

**Eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso en el Trastorno de
Ansiedad Generalizada: una revisión sistemática desde el año 2000 hasta el
2014.**

Trabajo de Fin de Grado de Psicología

Canino Dorta, Sara
Campos Ramos, Javier
Knoch, Victoria

Tutorizado por:

Manuel González Rodríguez
Ignacio Ibáñez Fernández

Curso Académico 2019-2020.

Resumen.

El objetivo de esta revisión sistemática es comprobar la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) de Steven Hayes para el tratamiento de la sintomatología del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) en pacientes mayores de 18 años. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de la literatura en las bases de datos electrónicas Psycho Info, Scopus y PubMed entre el año 2000 y el 2014. Se obtuvieron 932 registros de terapia de tercera generación tras eliminar los duplicados. De ellos, 23 resultados eran de la ACT, de los cuales 19 artículos fueron excluidos por diversas razones. Finalmente, 4 ensayos controlados aleatorizados fueron seleccionados. Los resultados apuntan a que la Terapia de Aceptación y Compromiso es eficaz, se encuentran mejoras en los síntomas después del tratamiento. En dos de ellos, las diferencias respecto al grupo control (Relajación aplicada y TCC) no fueron significativas. Además de presentar mejoría respecto al grupo lista de espera en otro de los ensayos. Salvo en uno de ellos, la ACT supone mejoría en medidas secundarias como estrés, calidad de vida y depresión entre otras. No obstante es necesario realizar más investigaciones, con una mayor muestra, más variabilidad y mayor rigor metodológico, entre otros.

Palabras clave: Terapia Aceptación y Compromiso, Trastorno de Ansiedad Generalizada, revisión sistemática.

Abstract.

This study aims to test the efficacy of the Acceptance and Commitment Therapy (ACT) by Steven Hayes as a treatment for the symptoms of Generalised Anxiety Disorder, in patients over 18 years old. A systematic literature search was made across the following electronic databases: Pyschoinfo, Scopus and Pubmed. This concluded in 23 results of which 19 were excluded due to various reasons. From these records, 4 clinically randomised controlled trials were selected. The results indicate that ACT is effective as patients showed improvement in GAD symptoms after the treatment. Amongst 2 of them, the differences compared to the control group (applied relaxation and Cognitive Behavioural Therapy) weren't significant. General improvements were also found in patients when compared to the waiting list group. With the exclusion of one study, ACT indicates improvements across secondary outcome measures such as stress, quality of life, depression and others. Nonetheless, more investigations will be necessary, with a larger sample set, higher variability and a greater methodological rigour.

Key words: Acceptance and Commitment Therapy, Generalised Anxiety Disorder, systematic review.

Introducción.

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG), se caracteriza en términos generales por tener una preocupación y angustia excesiva persistente en el tiempo y ser difícil de controlar.

Las principales manifestaciones de este trastorno son inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta, fácilmente fatigado, dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular o problemas de sueño. (DSM-5, APA, 2013.)

De acuerdo con el DSM-5 (APA, 2013), los síntomas nombrados anteriormente deben estar presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses, la alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia ni a otra afectación médica, a su vez no se explica mejor por otro trastorno mental.

Una revisión de la literatura realizada en España concluye que es muy difícil derivar conclusiones fiables sobre la prevalencia del TAG debido a la variedad de la información y a la elevada comorbilidad que presenta añadiendo además que los datos sobre el TAG no se presentan desagregados en sus diversas manifestaciones y que los estudios se refieren a diferentes grupos de poblaciones. (Albarracín, Rovira, Carreras y Rejas, 2008). Por otro lado, un estudio realizado por un psiquiatra español encuentra datos que en la actualidad sitúan la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en la comunidad en torno al 5%. (Jiménez, 2003).

En cuanto al tratamiento del TAG, la terapia cognitivo-conductual reduce la ansiedad en la mayoría de pacientes, para ello es necesario concienciar al paciente sobre su pensamiento, reeducando su cognición negativa e irracional hacia pensamientos positivos y de utilidad.

Las terapias de relajación (ejercicios de relajación progresiva, relajación profunda, visualizaciones, meditación, etc) son de utilidad sobre todo para aquellos casos en los que es más complicado eliminar el pensamiento irreal y siendo posible aplicarlas fuera del ámbito clínico-hospitalario.

Las terapias de tercera generación surgen de una tradición psicológica y de diferentes modelos teóricos que se desarrollaron desde el siglo pasado hasta nuestros días. A este conjunto se le ha dividido en tres generaciones u “olas”. (Hayes, 2004)

Tras haber pasado por diferentes tipos de terapias como lo son las de primera y segunda generación, llegamos a las terapias de tercera generación, que pese a ser desarrollada en la década de los 90, no empezarían a ser más relevantes hasta el 2004 (Moreno, 2012). De acuerdo con Pérez (2006): “la emergencia de esta nueva generación se debe tanto al desarrollo del análisis de la conducta y del conductismo radical, como a las limitaciones de la terapia

cognitivo-conductual, a pesar de sus reconocidas aportaciones, sin olvidar, en todo caso, lo que tenga de 'lanzamiento' en el sentido apuntado". (Pérez Álvarez, 2006, 163). En la actualidad, dentro de este grupo encontramos la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, McCurry, Afari, y Wilson, 1991).

Esta terapia no trata de cambiar o reducir los pensamientos, sensaciones o recuerdos molestos sino que trata de alterar su función y de generar flexibilidad en la regulación del comportamiento. ACT se basa en un modelo, que une seis procesos que contribuyen a la inflexibilidad psicológica: el predominio del pasado y futuro conceptualizados - autoconocimiento limitado, falta de claridad o contacto con los valores, inacción, impulsividad o persistencia evitativa, apego al yo conceptualizado, fusión cognitiva y evitación experiencial. La terapia busca generar las condiciones para que el paciente aprecie la paradoja de su comportamiento y busca potenciar interacciones clínicas que permiten al paciente tomar conciencia plena, abierta, del flujo de los eventos privados, de modo que haga, o no, uso de ellos para actuar de modo valioso. Las paradojas, las metáforas y los ejercicios de atención plena y consciente en el aquí y ahora de uno mismo son esenciales en la terapia de aceptación y compromiso, siendo la clave que la dirección que lleva la aplicación de estos métodos es aceptar los eventos privados porque esa aceptación está al servicio de la actuación impregnada de valores personales (Hayes, McCurry, Afari y Wilson, 1991).

