



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO EN EL TRATAMIENTO DE LA ANSIEDAD SOCIAL: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Alumno/a: Gloria Domingo Orduña

Tutor/a: Mónica Hernández López
Dpto.: Psicología

Mayo, 2019

Índice

1. Introducción
2. Metodología
3. Resultados
4. Discusión y conclusiones
5. Bibliografía

Anexos

- Anexo I
- Anexo II

RESUMEN

La ansiedad social se integra en el espectro de trastornos de ansiedad, y se caracteriza por el miedo a la evaluación negativa en situaciones sociales. Al vivir en sociedad y exponernos continuamente a situaciones sociales, es una respuesta emocional muy desadaptativa, que afecta al desempeño de las actividades de la vida diaria, las cuales tienen un rol esencial en el bienestar psicológico y social de las personas.

Las teorías que sustentan la intervención psicológica han evolucionado a lo largo de los años, apoyadas mediante la evidencia experimental. La Terapia Cognitivo-Conductual (CBT por sus siglas en inglés), cuenta con suficiente apoyo empírico para ser empleada satisfactoriamente en un amplio abanico de trastornos, siendo la intervención psicosocial por excelencia para el tratamiento de la ansiedad. Sin embargo, estas terapias han ido desarrollándose, en parte debido a que una significativa proporción de la población no responde adecuadamente a dicho tratamiento. Surgen terapias alternativas enmarcadas dentro de la denominada tercera generación, incluyendo la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT por sus siglas en inglés), con una creciente base empírica con respecto a su eficacia en un amplio conjunto de trastornos.

En la presente investigación, se lleva a cabo un trabajo descriptivo en el que se realiza una revisión sistemática de la literatura actual. Se identificaron 16 trabajos publicados entre 2000 y 2018, consistentes en experimentos controlados mediante aleatorización, con información válida sobre el resultado terapéutico en individuos con ansiedad social que recibieron el procedimiento terapéutico de ACT. El objetivo principal será identificar la eficacia de ACT en el tratamiento de la ansiedad social. Como objetivo secundario, estará identificar cuáles son los elementos de cambio terapéutico en dicha terapia.

PALABRAS CLAVE: Terapia de Aceptación y Compromiso, ACT, Trastorno de Ansiedad Social, TAS, revisión sistemática.

1. INTRODUCCIÓN

La ansiedad fue definida por Freud como '*algo que se siente*' (Spielberger, 2010). Es un estado emocional displacentero, común en todas las personas, y que es resultado de la relación entre evaluación cognitiva negativa de una situación y su percepción como amenaza. Incluye sentimientos de tensión, nerviosismo y preocupación, acompañado de activación fisiológica (Orgilés, Espada, Méndez, 2016). La relación entre emoción y amenaza es controvertida, ya que mientras que, en primer lugar, James y Lange (1880) llegaron a la conclusión de que las sensaciones corporales son las que originan la emoción de miedo, Cannon y Bard (1929) teorizaron que es el miedo el que da lugar a la respuesta emocional (Damasio, 2003).

La ansiedad normal de carácter anticipatorio es adaptativa porque ayuda a la supervivencia, gracias a que activa de forma inmediata los recursos del organismo. Puede funcionar como instigadora al ayudar a los individuos a enfrentarse a diferentes situaciones, y cumple una función útil cuando genera un estado de alerta y tensión que favorece el rendimiento (Spielberger, 2010). Por el contrario, cuando altos niveles de ansiedad conducen a errores psicomotores o intelectuales, se perturba el rendimiento de cualquier tarea que requiera atención, concentración y esfuerzo sostenido. Cuando la ansiedad es excesiva, se suele decir que pierde su valor adaptativo, y constituye un trastorno. Los expertos consideran como ansiedad patológica toda aquella ansiedad que alcanza niveles excesivos o que aparece en situaciones donde no hay motivo de alarma, provocando malestar y alterando el funcionamiento fisiológico y psicosocial (Orgilés, Espada, Méndez, 2016). Además, esa misma ansiedad está presente en la mayoría de los trastornos psicológicos (Spielberger, 2010), lo que da lugar a la necesidad de distinguir la ansiedad normal de la ansiedad como síntoma. La ansiedad se considera patológica valorando los parámetros de frecuencia, duración e intensidad, y la ansiedad como trastorno aparece como un cuadro sindrómico con unos parámetros concretos (García-Vera y Sanz, 2016).

En cuanto al modo de funcionamiento de la ansiedad, consta de dos partes, que pueden ser simultáneas. Por un lado, activa el sistema nervioso vegetativo ante estímulos, y, por otro, involucra una serie de respuestas que podemos englobar en tres aspectos: cognitivo, fisiológico y motor. Con respecto a las respuestas fisiológicas, suponen un incremento de la activación vegetativa causada por la actividad de la rama simpática del

sistema nervioso autónomo. Se traduce en cambios corporales molestos y desagradables, tales como el incremento de la actividad electrodérmica, el aumento de la respuesta cardíaca, el aumento de la tensión muscular, el aumento del ritmo respiratorio o alteraciones del aparato digestivo. Las respuestas cognitivas engloban pensamientos y/o imágenes mentales negativas sobre la situación temida, tales como la interpretación de un estímulo como amenazante, la evaluación deficitaria de la propia conducta, la preocupación excesiva por respuestas psicofisiológicas, la rumiación de respuestas de evitación o escape y la evaluación del posible daño. Con respecto a las respuestas motoras, se producen cuando la persona no logra actuar ante la relación con estímulos que provocan la respuesta emocional negativa, tales como evitación, activa o pasiva, escape o alteración comportamental.

Las respuestas de ansiedad pueden ser elicitadas tanto por estímulos externos o exteroceptivos, como podrían ser animales, agua, sangre, alturas, tormentas, transportes, oscuridad, ruidos fuertes, inyecciones, daño, ascensores... así como por estímulos internos o interoceptivos, que a su vez podrían cognitivos, tales como creencias, atribuciones, expectativas o pensamientos, o bien físicos, como mareos, temblores, hormigueo, opresión torácica, hiperventilación, sensación de atragantarse, molestias abdominales...

Para diferenciar el miedo de la ansiedad se alude al carácter anticipatorio de la ansiedad como fruto de una valoración cognitiva, mientras que el miedo es una reacción rápida ante los peligros para la supervivencia, donde no tiene cabida la anticipación. Por otra parte, en el miedo, los estímulos desencadenantes pueden ser identificables, mientras que en la ansiedad no siempre existe esta especificidad. Para diferenciar miedo y ansiedad recurriendo a las diferencias en el estímulo elicitor, Méndez, Amorós y Espada (2016) refieren que en la ansiedad normalmente es más relevante el sistema de respuesta cognitivo, tales como pensamientos e imágenes mentales negativas sobre la situación temida, que pueden desembocar en estimulación interoceptiva, como son los pensamientos y los síntomas físicos desagradables. En el miedo, el modo de respuesta al estímulo suele ser físico, tal como es la activación vegetativa, y puede dar lugar a estimulación exteroceptiva, que se corresponde a objetos y realidades de nuestro entorno.

En la clasificación del DSM-5 (2014) hay un capítulo dedicado a los Trastornos de ansiedad, descritos como aquellos que se caracterizan por compartir miedo y ansiedad excesivos, así como su asociación a alteraciones de conducta. Los trastornos de ansiedad

se pueden diferenciar entre sí según los objetos y/o situaciones que producen el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas, y según el contenido de los pensamientos y/o creencias relacionados. El orden en que se disponen los trastornos en el capítulo se corresponde con la etapa del desarrollo según la edad típica en la que surgen los síntomas, y serían los siguientes: Trastorno de ansiedad por separación, Mutismo selectivo, Fobia específica, Trastorno de ansiedad social o Fobia social, Trastorno de pánico, Agorafobia, Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos, Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica y Otro trastorno de ansiedad especificado/no especificado. Con respecto al tema que nos atañe, la persona con Trastorno de Ansiedad Social o Fobia social siente miedo o ansiedad ante las interacciones sociales, tales como encuentros con personas que no conoce, situaciones cotidianas en lugares públicos en las que puede ser observado, como comer en un restaurante, y situaciones en que la persona ha de desempeñar cualquier tipo de actuación ante los demás. Las creencias cognitivas típicas en estas situaciones estarían relacionadas con poder ser evaluado negativamente por los demás, así como sentirse avergonzado, humillado o rechazado, o por ofender a otros.

