

INTERVENCIÓN EN EL TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL A TRAVÉS DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Laura García-Pérez y Sonsoles Valdivia-Salas
Universidad de Zaragoza (España)

Resumen

El objetivo de la presente revisión sistemática fue examinar la eficacia de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en el tratamiento del trastorno de ansiedad social (TAS). Se realizó una búsqueda exhaustiva en distintas bases de datos, incluyendo, tras la aplicación de diversos criterios, un total de ocho estudios realizados entre los años 2005 y 2016. En tres de ellos se mostró la eficacia de la ACT para reducir la sintomatología fóbica y la inflexibilidad psicológica. En los otros cinco, ensayos controlados aleatorizados, se demostró que la ACT y la terapia cognitivo conductual (TCC) producían efectos similares al final del tratamiento y en el seguimiento. En algunos casos también se observó que la ACT mejoraba los resultados de la TCC en adherencia al tratamiento y en la calidad de vida. El TAS muestra mejoras tras la aplicación de la ACT en todos los estudios analizados en esta revisión, en línea con revisiones anteriores. Se discuten las debilidades de las pruebas acumuladas hasta la fecha sobre la eficacia de la ACT para el tratamiento del TAS y se proponen líneas de trabajo futuro.

PALABRAS CLAVE: *ansiedad social, terapia de aceptación y compromiso, terapia cognitivo conductual, adultos.*

Abstract

The purpose of this systematic review was to examine the efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) applied to the treatment of social anxiety disorder (SAD). An exhaustive search was carried out in different databases. After the application of a number of inclusion and exclusion criteria, a total of eight studies conducted between 2005 and 2016 were obtained and then reviewed. In three of these studies, ACT proved efficacious in reducing phobic symptoms and psychological inflexibility. The remaining five, which employed randomized controlled trial design, showed that ACT and cognitive behavioral therapy (CBT) produce similar improvements both at post-treatment and during the follow-up. In some cases, ACT produced better treatment adherence and self-reported quality of life than CBT. All in all, every study included in this paper reported improvements in TAS after ACT, in line with previous evidence. Results are discussed in terms of the strengths and weaknesses of the evidence accumulated so far, and new directions for research are suggested.

KEY WORDS: *social anxiety, acceptance and commitment therapy, cognitive-behavioral therapy, adults.*

Introducción

El trastorno de ansiedad social (TAS), también conocido como fobia social, es el trastorno de ansiedad que tradicionalmente ha pasado más desapercibido. Paradójicamente, sin embargo, el TAS es uno de los tres trastornos psiquiátricos más prevalentes después de la depresión y el abuso de sustancias, y el más común dentro de los trastornos de ansiedad (Stein y Stein, 2008). Suele aparecer antes que el resto de trastornos de ansiedad, sobre todo en la adolescencia, entre los 11 y los 20 años (Sandín *et al.*, 2002), aunque en contadas ocasiones puede observarse en la infancia (en torno a los 8 años), de tal manera que es considerado uno de los trastornos más diagnosticados en esta etapa de la vida (García-López, Piqueras, Díaz-Castela e Inglés, 2008). La proporción es similar entre mujeres y hombres en poblaciones clínicas, aunque en la población general, su ocurrencia es más probable en mujeres. Determinar su prevalencia es complicado, puesto que aproximadamente el 10% de la población muestra algunos síntomas. Sin embargo, sólo entre un 2 y un 4% padece el trastorno propiamente dicho (APA, 2014; Bruce y Atezaz, 1999; Caballo, Andrés y Bas, 2002; García-López, 2008; OMS, 1992; Salaberría y Echeburúa, 2003). Además, en la clínica se observa cada vez con más frecuencia su comorbilidad con otros trastornos de ansiedad, con el trastorno depresivo, con el abuso de sustancias, e incluso, con el trastorno de la personalidad por evitación (APA, 2014; Bruce y Atezaz, 1999; Salaberría y Echeburúa, 2003). Como resultado, en las últimas décadas se ha producido un aumento en el interés por este trastorno y, en consecuencia, en la investigación sobre el mismo (Bruce y Atezaz, 1999; Caballo *et al.*, 2002; Heimberg, Liebowitz, Hope y Schneider, 2000).

El TAS se define como el miedo que experimenta una persona al exponerse a determinadas situaciones sociales en las cuales puede ser juzgada o evaluada de forma negativa por los demás (APA, 2014; Sandín y Chorot, 2009). La característica más distintiva de estos sujetos es el temor que experimentan a someterse al escrutinio que los demás harán de él y es por esta particularidad que el TAS recibe este nombre, ya que solo se dan dificultades cuando las conductas se producen en contextos sociales, no observándose el problema en contextos privados (Caballo, Salazar, García-López, Iruña y Arias, 2014; García-López *et al.*, 2008; Heimberg *et al.*, 2000).