La Terapia de Aceptación y Compromiso está basada en la Teoría del Marco Relacional y recoge la filosofía y conocimientos de Análisis Experimental y Aplicado del Comportamiento. En definitiva, es un tratamiento centrado en las acciones valiosas para uno, que contempla el malestar y sufrimiento como normal, producto de la condición humana en tanto que seres verbales, define a su vez que se aprende a resistir el sufrimiento normal y esa resistencia genera el sufrimiento patológico, promueve el análisis funcional de los comportamientos del paciente y por tanto se basa en la experiencia, siendo ésta la clave del tratamiento. El objetivo que persigue es flexibilizar la reacción al malestar porque la experiencia del paciente le dice que resistir los eventos privados limita la vida, siendo por tanto, el objetivo primordial romper la rigidez del patrón de evitación destructivo o la excesiva o desadaptativa regulación por procesos verbales que la cultura amplifica al potenciar sentirse bien de inmediato y evitar el dolor fundamental para vivir.

Se ha encontrado evidencia de la eficacia de ACT en pacientes con desórdenes emocionales, así como en TAG y con síntomas de ansiedad y depresión. El enfoque contextual de ACT parece ser particularmente útil para este tipo de problemas psicológicos, ya que los resultados de diversos estudios indican que la intervención con ACT produce mayores cambios

reduciendo los niveles de ansiedad y depresión que la no intervención (Coto, Fernández & González, 2020) Además, en el caso de síntomas depresivos, se redujeron de manera significativa inmediatamente luego de la intervención, y esta reducción se mantenía al menos durante los siguientes tres meses (Zhengganga, Shigaa, Luyaoa Sijiea y Irisb, 2020).

El objetivo de esta revisión sistemática es realizar un trabajo de fin de grado de Psicología, en el que se recopila y analiza la literatura existente sobre la terapia de Aceptación y Compromiso como tratamiento en el trastorno de ansiedad generalizada, entre el año 2000 y 2014, comprobando su eficacia y señalando sus limitaciones. Además observaremos cuáles de los mecanismos de cambio de la ACT cuentan con más evidencia y explican mejor el cambio psicológico si así se ha concluido en los estudios analizados. Los mecanismos de cambios esperados mediante el uso de la terapia de aceptación y compromiso se basan en el desarrollo de la flexibilidad psicológica la cual consta de diferentes mecanismos como pueden ser la aceptación, la defusión cognitiva, la acción comprometida, el 'yo' como contexto... (Hayes, 2004). La evidencia recogida de los resultados de esta terapia ha mostrado un cambio en la evitación experiencial, una mayor aceptación interna y un aumento del compromiso en actividades relevantes, así como mejoras en la intolerancia a la incertidumbre (Etchebarne, Gómez y Roussos, 2019).

Método.

Protocolo y registro.

Esta revisión sistemática fue planeada y realizada de acuerdo con los elementos de informes preferidos para revisiones sistemáticas según las directrices PRISMA (Moher, Liberati, Tetzlaff y Altman, 2009). Además de las recomendaciones del manual Cochrane de RS de intervenciones (Higgins, Green S, 2011).

Criterios de inclusión

Para ser seleccionados, los estudios debían cumplir las siguientes condiciones:

Tipos de estudios: se incluyen estudios de diseño experimental o cuasiexperimental con al menos dos grupos, un grupo control y otro experimental.

Tipos de participantes: población adulta, es decir, mayores de 18 años y sin límite de edad, que hayan sido diagnosticados con TAG a través de una entrevista diagnóstica o de otros métodos de evaluación validados. Puede haber comorbilidad con otro trastorno (ej: depresión) siempre y cuando el TAG sea el principal.

Tipos de intervención: tratamientos en grupo que evalúen la eficacia de la terapia de ACT cuyo programa de intervención sea especificado en líneas generales.

Tipo de resultados: obtenidos de manera objetiva mediante entrevistas diagnóstica o cuestionarios validados. Se valora si se evalúa el cambio clínico significativo y si se especifica el tamaño de efecto (d de Cohen).

Fecha de publicación: entre el año 2000 y el 2014, ambos inclusive.

Tipo de comparador: se compara con el tratamiento habitual, ausencia de tratamiento, lista de espera o placebo.

Duración del seguimiento: preferiblemente medidas de pre y post-seguimiento de al menos 3 meses pero se trata de un criterio flexible. El seguimiento no es necesario pero sí recomendable que se incluyera.

Idioma: artículos en inglés o español.

Criterios de respuesta tras la intervención: para que los estudios fuesen seleccionados debían contar con los siguientes criterios de respuesta tras la intervención:

- *Medidas primarias del TAG*

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)

- Penn State Worry Questionnaire (PSWQ; Meyer, Miller, Metzger, y Borkovec, 1990). Si bien solo mide preocupación, no ansiedad somática, es el estándar para la preocupación y suele usarse como indicador de TAG.