Según el DSM-5 (2014), los trastornos de ansiedad persisten en el tiempo, lo que permite hacer una distinción con respecto al miedo o ansiedad transitorios. De este modo, un criterio para diagnosticar estos trastornos es tener una duración mínima de 6 meses. Además, es importante que el terapeuta analice si el miedo y/o ansiedad es excesivo o no teniendo en cuenta factores culturales, sin olvidar el hecho de que los individuos con trastornos ansiosos suelen sobreestimar el peligro en las situaciones temidas o evitadas.

Muchos de los trastornos de ansiedad se desarrollan en la infancia, y tienden a persistir si no se tratan. En cuanto a la ansiedad social, es frecuente que se inicie en la adolescencia, causado por la especial perturbación que supone la actuación social en los jóvenes, pues para ellos suele ser de vital importancia pertenecer a un grupo, o iniciar relaciones laborales y de pareja. Con respecto a la cronicidad del trastorno, éste es moderadamente estable a lo largo de la vida (García-García, Rosa-Alcázar y Olivares-Olivares, 2011). Estos trastornos son más frecuentes en mujeres que en hombres, en una proporción aproximada de 2:1 (DSM-5).

En resumen, y de acuerdo con los criterios del DSM y del CIE (siglas de Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud), las características principales del Trastorno de Ansiedad Social son miedo y/o ansiedad a situaciones sociales, concretamente en las que el individuo está expuesto a ser examinado

por sus iguales, y miedo a que dicha evaluación sea negativa, tanto como resultado de su propio comportamiento individual o como de que los demás detecten evidentes signos de ansiedad, tales como temblar o enrojecerse. En estas personas, las situaciones sociales son evitadas siempre que sea posible, o bien son afrontadas con la ansiedad que éstas le generan. Los criterios diagnósticos imprescindibles son que el miedo sea desproporcionado con respecto a la amenaza, la persistencia de los síntomas desagradables por más de seis meses, y que dichos síntomas no sean consecuencia de sustancias, de otro trastorno mental o de condiciones médicas. Además, tiene que provocar malestar clínicamente significativo que interfiera en el funcionamiento cotidiano (Spence y Rapee, 2016).

En la actualidad, las personas que padecen Ansiedad Social y buscan ayuda psicoterapéutica, pueden ser intervenidas a través de procedimientos Cognitivo-Conductuales que plantean técnicas de tratamiento empíricamente validadas (Hernández y Sánchez, 2007, pp 9-10). El estándar de las Terapias Cognitivo-Conductuales se basan en la teoría del procesamiento de la información, la cual propone que las cogniciones, entendidas como pensamientos, imágenes, percepciones, suposiciones o creencias, tienen relación causativa directa con las respuestas emocionales y comportamentales: *'lo que piensas afecta a cómo te sientes emocional y físicamente, y también a lo que haces'* (Beck, 1976).

Por lo general, las intervenciones Cognitivo-Conductuales incluyen un objetivo cognitivo y otro conductual. El objetivo de tipo cognitivo sería disminuir la frecuencia de las creencias y pensamientos disfuncionales, o bien modificarlos, porque se consideran antecedentes del malestar. El objetivo conductual sería desarrollar estrategias de afrontamiento para cambiar aquellos comportamientos que contribuyen al mantenimiento del malestar emocional. En este sentido, la Terapia Cognitivo-Conductual busca incrementar la frecuencia de actividades gratificantes que aumenten el reforzamiento vital. También incluye habilidades de afrontamiento concretas, como las técnicas de relajación (Losada, Márquez-González, Romero-Moreno, López, Fernández-Fernández y Nogales-González, 2014).

La Terapia Cognitivo-Conductual ha demostrado ser efectiva para tratar trastornos como el de Ansiedad Social. De hecho, estudios como el de Heimberg et al. (1988) han comprobado la eficacia de la terapia, y la han comparado con el tratamiento farmacológico, sin encontrar diferencias significativas en cuanto a resultados

terapéuticos. Un estudio de Furmark et al. (2002) examinó los efectos de ambos tratamientos empleando, además de la medida de mejora significativa de los síntomas, otra diferente al desempeño de hablar en público, concretamente la medida de las fluctuaciones del flujo sanguíneo de determinadas regiones cerebrales a través de una prueba de neuroimagen. Los sujetos fueron agrupados por edad, sexo y severidad de la fobia, eliminando de este modo las variables extrañas, y también fueron aleatorizados a la hora de suministrar el tratamiento, habiendo un grupo tratado con Citalopram (inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina, antidepresivo con efecto ansiolítico), otro tratado mediante terapia grupal Cognitivo-Conductual y un tercer grupo control. Después del tratamiento, los síntomas mejoraron significativamente y de manera similar con ambos tratamientos. Mediante una prueba de neuroimagen se registró cómo en ambos casos la mejora de síntomas iba acompañada de un descenso bilateral del flujo sanguíneo en la amígdala, hipocampo y cortezas adyacentes a la hora de exponerse a la situación temida, que en este caso era hablar en público. Es un hecho que la amígdala juega un papel fundamental en las reacciones de miedo y ansiedad. Del mismo modo, el hipocampo es también parte del sistema neural ansiógeno, ya que conocemos su participación en la consolidación y recuerdo de traumas, en la inhibición comportamental y en el análisis de situaciones angustiosas. Concluyeron, por tanto, que la Terapia Cognitivo-Conductual es tan eficaz como los fármacos a la hora de reducir los síntomas de Ansiedad Social asociados a situaciones sociales. De hecho, los alivia actuando directamente sobre las regiones cerebrales involucradas. En cuanto a la duración de los efectos de la Terapia Cognitivo-Conductual a largo plazo, existe un estudio de Kodal et al. (2018) con jóvenes diagnosticados de trastornos de ansiedad, incluyendo la Ansiedad Social. La evaluación post-tratamiento y el consiguiente seguimiento mostraron un progresivo descenso en la medida de los síntomas, que confirmaron una total recuperación, o bien la pérdida de los principales criterios de inclusión del trastorno a lo largo de los meses, lo que les permite concluir que es un protocolo terapéutico eficaz y con resultados prolongados en el tiempo.

La Terapia Cognitivo-Conductual no es uniforme, sino que de ella surgen distintas corrientes que se pueden situar en algún punto entre los extremos cognitivo y conductual. Los términos ‘primera’, ‘segunda’ y ‘tercera’ ola son habitualmente usados para describir el desarrollo de la Terapia Cognitivo-Conductual, así como las opciones terapéuticas a la hora de intervenir en los trastornos psicológicos (Harley, 2015). La primera ola o generación en terapia de conducta la constituyen las terapias conductuales clásicas, que

se sustentan en el cambio directo del comportamiento mediante el manejo de contingencias (terapias aversivas, terapias de exposición...). Debido a la falta de éxito en ciertos casos, una segunda ola desarrolla las terapias que se centran en abordar aspectos cognitivos, sin olvidar los conductuales, formalizando así las aproximaciones clínicas conocidas como cognitivo-conductuales. Estas intervenciones van dirigidas a modificar los eventos cognitivos como un medio para cambiar de algún modo las acciones de la persona que acude a terapia. Finalmente, surge la tercera generación, que plantea una novedosa manera de entender el sufrimiento, partiendo de la consideración otorgada al papel del lenguaje (Hayes, 2004). De este modo, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT por sus siglas en inglés), enmarcada en esta tercera generación, surge como un desarrollo de la Terapia Cognitivo-Conductual. Esta generación apuesta por un cambio de diferente nivel al que proponen las terapias previas. No se centran en la eliminación de los síntomas cognitivos para así alterar la conducta de la persona, sino que se orientan al cambio de la función de los síntomas cognitivos problemáticos a través de la alteración de su contexto (Luciano y Valdivia, 2006).

ACT se puede considerar la terapia más completa de todas aquellas basadas en la aceptación y la atención consciente, denominadas terapias de tercera generación. Hayes (2008) la describe como una ciencia contextual y comportamental, en la que las cogniciones no tienen un papel causal, sino que son consideradas una parte más de las potenciales causas del malestar emocional. Las terapias encuadradas en la tercera ola entienden y valoran la importancia de los pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales, pero el objetivo no es eliminarlos o modificarlos, si no modificar el contexto verbal para que esos eventos privados dejen de funcionar como barreras para la actuación.

ACT se asienta en una posición filosófica funcional, fundamentada en principios conductuales, porque considera que la conducta se tiene que entender en su contexto y su significado contextual. Del mismo modo, su base de sustentación es conductual, pues el objetivo final de su intervención es desarrollar pautas de conducta que funcionen con el cliente, entendiendo por esto acciones que encaminen su vida en una dirección valiosa (Hayes, Strosahl y Wilson, 2012). Así, dicha terapia se considera como la evolución natural del análisis de conducta, cuyo fundamento teórico es el análisis funcional (Kocovski, Fleming, Hawley, Huta y Antony, 2013).