Esta patología presenta una serie de síntomas, tanto psicofisiológicos como conductuales y cognitivos. Dentro de los síntomas psicofisiológicos podemos encontrar sudoración, temblor, taquicardias o rubor facial. En muchas ocasiones, estos síntomas son vividos como el problema principal, ya que su experimentación lleva a las personas a sentirse incapacitadas ante situaciones sociales y, al mismo tiempo, a verse a ellas mismas como incompetentes (Caballo *et al.*, 2002; Heimberg *et al.*, 2000; Salaberría y Echeburúa, 2003).

Los síntomas cognitivos hacen referencia a todos los pensamientos relacionados con el miedo excesivo a la desaprobación y las críticas que puedan recibir por parte de los demás. Este miedo es el que diferencia la ansiedad social de otras fobias, ya que en la ansiedad social lo que se ve amenazada es la propia

autoestima de la persona y su integridad psicológica (Caballo *et al.*, 2002; Heimberg *et al.*, 2000; Salaberría y Echeburúa, 2003).

Por último, los síntomas conductuales más característicos de este trastorno son las conductas de escape y evitación de las situaciones temidas. Sin embargo, muchas veces la evitación se da como un comportamiento pasivo ante situaciones sociales, lo que hace que pase desapercibida. Además, pueden aparecer muecas, rigidez facial o incluso conductas de comprobación para verificar si se está sonrojado. Todo ello puede llevar a un aislamiento social que produce una gran incapacidad a la hora de satisfacer las necesidades relacionadas con el ámbito académico y laboral, así como en las relaciones íntimas (Bruce y Atezaz, 1999; Caballo *et al.*, 2002; Heimberg *et al.*, 2000; Salaberría y Echeburúa, 2003).

La ansiedad social suele presentar un curso crónico, pero en muchos de los casos no demasiado invalidante (Salaberría y Echeburúa, 2003). Aunque existen diversas clasificaciones de las fobias sociales, por lo general todas ellas coinciden en considerar las fobias sociales específicas, las cuales solo se observarían ante situaciones o personas determinadas; y las fobias sociales generalizadas, en las cuales estarían implicadas todas las situaciones sociales a las que se expone el sujeto fuera del contexto familiar más cercano (Caballo *et al.*, 2002; Quero, Baños, Botella y Gallardo, 2003; Sandín *et al.*, 2002). No obstante, el DSM-5 (APA, 2014) plantea únicamente una variedad de fobia social, como es el subtipo de "sólo actuación", algo criticado por diferentes autores (p. ej., Caballo *et al.*, 2014).

La terapia de elección del TAS es la terapia cognitivo conductual (TCC) (Luterek, Eng y Heimberg, 2003), concretamente las técnicas de exposición en vivo. No obstante, éstas suelen combinarse con técnicas de reestructuración cognitiva para eliminar las expectativas negativas, redirigir la atención hacia otros estímulos y suprimir los pensamientos catastróficos y desproporcionados en torno a la interacción social (Caballo *et al.*, 2002; Salaberría y Echeburúa, 2003).

A día de hoy, la TCC convive con otras terapias de conducta en el tratamiento del TAS. Especialmente relevante en esta revisión es la terapia de aceptación y compromiso (*acceptance and commitment therapy*, ACT) (Hayes, Strosahl y Wilson, 2014). La ACT pertenece a lo que se ha venido a denominar tercera generación de terapias de conducta (Hayes, 2014), que en términos generales se centran en la aceptación psicológica de lo que no se puede cambiar (Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, McHugh y Hayes, 2004) y en la construcción de un nuevo repertorio. Filosóficamente, la ACT se alinea con el contextualismo funcional en tanto que (1) recupera el énfasis en el contexto como el "lugar" donde hallar las causas de la psicopatología (Luciano, Rodríguez-Valverde y Gutiérrez, 2004; Pérez, 2014) y (2) establece la función de la conducta, su para qué, como el criterio diagnóstico fundamental. En línea con esto último, desde la ACT se habla de inflexibilidad psicológica (IP) como una dimensión patológica transdiagnóstica presente en una gran variedad de trastornos psicológicos, tales como abuso de sustancias, los trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y el dolor crónico, hasta el punto de considerarse un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de una psicopatología (Kashdan, Barrios, Forsyth y Steger, 2006).