Medidas secundarias del TAG. Ejemplos:

- Inventario de depresión o de ansiedad de Beck (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988)
- Escala de intolerancia a la incertidumbre (La Escala de Intolerancia a la Incertidumbre(IUS) (Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas y Ladouceur, 1994)
- El Índice de Intolerancia a la Incertidumbre(IUI) (Gosselin et al., 2008, versión en inglés de Carleton, Gosselin y Asmundson, 2010). Escala B –IUB)
- Evitación cognitiva (El Cuestionario de Evitación Cognitiva (CEC) (Sexton y Dugas, 2008))
- Cuestionarios de regulación emocional (Escala de dificultades en la regulación emocional (DERS) (Gratz y Roemer, 2004)
- Cuestionarios sobre motivos para preocuparse (El Cuestionario ¿Por qué Preocuparse?(¿WW-II?) (Holowka, Dugas, Francis, y Laugesen, 2000)
- Orientación negativa al problema (El Cuestionario de Orientación Negativa al Problema (NPOQ) (Robichaud y Dugas, 2005))

Criterios de exclusión

Tipo de estudio: no se incluyen estudios de caso único, estudios de cohortes, y/o estudios observacionales.

Tipo de participantes: se excluyen participantes con patología dual o más de un trastorno comórbido, teniendo que ser el TAG el trastorno principal.

Tipo de intervención: sin tratamiento médico o si no se especifica cómo se controla.

Tipo de revisión: metaanálisis, estudios teóricos, revisión teórica.

Búsqueda bibliográfica

En Marzo de 2020 se llevó a cabo una búsqueda de la literatura en las bases electrónicas Psycho Info, Scopus y PubMed restringiendo los resultados a estudios publicados de terapias de tercera generación como tratamiento para el TAG a partir del año 2000 hasta la actualidad.

Para la búsqueda, los criterios de búsqueda se adaptaron según las posibilidades a cada una de las bases de datos anteriormente mencionadas.

Se empleó en el título el nombre de la terapia (“Terapia de Aceptación y Compromiso”, “Activación Conductual”, “Psicoterapia Analítico funcional” y “Terapia Conductual Dialéctica”) y trastorno de ansiedad generalizada. Para las terapias, se indicaron todas juntas (mediante OR) y se incluyó también la terapia metacognitiva. Finalmente, se decidió utilizar las referencias encontradas de la Terapia de Aceptación y Compromiso desde el año 2000 hasta el 2014.

Además se restringió la búsqueda a referencias en inglés o español, a aquellas que estudian población adulta o de más de 19 años y para la metodología se buscó entre estudio empírico, ensayo clínico y resultado de tratamiento.

Selección de estudio.

Tras la búsqueda en las bases electrónicas de las diferentes terapias de tercera generación y el trastorno de ansiedad generalizada, todos los duplicados se eliminaron de las referencias. A continuación, se creó una base de datos conjunta con todas las referencias recopiladas de las bases electrónicas y se dividió entre doce revisores. Estos trabajaron individualmente empleando dos filtros diferentes: filtro 1 (título), filtro 2 (resumen). Finalizado esto, se separaron las referencias según la terapia de tercera generación que correspondía a cada grupo de revisores y se pasó el filtro 3 (lectura del artículo). Se verificaron los estudios en detalle, y los artículos seleccionados según los criterios de inclusión y exclusión se incluyeron en la revisión sistemática.

Medidas de resultados.

Las medidas de resultados primarias son las mismas indicadas en los criterios de inclusión.

Evaluación del riesgo de sesgo y la calidad metodológica.

Para evaluar la calidad metodológica de los estudios, tres revisores independientes evaluaron el riesgo de sesgo mediante la “Escala adaptada de: Jadad” (Jadad, Moore, Carrol, Jenkinson, Reynolds, Gavaghan, 1996). Se evaluó la calidad de la referencia en función de tres preguntas que valoraban la aleatorización, el enmascaramiento y la descripción de las pérdidas de seguimiento. En función de si se cumplía o no lo descrito antes, los revisores puntuaron con un 1 (SI) o con un 0 (NO).

Además, se daban puntos adicionales si se describía el método de aleatorización y era adecuado y si se describía el método de enmascaramiento del paciente y del investigador y eran inadecuados. Por el contrario, se restaban puntos si se describía el método de aleatorización y era inadecuado o si el método de enmascaramiento era inadecuado.

La puntuación total iría desde cero a cinco, siendo cero, muy malo y cinco, riguroso.

Resultados.

Estudios seleccionados.

Tras realizar las diferentes búsquedas bibliográficas, se recuperaron en total 1628 referencias de las distintas bases de datos electrónicas empleadas, de las cuales 696 fueron eliminadas por ser duplicadas. (Ver figura 1.)

Se revisaron 932 referencias por título (filtro 1), y 160 fueron seleccionadas para leer el resumen (filtro 2).

En total 54 fueron los seleccionados para la lectura a texto completo de los cuales 23 eran de la terapia de Aceptación y Compromiso para TAG entre el año 2000 y el 2014 que es la que procede para esta RS (filtro 3).

Finalmente, 19 artículos fueron excluidos por diversas razones como título y resumen en inglés pero artículo en francés o persa, tratamiento con niños en lugar de con adultos, no hay tratamiento, habla de otro tipo de terapia; definitivamente fueron seleccionados 4 artículos tras acceder a la lectura completa y comprobar que cumplían los criterios de inclusión y exclusión. Todos los estudios analizados son ECA, estudios clínicos aleatorizados.

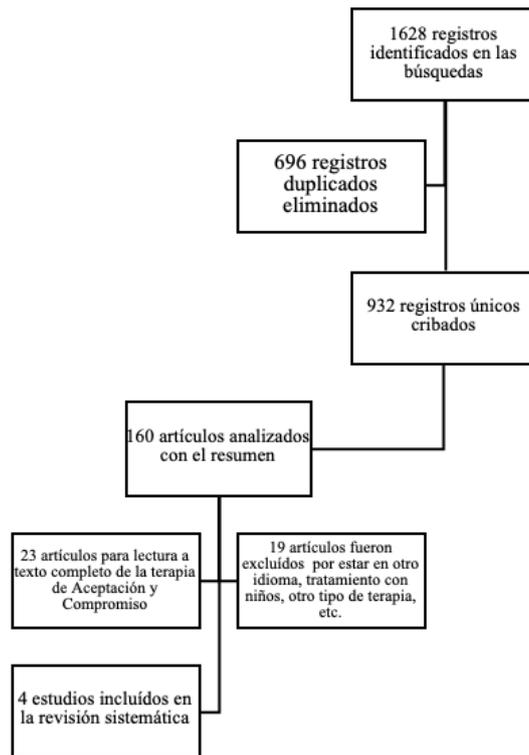


Figura 1. Diagrama de flujo de resultados de búsqueda bibliográfica.