Concretamente, ACT toma como base la Teoría de los Marcos Relacionales (RFT por sus siglas en inglés) para explicar el desarrollo de los trastornos psicológicos, y para

sustentar el funcionamiento de las estrategias terapéuticas. La RFT fue descrita por Hayes, Barnes-Holmes y Roche (2001) como una teoría contextual-funcional del lenguaje y la cognición, que integra la adquisición y funcionalidad del lenguaje con su aplicación práctica. Defiende que las reglas verbales obtenidas en el proceso de adquisición de competencias lingüísticas resultan problemáticas cuando son aplicadas de un modo demasiado rígido o son excesivamente individualizadas (Harley, 2015).

La Terapia de Aceptación y Compromiso ofrece un modo alternativo al tradicional para entender y abordar la psicopatología. Así, es una vía terapéutica distinta para hacer frente a los problemas psicológicos que considera procedentes de una espiral paradójica de evitación experiencial inflexible y limitante. La búsqueda persistente de eventos privados positivos, o el control de los negativos, pueden incrementar el malestar y reducir la capacidad de vivir plenamente. Las terapias conductuales de tercera generación no se centran en la eliminación de síntomas ni en el cambio directo del comportamiento, sino en la modificación de la función de los eventos privados, lo cual se consigue generando unas condiciones concretas. Cuando dicho funcionamiento se altera y se contextualiza en un ámbito que es importante para la persona, ésta aprecia la paradoja de su comportamiento. En ACT se toma conciencia plena y abierta del flujo de eventos privados, y se ayuda a la persona a clarificar sus valores y a comprometerse con ellos aceptando las barreras psicológicas que pudieran surgir. Las paradojas, las metáforas y los ejercicios de exposición plena aquí y ahora son recursos esenciales que ayudan al cambio de dicho contexto, con la finalidad de que la persona acepte los eventos privados para conectar con sus valores personales (Luciano y Valdivia, 2006). ACT fomenta la flexibilidad psicológica, la cual permite al individuo relacionarse con los eventos internos desagradables, suprimiendo la necesidad de luchar en su contra (Harley, 2015).

Los tres pilares básicos de la terapia ACT son, en primer lugar, la aceptación de las experiencias internas consideradas como incontrolables voluntariamente, en segundo lugar, la elección de actuaciones valiosas en la vida, y, por último, la planificación y realización de acciones comprometidas con los propios valores, siempre que sean realistas y concretas (Losada, Márquez-González, Romero-Moreno, López, Fernández-Fernández y Nogales-González, 2014).

Según Hayes, Strosahl y Wilson (2012), los procesos clínicos fundamentales de ACT son los siguientes:

- El mindfulness, como intervención basada en atender de modo consciente al momento presente. La finalidad es que el individuo se centre en el momento presente sin juzgarlo, es decir, separándose de las preocupaciones que le desvíen del aquí y ahora. Dicha posición abierta, aceptante y centrada en el presente hace posible separar los pensamientos, emociones, recuerdos y sensaciones corporales en un sentido del Yo distinto del contenido mental.
- La aceptación, como postura intencionadamente abierta, receptiva, flexible y exenta de juicios, relacionada con el momento presente, que posibilita contactar con las experiencias internas negativas, o con los acontecimientos que puedan desencadenarlas. La aceptación necesita ser flexible y actuar posibilitando la percepción de los fenómenos psíquicos momento a momento, de modo que estén listos en todo momento para formar parte de la conducta, en caso de que fuese necesario. Se puede entender como ‘abrazar’ las experiencias propias presentadas en el momento y tal y como son, porque se ha decidido así voluntariamente.
- La defusión cognitiva, entendida como el establecimiento de contacto directo con los fenómenos verbales como lo que son en realidad, no con lo que dicen ser en función del lenguaje, con la finalidad de ejercer control contextual voluntario. La finalidad es separar los procesos cognitivos del producto cognitivo, equivalente a separar al ‘ser humano’ de ‘la mente’. La separación del proceso verbal-cognitivo de la experiencia directa hace posible que el individuo pueda diferenciarlos, y así cambiar su función. Cuando esta distinción se hace posible, el sujeto puede simplemente presenciar los pensamientos, sentimientos, o sensaciones indeseables sin que regulen involuntariamente su conducta.
- El Yo-como-contexto, separado del Yo-como-concepto, entendido como la posibilidad de alcanzar un modo distinto de consciencia situada en el momento presente y centrada en sí misma. Posibilita que el individuo sea capaz de involucrarse en una situación sin juzgarla, y a los productos de la mente les permite estar simplemente presentes. Es un proceso básico, pues a medida que se desarrolla la distinción entre los pensamientos y el pensador, surge la atención flexible que posibilita otros procesos, como el mindfulness.
- Los valores personales, entendido como aquello que posiciona al individuo hacia un propósito y un significado psicológico, por cuyo motivo se emprenden las

acciones. Representan el propósito último del cliente, y su función es motivar la conducta hacia un fin, superando las posibles adversidades personales que surjan.

- El compromiso, entendido como una acción basada en valores, que tiene lugar aquí y ahora, y que es indisoluble de la pauta de acción concreta que posibilite alcanzar dichos valores. Para mantener el compromiso, en primer lugar es necesario actuar de un modo consistente con los valores, lo cual está vinculado a decisiones concretas, en segundo lugar está hacerlo en todo momento, relacionado con el refuerzo presente, y por último considerarlo parte de una acción más amplia y que crece continuamente.

Concluimos que ACT es un modelo de cambio conductual basado en la aceptación y en el mindfulness, que se ajusta perfectamente a la práctica social porque refleja la perspectiva de la persona contextualizada en su entorno. ACT asume que el dolor, ya sea físico o emocional, es una parte normal en nuestras vidas. Lo que puede influir en nuestras metas es la respuesta mental a ese dolor, ya sea considerándolo parte de nuestra existencia, o, por el contrario, luchando contra él y haciendo un esfuerzo para eliminarlo. De este modo, en lugar de eliminarlo, ACT permite convivir con el sufrimiento, incrementando la flexibilidad psicológica, o la habilidad de enfrentarnos a pensamientos y sentimientos de un modo consciente, sin que tenga lugar una lucha innecesaria (aceptación), y de este modo actuar eficazmente a favor de lo que importa (compromiso) (Boone, 2018).

2. METODOLOGÍA

La metodología empleada en el presente trabajo es una revisión de la literatura. Para localizar los estudios para la investigación se realizó una búsqueda exhaustiva, objetiva y reproducible de trabajos sobre el tema. La búsqueda fue estandarizada y realizada únicamente por una investigadora. En primer lugar, se leyeron los títulos, después los resúmenes y finalmente los artículos íntegros. Para evitar sesgos de selección, se aplicaron rigurosamente los criterios objetivos en la búsqueda bibliográfica.

En la búsqueda bibliográfica de los estudios, se utilizaron fuentes formales, incluyendo la literatura publicada desde enero del año 2000 hasta marzo de 2019. Se realizaron búsquedas computerizadas en las bases de datos ScienceDirect y PsycINFO, y se empleó el buscador de Google Académico. Se emplearon como palabras clave ‘fobia social’, ‘ansiedad social’, ‘aceptación’, ‘compromiso’, ‘social phobia’, ‘social anxiety’, ‘social anxious’, ‘anxious’ ‘act’, ‘acceptance and commitment therapy’, ‘acceptance’, ‘mindfulness’, ‘values’, ‘public speaking anxiety’, ubicadas en el título y en el abstract. También se revisaron estudios relacionados sugeridos por la base de datos ScienceDirect. Por último, se analizaron revisiones sistemáticas publicadas sobre el tema y referencias de los estudios recuperados.

Se empleó como fuente una lista de 289 ensayos de ACT publicados desde 1986 (Hayes, 2019), compuesta por experimentos controlados mediante aleatorización (RCT por sus siglas en inglés), que se extrajo de la web de ACBS (Association for Contextual and Behavioral Science) y que fue presentada por Steven Hayes y actualizada en abril de 2019. Se revisaron artículos en cuyo título aparecían las palabras ‘social anxiety’, ‘social anxiety reduction’ y ‘public speaking anxiety’.