La IP ocurre cuando el individuo no está dispuesto a permanecer en contacto con eventos privados que se viven de manera aversiva (p. ej., sensaciones

corporales desagradables, emociones negativas, pensamientos obsesivos, recuerdos traumáticos) y se comporta con el objetivo de alterar la forma y frecuencia de estos eventos privados y los contextos que los ocasionan. La IP puede llegar a convertirse en problemática si estos intentos deliberados por cambiar la emoción interfieren con otras respuestas que, si se emitieran, situarían al individuo en una dirección vital de valor personal.

La IP ocurre como resultado de la fusión cognitiva y la evitación experiencial (Valdivia-Salas, Martín-Albo, Lombas, Zaldívar y Jiménez, 2017). La fusión cognitiva es el proceso por el cual los individuos se dejan llevar por el contenido literal de sus pensamientos y emociones actuando en la dirección que estos marcan, en lugar de tratarlos como estados internos pasajeros. El resultado es una vida limitada con escasa satisfacción vital. La IP se cronifica debido a las contingencias a corto plazo de la evitación/control del malestar, esto es, los intentos de control alivian inmediatamente el malestar quedando el comportamiento de evitación o escape reforzado negativamente. El problema es que, a largo plazo, el uso predominante de la evitación experiencial como estrategia de regulación se hace incompatible con el comportamiento dirigido a acciones valiosas (Páez-Blarrina, Gutiérrez, Valdivia-Salas y Luciano, 2006), con la consiguiente reducción de la satisfacción vital. En el TAS esta IP se manifiesta en las múltiples conductas evitativas recurrentes que realizan las personas para no entrar en contacto con sus pensamientos y emociones en torno a su (escasa) capacidad y habilidades sociales, produciéndose aquí el refuerzo negativo de su conducta de control, lo cual ocasiona un mantenimiento de la conducta desadaptativa.

Derivado de este modelo de psicopatología, la ACT fomenta la flexibilidad psicológica, esto es, la habilidad de notar los eventos privados al tiempo que la persona se deja guiar en sus decisiones y acciones por lo que le importa a largo plazo. Esto es, en lugar de cambiar la tendencia (a veces inevitable) al pensamiento distorsionado o miedo irracional, la ACT se propone enseñar a la persona a actuar de acuerdo con direcciones de valor personal mientras nota el contenido de sus eventos privados sin dejarse arrastrar por ellos. Para ello, se apoya en tres procesos fundamentales, a saber, la desesperanza creativa, la clarificación de valores personales y el distanciamiento cognitivo (*defusion*) (Valdivia-Salas, Sheppard y Forsyth, 2010)

El proceso de la desesperanza creativa es el conjunto de interacciones paciente-terapeuta encaminadas a que el paciente experimente lo que quiere, lo que lleva semanas (meses, años) haciendo para conseguirlo y los resultados obtenidos a corto y medio-largo plazo. Por su parte, la clarificación de valores personales es una intervención motivacional que persigue resituar al paciente en lo que es importante para él, en lo que da sentido a su vida (el padre que quiero ser, la amiga que quiero ser, el empleado que quiero ser, la estudiante que quiero ser, etc.) y en las acciones que están alineadas con ese valor. Por último, el proceso del distanciamiento cognitivo tiene por objetivo que la persona adquiera perspectiva con respecto a sus eventos privados (emociones, sensaciones, pensamientos, recuerdos, etc.), de manera que pueda actuar de acuerdo con sus valores y no "arrastrada" por dichos eventos privados (Hayes *et al.*, 2014; Luciano y Valdivia-Salas, 2006; Pérez, 2014; Valdivia-Salas *et al.*, 2010).

Existen, en la actualidad, diversas revisiones sistemáticas y metaanálisis sobre el empleo de la ACT en diferentes trastornos, incluidos los de ansiedad (p. ej., Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006; Land, Schneider y Arch, 2015; Norton, Abbott, Norberg y Hunt, 2015; Öst, 2014; Powers, Zum y Emmelkamp, 2009; Ruiz, 2010; Ruiz, 2012; Sharp, 2012). En general, los resultados muestran que la ACT es un tratamiento eficaz para un gran número de trastornos en los que la IP es central (Ruiz, 2010) y que cuando la ACT se combina con atención plena (*mindfulness*) para el tratamiento del TAS los resultados son prometedores (Norton *et al.*, 2015). En este trabajo presentamos una revisión sistemática actualizada de la eficacia de la ACT aplicada como tratamiento único en el tratamiento del TAS.