Características de los estudios incluidos.

Los cuatro estudios incluidos (ver tabla 1) son ECA, tres se llevaron a cabo en Boston (nº1, nº2 y nº4) y uno en Australia (nº3). La muestra total está formada por 194 participantes, el 67,52 % son mujeres (131) y el 32,48 % (63) son hombres y el rango de edad se sitúa entre 19 y 69 años. Todos los participantes cumplen los criterios para trastorno de ansiedad y ningún estudio informó de efectos adversos. En el estudio nº3 algunos sujetos presentan comorbilidad con trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad social, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de pánico con o sin agorafobia, siendo el TAG el principal.

En otros, los participantes habían recibido tratamiento psicológico anteriormente y/o estaban tomando fármacos psicotrópicos en la actualidad, para lo que se recomendó que no se modificarán las dosis durante la duración del tratamiento.

En cuanto a manuales de tratamiento utilizados para llevar a cabo las sesiones,, el estudio de nº 3 utilizó para el grupo de TCC el manual de Zinbarg, Craske, Barlow y O’Leary’s (1993) para TAG, mientras que el grupo ACT se fundó en los manuales de ansiedad de Eifert y Forsyth

(2005) y Forsyth y Eifert (2007). Por otro lado, el estudio nº1 empleó la versión adaptada del utilizado en Roemer y Orsillo (2007) que trataba las funciones de las emociones, el papel de la evitación experiencial, psicoeducación, entrenamiento en mindfulness, entre otros.

El número de sesiones oscila entre seis y dieciocho y aunque la mayoría de las intervenciones se llevaron a cabo en modalidad individual, también se incluyeron intervenciones grupales. Los comparadores han sido la lista de espera u otros tratamientos no médicos (TCC o relajación aplicada).

Artículo nº1: Roemer, L. y Orsillo, S. M. (2008).

Artículo nº2: Hayes-Skelton, S., Roemer, L. y Orsillo, S. M. (2013).

Artículo nº3: Avdagic, E., Morrissey, S. A. y Boschen, M. J. (2014).

Artículo nº4: Treanor, M., Erisman, S. M., Salters-Pedneault, K., Roemer, L. y Orsillo, S. M. (2011).

Tabla 1

Características de los estudios incluidos

Año de publicación	Diseño	Grupos de tratamiento	Diagnóstico	Población de estudio	n antes/ después/ seguimiento	Tratamiento anterior	Duración fase tratamiento
2008	<p>A) A1: Experimental. B) Medidas: Antes - Después- Seguimiento 3 y 9 meses.</p> <p>Grupo tratamiento.</p> <p>Grupo lista de espera.</p>	ACT y lista de espera	1,3 y 4	<p>-Por severidad: mixta (criterio clínico y comorbilidad). -Por edad: La media de edad de todos los participantes era de 33,59, del grupo tratamiento 32,73 y del grupo lista de espera 32,88. -Por ocupación: no lo indica.</p>	31/25/19/17	<p>Recibieron psicoterapia previa para la ansiedad, para la depresión, algunos habían tomado medicamentos psicotrópicos para la ansiedad o los problemas del estado de ánimo, los había también que recibieron TCC para ansiedad, trastorno de pánico, depresión, TOC o razones no especificada.</p>	<p>Los pacientes recibieron 4 sesiones de 90 minutos y 12 sesiones de 60 minutos con las dos últimas sesiones disminuidas.</p>

Diagnóstico: 1 (entrevista diagnósticas), 2 (cuestionarios), 3(criterio clínico), 4 (informes previos) y 5 (no se indica).

Tabla 1

Características de los estudios incluidos

Año de publicación	Diseño	Grupos de tratamiento	Diagnóstico	Población de estudio	n antes/ después/ seguimiento	Tratamiento anterior	Duración fase tratamiento
2013	<p>A) A1: experimental. B) Medidas. Antes/Después y 6 meses de seguimiento. Grupo tratamiento Otros tratamientos no médicos (relajación aplicada)</p>	<p>ABBT (terapia conductual basada en la aceptación) y AP (relajación aplicada)</p>	1 y 3	<p>-Por severidad: clínica. -Por edad: Los participantes tenían una edad media de 32.92 años. -Por ocupación: mixta.</p>	81/63/55	<p>No se informa de tratamientos anteriores.</p>	<p>El tratamiento consistió en 16 sesiones de ABBT y de AP, para cada grupo respectivamente.</p>
2014	<p>A) A1: experimental. B) Medidas. Antes - Después a las 6 semanas- Seguimiento 3</p>	ACT y TCC	1	<p>-Por severidad: clínica con GAD. -Por edad: 19 a 69 años -Por ocupación: mixta.</p>	51/38/30	<p>El 46.9% informó haber recibido múltiples tratamientos en el pasado, TCC y atención plena. El 37.5% de los participantes informó que solo recibió asesoramiento, el 6.2% solo tenía TCC y el 9.5% asesoramiento en combinación con la atención plena.</p>	<p>6 sesiones tanto en ACT como TCC con duración de 2 h cada una. A lo largo de seis semanas.</p>

