



UNIVERSIDAD
DE GRANADA

Facultad de Psicología

GRADO EN PSICOLOGÍA

TRABAJO FIN DE GRADO

**Efectividad de la Terapia
de Aceptación y
Compromiso en el
Trastorno de Ansiedad
Generalizada: una revisión
sistemática**

Presentado por:

D^a. Carla Rosa Bugosen Tannous

Tutor:

D^a. Ana María Cuevas Toro

Curso académico 2023/2024

Índice

Índice	3
Resumen	4
Introducción	5
Metodología	8
Criterios de Inclusión y Exclusión	8
Bases de Datos	9
Estrategia de Búsqueda.....	9
Proceso de Selección	9
Extracción de Data.....	9
Evaluación del Riesgo de Sesgo.....	10
Estrategia de Síntesis de la Evidencia	10
Resultados.....	11
Proceso de Identificación de Estudios	11
Principales Características de los Estudios.....	12
Evaluación del Riesgo de Sesgo.....	18
Síntesis de la Evidencia	19
Discusión	24
Referencias bibliográficas	27
Anexos	32
Anexo I: Prisma Checklist	32

Resumen

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) afecta significativamente la calidad de vida y el funcionamiento diario de las personas. Se ha identificado la necesidad de explorar alternativas terapéuticas para su tratamiento. El objetivo de este TFG es hacer una revisión sistemática sobre la efectividad de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el TAG.

Se llevó a cabo una revisión sistemática siguiendo la metodología PRISMA. Las bases de datos y plataformas consultadas incluyeron Scopus, Cochrane, Proquest y Web of Science, utilizando palabras clave como "acceptance and commitment therapy" y "generalized anxiety disorder". La estrategia de búsqueda se basó en una ecuación específica adaptada a cada una de las bases de datos y plataformas consultadas. Se aplicaron criterios de inclusión y exclusión claros para seleccionar los estudios relevantes, incluyendo solo estudios cuantitativos con diagnósticos de TAG y tratamientos presenciales de ACT. Se seleccionaron 10 estudios de acuerdo con el objetivo.

Tras analizar dichos resultados, la ACT podría proporcionar mejoras significativas en los síntomas de ansiedad y en la flexibilidad psicológica. No obstante, se reconoce la necesidad de estudios con una metodología más rigurosa, muestras más grandes y seguimientos a largo plazo para confirmar estos resultados y su generalización a diferentes poblaciones.

Palabras clave: efectividad, terapia de aceptación y compromiso, trastorno de ansiedad generalizada, adultos, tag, act.

Introducción

Los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más prevalentes, alrededor de un tercio de la población mundial enfrentará algún trastorno de ansiedad a lo largo de su vida (Domínguez et al., 2024). Los nuevos casos diagnosticados de trastornos de ansiedad ascienden a 45 millones y los acumulados a 300 millones, en comparación a los 31 millones y 194 millones respectivamente entre 1990 y 2019 (Yang et al., 2021).

Dentro de este grupo, se encuentra el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), asociado a una alteración funcional significativa (Ruscio et al., 2017). El TAG se caracteriza principalmente por una preocupación excesiva y recurrente acerca de las actividades cotidianas, lo cual interfiere significativamente con el funcionamiento diario. Los síntomas incluyen nerviosismo, cansancio, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y alteración del sueño (Bui et al., 2019).

Según el primer estudio epidemiológico del TAG, definido según los criterios del DSM-5, su prevalencia es del 3.7% en adultos a partir de los 18 años. La comorbilidad a lo largo de la vida es del 81.9%, especialmente con trastornos del estado de ánimo y otros trastornos de ansiedad (Ruscio et al., 2017).

Aproximadamente, el 49.2% de las personas buscan tratamiento, principalmente, aquellas que tienen una alteración severa del rol funcional (59.4%). El rol funcional se refiere al impacto del TAG en la capacidad de una persona para llevar a cabo sus actividades diarias de manera efectiva, como el desempeño en el trabajo, en el centro educativo, las relaciones interpersonales y otras responsabilidades.

El TAG es uno de los trastornos de ansiedad más difíciles de tratar. Aproximadamente, el 50% de las personas que han recibido terapia han obtenido una mejoría significativa (Robichaud, 2013). No obstante, sigue existiendo un 50% que no responde a los tratamientos habituales y respaldados empíricamente, entre ellos la Terapia Cognitiva Conductual (TCC), lo que subraya la necesidad de buscar alternativas de tratamientos (Landy et al., 2014).

Las Terapias de Tercera Generación representan una alternativa de tratamiento al estar orientadas al cambio de la función de la conducta, es decir, tratan de alterar el

contexto en el que los síntomas se presentan. Siguen un modelo contextual, esto es, entienden los trastornos psicológicos como una situación en la que se encuentra la persona dada su historia evolutiva y sus circunstancias (Pérez Álvarez, 2014). El mecanismo por el cual se generan dichos trastornos tiene que ver con cómo la persona se relaciona consigo misma (eventos privados) y con los demás. Estos modelos consideran que el placer y el dolor forman parte de la condición humana; sin embargo, la cultura social promueve reglas de comportamiento dirigidas a evitar el malestar y buscar el placer (Luciano Soriano y Valdivia Salas, 2006).

La más completa de estas terapias es la Terapia de Aceptación y Compromiso (Acceptance and Commitment Therapy, ACT). La ACT es una terapia que fomenta la aceptación del malestar (en este caso, todo lo derivado con la ansiedad) siempre y cuando sea útil para que la persona consiga dirigirse hacia sus valores personales (aspectos vitalmente significativos). Es primordial tener claros los valores para poder tener una dirección valiosa y así aceptar los eventos privados. Se pretende romper con la creencia que controlar o evitar el dolor es fundamental para poder vivir (Luciano Soriano y Valdivia Salas, 2006). De esta manera, mientras que la TCC se enfoca en disminuir los síntomas de ansiedad, la ACT se centra en cambiar la relación que la persona tiene con su experiencia interna o eventos privados (síntomas) (Landy et al., 2014).

El objetivo principal de la ACT es aumentar la flexibilidad psicológica, que implica seis procesos interconectados (Luciano Soriano y Valdivia Salas, 2006): la aceptación, abrirse a las experiencias internas cuando estas representen una barrera para una actividad enriquecedora y así la persona puede hacer lo que realmente valora; la defusión cognitiva, reducir el grado en el que una persona está atrapada en sus pensamientos y verlos sólo como lo que son; el contacto con el momento presente, reducir la cantidad de tiempo en que uno está atrapado en su propia mente mediante el aumento de la conciencia del momento presente; el yo como contexto, verse a uno mismo como algo distinto del contenido de sus experiencias internas; los valores, aspectos vitalmente significativos relacionados con diferentes aspectos o áreas vitales como la pareja, salud, trabajo, relaciones sociales, estudios, etc., que son libremente elegidos por la persona; y el compromiso con la acción, comprometerse en hacer lo que realmente importa dirigido a los valores (Gould et al., 2021).

La ACT aplica principios derivados de la Teoría del Marco Relacional (TMR). Esta establece que la forma en que las personas regulan su comportamiento verbal frente a los eventos privados está dada por relaciones aprendidas reforzadas mediante claves contextuales. Una desregulación problemática se da cuando una acción tiene una consecuencia reforzada que deriva en un desajuste en el afrontamiento de situaciones. Si la tristeza está dentro de un marco negativo asociado a que no se puede vivir con esa emoción, podría generar malestar y pensamientos negativos que se intensifiquen y tengan la función de generar comportamientos evitativos.

De esta forma, surge un patrón de comportamiento inflexible, el Trastorno de Evitación Experiencial (TEE), que ocurre cuando una persona no quiere establecer contacto con sus experiencias internas e intencionalmente busca alterarlas y/o controlarlas, incluyendo las condiciones que las generan (Luciano Soriano y Hayes, 2001). La persona, al tener la necesidad de no sentir malestar, busca constantemente detenerlo (o controlarlo) para sentir bienestar, y se comporta de tal modo que no vive plenamente, sufre y deja de lado lo que considera valioso para sí misma (Luciano Soriano y Valdivia Salas, 2006).