Método

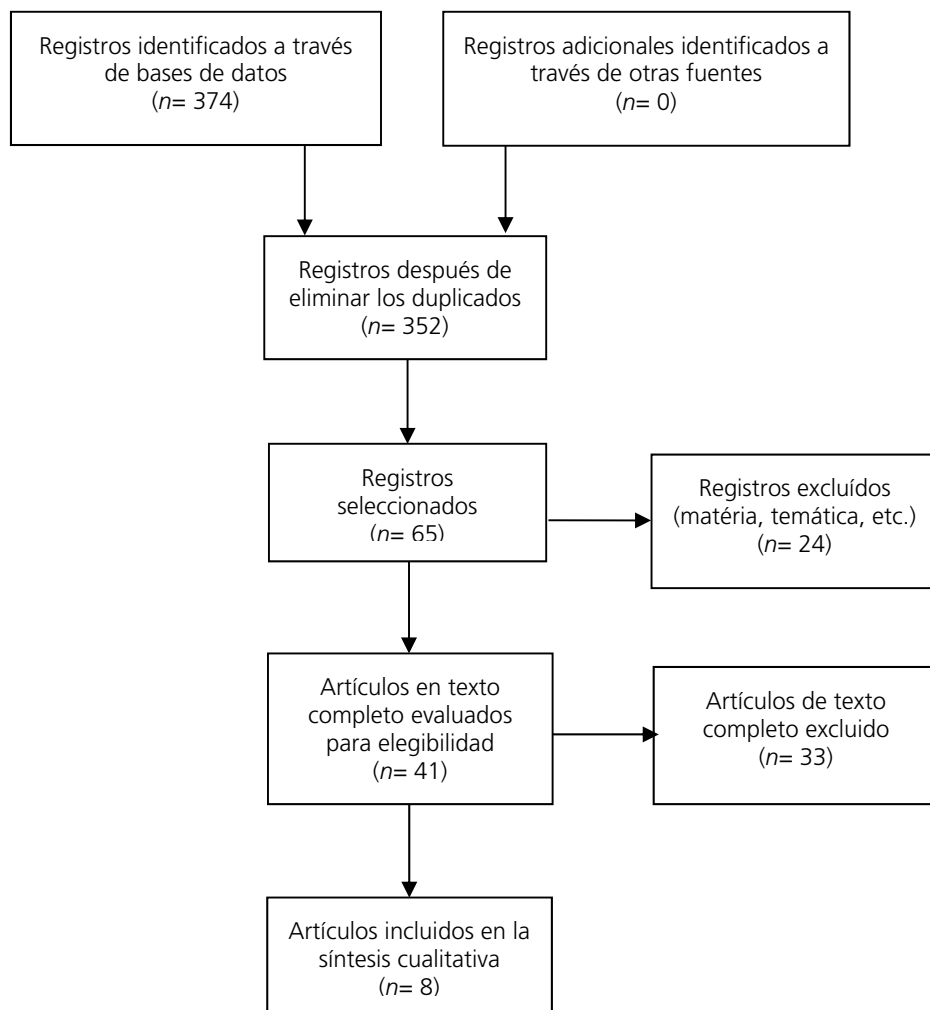
Para la realización de esta revisión sistemática, se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva en diferentes bases de datos como *Medline*, *Scopus* o *ScienceDirect* con los términos "Social Anxiety Disorder" AND "Acceptance and Commitment Therapy".

Para la selección de artículos se utilizaron los siguientes criterios de inclusión: el trabajo se había publicado entre 2005 y 2016, los participantes eran adultos mayores de 18 años y presentaban un diagnóstico primario de TAS y el tamaño muestral (previo a posible abandono o exclusión) era igual o superior a 20. Además, sólo se incluyeron aquellos estudios que contaban con acceso libre al texto completo.

En una primera búsqueda sin la aplicación de filtros, aparecieron un total de 372 resultados. Tras un primer filtrado de búsqueda a través de antigüedad, texto completo *online* y materia de ACT y TAS, el número de resultados se redujo a 63. Al comprobar que alguno de los artículos estaba repetido, se redujo el número a 41 resultados. Se realizó una lectura de los títulos y en algunos casos de los resúmenes y se descargaron un total de 15 documentos. De los 15, se descartaron seis por no centrarse principalmente en el TAS o en el tratamiento con la ACT y tres por estar repetidos, contando con un total de seis estudios. Puesto que la búsqueda había resultado muy limitada, fue necesario buscar algunas referencias, extraídas de los artículos obtenidos, a través de la base de datos de *Google Scholar*, descargando dos estudios más por considerarlos de especial interés al centrarse exclusivamente en la ACT para el tratamiento del TAS. De esta forma se contó con un total de ocho estudios (figura 1).