Tabla 1
Características de los estudios incluidos

Año de publicación	Diseño	Grupos de tratamiento	Diagnóstico	Población de estudio	n antes/ después/ seguimiento	Tratamiento anterior	Duración fase tratamiento
2011	<p>A) A1: experimental. B) Medidas. Antes Después - 3 y 9 meses de seguimiento.</p> <p>Grupo tratamiento inmediato.</p> <p>Grupo tratamiento retrasado (lista de espera).</p>	<p>ABBT y grupo con tratamiento retrasado.</p>	1 y 4	<p>-Por severidad: comorbilidad con trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad social, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de pánico con o sin agorafobia.</p> <p>-Por edad: Los participantes tenían edades comprendidas entre 20 y 66.</p> <p>-Por ocupación: no lo indica.</p>	31/25/?	<p>Nueve participantes informaron haber tomado psicotrópicos. Diecinueve participantes informaron haber recibido psicoterapia previa y siete de ellos, informaron haber recibido un ensayo previo de TCC tiempo antes de inscribirse en este estudio para ansiedad, depresión, trastorno de pánico con agorafobia, TAG y TOC, TOC exclusivamente y por razones no especificadas.</p>	<p>El tratamiento consistió en 16 sesiones de ABBT para TAG.</p>

Diagnóstico: 1 (entrevistas diagnósticas), 2 (cuestionarios), 3(criterio clínico), 4 (informes previos) y 5 (no se indica).

Tabla 1

Características de los estudios incluidos

Año de publicación	Criterios de respuesta (tras la intervención)	Resultados TAG
2008	-Medidas primarias: ADIS-IV, PSWQ, DASS-21 Medidas secundarias: BDI, QOLI	A1) Cambios significativos intragrupo en el grupo tratamiento (ACT) en sintomatología TAG. Mejoría del TAG antes/después. No se observó un deterioro significativo desde el postratamiento hasta los 9 meses de seguimiento. Cambios significativos intragrupo en el grupo tratamiento en indicadores secundarios del TAG. Mejoría en síntomas depresivos; las mejoras fueron más notables en los síntomas de excitación ansiosa auto informados, la calidad de vida y los diagnósticos adicionales calificados por el médico. B1) Cambios significativos intergrupo - respecto al control. 76.92% de los individuos tratados ya no cumplían los criterios del TAG en la medida postratamiento, respecto a un 16.67% del grupo lista de espera.

Medidas primarias: Anxiety Disorders Interview Schedule – IV (**ADIS-IV**; Brown, Di Nardo, Lehman, & Campbell, 2001) / Structured Interview Guide for the Hamilton Anxiety Rating Scale (**SIGH-A**; Shear et al., 2001) Depression Anxiety Stress Scale–21-item version (**DASS-21**; Lovibond & Lovibond, 1995) / Penn State Worry Questionnaire (**PSWQ**; Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990). / Stress subscale. State–Trait Anxiety Inventory—Trait Form Y (**STAI**; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983) Affective Control Scale (**ACS**) // Anxiety Control Questionnaire-Revised (**ACQ-R**).

Medidas secundarias: The Beck Depression Inventory (**BDI**; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) / Beck Depression Inventory—II (**BDI-II**; Beck, Steer, & Brown, 1996) / **QOLI** Quality of Life Inventory. Escala de intolerancia a la incertidumbre (La Escala de Intolerancia a la Incertidumbre (**IUS**) (Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas y Ladouceur, 1994) // Cuestionarios de regulación emocional (Escala de dificultades en la regulación emocional (**DERS**) (Gratz y Roemer, 2004))

Tabla 1

Características de los estudios incluidos

Año de publicación	Criterios de respuesta (tras la intervención)	Resultados TAG
2013	-Medidas primarias: ADIS-IV SIGH-A PSWQ DASS-21 STAI -Medidas secundarias: BDI-II QOLI	A1) Cambios significativos intragrupo en el grupo tratamiento (ABBT y AP) en sintomatología TAG. A11, mejoría. AD/DS/AS (cambios a lo largo del tiempo). Estos cambios se producen sin diferencia en ambos tratamientos. Cambios significativos intragrupo en el grupo tratamiento en indicadores secundarios del TAG. A21(mejoría). AD/DS/AS B2) Cambios significativos intergrupos - respecto a otro tratamiento. B 23(sin cambios). No hay diferencia entre ambos tratamientos, en ambos mejoran sin diferencias significativas entre tratamientos

Medidas primarias: Anxiety Disorders Interview Schedule – IV (**ADIS-IV**; Brown, Di Nardo, Lehman, & Campbell, 2001) / Structured Interview Guide for the Hamilton Anxiety Rating Scale (**SIGH-A**; Shear et al., 2001) Depression Anxiety Stress Scale–21-item version (**DASS-21**; Lovibond & Lovibond, 1995) / Penn State Worry Questionnaire (**PSWQ**; Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990). / Stress subscale. State–Trait Anxiety Inventory—Trait Form Y (**STAI**; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983) Affective Control Scale (**ACS**) // Anxiety Control Questionnaire-Revised (**ACQ-R**).

Medidas secundarias: The Beck Depression Inventory (**BDI**; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) / Beck Depression Inventory—II (**BDI-II**; Beck, Steer, & Brown, 1996) / **QOLI** Quality of Life Inventory. Escala de intolerancia a la incertidumbre (La Escala de Intolerancia a la Incertidumbre (**IUS**) (Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas y Ladouceur, 1994) // Cuestionarios de regulación emocional (Escala de dificultades en la regulación emocional (**DERS**) (Gratz y Roemer, 2004))

Tabla 1
Características de los estudios incluidos

Año de publicación	Criterios de respuesta (tras la intervención)	Resultados TAG
2014	-Medidas primarias: ADIS-IV -Medidas secundarias: PSWQ DASS-21 QOLI	A1) Cambios significativos intragrupo en el grupo tratamiento (ACT) en sintomatología TAG. Mejoría AD/AS. Cambios significativos intragrupo en el grupo tratamiento en indicadores secundarios del TAG. Mejoría AD/AS. B1) Cambios significativos intergrupos - respecto al control. El grupo de tratamiento con ACT muestra resultados similares al de TCC tanto en medidas primarias como secundarias, aunque en la medida postratamiento fueron mejores para ACT y más graduales para TCC.