Los criterios de inclusión conceptuales y metodológicos empleados para seleccionar los estudios de la revisión fueron:

- Estudios de intervenciones psicológicas del Trastorno de Ansiedad Social, diagnosticado mediante criterios reconocidos internacionalmente, tales como DSM y/o CIE en cualquiera de sus versiones.
- Estudios de intervenciones psicológicas que incluyan la Terapia de Aceptación y Compromiso, que empleen al menos uno de los siguientes

procesos centrales de ACT: mindfulness, aceptación, compromiso, defusión cognitiva, yo-como-contexto y/o actuaciones a valores.

- Estudios cuya medida de resultado permita identificar la reducción de malestar ante situaciones sociales después del tratamiento.
- Estudios que posean calidad psicométrica, entendiéndose por calidad obtener 5 puntos o más en la escala. (Véase Anexo I).
- Estudios cuyo diseño sean ensayos controlados aleatoriamente (RCT por sus siglas en inglés) en los que el propio diseño controla las variables extrañas, lo que elimina la necesidad de realizar control de sesgos.
- Estudios publicados en inglés o en castellano.

No se incluyeron criterios de edad ni de sexo. No se hizo diferencia entre paciente internado o de ambulatorio. Los estudios se incluyeron independientemente del plazo de seguimiento.

En cuanto al proceso de selección de estudios, consta de una fase inicial en la que se realizó una primera búsqueda bibliográfica empleando las palabras clave anteriormente nombradas. Se extrajeron 19 estudios procedentes de bases de datos electrónicas. De la lista de referencia compuesta por 286 ensayos aleatorizados se rescataron 25 estudios. Además, se identificaron 24 estudios procedentes de títulos relacionados sugeridos por la base de datos ScienceDirect, y otros 16 extraídos de las bibliografías de los estudios. En esta primera fase se excluyen 302 estudios por no incluir palabras clave en el título y/o el abstract. En una segunda fase se procede a la lectura íntegra de los 48 artículos seleccionados, los cuales incluían palabras clave en el título y/o el abstract. De éstos, 32 estudios son excluidos atendiendo a alguna de las siguientes razones: (1) no incluye procesos terapéuticos de ACT, (2) no incluye medidas de resultado de ansiedad social, o (3) no es un ensayo aleatorizado. Finalmente, en una tercera y última fase se incluyen 16 artículos en la revisión, los cuales cumplen íntegramente los criterios de inclusión.

La evaluación de la calidad metodológica se realizó mediante una escala de 9 ítems, elaborada por Olivares, Rosa, Caballo, García-López, Orgilés y López-Gollonet (2003), que incluye los siguientes elementos metodológicos: asignación aleatoria de participantes, tipo de diseño, tamaño muestral del grupo tratado en el postest, mortalidad del grupo tratado en el postest, seguimiento, medida de las mismas variables dependientes

en el pretest y en el postest, calidad de los instrumentos de evaluación, uniformidad del tratamiento y ceguera de los evaluadores y participantes. Cada ítem tiene tres categorías, con un valor de 0, 0'5 y 1. (Véase Anexo I). Se alcanza calidad metodológica de al menos 5 puntos en todos los estudios seleccionados. El diseño es experimental y la asignación de los participantes es aleatoria en todos los estudios. En la mayor parte de los estudios seleccionados, el tamaño muestral del grupo tratado en el postest es mayor de 10, y el seguimiento, es al menos igual o mayor a 6 meses. No se registran casos de mortalidad experimental en el grupo postest. Se presentan las medidas de las mismas variables en el pretest y en el postest. Se utilizan pruebas con garantías psicométricas en todos los estudios, y el tratamiento es uniforme en todos los casos. No existe ceguera de evaluadores y participantes.

Como medida para medir el efecto de interés, es decir, para determinar la efectividad o no del tratamiento, se atiende a la diferencia de proporciones en las medidas de resultado entre los grupos de interés, obtenida a través de los instrumentos de evaluación, que pueden ser autorregistros o cuestionarios.

3. RESULTADOS

Tras tener en cuenta los criterios de inclusión, 16 artículos fueron seleccionados para formar parte de la revisión, contando con un total de 992 participantes. En cuanto a las características de la muestra, los estudios incluyeron principalmente a población adulta, desde los 18 años hasta los 50, excepto un estudio que incluía adolescentes de entre 12 y 16 años. Concretamente, uno de los estudios incluía población universitaria, y otro incluía una población de jóvenes adultos entre 18 y 28 años. La población había demandado en algún momento ayuda profesional relacionada con ansiedad social, fobia a hablar en público o timidez. Los estudios estaban relativamente balanceados en cuanto al género de la muestra. Si algún participante tomaba psicofármacos, se estabilizó la dosis antes y durante la duración del experimento. Sólo en un estudio la muestra reclutada fueron pacientes clínicos, mientras que el resto de las muestras fueron reclutadas a través de contactos y anuncios públicos. Con respecto a la duración del tratamiento, la mayoría de los grupos (75%) recibió entre 10 y 12 sesiones una vez por semana, de al menos 1 hora de duración. Del resto, 1 grupo (6,25%) recibió 8 sesiones una vez por semana, 1 grupo (6,25%) recibió 6 sesiones una vez por semana, 1 grupo (6,25%) recibió 4 sesiones una vez por semana de 1 hora y media cada una, y 1 grupo (6,25%) recibió una única sesión de 3 horas. Con respecto al formato de aplicación, 7 de los estudios (43,75%) emplearon psicoterapia grupal, 7 de los estudios (43,75%) emplearon psicoterapia individual, 1 grupo (6,25%) recibió el tratamiento a través de un medio virtual y 1 grupo (6,25%) recibió tratamiento a través de un libro de autoayuda.

En cuanto a la medida de resultado que emplearon los ensayos, la principal variable recogida para evaluar el resultado terapéutico, que aparece en todos los estudios, fue la ansiedad social, evaluada mediante distintos cuestionarios e inventarios. Según la frecuencia de su uso, se emplearon: The Liebowitz Social Anxiety Scale-Self Rated (LSAS-SR; Liebowitz, 1987) (56,25%); The Social Phobia Scale (SPS; Mattick y Clarke, 1998) (25%); The Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI; Turner, Beidel, Dancu y Stanley, 1989) (25%); The Social Interaction Anxiety Scale (SIAS; Mattick y Clarke, 1998) (18,75%); The Social Phobia Inventory (SPIN; Connor et al., 2000) (18,75%); The Fear Questionnaire (FQ; Marks y Matthews, 1979) (12,5%); Self-Statements During Public Speaking (SSPS; Hofmann y DiBartolo, 2000) (12,5%); The Anxiety Disorders Interview Schedule-IV (ADIS-IV; Brown, DiNardo y Barlow, 1994) (12,5%); The Social

Anxiety and Distress Scale (SADS; Watson y Friend, 1969) (6,25%); Taylor's Manifest Anxiety Scale (Taylor, 1953) (6,25%), Subjective Units of Discomfort Scale (SUDS; Wolpe y Lazarus, 1966) (6,25%) y Personal Report of Confidence as a Speaker-Short Form (PRCS; Hook, Smith y Valentiner, 2008) (6,25%).

Otras medidas de resultado evaluadas, relacionadas con los procesos centrales de ACT, fueron la aceptación, evaluada mediante The Acceptance and Action Questionnaire (AAQ; Hayes, Strosahl, Wilson et al., 2004) (50%); la actuación a valores, evaluada mediante The Valued Living Questionnaire (VLQ; Wilson y Groom, 2002) (18,75%); el mindfulness, evaluado mediante The Freiburg Mindfulness Inventory (FMI; Walach, Buchheld, Büttenmüller, Kleinknecht y Schmidt, 2006) (12,5%), The Mindful Attention and Awareness Scale (MAAS; Brown y Ryan, 2003) (12,5%), The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS; Baer, Smith y Allen, 2004) (6,25%), y The Philadelphia Mindfulness Scale (PHLMS; Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra y Farrow, 2008) (6,25%); el compromiso, evaluado mediante The Willingness Scale (Block y Wulfert, 2000) (6,25%) y con The Daily Willingness Diary (DWD) (6,25%); la defusión, evaluada mediante The Drexel Defusion Scale (DDS; Forman, Herbert y Moitra, 2008) (6,25%) y The Cognitive Fusion Questionnaire (QFQ; Gillanders et al., 2014) (6,25%); y la identificación del yo-como-contexto, evaluada mediante The Multidimensional Locus of Control Scale (MLC; Levenson, 1981) (6,25%), Level of Self-Criticism Scale (LOSC; Thomson and Zuroff, 2004) (6,25%) y The Self Compassion Scale (SCS; Neff, 2003) (6,25%).