Dentro de la ACT, la preocupación se ha conceptualizado como una estrategia de evitación experiencial. Los pensamientos de preocupación (característicos del TAG) se consideran el lenguaje verbal de la ansiedad (Sharp, 2012). Preocuparse por asuntos menores puede ser una manera de evitar pensar o sentir sobre temas de mayor importancia, como la valía personal o tratar de evitar situaciones desagradables futuras (Roemer y Orsillo, 2002).

Considerando que aproximadamente el 50% de los pacientes no mejoran con la TCC, es fundamental explorar alternativas terapéuticas. La ACT ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de otros trastornos de ansiedad (Sharp, 2012), lo que sugiere su potencial para abordar el TAG. No obstante, según las bases de datos y plataformas consultadas, no existen revisiones sistemáticas sobre la efectividad de la ACT en el TAG.

Por lo tanto, el objetivo del presente estudio consiste en realizar una revisión sistemática para evaluar la efectividad de la ACT en adultos diagnosticados con TAG con el fin de identificar su potencial terapéutico y establecer una base para futuras investigaciones y prácticas clínicas.

Metodología

La metodología aplicada para la presente revisión sistemática es la Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (Page et al., 2021). La línea de investigación escogida ha sido la efectividad de la ACT en adultos diagnosticados con TAG.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Se siguieron criterios de inclusión para seleccionar los artículos a analizar siguiendo el enfoque PICOS (véase tabla 1) (Liberati et al., 2009): 1) Participantes: adultos a partir de 18 años diagnosticados con TAG, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) o la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE); 2) intervención: terapia de aceptación y compromiso presencial; 3) comparaciones: grupo control, grupo que recibe otro tipo de terapia o medidas pre y post tratamiento; 4) resultados: medidas de instrumentos válidos y fiables, 5) Tipo de estudio: cuantitativo.

Tabla 1

Resumen de criterios para seleccionar estudios y su justificación, según el enfoque PICOS de Cochrane

Características del estudio	Justificación
P Tipo de participantes - Adultos a partir de 18 años con diagnóstico de TAG, según el DSM o la CIE	El DSM y la CIE son los manuales más aceptados y por su valor han promovido este tipo de investigaciones.
I Tipo de intervenciones - ACT en formato presencial	Se considera presencial para un proceso estándar y la fiabilidad de la intervención.
C Tipo de comparaciones: - Grupo control en lista de espera - Grupo que recibe otro tipo de terapia - Medidas pre y post tratamiento	- Establecer relación causal. - Evaluar la efectividad relativa de ACT. - Evaluar el mantenimiento de las mejoras a lo largo del tiempo.
O Tipo de resultados - Reducción de los síntomas de ansiedad en las escalas de ansiedad validadas y confiables - Incremento en la calidad de vida - Satisfacción con la terapia	- Relevancia clínica. - Perspectiva integral de salud. - Aceptabilidad y utilidad percibida.
S Tipo de estudios - Cuantitativos	- Enfoque en la evidencia objetiva
- Años considerados: 2000 en adelante	- Inicio de los estudios de efectividad de la ACT como terapia.
- Idioma: español o inglés	- Mejor comprensión del artículo.

En relación a los criterios de exclusión, se descartaron los resúmenes de conferencia, correspondencia y estudios para los cuales no se pudo acceder al texto completo. Asimismo, se descartaron los participantes que presentaban una enfermedad mental grave. No hay restricciones de sexo, ni de ubicación geográfica.

Bases de Datos

Se consultaron las bases de datos Scopus y Cochrane, así como las plataformas Proquest y Web of Science. El último día de consulta fue el viernes 26 de abril de 2024. En línea con la metodología PRISMA, se emplearon las siguientes palabras clave: “acceptance and commitment therapy” y “generalized anxiety disorder”. Estos términos se buscaron en el título y resumen de los estudios publicados.

Estrategia de Búsqueda

La ecuación de búsqueda aplicada fue la siguiente:

(ABS (acceptance AND commitment AND therapy) AND ABS (generalized AND anxiety AND disorder) OR TITLE (acceptance AND commitment AND therapy) AND TITLE (generalized AND anxiety AND disorder))

Esta se adaptó a las bases de datos y plataformas utilizadas. Cabe recalcar que Proquest permite acceder a los estudios revisados por expertos, por lo que se seleccionó adicionalmente esa opción para la búsqueda.

Proceso de Selección

Luego de identificar los estudios a partir del año 2000, se eliminaron los duplicados por medio de la plataforma Refworks. Después, se revisaron los títulos y resúmenes de los artículos, excluyendo aquellos que no cumplían con los criterios de inclusión, cumplían con los criterios de exclusión, o no se ajustaban al objeto de estudio. Posteriormente, se leyeron los textos completos para asegurar el cumplimiento de los criterios establecidos. Finalmente, se determinó la inclusión de 10 artículos en la revisión sistemática.

Extracción de Data

Se desarrolló y usó un formulario en MS Excel para recolectar la información relevante de cada uno de los artículos incluidos en la revisión: autores/país/año, objetivo del

estudio, características de la población (tamaño de muestra, edad, género), diseño del estudio (tipo/subgrupos), instrumentos, intervención en ACT (número de sesiones/duración, frecuencia, contexto) y resultados.

Evaluación del Riesgo de Sesgo

Los instrumentos se definen según el diseño del estudio. Para los estudios experimentales, se optaría por el instrumento The Cochrane Risk-of-Bias tool for randomized trials (RoB 2) (Sterne et al., 2019); para los estudios cuasi experimentales, Risk Of Bias In Non-randomised Studies of interventions (ROBINS-I) (Sterne et al., 2016); y para los estudios de caso único, una adaptación del Single-Case Experimental Design (SCED) Quality Rating Scale (Tate et al., 2008).

El RoB 2 evalúa 5 dominios del riesgo de sesgo: proceso de aleatorización, desviaciones del tratamiento previsto, datos faltantes de resultados, medición del resultado y selección del resultado informado (Sterne et al., 2019).

El ROBINS-I evalúa los siguientes tipos de sesgo: confusión, selección de participantes, clasificación de las intervenciones, desviaciones de las intervenciones previstas, datos faltantes, medición de resultados y selección del resultado informado (Sterne et al., 2019).

El Single-Case Experimental Design Scale (SCED) evalúa los siguientes ítems: historia clínica, comportamiento objetivo, diseño, línea de base, muestra del comportamiento durante el tratamiento, registro de datos, confiabilidad inter evaluador, independencia de evaluadores, análisis estadístico, replicación y generalización (Tate et al., 2008).

Estrategia de Síntesis de la Evidencia

Para la síntesis de resultados, se aplicó una estrategia agregativa, dado que se busca evidencia en varios estudios sobre la efectividad de la ACT. El método que se utilizó es el textual empírico, porque permite flexibilidad para integrar data numérica y cualitativa. Finalmente, la síntesis de resultados se realizó a nivel general, considerando las distintas aproximaciones a la ACT, el grupo comparativo y las características de la población.

