

TRABAJO FIN DE GRADO PSICOLOGÍA, 2019 - 2020

*UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA: EFICACIA DE LA
TERAPIA CONDUCTUAL DIALÉCTICA
EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE
ANSIEDAD GENERALIZADA.*

AUTORES: Blázquez Tello, Laura; Izquierdo Cardona, Yesica Alejandra; Shamdasani Murlidhar, Akshay Sunil

Tutores: Dr. Manuel González y Dr. Ignacio Ibáñez.

RESUMEN

Esta revisión sistemática revisa la eficacia de la terapia Conductual dialéctica (TCD) en pacientes con trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). El tratamiento del TAG con su terapia común, la terapia Cognitivo Conductual (TCC) deja un número elevado de pacientes sin alcanzar un funcionamiento adecuado. La TCD se plantea como un tratamiento alternativo eficaz para el TAG, de manera especial en aquellos casos de elevada desregulación emocional.

El estudio presenta una serie de limitaciones encontradas a posteriori, entre ellos una muestra reducida de estudios rigurosos que permitan estudiar la eficacia de TCD sobre TAG, por lo cual se obtienen resultados con efecto moderado y difícil generalización.

Finalmente, se plantea el posible beneficio del uso de estrategias dialécticas en otros diagnósticos caracterizados por la desregulación emocional.

PALABRAS CLAVE

Terapia conductual dialéctica, regulación emocional, trastorno de ansiedad generalizada, preocupación.

ABSTRAC

This systematic review, check the efficacy of Dialectical Conduct Therapy (DBT) in patients with Generalized Anxiety Disorder (GAD). Treatment of GAD with its common therapy, cognitive behavioral therapy (CBT) leaves a large number of patients without achieving adequate function. DBT is considered as an effective alternative treatment for GAD, especially in those cases of high emotional dysregulation.

The study presents some limitations found after the revision, among them a small sample of rigorous studies that specify the efficacy of DBT over GAD, which results in results with a moderate effect and difficult generalization.

Finally, the possible benefit of the use of dialectical strategies in other diagnoses characterized by emotional dysregulation is raised.

KEY WORDS

Dialectical behavior therapy, emotion regulation, generalized anxiety disorder, worry

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es, junto con el trastorno del abuso de sustancias, el trastorno psiquiátrico más frecuente, tanto en Europa como en Estados Unidos, con una prevalencia del 2 y 5% respectivamente (Albarracín y Rovira, 2008).

En el año 2004, se publicó en España un estudio epidemiológico que ha servido de referencia en cuanto a salud mental se refiere. El European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) (Alonso et. al, 2004), del cual destaca algunos datos relevantes respecto al TAG como: Una mayor incidencia en el sexo femenino (2:1), inicio temprano (frecuentemente antes de los 25 años). Estos datos son confirmados y avalados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), a través de Encuesta Nacional de Salud mental (2017) apuntando un aumento significativo en los porcentajes de incidencia, situándolos en un 9,2% - ansiedad crónica - (diagnosticado por un médico) (INE, 2017). Teniendo en cuenta la comorbilidad, es elevada, con estimaciones que van desde un 45% al 98%, con otros trastornos, como la depresión, la ansiedad, los trastornos de personalidad y condiciones médicas (Newman et al., 2017).

Dada la alta incidencia que presenta este diagnóstico (TAG), consideramos importante conocer la eficacia actual que tienen los tratamientos psicológicos con apoyo empírico más empleados en su abordaje. De ahí se deriva el objetivo principal de esta revisión sistemática, ya que se considera de gran utilidad en el uso profesional y con la que esperamos encontrar datos que arrojen cierta luz sobre la eficacia o no, de ciertas terapias de tercera generación, específicamente en nuestro caso, de la terapia Conductual dialéctica de Marsha Lihean (1993).

Teniendo en cuenta el objetivo mencionado, consideramos importante entender algunos conceptos básicos previos, tales como: ¿Qué es el trastorno de ansiedad generalizada? y por supuesto, ¿Qué es la terapia dialéctica conductual?

El Trastorno de Ansiedad Generalizada

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) se define como una preocupación excesiva y difícil de controlar en una gran variedad de áreas – salud, problemas familiares, dinero, escuela, trabajo – y genera malestar físico y psicológico, y al menos seis síntomas, como tensión muscular, inquietud, tendencia al cansancio, irritabilidad, concentración deficiente y problemas de insomnio. Siendo la presencia de tres de estos suficientes para el cumplimiento del criterio A (DSM-5, APA, 2013).

La preocupación es una característica cognitiva primaria de la ansiedad, descrita como una cadena de pensamientos e imágenes cargados negativamente, típicamente relacionados con eventos futuros cuyos resultados son inciertos (Hirsch y Mathews, 2012).

La ansiedad es una anticipación a un peligro y nos genera una reacción de defensa, la cual puede ser: de huida, cuando se cree que no hay recursos suficientes para enfrentarse a la situación o de afrontamiento, cuando el individuo percibe que dispone de las suficientes habilidades para afrontar el peligro (Piqueras et al., 2008).

En la situación de huida, el sujeto realiza conductas que le ayudan a reducir la ansiedad (refuerzo negativo) y así, estas se consolidan y mantienen. Como propone Mowrer en su teoría bifactorial, esto ocurriría debido a que las fobias y su consolidación se deben a dos tipos de condicionamientos, el clásico para lo primero, donde un estímulo neutro se asocia a uno que genera sensaciones de dolor o incomodidad y en el caso de su mantenimiento se debería a un condicionamiento instrumental debido a que estamos evitando ese elemento condicionado, debido a este no existe una exposición a ese estímulo por lo tanto no se pierde la asociación anteriormente realizada (Mowrer, 1946). Las estrategias de regulación emocional inútiles se refuerzan reduciendo temporalmente la angustia; sin embargo, estas estrategias de mala

adaptación perpetúan una mayor sensibilidad y reactividad a las emociones (Mennin et al., 2005; Roemer y Orsillo, 2005).