Figura 1

Diagrama de flujo de las referencias consultadas durante las diferentes fases de la revisión sistemática



Resultados

Todos los estudios revisados contaron con los mismos criterios de inclusión y exclusión de participantes. Los criterios de inclusión eran: (1) participantes adultos con diagnóstico primario de TAS; (2) no estar recibiendo psicoterapia; y (3) en caso de recibir medicación, que el periodo de tiempo o la dosis ingerida fuera muy baja. Los criterios de exclusión eran: (1) presencia de ideación suicida; (2) comorbilidad

con otros trastornos como depresión grave, trastorno bipolar, psicosis, retraso mental o daño cerebral orgánico; (3) abuso de sustancias (incluidos los psicofármacos); y (4) presencia de alguna enfermedad orgánica (patología cardiaca, vascular, respiratoria, etc.) (Craske *et al.*, 2014; Dalrymple, 2005; Dalrymple y Herbert, 2007; Kokovski, Fleming, Hawley, Huta y Antony, 2013; Kokovski, Fleming, Hawley, Ringo y Antony, 2015; Niles, Mesri, Burklund, Lieberman y Craske, 2013; Niles *et al.*, 2014; Ossman, Wilson, Storaasli y McNeill, 2006).

Así mismo, todos los estudios emplearon uno o más instrumentos para medir la sintomatología típica del TAS, tales como la "Entrevista para los trastornos de ansiedad según el DSM-IV" (*Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV, ADIS-IV*), la "Escala de Liebowitz para la ansiedad social, versión de autoinforme" (*Liebowitz Social Anxiety Scale, LSAS-SR*), la "Escala de ansiedad en la interacción social" (*Social Interaction Anxiety Scale SIAS*), el "Inventario para fobia social" (*Social Phobia Inventory, SPIN*), la "Escala de fobia social" (*Social Phobia Scale, SPS*), el "Inventario sobre fobia y ansiedad social" (*Social Phobia and Anxiety Inventory, SPAI*) o el "Cuestionario sobre el control de la ansiedad" (*Anxiety Control Questionnaire, ACQ*). Y en todos los estudios se midió la inflexibilidad psicológica a través del "Cuestionario de aceptación y acción" (*Acceptance and Action Questionnaire, AAQ-I*). Además, y dependiendo de los objetivos específicos de cada estudio, se administró el "Inventario sobre calidad de vida" (*Quality of Live Inventory, QOLI*) (Craske *et al.*, 2014; Dalrymple, 2005; Dalrymple y Hebert, 2007; Niles *et al.*, 2014; Ossman *et al.*, 2006) y medidas de reestructuración cognitiva y atención plena (*mindfulness*) (Craske *et al.*, 2014; Kokovski *et al.*, 2013; Kokovski *et al.*, 2015; Niles *et al.*, 2013; Niles *et al.*, 2014).

La mayoría de estudios incluyó una única medida de seguimiento a los tres meses tras la finalización del tratamiento, excepto Niles *et al.* (2014), que la llevó a cabo a los seis meses. Además, en algunos casos, esta medida de seguimiento fue seguida por otra a los nueve meses (Craske *et al.*, 2014; Niles *et al.*, 2013) o a los 12 meses (Niles *et al.*, 2014). En las sesiones de seguimiento se tomaron medidas tanto de la sintomatología ansiosa (p. ej., LSAS-SR) como de inflexibilidad psicológica (AAQ-I).

Como se observa en la tabla 1, todos los estudios incluyeron un protocolo de tratamiento de 12 sesiones, excepto Ossman *et al.* (2006), que lo redujo a 10 sesiones. La mayor parte de los estudios seleccionados emplearon ensayos controlados aleatorizados para comparar la ACT con la TCC y con un grupo control sin tratamiento (Craske *et al.*, 2014; Kokovski *et al.*, 2013; Kokovski *et al.*, 2014; Niles *et al.*, 2013; Niles *et al.*, 2014); mientras que el resto no incluyeron ninguna condición de comparación entre sujetos (Dalrymple, 2005; Dalrymple y Herbert, 2007; Ossman *et al.*, 2006). Además, en todas las investigaciones, los participantes recibieron tratamiento individual. Señalamos, así mismo, que Kokovski *et al.* (2013) y Kokovski *et al.* (2015) integraron algunas prácticas de atención plena (*mindfulness*) para fomentar la habilidad del distanciamiento cognitivo.