Resultados

Proceso de Identificación de Estudios

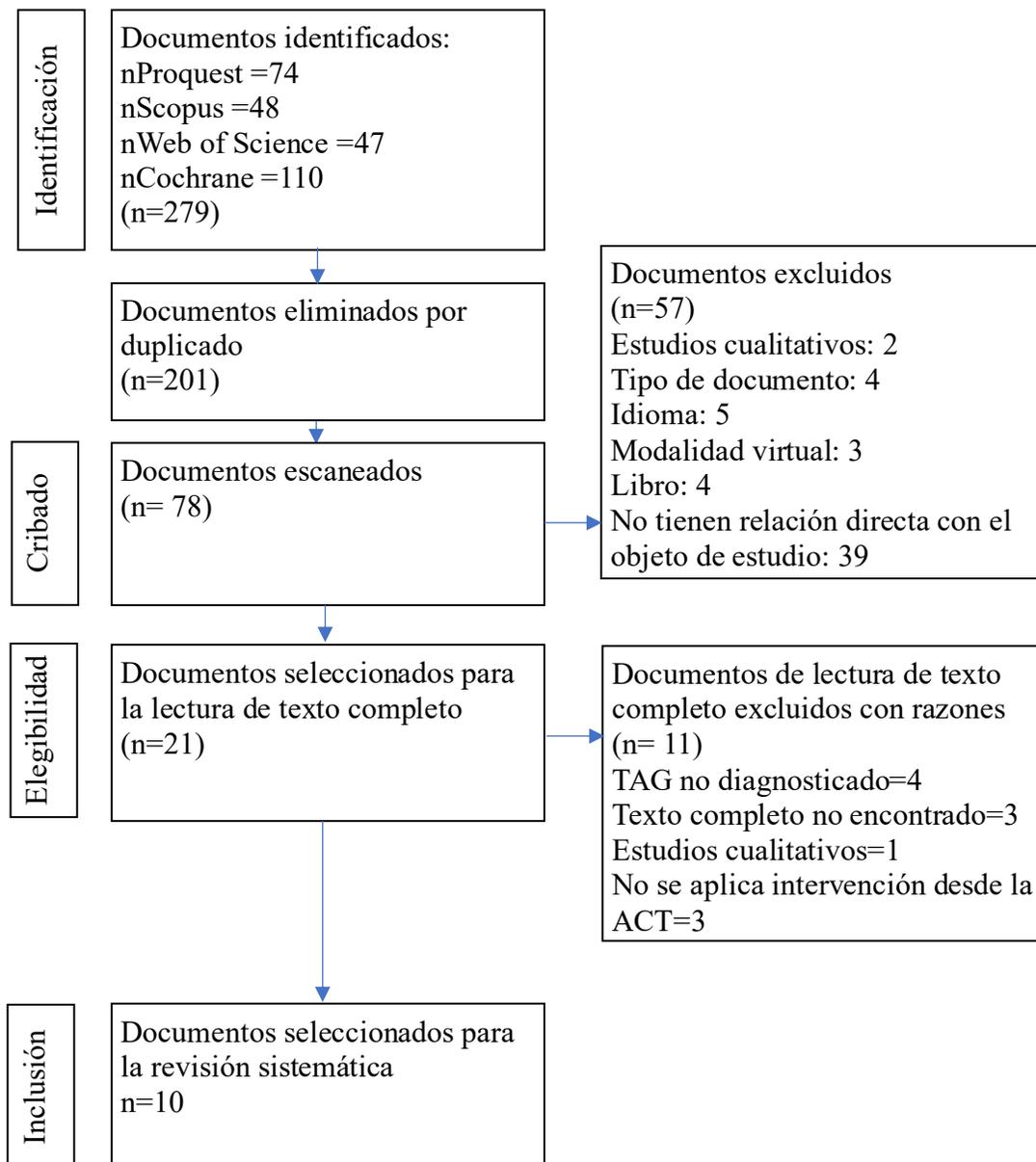
El proceso de selección se muestra en la Figura 1. Para la elaboración de la revisión sistemática, se encontraron 279 artículos en todas las bases de datos y plataformas consultadas. Se eliminaron 201 artículos debido a duplicados. Posteriormente, se leyeron los títulos y resúmenes de cada uno de ellos. También, se validó el tipo de documento y el idioma durante el cribado, los cuales forman parte de los criterios de inclusión y exclusión.

Como resultado, se excluyeron 57 artículos por no tener relación directa con el objeto de estudio, por ser una terapia brindada principalmente en formato virtual, por ser correspondencia, capítulo de un libro, estudio cualitativo o por encontrarse en un idioma distinto al inglés y el español.

Finalmente, se procedió con la lectura de los textos completos y se eliminaron un total de 11 artículos: 3 por no disponer de texto completo, 4 porque los participantes no tenían un diagnóstico de TAG, 1 por ser un estudio cualitativo y 3 por no aplicar una intervención desde la ACT.

Figura 1

Diagrama de Flujo PRISMA del proceso de búsqueda y selección de los documentos.



Principales Características de los Estudios

Se elaboró una tabla *ad hoc* para resumir los resultados de los estudios incluidos (véase tabla 2).

Tabla 2*Características principales de los estudios*

Autores (año) país	Objetivo del estudio	Características de la población	Diseño metodológico	Instrumentos de medición	Intervención en ACT	Resultados^b
Avdagic et al. (2014) Australia	Examinar la eficacia de la ACT para el TAG en comparación con la TCC.	Diagnóstico de TAG. Edad: entre 19 y 69 años. N ^a =51. Género: nMujeres= 34 nHombres=17	Tipo: experimental. Ensayo controlado aleatorizado. 2 grupos por asignación aleatoria simple: nACT=25 nTCC=26 Evaluación pre, post tratamiento y seguimiento (3 meses)	Acceptance and Action Questionnaire (AAQ), Intolerance of Uncertainty (IUS), Avoidance Questionnaires (CAQ), Why Worry-II (WW-II), Penn State Worry Questionnaire (PSWQ), Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21), Quality of Life Inventory (QOLI)	6 sesiones grupales de 2 horas cada una a lo largo de 6 semanas. Contexto: Griffith University, Queensland, Australia	Ambos grupos muestran mejorías significativas en todas las medidas del pre al post tratamiento: evitación experiencial (AAQ), pensamientos positivos sobre la preocupación (WW-II), intolerancia a la incertidumbre (IUS), preocupación (PSWQ), ansiedad y estrés (DASS-21) y evitación cognitiva (CAQ). Estas se mantuvieron en el seguimiento de 3 meses con una mayor mejoría en los resultados del DASS-21 para ambos grupos.
Fathi et al. (2017) Irán	Examinar la efectividad de la ACT en el tratamiento de las metacogniciones y la ansiedad en mujeres con TAG.	Mujeres con diagnóstico de TAG de la ciudad de Shiraz, Irán. Media de edad: ACT=33.43 Grupo control= 32.50 N=40	Tipo: experimental. Ensayo controlado aleatorizado. 2 grupos por asignación aleatoria simple: nACT: 20 nGrupo control (lista de espera): 20 Evaluación pre, post tratamiento y seguimiento (2 meses)	Metacognitions Questionnaire (MCQ-30): Confianza Cognitiva (CC), Creencias Positivas sobre la Preocupación (BBW), Autoconciencia Cognitiva (CSC), Creencias Negativas sobre la Incontrolabilidad de los Pensamientos y el Peligro (NBUTD), y Creencias sobre la Necesidad de Controlar los Pensamientos (BNCT). Beck Anxiety Inventory (BAI).	12 sesiones grupales a lo largo de 12 semanas Contexto: ciudad de Shiraz	En el post tratamiento, el grupo ACT obtuvo diferencias significativas en todas las subescalas del MCQ-30, con excepción de la subescala BNCT en relación al grupo control. En el seguimiento de 2 meses, el grupo ACT obtuvo diferencias significativas en todas las subescalas del MCQ-30 en relación al grupo control.