Terapias más comunes en el TAG: Terapia Cognitivo Conductual

En relación a las terapias más utilizados en el Trastorno de Ansiedad Generalizada, encontramos al menos seis modelos teóricos que explican su etiología y mantenimiento (véase por ej.: Behar, DiMarco, Hekler, Mohlman y Staples, 2011), se pueden dar diferencias en el uso de estos abordajes, pero de manera muy resumida y debida su relación con este trabajo, destacamos los siguientes (Tabla 1).

Tabla 1

Modelos teóricos y sus tratamientos más comunes.

Modelo de Desregulación de la Emoción (MDE) (Mennin et al., 2002)	Terapia de regulación de la emoción, que incluye: (1) relajación; (2) replanteamiento de la creencia; (3) entrenamiento en habilidades emocionales y (4) exposición experimental.
Modelo basado en la aceptación del Trastorno de Ansiedad generalizada (MBA) (Roemer y Orsillo, 2002, 2005)	terapia conductual para TAG basada en la aceptación con tres componentes: (1) psicoeducación; (2) ejercicios de atención y aceptación y (3) cambio de conducta y acciones valoradas.

(tomado de Behar et al., 2011)

Aunque en este trabajo nos centraremos en el Modelo Conductual Basado en la Aceptación del TAG (MCBA) (Roemer y Orsillo, 2002, 2005), que surge de la combinación del Modelo de Evitación Experiencial de Hayes (Hayes, et al., 1996) y en el Modelo de Evitación Cognitiva (Borkovec *et al.*, 2004), cabe destacar que Modelos recientes ofrecen perspectivas únicas e innovadoras sobre la teoría y el tratamiento del TAG. Empezando por la

innovadora teoría de Borkovec de la evitación de la preocupación, cada modelo posterior ha hecho hincapié en varios procesos cognitivos (por ejemplo, intolerancia a la incertidumbre, creencias positivas acerca de la preocupación, desregulación de la emoción) que han conducido a diversas nuevas estrategias para el tratamiento.

Terapias de Tercera generación

Las Terapias de Tercera Generación (TTG) se basan en un paradigma contextual que explica el comportamiento humano (normal y anormal) en términos interactivos, funcionales y contextuales. De esta forma, el trastorno no se encuentra dentro de la persona, sino que es la persona la que se encuentra en unas circunstancias o situación problemática (Ruíz et al.,2012). Estas terapias (TTG), surgen del conductismo más radical, pero poseen en común una línea general contextualista. Esta modificación de patrones se realiza desde un enfoque más global, que presta especial atención al paciente, vivenciado su problema, además del contexto social y cultural. Se abandona la lucha contra los síntomas que producen los trastornos mentales y se enfocan hacia la reorganización de la vida del paciente, ofreciéndole estrategias adecuadas para ello.

Hayes (2004), definió la tercera generación de terapias como una aproximación empírica y enfocada en los principios del aprendizaje, que es particularmente sensible al contexto y a las funciones de los fenómenos psicológicos, y no sólo a la forma, enfatizando el uso de estrategias de cambio basadas en la experiencia y en el contexto además de otras más directas y didácticas.

Es decir, el tratamiento desde estas terapias se ve como una reorientación de las percepciones que permite realizar cambios significativos, reales y duraderos.

Los dos grandes principios que sirven de base las intervenciones de las TTG, son:

1. La aceptación: El abandono de la búsqueda permanente del bienestar (evitación experiencial) y, por tanto, la aceptación de los síntomas y del malestar como experiencia vital normal.
2. La activación: Si la atención y recursos de la persona ya no se dirigen hacia la evitación de los síntomas, es posible promover un cambio conductual hacia la persecución de objetivos. (Ruiz et. al, 2012).

Dentro del grupo de terapias que conforman esta tercera generación encontramos: La terapia de Aceptación y compromiso (Acceptance and Commitment Therapy o ACT) (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999); la psicoterapia Analítica Funcional (Functional Analytic Psychotherapy o FAP) (Kohlenberg y Tsai, 1987); la Terapia Integral de Pareja (Integrative Behavioral Couples Therapy o IBCT) (Jacobson y Christensen, 1996); Terapia Cognitiva con Base en Mindfulness (MBCT) (Segal et al., 2002 y 2004) y la Terapia de Conducta Dialéctica (Dialectical Behavior Therapy o DBT) (Linehan, 1993).

Terapia Dialéctica Conductual

El constructo más diferenciador de esta terapia con el resto de terapias de tercera generación es la *perspectiva dialéctica*, entendida esta como el intento de descubrir la verdad mediante la confrontación de argumentos contrarios entre sí; *la búsqueda de equilibrio entre la aceptación, y el cambio de la realidad*, el mundo y la conducta, generando habilidades para afrontar adaptativamente el cambio.

Algunas características fundamentales de la TCD son:

1. La interrelación existente entre las partes: la dialéctica dirige nuestra atención a las partes individuales de un sistema (es decir, un comportamiento específico), así

como a la interrelación de la parte con otras partes (p. Ej., Otros comportamientos, el contexto ambiental) y los conjuntos más grandes (por ejemplo, la cultura, el estado del mundo en ese momento).

2. La realidad no se ve como estática, sino como compuesta de fuerzas internas opuestas (tesis y antítesis). El individuo está atrapado en las polaridades, incapaz de moverse hacia las síntesis.
3. La naturaleza fundamental de la realidad es el cambio y el proceso más que el contenido o la estructura.