Medidas primarias: Anxiety Disorders Interview Schedule – IV (**ADIS-IV**; Brown, Di Nardo, Lehman, & Campbell, 2001) / Structured Interview Guide for the Hamilton Anxiety Rating Scale (**SIGH-A**; Shear et al., 2001) Depression Anxiety Stress Scale–21-item version (**DASS-21**; Lovibond & Lovibond, 1995) / Penn State Worry Questionnaire (**PSWQ**; Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990). / Stress subscale. State–Trait Anxiety Inventory—Trait Form Y (**STAI**; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983) Affective Control Scale (**ACS**) // Anxiety Control Questionnaire-Revised (**ACQ-R**).

Medidas secundarias: The Beck Depression Inventory (**BDI**; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) / Beck Depression Inventory—II (**BDI-II**; Beck, Steer, & Brown, 1996) / **QOLI** Quality of Life Inventory. Escala de intolerancia a la incertidumbre (La Escala de Intolerancia a la Incertidumbre (**IUS**) (Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas y Ladouceur, 1994) // Cuestionarios de regulación emocional (Escala de dificultades en la regulación emocional (**DERS**) (Gratz y Roemer, 2004))

Tabla 1

Características de los estudios incluidos

Año de publicación	Criterios de respuesta (tras la intervención)	Resultados TAG
2011	-Medidas primarias: ADIS-IV, PSWQ, ACS y ACQ-R. -Medidas secundarias: IUS y DERS	A1) Cambios significativos intragrupo en el grupo tratamiento (ABBT) en sintomatología TAG. Los resultados indican que los participantes en la condición de tratamiento evidenciaron una disminución significativamente mayor del miedo a las emociones y dificultades en la regulación de emociones. Cambios significativos intergrupos - respecto al control. Las personas tratadas con un ABBT informaron dificultades reducidas en la regulación de las emociones y angustia por las respuestas emocionales, así como una mayor tolerancia a la incertidumbre y el control percibido sobre la ansiedad en comparación con las personas en un grupo de control en lista de espera. B2) Cambios significativos intergrupos - respecto a otro tratamiento. Los participantes informaron mayor control percibido sobre una variedad de ansiedad relacionada emociones y eventos posteriores al tratamiento que los controles.

Medidas primarias: Anxiety Disorders Interview Schedule – IV (**ADIS-IV**; Brown, Di Nardo, Lehman, & Campbell, 2001) / Structured Interview Guide for the Hamilton Anxiety Rating Scale (**SIGH-A**; Shear et al., 2001) Depression Anxiety Stress Scale–21-item version (**DASS-21**; Lovibond & Lovibond, 1995) / Penn State Worry Questionnaire (**PSWQ**; Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990). / Stress subscale. State–Trait Anxiety Inventory—Trait Form Y (**STAI**; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983) Affective Control Scale (**ACS**) // Anxiety Control Questionnaire-Revised (**ACQ-R**).

Medidas secundarias: The Beck Depression Inventory (**BDI**; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) / Beck Depression Inventory—II (**BDI-II**; Beck, Steer, & Brown, 1996) / **QOLI** Quality of Life Inventory. Escala de intolerancia a la incertidumbre (La Escala de Intolerancia a la Incertidumbre (**IUS**) (Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas y Ladouceur, 1994) // Cuestionarios de regulación emocional (Escala de dificultades en la regulación emocional (**DERS**) (Gratz y Roemer, 2004))

Tabla 1
Características de los estudios incluidos

Año de publicación	Conclusión	Limitaciones	Tratamiento utilizado
2008	Se necesita una comparación con un tratamiento activo, pero mientras tanto, estos hallazgos brindan apoyo inicial para la eficacia potencial de un enfoque ABBT para tratar el TAG.	<p>El uso de una comparación de control de lista de espera no descarta la posible influencia de factores inespecíficos.</p> <p>La fiabilidad de los diagnósticos de TAG durante el período de este estudio fue menos que deseable.</p> <p>No se evaluó la fiabilidad de las evaluaciones de postratamiento y seguimiento y la confiabilidad del diagnóstico de TAG.</p> <p>Aunque los evaluadores no fueron informados de la condición del tratamiento, no se confirma que fueran ciegos a la condición.</p> <p>La mayoría de los evaluadores de CARD no estaban involucrados con el estudio.</p> <p>La ausencia de calificaciones de competencia aumenta la posibilidad de que los efectos del tratamiento se subestimen debido a la poca competencia en la entrega de la intervención.</p>	ABBT con evitación experimental y atención plena para tratar el TAG.

Tabla 1
Características de los estudios incluidos

Año de publicación	Conclusión	Limitaciones	Tratamiento utilizado
2013	Los datos muestran que ambos tratamientos son adecuados para tratar TAG, aunque es necesaria más investigación al respecto.	Los mismos terapeutas hayan realizado ambas terapias, puede haber provocado que ciertos elementos de la ABBT pudieran haber sido inadvertidamente introducidos en el tratamiento de AP (relajación aplicada). Los terapeutas eran inexpertos. El estudio favorece la validez interna sobre la externa.	ABBT (terapia conductual basada en la aceptación) y AP (Relajación aplicada)
2014	Ambos grupos presentan mejoría en el seguimiento en indicadores como estrés, ansiedad y depresión. En cuanto a la preocupación, se reduce en mayor medida con la terapia de ACT en la medida postratamiento, mientras los cambios en TCC son más graduales y requieren más tiempo. Son terapias igualmente eficaces, ya que mientras las ganancias se mantienen para la ACT en el seguimiento, para la TCC hay mejoría entre postratamiento y seguimiento.	Muestra pequeña dificulta detectar diferencias significativas entre ambos grupos. No calcular fiabilidad para las entrevistas ADIS. Las entrevistas no fueron administradas después del tratamiento. La inclusión de un seguimiento a los 12 meses aportaría datos más relevantes de la eficacia de cada terapia.	ACT y TCC.