Autores (año) país	Objetivo del estudio	Características de la población	Diseño metodológico	Instrumentos de medición	Intervención en ACT	Resultados ^b
Ruiz et al. (2020b) Colombia	Evaluar el efecto de la ACT de dos sesiones centrada en el pensamiento negativo repetitivo para el TAG en relación a un grupo control.	<p>Diagnóstico de TAG y depresión.</p> <p>Media de edad ACT: 28.09 Grupo control: 28.88</p> <p>N=48</p> <p>Género nMujeres= 34 nHombres=14</p>	<p>Tipo: experimental. Ensayo controlado aleatorizado.</p> <p>2 grupos por asignación aleatoria simple: nACT: 23 nGrupo control (lista de espera): 25</p> <p>Evaluación pre, post tratamiento y seguimiento (1 mes, 3 meses)</p>	<p>The Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ), Acceptance and Action Questionnaire–II (AAQ-II), Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ), The Valuing Questionnaire (VQ), Generalized Pliance Questionnaire–9 (GPQ-9), Depression, Anxiety, and Stress Scales–21 (DASS-21),</p>	<p>2 sesiones individuales de 60 minutos cada una. 1 sesión por semana.</p> <p>Contexto: laboratorio de Psicología Clínica de una universidad colombiana</p>	<p>En el post seguimiento y seguimiento de 1 mes, el grupo ACT obtuvo diferencias significativas en todas las variables en comparación con el grupo control: pensamiento negativo repetitivo (PTQ), evitación experiencial (AAQ-II), fusión cognitiva (CFQ), valores (VQ-Progress, VQ-Obstruction) y acciones comprometidas (GPQ-9), depresión y ansiedad (DASS-21).</p> <p>A los 3 meses, se mantienen los resultados.</p>
Eftekari y Bakhtiari (2022) Irán	Comparar la efectividad de la terapia de esquemas (ST) con la ACT sobre la evitación cognitiva en participantes mujeres con TAG.	<p>Mujeres con diagnóstico de TAG entre 24 y 42 años.</p> <p>N=22</p>	<p>Tipo: cuasi experimental.</p> <p>2 grupos por asignación aleatoria simple: nST: 11 nACT: 11</p> <p>Evaluación pre, post tratamiento y seguimiento (6 semanas)</p>	<p>Cognitive Avoidance Questionnaire (CAQ) para las siguientes variables: sustitución del pensamiento, supresión del pensamiento, distracción, evitación de estímulo aversivo, transformación de imágenes en pensamientos.</p>	<p>1 sesión semanal grupal por 12 semanas.</p>	<p>Los dos grupos obtuvieron diferencias estadísticas significativas en la supresión del pensamiento y la evitación de situaciones amenazantes. Ambos grupos pueden reducir significativamente la evitación cognitiva.</p>

Autores (año) país	Objetivo del estudio	Características de la población	Diseño metodológico	Instrumentos de medición	Intervención en ACT	Resultados ^b
Gould et al. (2021) Reino Unido	Examinar la aceptabilidad, viabilidad y estimaciones preliminares de la efectividad de la ACT en personas mayores con resistencia al tratamiento TAG.	Adultos mayores a 65 años con diagnóstico principal de TAG que no han respondido al tratamiento de primera línea. N=37 Género nMujeres= 30 nHombres=7	Tipo: cuasi experimental. Estudio de viabilidad no controlado. Evaluación pre y post tratamiento.	Geriatric Depression Scale (GDS-15), Geriatric Anxiety Inventory (GAI), Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II), Penn State Worry Questionnaire (PSWQ).	Hasta 16 sesiones individuales de máximo 1 hora cada una. Las primeras 14 son semanales. Las siguientes cada 15 días. Contexto: consulta del médico, clínica ambulatoria o casa del participante.	El estudio demostró que sí es viable reclutar a adultos mayores con un TAG con resistencia al tratamiento, que acudan a las sesiones de ACT y que esta terapia pueda tener el potencial de disminuir los síntomas de ansiedad e incrementar la flexibilidad psicológica
Krafft et al. (2021) Estados Unidos	Probar la ACT en un formato de terapia grupal para personas con TAG, incorporando el uso de una aplicación móvil como complemento.	Diagnóstico de TAG en adultos jóvenes. N=21 Género nMujeres= 18 nHombres=3 Promedio de edad: 22.81	Tipo: cuasi experimental 4 grupos con una media de 4.5 personas en cada uno. Evaluación pre, post tratamiento y seguimiento (1 mes)	Penn State Worry Questionnaire (PSWQ), State-Trait Anxiety Inventory Trait Subscale (STAI-T), Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Satisfaction with Social Roles and Activities (PROMIS), Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II), Believability of Anxious Feelings and Thoughts Questionnaire (BAFT), Valuing Questionnaire (VQ).	6 sesiones grupales de 2 horas de duración. 1 sesión por semana. Contexto: Utah State University	En el post tratamiento, se obtuvieron diferencias significativas en las variables de preocupación y ansiedad (PSWQ, STAI), funcionamiento social (PROMIS), depresión (BDI-II), inflexibilidad psicológica (AAQ-II) y fusión cognitiva (BAFT). Los cambios se mantuvieron en el seguimiento. Se obtuvieron efectos inmediatos significativos del uso de la aplicación en todas las variables: ansiedad, depresión, preocupación, evitación experiencial y fusión cognitiva.

Autores (año) país	Objetivo del estudio	Características de la población	Diseño metodológico	Instrumentos de medición	Intervención en ACT	Resultados ^b
Mansouri y Fayazbakhsh (2019) Irán	Investigar la efectividad de la ACT en la intolerancia a la incertidumbre, la evitación experiencial y en los síntomas del TAG en personas con diabetes tipo II.	<p>Diagnóstico de diabetes tipo II y TAG.</p> <p>Media de edad: ACT= 50.42 Grupo control (lista de espera)= 42.42</p> <p>N=24</p> <p>Género nMujeres= 5 nhombres=19</p>	<p>Tipo: cuasi experimental. Muestreo por conveniencia.</p> <p>2 grupos por asignación aleatoria simple: nACT=12 nGrupo control (lista de espera)=12</p> <p>Evaluación pre y post tratamiento.</p>	<p>Generalized Anxiety Disorder Scale-7 (GAD-7), Penn State Worry Questionnaire (PSWQ), Intolerance of Uncertainty scale (IU), Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II).</p>	<p>8 sesiones grupales de 90 minutos cada una.</p>	<p>El grupo ACT obtuvo diferencias significativas entre las medidas pre y post tratamiento de los síntomas del TAG (GAD-7), la preocupación (PSWQ), la intolerancia a la incertidumbre (IU) y la evitación experiencial (AAQ-II).</p>
Wetherell et al. (2011) Estados Unidos	Determinar la factibilidad de la ACT en la población geriátrica con TAG.	<p>Diagnóstico de TAG en adultos mayores.</p> <p>Edad: a partir de 60 años.</p> <p>N=21</p> <p>Género: nMujeres= 10 nHombres=11</p>	<p>2 grupos por asignación aleatoria simple: nACT=11 nTCC=10</p> <p>Evaluación pre, post tratamiento y seguimiento (6 meses)</p>	<p>Hamilton Anxiety Rating Scale (HAMA), Penn State Worry Questionnaire (PSWQ), Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Mental Component Score of the Medical Outcomes Study (SF-36), Client Satisfaction Questionnaire (CSQ)</p>	<p>12 sesiones individuales de 1 hora cada una a lo largo de 12 semanas</p> <p>Contexto: University of California, San Diego Geriatric Medicine Clinics.</p>	<p>El grupo ACT obtuvo mejorías significativas en el PSWQ y el BDI-II en relación a las puntuaciones pre y post tratamiento.</p> <p>El grupo TCC obtuvo mejorías significativas en el HAMAS en relación a las puntuaciones pre y post tratamiento.</p> <p>Desde el post tratamiento hasta el seguimiento, ninguno de los grupos mostró diferencias significativas.</p>