La TCD es eficaz para reducir la ira, el comportamiento suicida, las conductas parasuicidas, la psicopatología asociada al trastorno, la ansiedad y aumentar la salud mental en general (Stoffers et al., 2012)

Esta terapia *se basa en la teoría biosocial de Linehan* sobre el desarrollo del trastorno límite de la personalidad (TLP) que enfatiza el papel de las dificultades en la regulación de las emociones, plantea como problema central para las personas con este diagnóstico las dificultades en la experiencia y la regulación del afecto (Linehan, 1993; Crowell, Beauchaine y Linehan, 2009). Las personas que son *emocionalmente vulnerables* experimentan una alta sensibilidad a la emoción (es decir, reacciones rápidas a las señales emocionales incluso en un umbral bajo), alta reactividad (es decir, la experiencia intensa y la expresión de las emociones) y un lento retorno a la línea de base (es decir, la excitación emocional es larga perdurable). Cuando la vulnerabilidad emocional biológica se combina con un *entorno de desarrollo invalidante*, los individuos aprenden a regular las emociones a través de estrategias desadaptativas que también afecta otras áreas del funcionamiento psicológico y social, como las relaciones interpersonales, el control de la conducta, el funcionamiento cognitivo y la experiencia del sentido del yo.

Desde la teoría biosocial la interacción de estos dos componentes (*vulnerabilidad emocional y contexto invalidante*), daría lugar a un déficit en la habilidad para regular las respuestas emocionales.

Este déficit en la falta de regulación emocional se ha relacionado con una variedad de problemas de salud mental como el control de los impulsos, las relaciones interpersonales y la autoimagen.

Un aspecto central de la teoría biosocial que sustenta la terapia conductual dialéctica (TCD) es que los clientes necesitan adquirir nuevas habilidades y generalizarse a sus propios entornos para contrarrestar estos déficits. Los terapeutas TCD se enfocan incansablemente en asegurar que sus clientes adquieran nuevas habilidades y aborden sistemáticamente aquellos factores que impiden la motivación de los clientes (por ejemplo, contingencias ambientales, emociones y cogniciones que refuerzan el comportamiento no hábil o castigan el comportamiento hábil que se está desarrollando) (Linehan, 2015).

El aprendizaje de habilidades de comportamiento es particularmente difícil cuando el entorno inmediato de una persona o una cultura más amplia no respaldan dicho aprendizaje. Así, el individuo debe aprender no solo habilidades de autorregulación y habilidades para influir en su entorno, sino también cuándo regularlas.

Estructura de TCD

La terapia dialéctico conductual es una terapia altamente estructurada y organizada, además incluye tareas que el paciente debe realizar fuera de consulta.

El programa se desarrolla en tres fases:

1. **Fase pre – tratamiento:** Se pretende: orientar al paciente hacia la terapia, dando una explicación que justifica su uso, se le informa del formato que tendrán las sesiones y cuáles serán las metas a alcanzar, así como establecer los compromisos básicos que garanticen la relación terapéutica.

En las siguientes fases, La TCD estándar (Linehan 1993a, b) incluye cuatro modos de intervención:

2. **Fase tratamiento:**

- a. **Psicoterapia individual:** consiste en sesiones semanales de 1 hora con el objetivo de mejorar la conciencia y reducir los comportamientos problemáticos. La terapia individual sigue los principios y la jerarquía objetivo de TCD: (1) conductas potencialmente mortales (principalmente comportamiento suicida y autolesivo); (2) comportamientos que interfieren con la terapia (p. Ej., Mala asistencia); (3) disminución severa en la calidad de vida debido a comportamientos interferentes (por ejemplo, atracones, abuso de sustancias); (4) adquisición de habilidades (Linehan 1993a).

- b. **Sesiones grupales:** El entrenamiento de habilidades consiste en sesiones grupales semanales que duran aproximadamente 2 h. El objetivo de este grupo es aumentar las habilidades conductuales relacionadas con la aceptación y la conciencia (mindfulness, tolerancia a la angustia) y las habilidades a. relacionadas con el cambio de comportamiento (regulación de las emociones y eficacia interpersonal).

- c. **Llamadas telefónicas:** El módulo de llamada telefónica se dedica principalmente a generalizar las habilidades para la vida diaria y a aprender a pedir ayuda

d. Equipo de consulta: El equipo de consulta se reúne una vez a la semana con el objetivo de brindar apoyo a los terapeutas y garantizar el cumplimiento del programa de tratamiento

3. **Fase postratamiento:** grupos de autoayuda que ayudan a reducir la probabilidad de crisis y prevenir recaídas.

Esta terapia utiliza técnicas de entrenamiento de habilidades sociales y técnicas basadas en terapias cognitivo conductuales, como la adquisición de nuevos comportamientos. El paciente identifica qué factores externos perpetúan sus comportamientos y cómo poder modificarlos.

Aunque Linehan usó inicialmente la terapia conductual de la primera ola con sus pacientes (Trastorno Límite de la personalidad), descubrió que estos respondían mejor a un enfoque terapéutico que equilibraba y sintetizaba estrategias basadas en el cambio y la aceptación. La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) generalmente ha demostrado una eficacia apreciable para el TAG, pero existe evidencia considerable de que se necesita más intervención para un subconjunto de individuos. En una revisión exhaustiva de la investigación de resultados de psicoterapia realizada por Hunot y colegas (2007), solo el 42% de las personas con TAG mostró una mejoría clínicamente significativa después de la TCC. Consistentemente, otros investigadores han encontrado que aproximadamente del 40% al 50% de las personas con TAG no logran un funcionamiento de estado final alto o una recaída después de la TCC (Hanrahan et al., 2013; Springer et al., 2018), lo cual sugiere que una parte considerable de las personas puede ser resistente al tratamiento o que la TCC puede no dirigirse eficazmente a *ciertos procesos de mantenimiento* en este subgrupo, como Por ejemplo, la ambivalencia sobre el cambio y el incumplimiento de la terapia (Szkodny et al.,

2014; Westra, 2012), presentaciones clínicas complejas, desregulación emocional elevada (Szkodny et al., 2014) y dificultades interpersonales (Borkovec et al. , 2002).