Tabla 1
Principales resultados de la revisión

Fuente	n	Grupos	Método	Diseño	Medidas de seguimiento	Resultados postratamiento
Craske et al. (2014)	87 40 mujeres 47 hombres	TCC ACT Control	Pre-tratamiento, 12 sesiones de tratamiento y post-tratamiento.	Ensayo controlado aleatorizado	A los 3 y a los 9 meses tras la finalización. Seguimiento telefónico	ACT= TCC en reducción de síntomas ($t_{(80)} = -1,02$; $p = 0,311$). ACT Mayor adherencia al tratamiento ($T_{(42)} = -4,56$; $p < 0,001$).
Dalrymple (2005)	17 9 mujeres 8 hombres	ACT	Pre-tratamiento, 12 sesiones de tratamiento y post-tratamiento	Individual con medidas repetidas	A los 3 meses tras la finalización del tratamiento	Disminución de síntomas fóbicos ($F_{2,46} = 2,88$; $p = 0,015$), control de ansiedad ($F_{2,46} = 2,29$; $p = 0,05$) y pensamientos automáticos ($F_{2,44} = 2,87$; $p = 0,034$). Aumento calidad de vida ($F_{3,35} = 6,46$; $p = 0,007$)
Dalrymple y Herbert (2007)	19 10 mujeres 9 hombres	ACT	Pre-tratamiento, 12 sesiones de tratamiento y post-tratamiento	Individual con muestras pareadas	A los tres meses de finalización del tratamiento	Mejoras en ansiedad social ($F_{12,159} = 5,53$; $p < 0,001$). Disminución evitación entre pre y post ($F_{3,5} = 9,18$; $p < 0,001$) y control de ansiedad ($F_{6,108} = 4,52$; $p < 0,001$)
Kokovski et al. (2013)	137 74 mujeres 63 hombres	ACT TCC Control	Línea base, 12 sesiones de tratamiento y post-tratamiento.	Ensayo controlado aleatorizado	A los 3 meses tras finalización del tratamiento	ACT y TCC mejor que control. ACT= TCC, no diferencias significativas ($\chi^2_{12} = 1,94$; $p = 0,38$).
Kokovski et al. (2015)	69 37 mujeres 32 hombres	ACT TCC Control	Pre-tratamiento, 12 sesiones de tratamiento grupal, post-tratamiento.	Ensayo controlado aleatorizado	A los 3 meses de finalizar el tratamiento.	Mejor TCC en reestructuración cognitiva ($p < 0,005$). ACT mejor en aceptación ($p < 0,001$). ACT= TCC en atención plena ($p < 0,01$)
Niles et al. (2014)	50 21 mujeres 29 hombres	ACT TCC Control	Pre-tratamiento, 12 sesiones de tratamiento y post-tratamiento.	Ensayo controlado aleatorizado	A los 6 y a los 12 meses tras finalización del tratamiento	ACT mejor que la TCC en supresión de evitación experiencial ($b = 0,20$; $p < 0,006$). ACT mejor en reducción de síntomas ($b = 0,23$; $p < 0,001$)
Niles et al. (2013)	46 22 mujeres 24 hombres	ACT TCC Control	Pre-tratamiento, 12 sesiones de tratamiento y post-tratamiento	Ensayo controlado aleatorizado	A los 3 y a los 9 meses tras la finalización del tratamiento. Seguimiento telefónico	ACT y TCC disminución de síntomas fóbicos y evitación ($p < 0,001$). No diferencias significativas.
Ossman et al. (2006)	22 11 mujeres 11 hombres	ACT	Pre-tratamiento, 10 sesiones de tratamiento grupal y post-tratamiento	Estudio pre-experimental	A los 3 meses de finalizar el tratamiento	Disminución de la ansiedad social ($F_{2,10} = 6,048$; $p = 0,019$). Disminución de la evitación ($F_{2,10} = 12,314$; $p = 0,002$).