Otras medidas de resultado fueron la evitación, evaluada mediante The Fear-Avoidance Questionnaire (F-AQ; Marks & Matthews, 1979) (12,5%) y la calidad de vida, evaluada mediante The Quality of Life Inventory (QOLI; Frisch, 1994) (31,25%), Satisfaction With Life Scale (SWLS; Diener, Emmons, Larsen y Griffin; 1985) (6,75%) y World Health Organization Questionnaire of the Quality of Life (WHOQOL-BREF) (6,25%).

En el siguiente cuadro-resumen se recoge una síntesis de los estudios incluidos en la revisión. En el Anexo II se recogen las referencias ordenadas cronológicamente.

| Estudio | Tratamiento | Proceso central ACT | Duración procedimiento terapéutico | Medida de resultado | Resultados |
|---|---|---|--|--|---|
| (1) Block y Wulfert (2000). N= 11 | ACT vs CBGT | Aceptación, compromiso, actuaciones a valores. | 4 sesiones semanales de 1 hora y media. | SPS; F-AQ; Willingness Scale. | Mejora clínica ansiedad social. Incremento compromiso. |
| (2) Ossman, Wilson, Storaasli, y McNeill (2006). N= 22 | ACT | Aceptación, mindfulness, defusión cognitiva, compromiso, actuaciones a valores. | 10 sesiones de 2 horas cada una | SPAI; AAQ; MLC; VLQ; DWD. | Reducción síntomas ansiedad social. Reducción evitación experiencial. |
| (3) Dalrymple y Herbert (2007). N= 19 | ACT | Aceptación, mindfulness, defusión cognitiva, compromiso, actuaciones a valores. | 12 sesiones semanales de 1 hora | LSAS-SR; SPAI; AAQ; VLQ. | Mejora significativa síntomas de ansiedad social. Reducción evitación experiencial. |
| (4) Kocovski, Fleming, y Rector (2009). N= 42 | MAGT (Mindfulness and Acceptance-based Group Therapy) | Mindfulness, aceptación, compromiso, actuación a valores. ¿Yo como contrxto? | 12 sesiones semanales de 2 horas cada una. | LSAS-SR; SPS; SIAS; SPIN; MAAS; KIMS; AAQ. | Reducción significativa de ansiedad social. Aumento mindfulness. |
| (5) Arch et al. (2012). N= 128 | ACT vs CBT | Mindfulness, aceptación, defusión cognitiva, yo-como-contexto, compromiso, actuación a valores. | 12 sesiones semanales de 1 hora | FA-Q; ADIS-IV; AAQ; QOLI. | Mejora significativa síntomas post-tratamiento. Incremento calidad de vida. |
| (6) England et al. (2012). N= 45 | ABE (Accpetance-based Exposure) vs HAB (Habituation-based Exposure) | Aceptación. Defusión cognitiva, mindfulness, actuaciones a valores. | 6 sesiones semanales | SSPS; PRCS DDS; PHLMS. | Mejora estado ansioso en situaciones sociales. |
| (7) Kocovski, Fleming, Hawley, Huta y Antony (2013). N= 137 | MABGT (Mindfulness and acceptance-based group therapy) vs CBGT | Aceptación, mindfulness, defusión cognitiva, compromiso, actuación con valores. | 12 sesiones semanales de 2 horas cada una | LSAS-SR; SPIN; FMI; SA-AAQ; VLQ. | Mejora clínicamente significativa síntomas. Aumento mindfulness y aceptación. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|--|--|
| (8) Niles, Burklund, Arch, Lieberman, Saxbe, and Craske (2014). N= 71 | ACT vs CBT | Aceptación, mindfulness, defusión cognitiva, yo- como-contexto, compromiso, actuación con valores. | 12 sesiones semanales | SSPS; LSAS-SR; SIAS; SPS; AAQ; QOLI. | Reducción síntomas asociados a reducción de evitación experiencial. |
| (9) Rostami, Veisi, Dehkordi, y Alkasir (2014). N= 40 | ACT | Mindfulness, aceptación, defusión cognitiva, yo- como-contexto, compromiso actuación a valores. | 10 sesiones en grupo de 1 hora cada una | SADS; Taylor's Manifest Anxiety Scale. | Descenso ansiedad social a través del incremento aceptación. |
| (10) Yadegari, Hashemiyan, y Abolmaali (2014). N= 16 | ACT | Mindfulness, aceptación, yo- como-contexto, defusión cognitiva, compromiso, actuación a valores. | 12 sesiones | SPAI. | Reducción significativa ansiedad social post- tratamiento. |
| (11) Glassman et al. (2016). N= 21 | ABBT (Acceptance- based- behavioral- treatment) vs CBT | Aceptación, defusión cognitiva, yo- como-contexto, compromiso, actuación a valores. | Sesión única de 3 horas. | ADIS-IV; SUDS. | Descenso estadísticamen te significativo ansiedad post- tratamiento. |
| (12) Ivanova et al. (2016). N= 152 | ACT | Mindfulness y aceptación. | 10 semanas | LSAS-SR; QOLI. | Mejora clínicamente significativa post- tratamiento. |
| (13) Mesri et al. (2017). N= 49 | ACT vs CBT | Mindfulness, aceptación, defusión cognitiva, actuación a valores. | 12 semanas | LSAS-SR; SIAS; SPS; QOLI. | Control síntomas ansiedad social. Descenso evitación experiencial. Incremento calidad de vida. |
| (14) Gharraee, Tajrishi, Farani, Bolhari, y Farahani (2018). N= 34 | ACT | Mindfulness, aceptación, defusión cognitiva, actuación a valores. | 12 sesiones de 1 hora | LSAS-SR; AAQ; MAAS; WHOQOL- BREF; LOSC. | Reducción intensidad síntomas mediado por reducción inflexibilidad psicológica. Incremento calidad de vida. |

| | | | | | |
|---|--|---|--|---|---|
| (15) Herbert et al. (2018). N= 88 | ACT vs CBT | Yo-como-contexto, compromiso, actuación a valores, defusión cognitiva, mindfulness. | 12 sesiones semanales de 1 hora cada una (las dos primeras sesiones, de una hora y media cada una) | LSAS-SR; SPAI; QOLI. | Mejora significativa síntomas. |
| (16) Kocovski, Fleming, Blackie, MacKenzie, y Rose (2018). N= 117 | MABA (Mindfulness and Acceptance-Based Approach) | Mindfulness, aceptación, defusión cognitiva, actuación a valores. | 8 semanas | LSAS-SR; SPIN; SA-AAQ; FMI; SCS; QFQ; SWLS. | Reducción ansiedad social a través de aceptación y mindfulness. |

Cuadro-resumen de los estudios incluidos en la revisión.

El principal objetivo de esta revisión fue investigar acerca de la eficacia de ACT para el tratamiento de la ansiedad social, concretamente la reducción de malestar ante situaciones sociales. Tras la lectura íntegra de los artículos seleccionados, podemos afirmar que ACT es un protocolo terapéutico efectivo a la hora de intervenir a individuos que sufren Trastorno de Ansiedad Social. Además, la revisión nos permite afirmar que es un procedimiento terapéutico, al menos, igual de efectivo que la intervención a través de Terapia Cognitivo-Conductual, ya que con ambos se alcanzan los objetivos terapéuticos sin encontrar diferencias significativas entre los resultados.

A través de la lectura de los artículos, hemos comprobado que el protocolo terapéutico de ACT se repite en todas las situaciones experimentales. Es un protocolo comportamental que se desarrolla a través de dos partes. Consta de una primera parte de explicación e introducción de cuestiones previas, considerada psicoeducación, que incluye para el sujeto la aceptación de experiencias ansiosas sin juicios al respecto, la defusión cognitiva, la separación del concepto del Yo-como-persona del Yo-como-contexto y la concienciación de vivir en el momento actual para poder alcanzar metas valorables. La segunda parte provee de soluciones a la ansiedad a través del proceso de tratamiento, incluyendo valores específicos, aclarándolos si fuese necesario, y comprometiendo al sujeto con ellos. Concluimos que el protocolo en su conjunto se compone de los elementos que hacen posible el cambio terapéutico, que dan lugar al objetivo terapéutico, el cual no será eliminar la ansiedad, sino alcanzar un nivel superior de flexibilidad psicológica que permita al individuo convivir con la ansiedad.