Por ello hay un interés creciente en la investigación empírica sobre los mecanismos de cambio y es un área de estudio emergente en la TCD. Para ampliar nuestro pensamiento sobre *los mecanismos de cambio* en la facilitación de la regulación de las emociones. Entendemos que *los mecanismos de cambio* describen las vías entre los mediadores y el resultado; los procesos a través de los cuales los mediadores conducen al cambio, la razón por la cual ocurrió el cambio o cómo se produjo el cambio (Kazdin, 2007; 2009).

Consideramos cuatro mecanismos de cambio que han sido el foco de los esfuerzos científicos en la investigación TCD hasta la fecha. Proponemos que, dentro del contexto de una fuerte relación terapéutica, las estrategias específicas de TCD (estrategias estructurales, de aceptación, de cambio y dialécticas) ejercen sus efectos sobre los resultados (por ejemplo, disminución de los síntomas del trastorno de personalidad, angustia general, descontrol conductual) al mejorar la regulación de las emociones a través de los siguientes mecanismos: (1) mayor conciencia y aceptación de la emoción, (2) mayor control de la atención, (3) mayor capacidad para modular la emoción y (4) mayor uso de habilidades de afrontamiento adaptativo (Boritz et al.,2018).

El control atencional se refiere a la capacidad de controlar el foco de atención en lugar del objeto de atención (es decir, observar la experiencia emocional sin tratar de cambiarla). En general, estos estudios indican que un mayor control de la atención (a través de la captación de la atención plena) se asocia con resultados positivos en TCD, siendo especialmente útil para disminuir la reactividad emocional.

Mayor capacidad para modular la emoción: resultados sugieren que uno de los mecanismos a través del cual la TCD, y los tratamientos alternativos de TLP, pueden reducir

efectivamente los síntomas de la angustia y los problemas interpersonales es a través de una mayor simetría de afecto positivo y negativo.

En consecuencia, es importante considerar otros tratamientos potenciales que pueden abordar mejor estos factores y conducir a mejoras duraderas en los síntomas y la funcionalidad para las personas con TAG que no responden a la TCC. Un tratamiento potencial para el TAG es la terapia dialéctica conductual (TCD; Linehan, 1993).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El *objetivo como revisión sistemática* que se persigue es presentar de manera estructurada y clara, la información disponible al respecto que se ha generado en las últimas dos décadas (2000 – 2020) procurando responder a la pregunta guía: *Cuál es la eficacia de la terapia conductual dialéctica sobre el tratamiento del TAG*. Esto se constituye de múltiples informes, artículos extraídos de diversas fuentes.

Las revisiones sistemáticas se caracterizan por tener y describir el proceso de elaboración transparente y comprensible para recolectar, seleccionar, evaluar críticamente y resumir toda la evidencia disponible con respecto a la efectividad de un tratamiento, diagnóstico o pronóstico (Moreno et al.,2018).

MÉTODO

Diseño

Esta revisión sistemática se ha elaborado teniendo en cuenta las recomendaciones dadas en Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis (Urrútia y Bonfill, 2010). Las bases de datos consultadas han sido: PubMed, Psycho Info y Scopus.

a. Criterios de selección: Participants; Interventions; Comparisons; Outcomes; Study design (PICO).

Tipo de Participantes

Estudios con pacientes que cuentan con un diagnóstico clínico de Trastorno de Ansiedad Generalizada, realizado a través de entrevista diagnóstica u otros métodos de evaluación (como cuestionarios) suficientemente validados. Se establece una edad mínima de 18 años, es decir, se trata de pacientes adultos sin límite superior de edad.

En caso de presentar comorbilidad, el TAG es el trastorno principal y no hay más de un trastorno comórbido.

Intervenciones:

Estudios que empleaban como tratamiento principal ante el TAG las terapias de tercera generación, específicamente la terapia conductual dialéctica. Aunque se admite estudios que contemplan una co-ayuda en el tratamiento, como apoyo psico-social; pero siendo siempre la TCD el tratamiento principal.

Comparación

Se elige aquellos donde se realiza una comparación con; el tratamiento habitual (la terapia cognitivo conductual) sin tratamiento, listas de espera o atención con placebo.

Resultados

Se distinguen dos tipos de medidas de resultado:

Medidas primarias o indicadores directos de TAG, es decir instrumentos empleados para su screening o diagnóstico, tales como:

- 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).
- Anxiety Disorders Interview Schedule – IV (ADIS-IV; Brown, Di Nardo, Lehman, y Campbell, 2001).
- Penn State Worry Questionnaire (PSWQ; Meyer, Miller, Metzger, y Borkovec, 1990) o cualquier suficientemente validada.

Medidas secundarias, de procesos implicados en el TAG (por ejemplo; intolerancia a la incertidumbre) o de psicopatologías con las que muestran comorbilidad importante: depresión, trastornos alimentarios, evaluados con instrumentos adecuadamente validados.

Diseño de estudios

Se eligen estudios con diseño experimental o cuasi-experimental con al menos dos grupos: Grupo control y experimental, no es necesario que se realice asignación aleatoria a los grupos, aunque sí, que sean dos grupos claramente diferenciados.

Seguimiento

El seguimiento no ha sido considerado un criterio de inclusión, pero sí como una medida que aporta valor al trabajo, siendo ésta registrada en aquellos casos en los que se da, así como sus medidas y resultados.

Estrategias de búsqueda

Una búsqueda inicial en las bases de datos teniendo como palabras claves: TAG y terapias de tercera generación. En un primer momento, de estas búsquedas se obtuvo un total de 1.625 resultados, al unificar los resultados de las diferentes fuentes (Scopus, Psycinfo y Pubmed) se eliminan los resultados duplicados entre fuentes y se obtiene un total de 933 de referencias, a los cuales se les pasará los filtros de inclusión y exclusión.

Finalmente, solo se eligen aquellos estudios cuya terapia principal es la Terapia conductual dialéctica y el diagnóstico principal el TAG.

Por último, se realizó una búsqueda de aquellos artículos adicionales en las listas de referencias o artículos relacionados de los que estas fuentes no proporcionaban la información necesaria.

