C. R., Addis, M. E., y Herman-Dunn, R. (2008). Behavioral activation for depression. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (p. 328–364). The Guilford Press.

- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 857–870. <http://dx.doi.org/10.1037/h0035605>
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., y Ladouceur, R. (1994). *Why do people worry? Personality and Individual Differences*, 17(6), 791–802. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90048-5](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90048-5)
- González Martínez, M.T. (2009). Aproximación al concepto de ansiedad en psicología: Su carácter complejo y multidimensional. *Aula (Salamanca, Spain)*, 5, Aula (Salamanca, Spain), 01 November 2009, Vol.5.
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Evers, A., Laverdière, A., Routhier, S., y Tremblay-Picard, M. (2008). Evaluation of intolerance of uncertainty: development and validation of a new self-report measure. *Journal of anxiety disorders*, 22 (8), 1427–1439. Doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.02.005
- Gratz, K. L. y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26 (1), 41–54. Doi: 10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94
- Hanrahan, F., Field, A. P., Jones, F. W., y Davey, G. C. (2013). A meta-analysis of cognitive therapy for worry in generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, 33(1), 120-132.
- Hoffman DL, Dukes EM, y Wittchen HU (2008) *Human and economic burden of generalized anxiety disorder*. *Depress Anxiety* 25: 72–90.
- Holowka, D. W., Dugas, M. J., Francis, K. y Laugesen, N. (2000). Measuring beliefs about worry: A psychometric evaluation of the Why Worry-II Questionnaire. *Cognitive- behavioral treatment for generalized anxiety disorder*, 70-71. Doi: 10.1016/j.paid.2013.08.009

- Hopko, D. R., Robertson, S., y Lejuez, C. W. (2006). Behavioral activation for anxiety disorders. *The Behavior Analyst Today*, 7, 212–232. <http://dx.doi.org/10.1037/h0100084>
- Hopko, D.R., Lejuez, C.W., Ruggiero, K.J. y Eifert, G.H. (2003) Contemporary Behavioral Activation Treatments for Depression: Procedures, Principles, and Progress. *Clinical Psychology Review*, 23, 699-717. [http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358\(03\)00070-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358(03)00070-9)
- Jacobson, N. S., Martell, C. R., y Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(3), 255–270. <https://doi.org/10.1093/clipsy/8.3.255>
- Jadad, A. R., Moore, R. A., Carroll, D., Jenkinson, C., Reynolds, J.M., Gavaghan, D.J. y McQuay, H. J. (1996). Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Controlled Clinical Trials*, 17 (1), 1-12.
Doi: 10.1016/0197-2456(95)00134-4
- Kanter, J. W., Manos, R. C., Bove, W. M., Baruch, D. E., Busch, A. M., y Rusch, L. C. (2010). What is behavioral activation? A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 30, 608–620. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.001>
- Kircanski, K., LeMoult, J., Ordaz, S., y Gotlib, I.H. (2017). Investigating the nature of co-occurring depression and anxiety: comparing diagnostic and dimensional research approaches. *J. Affect. Disord.* 216, 123–135. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.006>.
- Lang, A.J. (2004). Treating generalized anxiety disorder with cognitive-behavioral therapy. *Journal Clinician Psychiatry*, 65, Suppl 13: 14–19.
- Lejuez, C.W., Hopko, D.R., y Hopko, S.D. (2001). *A brief behavioral activation treatment for depression: Treatment manual*. *Behavior Modification* 25: 255-286.

- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., Acierno, R., Daughters, S. B., y Pagoto, S. L. (2011). Ten Year Revision of the Brief Behavioral Activation Treatment for Depression: Revised Treatment Manual. *Behavior Modification*, 35(2), 111–161. <https://doi.org/10.1177/0145445510390929>
- Lewinsohn, P. M., Antonuccio, D. O., Breckenridge, J. S. y Teri, L. (1984). The coping with depression course: a psychoeducational intervention for unipolar depression. Eugene, OR: Castalia Press.
- Lorenzo-Luaces, L., y Dobson, K. (2019). Is Behavioral Activation (BA) More Effective than Cognitive Therapy (CT) in Severe Depression? A Reanalysis of a Landmark Trial. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12(2), 73-82.
- Martell, C. R., Dimidjian, S., y Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral activation for depression: A clinician's guide*. New York, NY: The Guilford Press.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., y Fresco, D. M. (2002). Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 85–90. <https://doi.org/10.1093/clipsy/9.1.85>
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., y Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28 (6), 487-495. doi: 10.1016/0005-7967(90)90135-6
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., y Altman, D.G. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*, 6 (7): e1000097. Doi: 10.1371/journal.pmed.1000097
- Newman, M. G., Zuellig, A. R., Kachin, K. E., Constantino, M. J., Przeworski, A., y Erickson, T. (2002). Preliminary reliability and validity of the Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV: A revised self-report diagnostic measure of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 33 (2), 215-233. Doi: 10.1016/S0005-7894(02)80026-0

- Nieto, E., y Barraca J. (2017). Behavioral activation versus cognitive restructuring to reduce automatic negative thoughts in anxiety generating situations. *Psicothema*, 29, 172-177.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. World Health Organization, Ginebra.
- Rhéaume, J., Freeston, M. H., Dugas, M. J., Letarte, H., y Ladouceur, R. (1995). Perfectionism, responsibility and obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 33(7), 785–794. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(95\)00017-R](https://doi.org/10.1016/0005-7967(95)00017-R)
- Robichaud, M. y Dugas, M. J. (2005). Negative problem orientation (Part 2): Construct validity and specificity to worry. *Behaviour Research and Therapy*, 43 (3), 403–412. Doi: 10.1016/j.brat.2004.02.008
- Robinson, E., Titov, N., Andrews, G., McIntyre, K., Schwencke, G., y Solley, K.. (2010). *Internet treatment for generalized anxiety disorder: A randomized controlled trial comparing clinician vs. technician assistance*.
- Roemer, L., y Orsillo, S. M. (2005). An Acceptance-Based Behavior Therapy for Generalized Anxiety Disorder. In S. M. Orsillo & L. Roemer (Eds.), *Series in anxiety and related disorders. Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment* (p. 213–240). *Springer Science + Business Media*. https://doi.org/10.1007/0-387-25989-9_9
- Santiago, J., Akeman, E., Kirlic, N., Cosgrove, A., McDermott, K., Mathis, T., y Thompson. (2020). Protocol for a randomized controlled trial examining multilevel prediction of response to behavioral activation and exposure-based therapy for generalized anxiety disorder. *Trials*, 21(1), 17.
- Sexton, K. y Dugas, M. (2008). The Cognitive Avoidance Questionnaire: Validation of the English translation. *Journal of Anxiety Disorders*, 22 (2), 355-370. Doi: 10.1016/j.janxdis.2007.04.005.

Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. Macmillan.

Spitzer, R.L, Kroenke, K., Williams, J.B.W. y Lowe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder; The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166 (10), 1092-1097.

Sportel, B., Nauta, E., Hullu, M., Jong, H., y Hartman, E. (2011). Behavioral Inhibition and Attentional Control in Adolescents: Robust Relationships with Anxiety and Depression. *Journal of Child and Family Studies*, 20(2), 149-156.

Turner, J. S., y Leach, D. J. (2009). Brief behavioural activation treatment of chronic anxiety in an older adult. *Behaviour Change*, 26, 214–222.
<http://dx.doi.org/10.1375/bech.26.3.214>

Turner, J. S., y Leach, D. J. (2010). Experimental evaluation of behavioral activation treatment of anxiety (BATA) in three older adults. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 6, 373–394.
<http://dx.doi.org/10.1037/h0100917>

Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(3), 301–320.
<https://doi.org/10.1017/S1352465800015897>