Sin embargo, sin ser objetivo directo, se produce una reducción de síntomas tras la intervención con ACT, mediante la disminución de la evitación experiencial, que se refiere a la evitación de experiencias internas no confortables. ACT implica de manera directa a la evitación experiencial en las sesiones de intervención, a través de la exposición que permite al sujeto vivir una vida valorable, teniendo efecto sobre la concienciación a experimentar experiencias internas no confortables. ACT reduce los intentos de controlar las experiencias internas negativas, y en su lugar incrementa el compromiso hacia experimentar dichas sensaciones para así buscar comportamientos que sean valorables. De este modo, la reducción de síntomas se considera un resultado secundario a la adquisición de flexibilidad psicológica.

En resumen, ACT es significativamente efectiva en reducir la inflexibilidad psicológica, lo cual posibilita el objetivo principal de reducir el malestar ante situaciones sociales, y de este modo, de un modo indirecto, en la etapa de seguimiento se produce la reducción de síntomas de ansiedad social. Tras el tratamiento, el sujeto incrementa sus niveles de mindfulness, autocompasión y la calidad de vida, esta última mediante la focalización explícita en una vida valiosa. ACT ayuda a la persona a aceptar sus pensamientos ansiosos y la angustia asociada, y así tomar acción para conseguir objetivos valorables y dejar de lado su evitación. ACT hace que el sujeto logre crear nuevas relaciones con la ansiedad y las emociones que le genera, por lo que se permite experimentar la ansiedad como una emoción más. Esta defusión cognitiva y la consiguiente reducción de la evitación experiencial conduce a un incremento de la flexibilidad psicológica y la posterior disminución de síntomas ansiosos en la condición de seguimiento. Por lo tanto, los principales procesos de cambio que emplea ACT son la expansión de los comportamientos individuales en presencia de ansiedad y la realización de acciones valiosas en presencia de emociones negativas.

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Con respecto a la revisión de la información, los principales problemas con los que me he encontrado han sido los siguientes: en primer lugar, existen limitaciones en la información derivadas de la dificultad de comparar resultados. Si bien se ha logrado homologar los estudios que empleaban las mismas medidas de resultado, los resultados no son completamente comparables. Sin embargo, han servido para estimar la dirección general del resultado terapéutico, que es en la totalidad de los casos de mejoría de los síntomas. En segundo lugar, los estudios recuperados, y por tanto los resultados hallados, son procedentes de otros países y están recogidos en lengua inglesa, lo que da a entender la inexistencia de estudios de este tipo en nuestro idioma. Esto quiere decir que en España se tiene escasa información sobre la incidencia de estas terapias en nuestra población clínica. A pesar de las limitaciones metodológicas, se puede sostener que ACT es un procedimiento terapéutico válido para el tratamiento de la ansiedad social. Se necesitan revisiones más rigurosas para consolidar estos hallazgos.

Este trabajo aporta la identificación, revisión y descripción de las fuentes de información disponibles sobre el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Social desde la perspectiva terapéutica de la Terapia de Aceptación y Compromiso. El principal objetivo ha sido identificar la información suficiente para poder estimar la efectividad de dicho procedimiento terapéutico. Esto es importante para planificar tratamientos enfocados en la novedosa tercera ola terapéutica, la cual pretende superar los puntos débiles que caracterizan a otras terapias.

Tras la lectura de los artículos, podemos concluir que la intervención psicoterapéutica, tanto desde la perspectiva de ACT como la de la Terapia Cognitivo-Conductual, permite alcanzar el objetivo final consistente en la reducción del malestar ante situaciones sociales, sin encontrar diferencias significativas entre ambos enfoques. De acuerdo con los fundamentos conceptuales de cada tratamiento, en el estudio de Block y Wulfert (2000) se identificó que el objetivo de la Terapia Cognitivo-Conductual es el descenso de los síntomas ansiosos, mediado por el cambio de las creencias individuales sobre la situación temida a través de técnicas de eliminación de pensamientos negativos. Por otro lado, el objetivo de ACT fue identificado como el compromiso hacia comportamientos valiosos sin importar el nivel de ansiedad existente, que se consigue gracias a técnicas de cambio de la función de los pensamientos negativos.

La eficacia terapéutica del modelo de ACT reside en conseguir que el sujeto tome conciencia de sus pensamientos, sentimientos y sensaciones en el momento presente, y sin juzgarlos, los acepte tal y como son. Los individuos aprenden a incrementar la aceptación mental de sus experiencias internas y a enfrentarse a sus problemas comprometiéndose con los propios objetivos personales. El terapeuta hace que la persona entienda que esos comportamientos no son malos, sino que existen en ellos, siendo ellos los únicos responsables. Así, el individuo continúa experimentando los pensamientos y emociones, pero ahora lo hace sin juzgarlos, con aceptación. ACT, a través del incremento de la flexibilidad psicológica, es efectiva en el tratamiento de la ansiedad social. Esto se consigue haciendo posible que el sujeto tenga diferentes opciones para comportarse mientras se comunica, sin sentirse preocupado sobre la aprobación o no de los que le rodean. Esto se hace posible cuando aceptan de un modo consciente sus pensamientos intrusivos y actúan en consonancia a sus valores, los cuales son lo más importante que hay en sus vidas (Yadegari et al., 2014).

Aunque la Terapia Cognitivo-Conductual esté empíricamente validada para un amplio rango de patologías, existen estudios que sugieren que tiene efectos moderados en cuanto a su aplicación en ansiedad social, ya que un significativo número de sujetos no mejoran, o presentan síntomas residuales después del tratamiento. En el estudio de Glassman et al. (2016), se hipotetiza que la Terapia Cognitivo-Conductual emplea técnicas de cambio que requieren mayor esfuerzo cognitivo, como reestructuración cognitiva, lo cual puede interferir negativamente en el desempeño del habla en público. Por el contrario, las terapias basadas en la aceptación dejan libre los recursos cognitivos, y se centran en observar la propia actuación durante el momento del desarrollo del discurso. Para comprobar dicha hipótesis, en ese mismo estudio se emplearon técnicas de neuroimagen para registrar el patrón de activación cerebral durante la exposición al estímulo temido, que en este caso era hablar en público. En la condición de ACT, se tiende a observar un descenso en el volumen sanguíneo en el córtex prefrontal dorsolateral derecho, asociado con funciones del lenguaje, lo cual supondría liberar recursos implicados en la memoria de trabajo, mientras que en la condición de Terapia Cognitivo-Conductual, se tiende a observar un incremento del volumen sanguíneo en dicha área.

ACT incluye exposición, pero su objetivo no es reducir el miedo o la ansiedad, sino estar abierto tanto a la situación temida como a los eventos privados que surgen durante la misma (Mesri et al., 2017). De este modo contrasta con la Terapia Cognitivo-

Conductual, en el que las exposiciones son una estrategia crítica para conseguir el objetivo principal de aliviar los síntomas. La conexión entre exposición y objetivo del tratamiento es eliminada en ACT, y se convierte en un enfoque más hacia la vida valiosa. La habilidad de ser plenamente consciente de las propias experiencias, así como la aceptación y la defusión, propias de este enfoque, pueden incrementar la capacidad del individuo de beneficiarse del tratamiento de exposición (England et al., 2012). Con la ayuda del terapeuta, los individuos reconocen el rol que la evitación experiencial tiene en el mantenimiento del trastorno (Gharraee, Tajrishi, Farani, Bolhari y Farahani, 2018).

Por otro lado, Arch et al. (2012) hipotetizaron que el enfoque en la actuación orientada a valores, característica de ACT, conlleva mayores incrementos en la medida de calidad de vida.

Desde el punto de vista de medida de resultados, los individuos que son tratados con intervenciones terapéuticas Cognitivo-Conductuales suelen referir mayores mejoras en medidas de autoinforme y registros clínicos, y una ligera mejoría en el desempeño social observado. Los individuos intervenidos mediante ACT parecen referir mayores mejoras en rendimiento comportamental, con el costo de una menor percepción de mejoría de síntomas autorregistrados (Herbert et al., 2018).

Aunque la eliminación de síntomas de ansiedad no es un objetivo directo de ACT, los niveles descienden después del tratamiento, y la reducción se mantiene en el tiempo. En su estudio, Ossman, Wilson, Storaasli, y McNeill (2006) identificaron una correlación positiva entre la disminución de la evitación experiencial y el descenso de los síntomas fóbicos. En los resultados de su estudio, Dalrymple y Herbert (2007) llegaron a la conclusión de que los cambios tempranos en procesos centrales de ACT, tales como la aceptación, el compromiso hacia la exposición y las actuaciones a valores (Niles et al., 2014) predecían el cambio en la severidad de los síntomas. Así, el descenso de la medida de los síntomas de ansiedad social en la condición de ACT puede identificarse en la evaluación de seguimiento a partir de los 3 meses (Kocovski et al., 2009), continúa disminuyendo hasta los 6 meses, y se alcanza la remisión de síntomas a los 12 meses (Arch et al., 2012).