RESULTADOS

Selección de estudios

Partiendo de los 933 artículos procedentes de las citadas fuentes, se establece un procedimiento de criba de tres filtros: El primero se hará en el título del artículo, Segundo el resumen o abstract proporcionado y el tercero se lleva a cabo en el documento completo. Esta criba se realiza por tres jueces, los autores del presente trabajo, siguiendo un código (Véase tabla 2) y procedimiento común.

Durante los dos primeros estadios de criba (Filtro 1; Título, y Filtro 2; Resumen) los criterios de inclusión/ Exclusión se aplican teniendo como referencia: Tratamiento del TAG con terapias de tercera generación.

Tabla 2

Criterios de inclusión y Exclusión

Criterios de exclusión:

- ✓ Caso único
- ✓ Casos con patología dual
- ✓ Sin tratamiento médico, o se especifica cómo se controla
- ✓ Presentar más de un trastorno comórbido
- ✓ Revisiones teóricas o estudios teóricos, metanálisis

Criterios de Inclusión:

- ✓ Diagnóstico clínico con entrevista diagnóstica (cuestionarios validados).
- ✓ Mayores 18 años, no límite de edad.
- ✓ Diseño experimental o cuasi-experimental con al menos dos grupos: control y experimental.
- ✓ Medidas pre-post y seguimiento (al menos tres meses).
- ✓ Pruebas de resultados objetivas: cuestionarios validados.
- ✓ Debe especificarse tamaño de efecto o cambio clínico significativo.
- ✓ Comorbilidad: TAG con uno trastornos más como máximo.
- ✓ Idioma: inglés o español.
- ✓ Tratamiento en grupo.

En este primer cribado, de los 933 artículos iniciales, pasan el primer filtro un total de 160 artículos, es decir, el 17% del total.

De estos 160 artículos a los que se les realiza la segunda criba, un total de 53 artículos, es decir, el 33%, pasan a la siguiente fase, o revisión del documento completo.

Posteriormente, este filtro de terapia de tercera generación se ajusta a “Terapia Dialéctica Conductual”; con este ajuste, de los 53 resultados de búsqueda, nos quedamos con un total de 4 resultados finales: A estos artículos se aplicará el tercer filtro, lectura completa del texto y así elegir los resultados finales que formarán parte de la revisión sistémica que nos ocupa.

De estos cuatro resultados, finalmente solo 1 estudio ha superado el filtro 3 (Lectura completa): *Treatment of generalized anxiety disorder in older adults* (Wetherell et al., 2003).

Puesto que los otros artículos han sido descartados por los siguientes motivos:

Repetitive negative thinking predicts depression and anxiety symptom improvement during brief cognitive behavioral therapy (Kertz et al., 2015):

- a. El tratamiento principal era la terapia Cognitivo Conductual, la Terapia Dialéctica sólo era utilizada como apoyo en las sesiones grupales (junto con otras terapias como psicoeducación, atención plena, o manejo de preocupaciones).
- b. El diagnóstico principal de los participantes no era el TAG, existiendo diversos trastornos psicóticos, emocionales y de ansiedad, siendo el TAG solo 20.8% (n = 21) de los casos totales.

Group therapy for university students: A randomized control trial of dialectical behavior therapy and positive psychotherapy (Uliaszek et al., 2016). A pesar de que uno de los

tratamientos principales era la Terapia Dialéctica Conductual, el diagnóstico principal a tratar no es el Trastorno de Ansiedad Generalizada.

The predictive capacity of self-reported motivation vs early observed motivational language in cognitive behavioural therapy for generalized anxiety disorder (Poulin et al.,2019).

En la lectura completa del estudio (tercer filtro), se puede encontrar que la terapia principal del mismo no se corresponde con la terapia dialéctica conductual, puesto que la única variante que se le introduce a la TCC es una entrevista motivacional.

La selección y cribado de los estudios, se ha realizado por los tres jueces de manera aleatoria, aplicando un doble juicio sobre los archivos por hasta dos de los jueces, para evitar el sesgo de subjetividad.

En el siguiente diagrama podemos observar cómo sucede el proceso de selección y descarte, desde los resultados iniciales (1628) hasta el artículo incluido en la revisión sistémica.