Autores (año) país	Objetivo del estudio	Características de la población	Diseño metodológico	Instrumentos de medición	Intervención en ACT	Resultados ^b
Ruiz et al. (2019) Colombia	Analizar el efecto de la ACT centrada en el pensamiento negativo repetitivo en el tratamiento del TAG, con la pareja como principal preocupación	Diagnóstico de TAG cuya principal preocupación es la pareja. N=3 2 mujeres de 20 y 22 años. 1 hombre de 24 años.	Caso único. Diseño de línea base múltiple retrasada entre participantes. Evaluación pre, post tratamiento y seguimiento (3 meses)	Experiences in Close Relationships-Anxiety (ECR-A), Penn State Worry Questionnaire-11 (PSWQ-11), General Health Questionnaire-12 (GHQ-12), Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ), Valuing Questionnaire-Couple Area (VQ)	3 sesiones individuales. 1 sesión semanal. 1ra sesión: 90 minutos. 2da y 3ra: 60 minutos. Contexto: laboratorio de Psicología Clínica de una universidad colombiana.	Todos los participantes mostraron mejoría significativa en la ansiedad (ECR), la preocupación (PSWQ), fusión cognitiva (CFQ) y en la obstrucción de valores relacionados a la pareja (VQ). Dos participantes mostraron mejoría significativa en malestar psicológico (GHQ-12) y en el progreso de valores relacionados a la pareja (VQ) luego de los 3 meses de seguimiento.
Ruiz et al. (2020a) Colombia	Probar la eficacia de la ACT centrada en pensamientos negativos repetitivos en personas con TAG y depresión comórbida.	Diagnóstico de TAG y depresión con síntomas severos de uno de ellos. N=6 4 mujeres entre 19 y 34 años. 2 hombres: 23 y 52 años.	Caso único. Diseño de línea base múltiple retrasada entre participantes. Evaluación pre, post tratamiento y seguimiento (3 meses)	Depression Anxiety and Stress Scales (DASS-21), Penn State Worry Questionnaire (PSWQ-11), Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II), Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ), Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ), Valuing Questionnaire (VQ).	3 sesiones individuales. 1 sesión por semana. 1ra sesión: 90 minutos. 2da y 3ra: 60 minutos. Contexto: laboratorio de Psicología Clínica de una universidad colombiana.	El 83% de los pacientes tuvo un cambio clínicamente significativo en las medidas del DASS-21, PSWQ, CFQ y PTQ; el 67% en el AAQ-II; el 33% en el VQ-Progreso; y el 50% en el VQ-Obstrucción, luego de los 3 meses de seguimiento.

^aN=tamaño de muestra inicial

^bResultados: se enfocan en aquellas variables y/o instrumentos donde se encontraron diferencias significativas

Evaluación del Riesgo de Sesgo

El riesgo de sesgo se presenta en la figura 2 para los estudios experimentales, en la figura 3 para los estudios cuasi experimentales, y en la tabla 3 para los estudios de caso único. Las figuras para los estudios experimentales y cuasi experimentales han sido elaboradas con el soporte de la herramienta *robvis* (McGuinness y Higgins, 2020).

El riesgo de sesgo en el estudio experimental de Fathi et al., (2017) no está claro, pues no hay información para determinar tres de cinco dominios. Ninguno de los estudios cuasi experimentales menciona explícitamente los factores de confusión y hay tres estudios que tienen un riesgo serio de sesgo en la medición de resultados. Sólo el estudio de Ruiz et al., (2020b) tiene la información completa para el análisis de riesgo.

Figura 2

Riesgo de sesgo para estudios experimentales (RoB-2)

		Dominios del riesgo de sesgo					General
		D1	D2	D2	D3	D4	
Estudio	Advagic et al., (2014)	+	?	+	+	+	?
	Fathi et al., (2017)	+	?	?	+	?	?
	Ruiz et al., (2020b)	+	-	+	+	+	-

Dominios:
D1: Sesgo derivado del proceso de aleatorización
D2: Sesgo debido a desviaciones del tratamiento previsto
D3: Sesgo debido a datos faltantes de resultados
D4: Sesgo en la medición del resultado
D5: Sesgo en la selección del resultado informado

Valoración
- Algunas preocupaciones
+ Bajo
? No hay información

Figura 3

Riesgo de sesgo para estudios cuasi experimentales (ROBINS-I)

		Dominios del riesgo de sesgo							General
		D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	
Estudio	Eftekari y Bakhtiari, (2022)	?	+	+	-	-	?	-	?
	Gould et al., (2021)	?	+	+	-	-	X	+	?
	Krafft et al., (2021)	?	+	+	-	-	X	+	?
	Mansouri y Fayazbakhsh (2019)	?	+	+	?	?	?	+	?
	Wetherell et al., (2011)	?	+	+	-	-	X	+	?

Dominios:
D1: Sesgo debido a confusión
D2: Sesgo debido a la selección de participantes
D3: Sesgo en la clasificación de intervenciones
D4: Sesgo debido a desviaciones de las intervenciones previstas
D5: Sesgo debido a datos faltantes
D6: Sesgo en la medición de resultados
D7: Sesgo en la selección del resultado informado

Valoración
X Serio
- Moderado
+ Bajo
? No hay información

Tabla 3*Riesgo de sesgo para estudios de caso único (SCED Scale)*

Ítem	Ruiz et al., (2019)	Ruiz et al., (2020a)
Historia clínica	Sí	Sí
Comportamiento objetivo	Sí	Sí
Diseño	Sí	Sí
Línea base	Sí	Sí
Muestra del comportamiento durante el tratamiento	Sí	Sí
Registro de datos	Sí	Sí
Confiabilidad inter evaluador	Sin información	Sí
Independencia de evaluadores	Sin información	Sí
Análisis estadístico	Sí	Sí
Replicación	No	No
Generalización	No	No

Nota. Esta tabla responde a la pregunta: ¿Se especificó y precisó claramente el ítem en el estudio? Marque "sí" si se cumplió con este criterio, o "no" si el estudio no lo dejó claro o no lo incluyó.

Síntesis de la Evidencia

Se elaboró una tabla *ad hoc* para sintetizar los principales resultados obtenidos (véase tabla 4). El 60% de los estudios se han realizado en países en vías de desarrollo (Colombia e Irán). El 70% de los estudios se publicaron del 2019 en adelante. Asimismo, el 50% de los estudios tiene un diseño de tipo cuasi experimental; el 30%, experimental; y el 20% de caso único. En total, participaron 273 personas, con un mínimo de 3 participantes por estudio y un máximo de 48. Del total, el 69.23% eran mujeres. El 30% de los estudios se dirigieron a la población en general con un diagnóstico principal de TAG; el 20% a adultos mayores; el 20% a adultos jóvenes; y el 30% a personas con un diagnóstico de TAG con una característica distintiva, como TAG y depresión (20%), y TAG en pacientes con diabetes tipo II (10%).

En aspectos relacionados a la intervención, el 60% tuvo aproximadamente 12 horas totales de tratamiento; el 30%, entre 2 y 3.5 horas; y el 10%, 16 horas. Este se llevó a cabo de manera presencial en el 50% de los casos y el 90% incluyó una fase de seguimiento, el cual fue de 3 meses en el 40% de los estudios. Asimismo, en el 40% de los estudios se trabajaron la mayoría de procesos de ACT; en el 30%, el pensamiento negativo repetitivo; el 20%, la intolerancia a la incertidumbre y/o la evitación experiencial; y el 10% las metacogniciones. Finalmente, el 70% de los estudios

utilizaron como herramienta de medición el Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) y el 50%, el Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) y el Valuing Questionnaire (VQ).