En tres de los cinco ensayos controlados aleatorizados, al final del tratamiento, la ACT se mostró igual de eficaz que la TCC para reducir la sintomatología típica del TAS (Craske *et al.*, 2014; Kokovsky *et al.*, 2013; Niles *et al.*, 2013; Niles *et al.*, 2014), así como para reducir la gravedad clínica y la evitación (Craske *et al.*, 2014; Niles *et al.*, 2013). En el caso de Niles *et al.* (2014), la ACT produjo más reducción de síntomas que la TCC. Y el quinto ensayo aleatorizado sólo informó de los resultados sobre los procesos de cambio responsables de las mejoras observadas (Kokovski *et al.*, 2015). Como era esperable, la TCC se mostró superior a la ACT en medidas de reestructuración cognitiva y la ACT se mostró superior a la TCC en medidas de aceptación psicológica. Considerando el porcentaje de participantes que mostró reducción de la sintomatología del TAS al final del tratamiento, Craske *et al.*, (2014) informaron del 56,5% de los participantes que recibieron la TCC frente al 41,7% de los participantes que recibieron la ACT y Kokovski *et al.* (2013) observaron esa reducción de la sintomatología en un 68,8% de los participantes asignados a la TCC frente al 62,2% de los que recibieron la ACT.

En las medidas de seguimiento informadas, los resultados fueron muy similares. La ACT se mostró igual de eficaz que la TCC para mantener los resultados obtenidos al finalizar el tratamiento (Craske *et al.*, 2014; Niles *et al.*, 2013), con diferencias mínimas en el porcentaje de participantes en los que se observó dicho mantenimiento, 88% en la condición TCC y 87% en la condición ACT (Kokovski *et al.*, 2013).

La superioridad de la ACT frente a la TCC quedó demostrada con relación a variables como la adherencia al tratamiento (Craske *et al.*, 2014) y la reducción de la evitación experiencial (Niles *et al.*, 2014).

En los estudios en los que sólo se incluyó la condición ACT, los resultados fueron igualmente prometedores. En la investigación realizada por Dalrymple (2005), la ACT produjo una disminución significativa en los síntomas fóbicos, en el control de la ansiedad y en los pensamientos automáticos, así como un aumento en la calidad de vida. Las mejoras producidas en los síntomas fóbicos o de ansiedad social se relacionaron con una disminución de la evitación experiencial ($r=0,6$; $p<0,05$) y el aumento en la percepción de la calidad de vida con una disminución de la ansiedad social ($r=0,82$; $p<0,01$). De manera similar, Dalrymple y Hebert (2007) observaron que tras la intervención con la ACT se produjo una disminución de la evitación experiencial ($t_{(15)}=2,45$, $p<0,05$). Las diferencias del pre al postratamiento fueron significativas para la evitación experiencial, la disminución de los síntomas fóbicos o de ansiedad social y la reducción del miedo a la evaluación negativa o el control de la ansiedad. Las mejoras obtenidas al final del tratamiento se mantuvieron a los tres meses, no observándose diferencias significativas ni en el caso de la evitación experiencial ($p=0,75$) ni en el caso de la reducción de síntomas ($p=1,41$). Finalmente, Ossman *et al.* (2006) observaron una disminución significativa de las conductas de evitación y una correlación significativa entre esta disminución y el aumento de la sintomatología fóbica. Esta correlación se mantuvo significativa ($p=0,02$) a los tres meses tras finalizar el tratamiento.

Discusión

El objetivo del presente estudio ha sido presentar una revisión sistemática actualizada de las evidencias sobre la eficacia de la ACT aplicada al TAS. Con ese objetivo, se han presentado un total de ocho estudios en los que la ACT se ha aplicado como tratamiento único en el TAS. En tres de ellos, disponemos de datos sobre el efecto de la ACT sobre la sintomatología del TAS, los cinco restantes son ensayos controlados aleatorizados en los que el efecto de la ACT se compara con el de la TCC y con el de un grupo control sin tratamiento.

Los estudios revisados muestran que en comparación con la TCC, la ACT produce una reducción de síntomas similar tanto al final del tratamiento como en los seguimientos, o incluso mejor (Niles *et al.*, 2014); y mejores resultados en disminución de la inflexibilidad psicológica (Niles *et al.*, 2014) y adherencia al tratamiento (Craske *et al.*, 2014). Además, la ACT resulta eficaz para reducir el control de la ansiedad y los pensamientos automáticos asociados al TAS y para mejorar la calidad de vida de los pacientes (Dalrymple, 2005). En resumen, la ACT parece ser tan eficaz como la TCC para el tratamiento del TAS, lo cual está en consonancia con los resultados informados en otras revisiones sobre la eficiencia y eficacia de la ACT como tratamiento transdiagnóstico (Land *et al.*, 2015; Norton *et al.*, 2015; Öst, 2014; Powers *et al.*, 2009; Ruiz, 2010; Ruiz, 2012; Sharp, 2012).