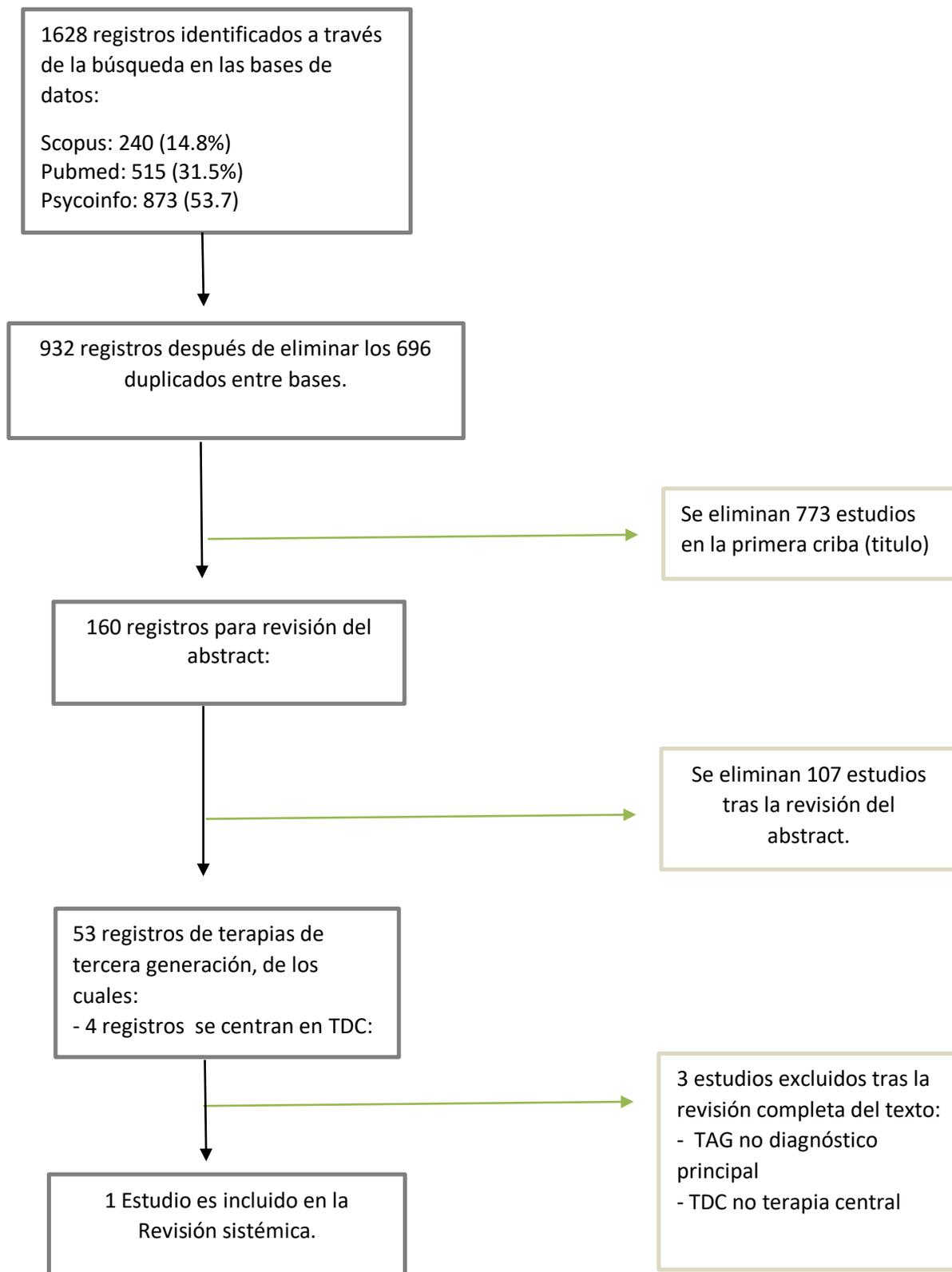


Fig. 1 Diagrama de flujo de resultados de búsqueda bibliográfica

Características del estudio de la Revisión Sistemática: Treatment of generalized anxiety disorder in older adults (Wetherell et. al, 2003).

Las características de las muestras de estudio, intervenciones y las medidas de resultado se detallan en la tabla 4.

Los participantes (N=75) elegidos tenían un diagnóstico principal de TAG de acuerdo a los criterios del Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, APA, 1994).

Los criterios de exclusión fueron:

- Edad menor a 55 años.
- Antecedentes de; Manía, Psicosis, deterioro cognitivo; según una puntuación menor de 24 en el examen de estado mental ‘mini-mental (Folstein et al., 1975).
- Abuso de alcohol y otras sustancias en los últimos 6 meses
- Comienzo de medicación psicotrópica en los últimos 2 meses.
- Falta de un chequeo médico que pudiera descartar causas alternativas para los síntomas del TAG.

Características de la intervención:

El estudio se realizó como un programa grupal donde los participantes se asignaron en pequeños grupos (aleatoriamente) en tres condiciones: 12 sesiones de Terapia cognitivo conductual (TCC) (n= 26) o Terapia Conductual dialéctica, TCD (n = 26) o un periodo de espera (WL) de 12 semanas (n = 23).

Todos los grupos, incluido lista de espera, completaron una serie de evaluaciones en un periodo de seguimiento de 6 meses.

Ambas condiciones activas, tuvieron sesiones semanales de 90 minutos en grupos de 4 a 6, y un investigador.

Las evaluaciones seguían un proceso de doble revisión, siendo una de estas realizadas por un evaluador “a ciegas”, que solo se dedicaba a revisar las entrevistas del primer evaluador, de manera aleatoria.

Medidas de resultado:

Primarias: Ansiedad y preocupación:

- ADIS-IV.
- PSWQ.

Secundarias:

- El Inventario de ansiedad (BAI) y depresión de Beck (BDI) (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988 y Beck, et al., 1979).
- Calidad de vida: La encuesta de salud de autoinforme SF-36 (Ware, et.al, 1992): se utilizó para medir la calidad de vida relacionada con la salud mental y física. Los ítems que evalúan la ansiedad y los síntomas depresivos se omitieron de la escala debido a la duplicación con otras medidas.
- La escala de calificación de ansiedad (HARS) y depresión de Hamilton (HDRS), (Hamilton, 1959 y Hamilton, 1960).

Medidas de importancia clínica. Los participantes se clasifican como de respuesta positiva ante el tratamiento si mostraban al menos un 20% de mejora en al menos tres de las cuatro principales medidas de resultado de ansiedad y preocupación en el estudio actual: la calificación de gravedad del TAG, el PSWQ, HARS y el BAI.

Todas las medidas de resultado utilizada cuentan con un nivel de fiabilidad aceptable, con unos intervalos de fiabilidad entre el .90 (Inventario de ansiedad de Beck) y .77 (Inventario de depresión de Beck), a excepción del SF-36 que cuenta con una fiabilidad de .58.

Tabla 3: Características del estudio incluido

Características demográficas				Intervención	Medidas de resultado
N	M Edad	Sexo	Tratamiento médico		
75	67.1	H: 15(20%) M:60 (80%)	Antidepresivos 23% Benzodiacepina 15% Buspirona 4% Medicamento venta libre 7% Más de un psicotrópico 9%	Terapia Cognitivo conductual (TCC). Terapia dialéctica del comportamiento (TDC)	1. ADIS-IV; (DiNardo, et.al, 1994). 2. BAI (Beck, et. al, 1988). 3. HARS (Hamilton, 1960) 4. HDRS (Hamilton, 1960) 5. SF-36 (Ware, et.al, 1992)

Resultados obtenidos en el estudio.