Tabla 4

Características generales de los estudios

	N	%
Año de publicación		
2011	1	10
2014	1	10
2017	1	10
2019	2	20
2020	2	20
2021	2	20
2022	1	10
País de intervención		
Colombia	3	30
Irán	3	30
Estados Unidos	2	20
Australia	1	10
Reino Unido	1	10
Diseño de estudio		
Cuasi experimental	5	50
Experimental	3	30
Caso único	2	20
Número de participantes	273	3-51 ^a
Grupo comparativo		
Sin grupo comparativo	4	40
Lista de espera	3	30
TCC	2	20
Terapia de esquemas	1	10
Género		
Femenino	189	69.23
Masculino	84	30.77
Horas totales de sesiones		
12 horas	6	60
Entre 2 y 3.5 horas	3	30
16 horas	1	10
Duración de la intervención		
2 semanas	1	10
3 semanas	2	20
6 semanas	2	20
8 semanas	1	10
12 semanas	3	30
16 semanas	1	10

	N	%
Seguimiento		
Entre 1 y 2 meses	3	30
3 meses	4	40
Entre 5 y 6 meses	2	20
Sin seguimiento	1	10
Formato		
Grupal	5	50
Individual	5	50
Aproximación ACT		
General ^b	4	40
Pensamiento negativo repetitivo	3	30
Metacogniciones, evitación experiencial y/o intolerancia a la incertidumbre	3	30
Características de la población		
TAG en población general	3	30
TAG en adultos mayores	2	20
TAG y depresión	2	20
TAG en adultos jóvenes	2	20
TAG y diabetes tipo II	1	10
Instrumentos		
Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)	7	70
Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II)	5	50
Valuing Questionnaire (VQ)	5	50
Depression, Anxiety and Stress Scala (DASS-21)	3	30
Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ)	3	30
Beck Depression Inventory-II (BDI-II)	2	20
Intolerance of Uncertainty scale (IU)	2	20
Cognitive Avoidance Questionnaire (CAQ)	2	20
Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ)	2	20
Herramientas que miden satisfacción	2	20
Otras herramientas que miden ansiedad	5	50
Otras herramientas que miden salud mental	5	50
Otras herramientas que miden bienestar	3	30
Otras herramientas que miden depresión	1	10

^aRango (mínimo-máximo)

^bGeneral (trabaja la mayoría de procesos ACT)

Aproximación ACT

El 75% de los estudios que emplean una aproximación general de la ACT (Krafft et al., 2021; Gould et al., 2021; Wetherell et al., 2011) son cuasi experimentales, y el 100% se realizaron en países desarrollados. El 50% de los estudios (Mansouri y Fayazbakhsh, 2019; Wetherell et al., 2011) utilizaron la TCC como grupo comparativo. El 100% de ellos emplearon el PSWQ para medir la preocupación y distintas herramientas para evaluar la depresión. Además, el 75% de los estudios (Gould et al.,

2021; Krafft et al., 2021; Mansouri y Fayazbakhsh, 2019) utilizaron el AAQ-II. El 100% de participantes recibió mínimo 12 horas de tratamiento en total y en el 75% de los estudios (Krafft et al., 2021; Mansouri y Fayazbakhsh, 2019; Wetherell et al., 2011), se obtuvieron resultados significativos para todo el grupo en las medidas de preocupación y depresión. El 50% de los estudios (Krafft et al., 2021; Mansouri y Fayazbakhsh, 2019) obtuvo diferencias significativas para todo el grupo en inflexibilidad psicológica (AAQ-II).

El 67% de los estudios que emplean un enfoque en las metacogniciones, evitación experiencial y/o intolerancia a la incertidumbre (Mansouri y Fayazbakhsh, 2019; Eftekari y Bakhtiari, 2022) tienen un diseño cuasi experimental, y todos se realizaron en países en vías de desarrollo. Además, el 100% de estos estudios incluyó un grupo comparativo, asignado aleatoriamente, y los grupos de ACT recibieron 12 horas de tratamiento. Asimismo, todos los estudios emplearon una herramienta diferente para medir la ansiedad y utilizaron varias herramientas para medir el control sobre los pensamientos. Finalmente, el 67% de los estudios (Fathi et al., 2017; Mansouri y Fayazbakhsh, 2019) lograron diferencias significativas en el 100% de las variables evaluadas.

Los estudios que se centran en el pensamiento repetitivo negativo han sido desarrollados en Colombia. De estos estudios, el 67% (Ruiz et al., 2019; Ruiz et al., 2020a) están dirigidos a personas con TAG y depresión, y adoptan un enfoque de caso único (entre 3 y 6 participantes) o un diseño experimental. Todos los estudios incluidos han tenido un seguimiento de 3 meses. En cuanto a las herramientas de evaluación, el 67% (Ruiz et al., 2020a; Ruiz et al., 2020b) de los estudios han utilizado el PSWQ o el DASS-21 junto con el AAQ-II. Además, el 100% de los estudios ha empleado el VQ y el CFQ. En términos de la duración del tratamiento, el 67% (Ruiz et al., 2019; Ruiz et al., 2020a) de los estudios consistió en 3 sesiones de tratamiento. En relación a los resultados, el 100% de los estudios han obtenido resultados significativos en las medidas de ansiedad y fusión cognitiva.

Grupo comparativo

En el 67% (Advagic et al., 2014; Wetherell et al., 2011) de estudios que comparaban el tratamiento ACT con otro tipo de terapia, se encontraron diferencias significativas en la medida de preocupación (PSWQ).

En el 67% (Ruiz et al., 2020; Fathi et al., 2017) de los estudios que tenían un grupo control, se encontraron diferencias significativas en el 100% de las variables medidas respecto a este. En el 100% de los estudios que midieron la evitación experiencial (AAQ-II), se encontraron diferencias significativas respecto al grupo control.

Los estudios que no tuvieron un grupo comparativo, en el 100% de estos, se identificaron cambios significativos en la ansiedad medida por el PSWQ o GAI y en la inflexibilidad psicológica (AAQ-II). El 50% (Ruiz et al., 2020a; Ruiz et al., 2019) de los estudios midieron valores (el grado en que las personas viven de acuerdo con sus valores personales) y fusión cognitiva, donde también se encontraron diferencias significativas entre el pre tratamiento y el seguimiento.

Características de la Población

Los estudios dirigidos a adultos jóvenes (Krafft et al., 2021; Ruiz et al., 2019) obtuvieron mejoras significativas en las medidas de ansiedad (STAI y ECR, respectivamente) y preocupación (PSWQ), así como en las variables de flexibilidad psicológica (fusión cognitiva y valores, respectivamente). En aquellos estudios dirigidos a personas con depresión y TAG (Ruiz et al., 2020a; Ruiz et al., 2020b), se identificaron cambios significativos en las medidas de ansiedad, fusión cognitiva y pensamiento negativo repetitivo. Los estudios dirigidos a adultos mayores (Gould et al., 2021; Wetherell et al., 2011), muestran una mejora significativa en las medidas de preocupación y depresión.

Riesgo de Sesgo

Los estudios de caso único muestran un riesgo bajo de sesgo. Uno de los estudios cumple con todos los ítems evaluados (Ruiz et al., 2020a), mientras que, en el otro estudio, aunque cumple con la mayoría de los ítems, falta información en dos de los once ítems evaluados (Ruiz et al., 2019).

Por otro lado, los estudios experimentales muestran un menor riesgo de sesgo en comparación con los estudios cuasi experimentales. El 67% de los estudios experimentales (Advagic et al., 2014; Ruiz et al., 2020b) presentan un riesgo bajo en cuatro de los cinco dominios evaluados. En contraste, el 80% de los estudios cuasi experimentales (Eftekari y Bakhtiari, 2022; Gould et al., 2021; Krafft et al., 2021; Wetherell et al., 2011) muestran un riesgo moderado en dos de los siete dominios

evaluados. Es importante destacar que todos los estudios cuasi experimentales carecen de información suficiente para determinar el riesgo de sesgo en el primer dominio. En el dominio 6, el 50% de los estudios muestran un riesgo de sesgo serio, mientras que para el otro 50% no se puede determinar debido a la falta de información.

Discusión

El objetivo de esta revisión ha sido determinar si realmente la ACT es efectiva en el tratamiento del TAG. Después de una búsqueda exhaustiva, se han estudiado 10 artículos de investigación. Se ha podido examinar que la ACT está generando resultados comparables a los de la TCC en la población general adulta (Avdagic et al., 2014) y de adultos mayores a nivel preliminar (Wetherell et al., 2012). También, se reportan resultados preliminares positivos en adultos mayores con resistencia al tratamiento (Gould et al., 2021) y mejoría significativa en adultos jóvenes (Krafft et al., 2022).