Un hallazgo inesperado de Kocovski et al. (2013), fue que en la condición de Terapia Cognitivo-Conductual también se incrementaron los niveles de mindfulness y aceptación, aunque sus procesos no estuviesen directamente relacionados. Se entiende que la

reestructuración cognitiva puede generar respuestas racionales similares a las de ACT antes de la exposición. Niles et al. (2014) también encontraron que las cogniciones negativas disminuyeron más rápidamente en ACT, lo cual es sorprendente porque ACT no tiene como objetivo directo el cambio de patrones de pensamiento. La defusión cognitiva empleada en ACT y la exposición comportamental empleada en la Terapia Cognitivo-Conductual parecen ser los causantes del descenso de los pensamientos negativos.

Finalmente, se puede concluir que tanto ACT como la Terapia Cognitivo-Conductual producen un cambio similar, dando lugar a la equivalente mejora diagnóstica y estado de funcionamiento. Las terapias se solapan en cuanto efectos a nivel cognitivo. Aunque ambos procedimientos terapéuticos persigan diferentes objetivos, alcanzan el mismo fin de reducir la ansiedad social y mejorar el desempeño hablando en público, a través de mecanismos diferentes.

Esta revisión permite engrosar la literatura que apoya el tratamiento de la ansiedad social por medio de terapias basadas en el mindfulness y la aceptación, encuadradas en la tercera ola. También examina los posibles mecanismos de cambio, que serían los citados procesos clínicos fundamentales de ACT.

5. BIBLIOGRAFÍA

Arch, J., Eifert, G. H., Davies, C., Plumb, J. C., Rose, R. D., y Craske, M. G. (2012). Randomized clinical trial of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) versus Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(5), 750-765.

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (Quinta edición). Madrid: Editorial Médica Pamamericana.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.

Block, J. A., y Wulfert, E. (2000). Acceptance or change: Treating socially anxious college students with ACT or CBGT. *The Behavior Analyst Today, 1*, 3-10.

Boone, M. (2018). An ACT Approach to Social Work-Raleigh. North Carolina, USA: Official website of the Association for Contextual Behavioral Science. Recuperado de https://contextualscience.org/event/an_act_approach_to_social_work_raleigh

Camacho, I. (2005). Consumo de alcohol en universitarios: relación funcional con los factores sociodemográficos, las expectativas y la ansiedad social. *Acta Colombiana de Psicología, 8*(1), 91-119.

Codd, R., Twohig, M. P., Crosby, J. M., y Enno, A. (2011). Treatment of three anxiety disorder cases with acceptance and commitment therapy in private practice. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 25*, 203-217.

Contreras, F., Espinosa, J. C., Esguerra, G., Haikal, A., y Rodríguez, A. (2005). Autoeficacia, ansiedad y rendimiento académico en adolescentes. *Perspectivas en psicología 1*(2), 183 - 194.

Dalrymple, K. L., y Herbert, J. D. (2007). Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder: A pilot study. *Behavior Modification, 31*(5), 543-568.

Damasio, A. (2003). *Alla ricerca di Spinoza: emozioni, sentimenti e cervello*. Italia: Adelphi.

England, E. L., Herbert, J. D., Forman, E. M., Rabin, S. J., Juarascio, A., y Goldstein, S. P. (2012). Acceptance-based exposure therapy for public speaking anxiety. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1, 66-72.

Forman, E., Herbert, J., Moitra, E., Yeomans, P. y Geller, P. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*. 31(6), 772-799.

Furmark, T., Tillfors, M., Marteinsdottir, I., Fischer, H., Pissiota, A., Långström, B., y Fredrikson, M. (2002). Common changes in cerebral blood flow in patients with social phobia treated with citalopram or cognitive-behavioral therapy. *Archives of general psychiatry*, 59(5), 425-433.

García-García, E., Rosa-Alcázar, A., y Olivares-Olivares, P. (2011). Terapia de exposición mediante realidad virtual e Internet en el Trastorno de Ansiedad/Fobia Social: Una revisión cualitativa. *Terapia Psicológica*. 29(2), 233-243.

García, J. A. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT) como desarrollo de la terapia cognitivo conductual. *EduPsykhé*, 5(2), 287-304.

García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2016). Capítulo 6: Depresión. En En Comeche, M. I., y Vallejo, M. A. (Eds.), *Manual de terapia de conducta en la infancia* (pp. 225-272). Madrid: Dykinson.

Gharraee, B., Tajrishi, K. Z., Farani, A. R., Bolhari, J., y Farahani, H. (2018). The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for Social Anxiety Disorder. *International Journal of Life Science and Pharma Research*, 8(4), 1-9.

Glassman, L. H., Forman, E. M., Herbert, J. D., Bradley, L. E., Foster, E. E., Izzetoglu, M., y Ruocco, A. C. (2016). The effects of a brief Acceptance-Based Behavioral Treatment versus Traditional Cognitive-Behavioral Treatment for Public Speaking Anxiety: An exploratory trial examining differential effects on performance and neurophysiology. *Behavior Modification*, 40(5), 748-776.

Harley, J. (2015). Bridging the Gap between Cognitive Therapy and Acceptance and Commitment Therapy (ACT). *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 193, 121-140.

Hayes, S. (2019). ACT Randomized Controlled Trials since 1986. Jenison, USA: Official website of the Association for Contextual and Behavioral Science. Recuperado de https://contextualscience.org/ACT_Randomized_Controlled_Trials

Hayes, S. C. (2008). Climbing our Hills: A Beginning Conversation on the Comparison of Acceptance and Commitment Therapy and Traditional Cognitive Behavior Therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(4), 286-295.

Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D., y Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition*. New York, USA: Springer Science & Business Media.

Hayes, S. C., Strosahl, K., y Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy. The Process and Practice of Mindful Change*, New York, USA: Desclée de Brouwer.

Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M., y Hildebrandt, M. (2011). Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 141-168.

Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., Schneier, F. R., Holt, C. S., Welkowitz, L. A., Juster, H. R., Campeas, R., Bruch, M. A., Cloitre, M., Fallon, B., y Klein, D. F. (1998). Cognitive behavioral group therapy vs phenelzine therapy for social phobia: 12-week outcome. *Archives of General Psychiatry*, 55(12), 1133-1141.

Heman, A. (2007). Capítulo 1: Principios básicos de la terapia cognitivo-conductual. En Hernández, N. A., y Sánchez, J. C. (Eds.), *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud* (pp 9-58). México: LibrosEnRed.

Herbert, J. D., Forman, E. M., Kaye, J. L., Gershkovich, M., Goetter, E., Yuen, E. K., Glassman, L., Goldstein, S., Hitchcock, P., Tronieri, J. S., Berkowitz, S., y Marando-Blanck, S. (2018). Randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavior therapy for social anxiety disorder: Symptomatic and behavioral outcomes. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 9, 88-96.

Ivanova, E., Lindner, P., Ly, K. H., Dahlin, M., Vernmark, K., Andersson, G., y Carlbring, P. (2016). Guided and unguided Acceptance and Commitment Therapy for social anxiety disorder and/or panic disorder provided via the Internet and a smartphone application: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 44, 27-35.

Kocovski, N. L., Fleming, J. E., Blackie, R. A., MacKenzie, M. B., y Rose, A. L. (2018). Self-help for social anxiety: Randomized controlled trial comparing a mindfulness and acceptance-based approach with a control group. *Behavior Therapy*.

Kocovski, N. L., Fleming, J. E., Hawley, L. L., Huta, V., y Antony, M. M. (2013). Mindfulness and acceptance-based group therapy versus traditional cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 51(12), 889-898.

Kocovski, N. L., Fleming, J. E., y Rector, N. A. (2009). Mindfulness and Acceptance-Based Group Therapy for Social Anxiety Disorder: An open trial. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 276-289.

Kodal, A., Fjermestad, K., Bjelland, I., Gjestad, R., Öst, L. G., Bjaastad, J. F., Haugland, B. S. M., Havik, O. E., Heiervang, E., y Wergeland, G. J. (2018). Long-term effectiveness of cognitive behavioral therapy for youth with anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders*, 53, 58-67.

Losada, A., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., López, J., Fernández-Fernández, V., y Nogales-González, C. (2015). Atendiendo a las variadas problemáticas de los cuidadores familiares de personas con demencia: aportaciones de la terapia cognitivo-conductual y de la terapia de aceptación y compromiso. *Clínica y Salud*, 1, 41-48.