El tamaño del efecto para la TCC estuvo en el *rango amplio en el postratamiento* (media d .79) con *efectos pequeños a medianos para TDC* (media d .36), y esencialmente *sin efectos para WL* (media d .05).

Las medidas postratamiento, tanto los participantes de TCC como TCD mostraban una mejoría significativa en: Calificación de gravedad del TAG, HARS, BDI y en el PSWQ (aunque esta medida en el TCC solo se mostraba como tendencia a la mejora).

La TCC mostró mejoras significativas en el porcentaje de días preocupados $F(1, 33) = 5.45, p .03$ y calidad de vida ($F(1, 33) = 3.36, p .08$), funcionamiento social y vitalidad ($F(1, 34) = 2.87, p .10$.)

El grupo control no cambió significativamente en ninguna medida.

Los que completaron la TCC calificaron su intervención de manera más favorable y percibieron una mejora mayor que los que completaron la TCD, $t(34) = 2.88-4.39, p.01$

Evaluación de calidad de los estudios

La evaluación de calidad del estudio seleccionado se realiza a través de la Escala Adaptada de JADAD (Jadad et al., 1996), donde obtiene 3 de 5 puntos, superando con ellos los mínimos considerados adecuados.

Tabla 4

Resultados escala JADAD.

Aleatorizado	Doble ciego	Pérdidas de seguimiento	de Total Escala
Si (1)	Si (1/2)	Si (1/2)	3/5

DISCUSIÓN

Basándonos en los resultados obtenidos en la presente revisión sistémica, podemos inferir que la base de evidencia actual es muy limitada y se centra principalmente en la relación entre *los procesos de cambio* y el *resultado* obtenido con el tratamiento. La mayoría de los estudios de TCD hasta la fecha han empleado diseños correlacionales para investigar asociaciones entre procesos de cambio y resultados, pero los resultados arrojados en *Treatment of generalized anxiety disorder in older adults (Wetherell et. al, 2003)*, que es el único estudio que hemos encontrado que estudie de manera directa la eficacia de *TCD en el tratamiento del TAG, es insuficiente y no permite aceptar dichas relaciones a priori.*

En el estudio de Wetherell (2003) La eficacia de TCD es de *efectos pequeños a medianos* (media d .36) por lo que resulta difícil poder generalizar estos resultados, por las propias características del estudio y sus resultados, así como la muestra sería insuficiente y limitada, y aunque el estudio cuenta con una calidad moderada (3/5 en la escala JADAR) no sería suficiente para generalizar sus resultados.

Salvo el estudio de Wetherell (2003) Incluido en esta revisión, ningún otro estudio ha empleado diseños experimentales con asignación aleatoria a las condiciones y manipulación cuidadosa del agente causal propuesto para demostrar una relación causal. Por tanto, es necesario seguir investigando la efectividad del TCD sobre el TAG para poder llegar a conclusiones más definitivas.

En estos momentos la única afirmación que podemos constatar es que no hay suficiente investigación con rigor científico suficiente sobre la eficacia del tratamiento del trastorno por ansiedad generalizada (TAG) con la terapia dialéctico conductual (TDC). Motivo de ello puede ser que se trata en origen de una terapia diseñada para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad (TLP) o la mayor frecuencia de otras terapias como es el caso de la terapia de aceptación y compromiso, en la que podemos encontrar una bibliografía más extensa de tratamientos para el TAG.

A la vista de los resultados, cabe mencionar que la rigidez de los criterios establecidos de antemano limiten los resultados obtenidos, pues al excluir estudios de casos único, que el TAG no sea diagnóstico principal en caso de comorbilidad o que la TDC no sea el tratamiento inicial; hace que solamente se haya podido seleccionar un estudio en la presente revisión. Quizás incluir esta serie de estudios podría arrojar cierta información de interés, tales como los mecanismos de cambio subyacentes que se dan y pueden ser comunes en diversas terapias y transdiagnóstica en ciertos trastornos (como la ansiedad, o la depresión) caracterizados por la desregulación de las emociones (Neacsiu et al., 2014; Neacsiu et al., 2014).

Por otro lado, podríamos remarcar que los pacientes con TAG presentan una elevada comorbilidad con los trastornos de personalidad (Newman et al., 2017), además de déficits en la regulación de las emociones (Roemer y Orsillo, 2002, 2005), por lo que consideramos que una terapia empíricamente validada como la Terapia conductual dialéctica (TCD) podría ser

efectiva para las personas con TAG, puesto que En TCD, las estrategias de tratamiento apuntan directa o indirectamente a disminuir la desregulación de las emociones y mejorar la regulación de las emociones.

La terapia conductual dialéctica conceptualiza la desregulación generalizada de las emociones como la disfunción central subyacente en el TLP y otros trastornos clínicos (por ejemplo, abuso de sustancias, trastornos alimentarios). Algunos autores como Mennin utilizaron el fenómeno de la desregulación emocional para conceptualizar la preocupación excesiva y el TAG, creando el modelo de desregulación emocional del TAG. Según esta perspectiva, el principal responsable del TAG era un déficit en la modulación y expresión de las experiencias emocionales (Renna et al.,2015). Desde esta perspectiva, nos permite entender la mejora encontrada en los pacientes diagnosticados de TAG que han sido tratados con TCD, puesto que se aborda un factor común: la desregulación emocional.

Por tanto, si el factor de desregulación emocional es transdiagnóstica en el TLP y TAG, como en otros diagnósticos clínicos, los mecanismos de cambios subyacentes a la TCD para el TLP (regulación emocional, adherencia al tratamiento y asistencia a terapia) podría ser igualmente efectivos en ambos casos.