Al ser una terapia basada en procesos fundamentales, los estudios muestran que se podría adaptar el protocolo para enfocarse en aspectos específicos relacionados con la ACT, como las metacogniciones (Fathi et al., 2017), la evitación experiencial (Eftekari y Bakhtiari, 2022) y los pensamientos negativos repetitivos (Ruiz et al., 2019), obteniendo diferencias significativas en las variables relacionadas a la ansiedad y la preocupación.

También, se investigó la aplicación de la ACT en poblaciones que tienen diabetes tipo II (Mansouri y Fayazbakhsh, 2019), obteniendo mejorías significativas en todas las variables evaluadas. Finalmente, se adaptó el protocolo ACT a dos o tres sesiones, obteniendo resultados positivos, aplicables a personas con TAG y depresión (Ruiz et al., 2020a).

Los resultados son consistentes con la literatura, indicando que la ACT puede disminuir los síntomas del TAG y aumentar la flexibilidad psicológica a través de diversas técnicas, tales como el uso de metáforas, mindfulness, defusión cognitiva, exposición experiencial, entre otras.

No obstante, los hallazgos de los estudios revisados tienen limitaciones. Todos los estudios fueron realizados con un tamaño pequeño de muestra (entre 3 y 51 personas, donde el 60% de estudios tenían una muestra inicial menor a 25 personas)

como para considerarla representativa de una población específica. Asimismo, los estudios de Fayazbakhsh y Mansouri (2019), y Gould et al. (2021) no incluyeron un seguimiento para verificar la efectividad de la terapia a largo plazo. Aunque el resto de los estudios sí incluyeron un período de seguimiento, estos fueron cortos, siendo la mayoría de 1 a 3 meses.

En cuanto al diseño de estudio, solo tres de ellos son experimentales grupales (ensayos aleatorizados controlados), lo que indica que siete de diez estudios tenían una capacidad reducida de control sobre las variables. Asimismo, aunque los estudios incluidos reportan resultados positivos de la efectividad de la ACT en TAG en diversas poblaciones (adultos jóvenes, adultos mayores, adultos con diabetes tipo II, adultos con TAG y depresión) y áreas geográficas (Colombia, Irán, Australia, Estados Unidos y Reino Unido), son muy pocos los estudios realizados para cada una de estas. Esto, junto con el tamaño reducido de las muestras, las diferencias culturales y las características específicas de la intervención, indica que no se pueden generalizar los resultados.

En el caso de los estudios de diseño de caso único, se empleó un diseño de línea base múltiple demorada, la cual impide tener un control experimental como el diseño de línea base múltiple concurrente. También, los estudios cuasi experimentales de Gould et al. (2021) y Krafft et al. (2021), no consideraron ningún tipo de grupo comparativo, con lo cual tienen mayor probabilidad de verse afectados por factores externos.

Adicionalmente, el estudio de Wetherell et al. (2011) no hace una comparación entre el grupo que recibió ACT y el que recibió TCC. También, señala que algunos terapeutas proporcionaron psicoterapia en el grupo ACT sin tener experiencia previa. Por otro lado, en el estudio de Krafft et al. (2021), los ítems utilizados en la aplicación móvil para evaluar los procesos ACT carecen de respaldo psicométrico. Además, no está claro si los efectos inmediatos del entrenamiento en habilidades de la aplicación representan una mejora de las habilidades en la práctica real o si se generalizan a otros contextos de tratamiento, dado que el número de sesiones completadas en la aplicación no se correlacionó con los cambios en la preocupación.

El 88% de los estudios de grupo reportan tasas de abandono superiores al 23%. Por otra parte, estos estudios evalúan la ansiedad, la preocupación y diversas variables relacionadas con los procesos de ACT utilizando una amplia variedad de herramientas (véase tabla 4), lo que dificulta la comparación entre los resultados. Por último, es

importante interpretar los resultados con precaución debido a la falta de información sobre la evaluación del riesgo de sesgo en los estudios revisados.

Las limitaciones identificadas en los estudios revisados ofrecen una perspectiva crítica y destacan aspectos clave para orientar futuras investigaciones en el tratamiento del TAG, pero junto con los resultados preliminares positivos, sugiere el potencial de la ACT para abordar el TAG.

Esto abre la puerta a la posibilidad de desarrollar un protocolo ACT de pocas sesiones (Ruiz et al., 2020a; Ruiz et al. 2020b; Ruiz et al., 2019), lo cual sería beneficioso en entornos donde el tiempo disponible es limitado, tanto para los psicoterapeutas como para los pacientes que tienen un ritmo de vida exigente entre el trabajo, los estudios y el hogar. También, se presenta la oportunidad de adaptar el protocolo ACT para la población de adultos mayores, considerando la retroalimentación obtenida de estos estudios sobre los aspectos más relevantes para este grupo demográfico, mejorando así su calidad de vida. Los formatos grupales podrían ofrecer una solución eficiente, permitiendo que un psicoterapeuta atienda a más personas simultáneamente.

La exploración continua de esta variedad de contextos es esencial para comprender mejor la aplicabilidad y efectividad de las intervenciones terapéuticas en diferentes poblaciones y entornos. Esto podría llevar a que los profesionales de la salud consideren la ACT como una alternativa viable de tratamiento o la integren en los enfoques terapéuticos existentes, lo que a su vez podría impulsar la asignación de recursos para la formación e implementación de programas basados en esta modalidad.

Es la primera revisión sistemática que se hace de esta temática específica. En base a los resultados obtenidos, se puede concluir que se necesitan más investigaciones con una metodología más rigurosa, muestras más grandes y seguimientos a largo plazo para poder asegurar la efectividad de la ACT en el TAG y su generalización a diferentes poblaciones.

Referencias bibliográficas

- Avdagic, E., Morrissey, S. A., & Boschen, M. J. (2014). A randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behaviour therapy for generalised anxiety disorder. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 42(5), 568-583.
<https://doi.org/10.1017/bec.2014.5>
- Bui, E., Charney, M. E., Baker, A. W., & Rosenbaum, J. F. (2019). *Clinical handbook of anxiety disorders* (1ra ed.). Humana Cham.
<https://doi.org/10.1007/978-3-030-30687-8>
- Domínguez Domínguez, J. A., Expósito Duque, V., & Torres Tejera, E. (2024). *Epidemiología de la ansiedad y su contexto en atención primaria*, 6(2).
<https://doi.org/10.1016/j.appr.2024.100194>
- Eftekari, A., & Bakhtiari, M. (2022). *Comparing the effectiveness of schema therapy with acceptance and commitment therapy on cognitive avoidance in patients with generalized anxiety disorder*, 10(1), 11-21.
<https://doi.org/10.32598/jpcp.10.1.593.1>
- Fathi, R., Khodarahimi, S., & Rasti, A. (2017). *The efficacy of acceptance and commitment therapy on metacognitions and anxiety in women outpatients with generalized anxiety disorder in Iran*. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 51(3), 207-216.
- Gould, R. L., Wetherell, J. L., Kimona, K., Serfaty, M. A., Jones, R., Graham, C. D., Lawrence, V., Livingston, G., Wilkinson, P., Walters, K., Le Novere, M., Leroi, I., Barber, R., Lee, E., Cook, J., Wuthrich, V. M., & Howard, R. J. (2021). *Acceptance and commitment therapy for late-life treatment-resistant generalised anxiety disorder: A feasibility study*, 50(5), 1751-1761.
<https://doi.org/10.1093/ageing/afab059>
- Gould, R. L., Wetherell, J. L., Serfaty, M. A., Kimona, K., Lawrence, V., Jones, R., Livingston, G., Wilkinson, P., Walters, K., Novere, M. L., & Howard, R. J. (2021). Acceptance and commitment therapy for older people with treatment-resistant generalised anxiety disorder: The FACTOID feasibility study. *Health Technology Assessment*, 25(54), 1-150.
<https://doi.org/10.3310/hta25540>

- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso: Proceso y práctica del cambio consciente (mindfulness)* (1ra ed.). Desclee Brouwer.
- Krafft, J., Ong, C. W., Davis, C. H., Petersen, J. M., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2022). *An open trial of group acceptance and commitment therapy with an adjunctive mobile app for generalized anxiety disorder*, 29(4), 1-14.
<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2021.05.008>
- Landy, L. N., Schneider, R. L., & Arch, J. J. (2014). *Acceptance and commitment therapy for the treatment of anxiety disorders: A concise review*, 2(1), 70-74.
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.11.004>
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J., & Moher, D. (2009). *The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: Explanation and elaboration*, 6(7), 1-28.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000100>
- Luciano Soriano, C. M., & Hayes, S. C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *Revista Internacional De Psicología Clínica Y De La Salud*, 1(1), 111.
- Luciano Soriano, C. M., & Valdivia Salas, M. S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (Act). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del psicólogo*, 27(2), 79-91. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77827203>
- Mansouri, A., & Fayazbakhsh, E. (2019). *Effectiveness of acceptance and commitment therapy on intolerance of uncertainty, experiential avoidance, and symptoms of generalized anxiety disorder in individuals with type II diabetes*, 6(1), 30-35.
https://doi.org/10.4103/iahs.iahs_52_18
- McGuinness, L. A., & Higgins, J. P. T. (2020). Risk-of-bias VISualization (robvis): An R package and shiny web app for visualizing risk-of-bias assessments. *Research Synthesis Methods*.
<https://doi.org/10.1002/jrsm.1411>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E.,

Mcdonald, S., . . . Moher, D. (2021). *The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews*, 88, 1-9.

<https://doi.org/10.1016/j.ijisu.2021.105906>

Robichaud, M. (2013). Cognitive behavior therapy targeting intolerance of uncertainty: Application to a clinical case of generalized anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(3), 251-263.

<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.09.001>

Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology*, 9, 54-68.

<https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.54>

Ruiz, F. J., Luciano, C., Flórez, C. L., Suárez-Falcón, J. C., & Cardona Betancourt, V. (2020a). *A multiple-baseline evaluation of acceptance and commitment therapy focused on repetitive negative thinking for comorbid generalized anxiety disorder and depression*, 11, 1-16.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00356>

Ruiz, F. J., Peña-Vargas, A., Ramírez, E. S., Suárez-Falcón, J. C., García-Martín, M. B., García-Beltrán, D. M., Henao, Á M., Monroy-Cifuentes, A., Sánchez, P. D., & García-Beltrán, D. M. (2020b). *Efficacy of a two-session repetitive negative thinking-focused acceptance and commitment therapy (ACT) protocol for depression and generalized anxiety disorder: A randomized waitlist control trial*, 57(3), 444-456.

<https://doi.org/10.1037/pst0000273.supp>

Ruiz, F., Beltrán, D., Cifuentes, A., & Falcón, J. (2019). Single-case experimental design evaluation of repetitive negative thinking-focused acceptance and commitment therapy in generalized anxiety disorder with couple-related worry. *Revista Internacional De Psicología Y Terapia Psicológica*, 19(3), 261-276.

<https://search.proquest.com/docview/2350462388>

Ruscio, A. M., Hallion, L. S., Lim, C. C. W., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L. H., Borges, G., Bromet, E. J., Bunting, B., Caldas de Almeida, J. M., Demyttenaere, K., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y.,

Hinkov, H., Hu, C., . . . Scott, K. M. (2017). *Cross-sectional comparison of the epidemiology of DSM-5 generalized anxiety disorder across the globe*, 74(5), 465-475.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0056>

Sharp, K. (2012). A review of acceptance and commitment therapy with anxiety disorders. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 12(3), 359-372.

Sterne, J. A., Hernán, M. A., Reeves, B. C., Savović, J., Berkman, N. D., Viswanathan, M., Henry, D., Altman, D. G., Ansari, M. T., Boutron, I., Carpenter, J. R., Chan, A., Churchill, R., Deeks, J. J., Hróbjartsson, A., Kirkham, J., Jüni, P., Loke, Y. K., Pigott, T. D., . . . Higgins, J. P. (2016). *ROBINS-I: A tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions*, 355, 1-7.
<https://doi.org/10.1136/bmj.i4919>

Sterne, J. A. C., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R. G., Blencowe, N. S., Boutron, I., Cates, C. J., Cheng, H., Corbett, M. S., Eldridge, S. M., Emberson, J. R., Hernán, M. A., Hopewell, S., Hróbjartsson, A., Junqueira, D. R., Jüni, P., Kirkham, J. J., Lasserson, T., Li, T., . . . Higgins, J. P. T. (2019). *RoB 2: A revised tool for assessing risk of bias in randomised trials*, 355, 1-9.
<https://doi.org/10.1136/bmj.l4898>

Tate, R., McDonald, S., Perdices, M., Togher, L., Schultz, R., & Savage, S. (2008). Rating the methodological quality of single-subject designs and n-of-1 trials: Introducing the single-case experimental design (SCED) scale. *Neuropsychological Rehabilitation*, 18(4), 385-401.
<https://doi.org/10.1080/09602010802009201>

Wetherell, J. L., Liu, L., Patterson, T. L., Afari, N., Ayers, C. R., Thorp, S. R., Stoddard, J. A., Ruberg, J., Kraft, A., Sorrell, J. T., & Petkus, A. J. (2012). *Acceptance and commitment therapy for generalized anxiety disorder in older adults: A preliminary report*, 42(1), 1-12.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.07.002>

Yang, X., Fang, Y., Chen, H., Zhang, T., Yin, X., Man, J., Yang, L., & Lu, M. (2021). *Global, regional and national burden of anxiety disorders from 1990 to 2019: Results from the global burden of disease study 2019*, 30, 1-11.

<https://doi.org/10.1017/s2045796021000275>

Anexos

Anexo I: Prisma Checklist

Tema	No.	Ítem	¿Reportado?
TÍTULO			
Título	1	Identificar el informe como una revisión sistemática.	Sí
ANTECEDENTES			
Objetivos	2	Proporcionar una declaración explícita del objetivo(s) principal(es) o pregunta(s) que aborda la revisión.	Sí
MÉTODOS			
Criterios de elegibilidad	3	Especificar los criterios de inclusión y exclusión para la revisión.	Sí
Fuentes de información	4	Especificar las fuentes de información (por ejemplo, bases de datos, registros) utilizadas para identificar estudios y la fecha de la última búsqueda.	Sí
Riesgo de sesgo	5	Especificar los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo en los estudios incluidos.	Sí
Síntesis de resultados	6	Especificar los métodos utilizados para presentar y sintetizar los resultados.	Sí
RESULTADOS			
Estudios incluidos	7	Dar el número total de estudios incluidos y participantes, y resumir las características relevantes de los estudios.	Sí
Síntesis de resultados	8	Presentar los resultados para los principales resultados, preferiblemente indicando el número de estudios incluidos y participantes para cada uno. Si se realizó un meta-análisis, reportar la estimación resumida y el intervalo de confianza/creíble. Si se comparan grupos, indicar la dirección del efecto (es decir, qué grupo se favorece).	Sí

Tema	No.	Ítem	¿Reportado?
DISCUSIÓN			
Limitaciones de la evidencia	9	Proporcionar un breve resumen de las limitaciones de la evidencia incluida en la revisión (por ejemplo, riesgo de sesgo del estudio, inconsistencia e imprecisión).	Sí
Interpretación	10	Proporcionar una interpretación general de los resultados y las implicaciones importantes.	Sí

Nota. Adaptado de Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., et al. (2020). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. MetaArXiv. <https://doi.org/10.31222/osf.io/v7gm2>