Luciano, M. C., y Valdivia, M. S. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79-91.

Méndez, F. X., Orgilés, M., y Espada, J. P. (2016). Capítulo 3: Miedos y fobias infantiles. En Comeche, M. I., y Vallejo, M. A. (Eds.), *Manual de terapia de conducta en la infancia* (pp. 109-146). Madrid: Dykinson.

Mesri, B., Niles, A. N., Pittig, A., LeBeau, R. T., Haik, E., y Craske, M. G. (2017). Public speaking avoidance as a treatment moderator for social anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 55, 66-72.

Niles, A. N., Burklund, L. J., Arch, J. J., Lieberman, M. D., Saxbe, D., y Craske, M. G. (2014). Cognitive mediators of treatment for social anxiety disorder: comparing Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy. *Behavior Therapy*, 45, 664-677.

Olivares, J., Rosa, A. I., Caballo, V. E., García-López, L. J., Orgilés, M., y López-Gollonet, C. (2003). El tratamiento de la fobia social en niños y adolescentes: una revisión meta-analítica. *Psicología Conductual*, 11(3), 599-622.

Orgilés, M., Espada, J. P., y Méndez, F. X. (2016). Capítulo 4: Trastornos de ansiedad infantil. En Comeche, M. I., y Vallejo, M. A. (Eds.), *Manual de terapia de conducta en la infancia* (pp. 147-188). Madrid: Dykinson.

Ossman, W. A., Wilson, K. G., Storaasli, R. D., y McNeill, J. W. (2006). A preliminary investigation of the use of Acceptance and Commitment Therapy in group treatment of Social Phobia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6(3), 397-416.

Rostami, M., Veisi, N., Dehkordi, F. J., y Alkasir, E. (2014). Social Anxiety in students with learning disability: Benefits of Acceptance and Commitment Therapy. *Research Papers*, 2(4), 299-306.

Spence, S. H., y Rapee, R. M. The etiology of social anxiety disorder: An evidence-based model. (2016). *Behavior Research and Therapy*, 86, 50-67.

Spielberger, C. D. (2010). State-Trait Anxiety Inventory. *The Corsini Encyclopedia of Psychology*.

Yadegari, L., Hashemiyan, K., y Abolmaali, K. (2014). Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Young People with Social Anxiety. *International Journal of Scientific Research in Knowledge*, 2(8), 395-403.

ANEXOS

ANEXO I. Escala para la evaluación de la calidad metodológica.

| ÍTEMES | CATEGORÍAS | VALOR |
|---|--|-------|
| 1. Asignación aleatoria de los participantes | • No, y sin control de variables confundentes | 0 |
| | • No, pero con control de variables confundentes | 0,5 |
| | • Sí | 1 |
| 2. Tipo de diseño | • Pre-experimental | 0 |
| | • Cuasi-experimental | 0,5 |
| | • Experimental | 1 |
| 3. Tamaño muestral del grupo tratado en el postest | • $n < 6$ | 0 |
| | • $n \leq 9$ | 0,5 |
| | • $n \geq 10$ | 1 |
| 4. Mortalidad experimental del grupo tratado en el postest | • Igual o mayor del 30% | 0 |
| | • Menor del 30% | 0,5 |
| | • No hubo mortalidad | 1 |
| 5. Seguimiento | • Menor de 6 meses | 0 |
| | • Entre los 6 y 11 meses | 0,5 |
| | • 12 ó más meses | 1 |
| 6. Medida de las mismas variables dependientes en el pretest y en el postest | • No se presentan todas | 0 |
| | • Sí, excepto una de ellas | 0,5 |
| | • Sí se presentan todas | 1 |
| 7. Calidad de los instrumentos de evaluación | • Se utilizan pruebas sin garantías psicométricas | 0 |
| | • Se utilizan pruebas con garantías psicométricas | 0,5 |
| | • Como el anterior, pero se utiliza al menos un instrumento objetivo | 1 |
| 8. Uniformidad del tratamiento | • Los sujetos no reciben el tratamiento en las mismas condiciones | 0 |
| | • Los sujetos reciben el tratamiento en las mismas condiciones | 1 |
| 9. Ceguera de los evaluadores y participantes | • No existe ciego | 0 |
| | • Simple ciego | 0,5 |
| | • Doble ciego | 1 |

Criterios de calidad metodológica (Olivares, Rosa, Caballo, García-López, Orgilés y López-Gollonet; 2003).

ANEXO II. Estudios incluidos en la revisión ordenados cronológicamente.

- (1) Block, J. A., y Wulfert, E. (2000). Acceptance or change: Treating socially anxious college students with ACT or CBGT. *The Behavior Analyst Today*, 1, 3-10.
- (2) Ossman, W. A., Wilson, K. G., Storaasli, R. D., y McNeill, J. W. (2006). A preliminary investigation of the use of Acceptance and Commitment Therapy in group treatment of Social Phobia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6(3), 397-416.
- (3) Dalrymple, K. L., y Herbert, J. D. (2007). Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder: A pilot study. *Behavior Modification*, 31(5), 543-568.
- (4) Kocovski, N. L., Fleming, J. E., y Rector, N. A. (2009). Mindfulness and Acceptance-Based Group Therapy for Social Anxiety Disorder: An open trial. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 276-289.
- (5) Arch, J., Eifert, G. H., Davies, C., Plumb, J. C., Rose, R. D., y Craske, M. G. (2012). Randomized clinical trial of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) versus Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(5), 750-765.
- (6) England, E. L., Herbert, J. D., Forman, E. M., Rabin, S. J., Juarascio, A., y Goldstein, S. P. (2012). Acceptance-based exposure therapy for public speaking anxiety. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1, 66-72.
- (7) Kocovski, N. L., Fleming, J. E., Hawley, L. L., Huta, V., y Antony, M. M. (2013). Mindfulness and acceptance-based group therapy versus traditional cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, 51, 889-898.
- (8) Niles, A. N., Burklund, L. J., Arch, J. J., Lieberman, M. D., Saxbe, D., y Craske, M. G. (2014). Cognitive mediators of treatment for social anxiety disorder: comparing Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy. *Behavior Therapy*, 45, 664-677.
- (9) Rostami, M., Veisi, N., Dehkordi, F. J., y Alkasir, E. (2014). Social Anxiety in students with learning disability: Benefits of Acceptance and Commitment Therapy. *Research Papers*, 2(4), 299-306.

- (10) Yadegari, L., Hashemiyan, K., y Abolmaali, K. (2014). Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Young People with Social Anxiety. *International Journal of Scientific Research in Knowledge*, 2(8), 395-403.
- (11) Glassman, L. H., Forman, E. M., Herbert, J. D., Bradley, L. E., Foster, E. E., Izzetoglu, M., y Ruocco, A. C. (2016). The effects of a brief Acceptance-Based Behavioral Treatment versus Traditional Cognitive-Behavioral Treatment for Public Speaking Anxiety: An exploratory trial examining differential effects on performance and neurophysiology. *Behavior Modification*, 40(5), 748-776.
- (12) Ivanova, E., Lindner, P., Ly, K.H., Dahlin, M., Vernmark, K., Andersson, G., y Carlbring, P. (2016). Guided and unguided Acceptance and Commitment Therapy for social anxiety disorder and/or panic disorder provided via the Internet and a smartphone application: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 44, 27-35.
- (13) Mesri, B., Niles, A. N., Pittig, A., LeBeau, R. T., Haik, E., y Craske, M. G. (2017). Public speaking avoidance as a treatment moderator for social anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 55, 66-72.
- (14) Gharraee, B., Tajrishi, K. Z., Farani, A. R., Bolhari, J., y Farahani, H. (2018). The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for Social Anxiety Disorder. *International Journal of Life Science and Pharma Research*, 8(4), 1-9.
- (15) Herbert, J. D., Forman, E. M., Kaye, J. L., Gershkovich, M., Goetter, E., Yuen, E. K., Glassman, L., Goldstein, S., Hitchcock, P., Tronieri, J. S., Berkowitz, S., y Marando-Blanck, S. (2018). Randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavior therapy for social anxiety disorder: Symptomatic and behavioral outcomes. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 9, 88-96.
- (16) Kocovski, N. L., Fleming, J. E., Blackie, R. A., MacKenzie, M. B., y Rose, A. L. (2018). Self-help for social anxiety: Randomized controlled trial comparing a mindfulness and acceptance-based approach with a control group. *Behavior Therapy*.