Tabla 1
Características de los estudios incluidos

Año de publicación	Conclusión	Limitaciones	Tratamiento utilizado
2011	<p>El presente estudio proporciona evidencia prometedora de que una terapia conductual basada en la aceptación para el TAG tiene efectos significativos sobre los objetivos únicos de intervención resaltados en varios modelos teóricos prominentes de TAG. La investigación futura deberá examinar el curso del cambio, las interrelaciones entre las variables, el papel potencial de factores adicionales asociados con el cambio clínico, los mecanismos de cambio y el papel moderador potencial de los factores contextuales y demográficos en ABBT y otros tratamientos para TAG.</p>	<p>Varias de las variables dependientes se relacionaron significativamente entre sí, lo que sugiere una posible variación compartida o superpuesta. Las medidas utilizadas pueden no representar una evaluación completa de los diversos modelos. Las evaluaciones solo se realizaron antes y después del tratamiento, por lo que no podemos determinar el curso del cambio, que es necesario para determinar los mecanismos de acción. El tamaño de la muestra y la diversidad racial mínima de la muestra limita la capacidad de generalizar a partir de los hallazgos actuales. Este estudio empleó un control de lista de espera como condición de comparación que limita la capacidad de afirmar que las facetas únicas de este tratamiento fueron responsables del cambio del cliente. Aunque los cambios en estos constructos estaban relacionados con cambios en la gravedad de los síntomas de TAG, no está claro si estos son el resultado de mecanismos de acción compartidos o únicos.</p>	<p>ABBT(terapia conductual basada en la aceptación)</p>

Riesgo de sesgo y calidad metodológica de los estudios incluidos.

La calidad metodológica de los estudios incluidos es variada y en general, bastante rigurosa (ver tabla 2). Todos los estudios fueron aleatorizados y con un método descrito y adecuado. Por ejemplo, uno de ellos está basado en la guía CONSORT (Moher, Schulz, y Douglas, 2001), otro en lanzamiento de monedas. Por otro lado, dos de los cuatro estudios (nº1 y 2) eran doble ciego, había enmascaramiento del tratamiento tanto para los pacientes como para los investigadores pero solo uno (nº1) fue descrito adecuadamente. Además se especifican las pérdidas de seguimiento, siendo los motivos variados como una mudanza, rechazos de la terapia, pérdida de la reunión de consentimiento, no devolución de las llamadas telefónicas, entre otros.

Tabla 2

Evaluación de la calidad de los estudios

Autores	El estudio es aleatorizado	El estudio es doble ciego	El estudio describe las pérdidas de seguimiento	Bonificación por (se suma punto) Método aleatorización adecuado Método de enmascaramiento adecuado	Bonificación por (se resta punto) Método aleatorización inadecuado Método enmascaramiento inadecuado	Puntuación total
Roemer, L., et al	1	1	1	2	0	5
Hayes-Skelton et al.	1	1	1	1	0	4
Avdagic et al	1	0	1	1	0	3
Treanor, M., et al.	1	0	1	1	0	3

Nota. Versión adaptada del JADAD

Resumen de los resultados principales

De los cuatro estudios incluidos en esta revisión, todos afirmaron un cambio positivo antes/después intragrupo en sintomatología TAG y excepto uno, (nº4) todos informaron de una mejoría antes/después y en el seguimiento en los indicadores secundarios del TAG. En el estudio nº3 encuentra que el grupo con la terapia de Aceptación y Compromiso presenta resultados similares al de TCC tanto en sintomatología como en medidas secundarias, aunque en la medida preocupación se lograron resultados positivos más pronto en ACT y más graduales en TCC. En el estudio nº4 las personas tratadas con un ABBT¹ (Acceptance-Based Behavioral Therapy), informaron dificultades reducidas en la regulación de las emociones y angustia por las respuestas emocionales, así como una mayor tolerancia a la incertidumbre y el control percibido sobre la ansiedad en comparación con las personas en un grupo de control en lista de espera y en el estudio nº1 el 76.92% de los individuos tratados ya no cumplían los criterios del TAG en la medida postratamiento, respecto a un 16.67% del grupo lista de espera.

Discusión.

Resultados principales.

A lo largo de esta revisión hemos intentado comprobar a través de varios estudios la eficacia del tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada mediante la Terapia de Aceptación y Compromiso. La evidencia encontrada parece indicar que la terapia de ACT mejora los síntomas de ansiedad propios del TAG así como síntomas asociados, como son: el estrés, la preocupación y la depresión, entre otros. Sin embargo, respecto a otros tratamientos no médicos como relajación aplicada o TCC, no hay diferencias clínicamente significativas, es decir, las terapias son igual de eficaces. En los resultados obtenidos, las mejoras que podemos observar en la intervención con ACT frente a las otras intervenciones, parecen estar mediadas por mejoras en la flexibilidad psicológica y

¹ABBT: combinación de TCC (Borkovec, Newman, Lytle, & Pincus, 2002), ACT (Hayes, Strosahl, y Wilson, 1999), terapia dialéctica conductual (Linehan, 1993), y la terapia cognitiva basada en mindfulness (Segal, Williams, y Teasdale, 2002). Esta terapia se enfoca en la evitación experiencial (intentos por alterar la frecuencia o intensidad de experiencias internas no deseadas), utilizando estrategias para aumentar la aceptación y el compromiso con la acción de acuerdo con los valores personales en los distintos aspectos de la vida (Hayes, Wilson, Giffor, Follette, y Strosahl, 1996).

en mecanismos más concretos, como: la aceptación y la defusión en general y en concreto en los resultados obtenidos en los estudios de (Avdagic et al) y (Treanor et al.), debido a las mejoras obtenidas en la disminución significativa del miedo a las emociones y en la regulación de las mismas. Además como mejoras en la tolerancia a la incertidumbre y el control percibido de la ansiedad.