Además, se ha encontrado que el entrenamiento de habilidades TCD conduce a mayores mejoras en la desregulación de las emociones y los síntomas de ansiedad en una muestra transdiagnóstica en comparación con una condición de control de terapia de apoyo (Neacsiu, Eberle, et al., 2014; Webb et al., 2016). En conjunto, esta evidencia preliminar sugiere que el entrenamiento de habilidades dialécticas conduce a mejoras en la ansiedad y que es una terapia independiente efectiva para trastornos complejos caracterizados por la desregulación de las emociones.

Por lo tanto, abordar explícitamente la desregulación de las emociones y la evitación emocional puede ser particularmente importante para mejoras duraderas en los síntomas del TAG. Específicamente, se espera que el aumento de la conciencia, la aceptación y la tolerancia de las emociones, y las estrategias de regulación de las emociones disminuyan el miedo a las emociones, y la sensibilidad emocional y la reactividad. Mejorar la comodidad de uno con experiencias internas y la tolerancia a las emociones negativas puede aumentar el procesamiento emocional de los miedos y reducir las estrategias de evasión cognitiva y conductual inútiles (Malivoire, 2020).

CONCLUSIONES

La investigación actual sobre TCD y su efectividad en el tratamiento del TAG es limitada y sus resultados difíciles de generalizar. Es necesario tener en cuenta más variables relacionadas como la regulación emocional que aporta la TCD o los mecanismos de cambio subyacentes a la terapia y el efecto de estos sobre el TAG.

Para ello, cabe mencionar un conjunto más pequeño de estudios ha empleado pruebas estadísticas de mediación para investigar las relaciones causales entre los procesos de cambio y el resultado. Este tipo de investigación es esencial para demostrar que la manipulación cambia el mecanismo propuesto, que luego cambia el resultado propuesto (Nock, 2007).

La investigación futura debería prestar más atención a estos mecanismos de cambio y aclarar aún más qué aspectos de la TCD contribuyen a un mayor uso de habilidades y qué habilidades individuales contribuyen a resultados específicos asociados con la TCD.

Cuando comprendemos cómo funciona un tratamiento o qué elementos de un tratamiento impulsan sus efectos, (1) optimizamos mejor los ingredientes activos de los

tratamientos; (2) permite una mejor adaptación de los tratamientos a los entornos del mundo real; y (3) más capaces de personalizar los tratamientos para satisfacer las necesidades de clientes específicos, a través de la combinación cliente-terapeuta o tratamiento del cliente, es decir, el la efectividad y eficacia del mismo sería incrementada.

REFERENCIAS

- Albarracín, G., y Rovira, J. (2008). *Aspectos económicos y epidemiológicos de los trastornos de ansiedad generalizada: una revisión de la literatura. Actas españolas de Psiquiatría*, 36, (3), 165–176.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., Girolamo, G., Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J.M., Katz, S.J., Kessler, R.C., Kovess, V., Lépine, J.P., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L.J., Vilagut, G “.....” y Vollebergh W.A.M. (2004). The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders. *International journal of methods in psychiatric research*, 11(2), 55-67. <https://doi.org/10.1002/mpr.123>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). American Psychiatric Publishing
- Behar, E., Dobrow DiMarco, I., Hekler, E. B., Mohlman, J., y Staples, A. M. (2011). Modelos teóricos actuales del trastorno de ansiedad generalizada (TAG): revisión conceptual e implicaciones en el tratamiento. *Revista de Toxicomanías*, 63, 15-35.
- Boritz, T., Zeifman, R. J., y McMain, S. F. (2017). Mechanisms of Change in Dialectical Behaviour Therapy. *The Oxford Handbook of Dialectical Behaviour Therapy*, pp. 514-532. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198758723.013.42>
- Jadad A.R., Moore, R.A., Carroll, 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 Journal*, 17(1), 1-12. [https://doi.org/10.1016/0197-2456\(95\)00134-4](https://doi.org/10.1016/0197-2456(95)00134-4)
- García-Palacios, A. (2006). Dialectical Behavior Therapy: Individual therapy. *Psicología Conductual Revista Internacional de Psicología Clínica de La Salud*, 14(3), 453–466.

- Gempeler, J. (2008). Dialectical behavioral therapy. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 136–148.
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy and the new behaviour therapies: A Third Wave Behaviour Therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(6), 667-673. <https://doi.org/10.1017/S13524658080047974>
- Hayes, S.C; Follette, V.M y Linehan, M.M (2004) Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition (pp. 1-29). *The Guilford Press*.
- Kertz, S. J., Koran, J., Stevens, K. T., y Björgvinsson, T. (2015). Repetitive negative thinking predicts depression and anxiety symptom improvement during brief cognitive behavioral therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 68, 54-63. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.03.006>
- Moreno, B., Muñoz, M., Cuellar, J., Domancic, S., y Villanueva, J. (2018). Revisiones Sistemáticas: definición y nociones básicas. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*, 11(3), 184-186. <https://doi.org/10.4067/s0719-01072018000300184>
- Mowrer, O. H. (1939). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological Review*, 46(6), 553–565. <https://doi.org/10.1037/h0054288>
- Piqueras, J.A., Martínez, A.E., Ramos, V., Rivero, R., García, L.J. y Oblitas, L.A. (2008). Ansiedad, depresión y salud. *Suma Psicológica*.15(1), 43-73.
- Poulin, L. E., Button, M. L., Westra, H. A., Constantino, M. J., y Antony, M. M. (2019). The predictive capacity of self-reported motivation vs. early observed motivational language in cognitive behavioural therapy for generalized anxiety disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 48(5), 369-384. <https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1517390>
- Ruiz, M; Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual De Técnicas De Intervención Cognitivo Conductuales*. Desclée De Brouwer, pp 534-541.

Uliaszek, A. A., Rashid, T., Williams, G. E., y Gulamani, T. (2016). Group therapy for university students: A randomized control trial of dialectical behavior therapy and positive psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 78-85. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.003>

Wetherell, J. L., Gatz, M., y Craske, M. G. (2003). Treatment of generalized anxiety disorder in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 31-40. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.71.1.31>