Presencia e impacto de limitaciones en los estudios

Los resultados de esta revisión sistemática deben ser interpretados en el contexto de una serie de limitaciones. Antes que nada, se limitó la búsqueda a referencias en español e inglés, por lo que cabe la posibilidad de que se hayan omitido estudios relevantes que estuvieran en otros idiomas y al tratar solo bases electrónicas es posible que también se hayan omitido algún artículo disponible en alguna base manual.

Por otro lado, en referencia a la información encontrada en los artículos se necesitan períodos de seguimiento más largos para asegurar la durabilidad de las ganancias del tratamiento y tamaños muestrales más grandes que permitan un detectar mejor los cambios significativos que pueda haber.

Las muestras pequeñas, las tasas de deserción, los períodos de seguimiento inconsistentes y la pérdida de seguimiento fueron limitaciones comunes encontradas en la mayoría de los estudios.

A su vez, la inexperiencia de los terapeutas o el bajo número de los mismos hace que pueda haberse pasado algún factor importante por alto o haber provocado ciertos elementos indeseados.

Comentarios, futuros estudios.

Dada la variabilidad encontrada en el pequeño número de estudios disponibles, es evidente la necesidad de más investigación para ofrecer conclusiones más definitivas que las halladas. Los datos muestran que los tratamientos empleados son adecuados para tratar el trastorno de ansiedad generalizada pero es necesario más investigación al respecto para sacar resultados más consistentes, además de conocer con mayor profundidad el mecanismo de cambio y el papel que juegan los factores contextuales.

Conclusiones e implicaciones para la práctica clínica.

La terapia de ACT es igual de eficaz que otros tratamientos como la TCC y mejor que la ausencia de tratamiento, como estar en lista de espera.

Referencias.

- Albarracín, G., Rovira J., Carreras, L., y Rejas, 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.
- American Psychiatric Association. (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5*.
- Avdagic, E., Morrissey, S. A. y Boschen, M. J. (2014). A Randomised Controlled Trial of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive-Behaviour Therapy for Generalised Anxiety Disorder. *Behaviour Change*, 31, 110-130
- Coto-Lesmes, R., Fernández-Rodríguez,C. y González-Fernández,S. (2020). Acceptance and Commitment Therapy in group format for anxiety and depression. A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 263, 107-120.
- Duarte, A. (2018). *Terapia metacognitiva en ansiedad y depresión: una revisión sistemática y meta-análisis*. (Trabajo de fin de máster). Universidad de La Laguna. Tenerife.
- Escala de Jadad. (s.f.). En Wikipedia. Recuperado el 10 de julio de 2020 de https://es.wikipedia.org/wiki/Escala_de_Jadad#:~:text=La%20escala%20de%20Jadad%2C%20tambi%C3%A9n,ampliamente%20utilizada%20en%20el%20mundo.
- Escala adaptada de: Jadad, A. R., Moore, R. A., Carrol, D., Jenkinson, C., Reynolds, J. M., Gavaghan, D. J. (1996) Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Controlled Clinical Trials*, 17, 1-12.
- Etchebarne, I., Gómez, M. y Roussos, A.(2019) *Nuevos desarrollos en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Hayes, S. C., McCurry, S. M., Afari, N. y Wilson, K. (1991). *Acceptance and commitment therapy (ACT). A therapy manual for the treatment of emotional avoidance*. Reno, Nevada: Context Press.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665.

- Hayes-Skelton, S., Roemer, L. y Orsillo, S. M. (2013). A Randomized Clinical Trial Comparing an Acceptance-Based Behavior Therapy to Applied Relaxation for Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(5), 761-773.
- Henke, M., y Chur-Hansen, A., (2014). The effectiveness of mindfulness-based programs on physical symptoms and psychological distress in patients with fibromyalgia: A systematic review. *International Journal of Wellbeing*, 4(1), 28-45.
- Higgins, J.P.T. y Green, S. (2011) Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. Version 5.1.0. The Cochrane Collaboration. Recuperado de <http://handbook-5-1.cochrane.org>
- Jacobson, N. S. y Christensen, A. (1996). *Integrative couple therapy: Promoting acceptance and change*. Nueva York: Norton.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living. Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Reino Unido: Delta.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationships*. Nueva York: Plenum.
- Lauche, R., Cramer, H., Dobos, G., Langhorst y J., Schmidt, S. (2013). A systematic review and meta-analysis of mindfulness-based stress reduction for the fibromyalgia syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 75, 500-510.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D, G. (2009) Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLOS Medicine*, 6(7), e1000097.
- Moreno Coutiño, A (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): La atención plena/Mindfulness. *Revista Internacional de Psicología*, 12, 1-17.
- Pérez, A. M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *Revista de psicología y psicopedagogía*, 5(2), 159-172

- Roemer, L. y Orsillo, S. M. (2008). Efficacy of an Acceptance-Based Behavior Therapy for Generalized Anxiety Disorder: Evaluation in a Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 1083-1089.
- Russo, A., y Forsyth, J. (s.f). Una introducción a Terapia de Aceptación y Compromiso. Association for contextual behavioral science. Recuperado de https://contextualscience.org/una_introducci_n_a_terapia_de_aceptaci_n_y_comprom#
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D. y Williams, J. M. G. (2004). *Mindfulness-based cognitive therapy: Theoretical rationale and empirical status*. En S. C. Hayes, V. M. Follette y M. M.
- Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance. Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 45-65). Nueva York: Guilford.
- Treanor, M., Erisman, S. M., Salters-Pedneault, K., Roemer, L. y Orsillo, S. M. (2011). Acceptance-based behavioral therapy for GAD: effects on outcomes from three theoretical models. *Depresión and anxiety*, 28, 127–136.
- Urrútia, G., Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clínica*, 135, 507-511.
- Zhenganga, B., Shigaa, L., Luyaoa, Z., Sijiea, W. y Irisb, C. (2020). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 260(1), 728-737.