Estos resultados llaman la atención sobre algunos aspectos que vienen siendo recurrentes en los estudios de eficacia de la ACT, a saber, la reducción de síntomas, el mantenimiento de los resultados en las medidas de seguimiento y los procesos de cambio responsables de las mejoras observadas. La ACT mantiene que el sufrimiento psicológico está más relacionado con la reacción a los eventos privados (miedo a la evaluación por parte de otros, expectativas de fracaso, recuerdos traumáticos, etc.) que con la ocurrencia misma de esos eventos privados. Esto es, en la medida en que la persona con TAS invierte su tiempo y esfuerzo en tratar de tener bajo control, no notar, sus emociones y sensaciones (p. ej., no iniciando contacto con extraños, rechazando invitaciones, escapando de eventos públicos, etc.), no deja espacio para realizar otras acciones que, de hacerlas, la situarían en la dirección de lo que realmente es importante (p. ej., compartir lo que conozco con otra gente, ser una persona decidida, aprender de otros, etc.).

Derivado de este modelo de psicopatología, frente a otras terapias que proponen la alteración de lo que se piensa y siente, la ACT propone enseñar a reaccionar de otra manera a pensamientos y sentimientos. Y lo hace apoyada en la investigación que demuestra que los pensamientos y sentimientos son reacciones aprendidas a lo largo de la historia personal, que en ocasiones son difícilmente modificables (Barnes-Holmes *et al.*, 2004). A este respecto, el criterio de éxito terapéutico en la ACT no es la reducción de síntomas, sino la implicación activa en una vida cargada de sentido personal; más técnicamente, la realización de conductas controladas por el refuerzo positivo simbólico de "la persona que quiero ser" y no por el refuerzo negativo del escape o evitación de los eventos privados que se han convertido en aversivos en la historia personal. Es frecuente en los estudios de revisión, sin embargo, que sin ser el objetivo de la ACT, también se

produzca una reducción de la sintomatología propia del trastorno tratado (Ruiz, 2012). En la actualidad, la investigación se centra en averiguar cuáles son los procesos de cambio que subyacen a este resultado indirecto.

La investigación en procesos de cambio también es relevante para explicar el mantenimiento de las mejoras producidas por la ACT en las medidas de seguimiento. En revisiones anteriores de la eficacia de la ACT en los trastornos de ansiedad entre otros, se señala que uno de los aspectos más diferenciadores de la ACT frente a la TCC es la reducción de las recaídas (Clarke, Kingston, James, Bolderston y Remington, 2014; Hayes *et al.*, 2006; Norton *et al.*, 2015; Sharp, 2012). Por ejemplo, Norton *et al.* (2015) (ver también Sharp, 2012) mostraron que la combinación de la ACT y atención plena aplicada al TAS producía una reducción significativa de la sintomatología del TAS, así como un aumento del bienestar, efectos que se observaban especialmente durante el seguimiento. Esto es, si bien los resultados de la ACT y la TCC son bastante similares al final del tratamiento, la ACT suele producir un mayor mantenimiento de las mejoras que la TCC. Esto se ha relacionado con el proceso terapéutico de la clarificación de valores. Según Páez-Blarrina *et al.* (2006), la dirección en valores es incompatible con la evitación, puesto que actuar en concordancia con los valores importantes para cada persona, hace que se siga una dirección en la vida a pesar de las dificultades que surjan, impidiendo la aparición de la evitación. Una investigación sobre esta temática fue la realizada por Kashdan y McKnight (2013), en la cual se estudió la importancia de la clarificación de valores en personas con TAS. Estos autores señalan la importancia de marcarse un propósito en la vida como objetivo para la mejora de la sintomatología con la consiguiente disminución de la evitación y el aumento de la autoestima y las emociones positivas (ver también Ribero-Marulanda y Agudelo-Colorado, 2016).

En resumen, los resultados de esta revisión nos informan de que la ACT puede ser un tratamiento tan eficaz como la TCC para el TAS. No obstante, queremos señalar algunas limitaciones de las evidencias que acumula la ACT en este trastorno. La primera de ellas tiene que ver con el reducido número de estudios de aplicación de la ACT al TAS. Frente a la enorme cantidad de evidencias acumuladas por la TCC, la ACT aún tiene el reto de seguir reuniendo pruebas y replicar los hallazgos encontrados hasta la fecha, especialmente la información obtenida en las medidas de seguimiento. En nuestra revisión, no todos los estudios que las realizaron informaron de los resultados o informaron de resultados contradictorios (Craske *et al.*, 2014).

Además, la ACT aplicada al TAS necesita seguir acumulando pruebas provenientes de ensayos controlados aleatorizados para consolidar los resultados de su eficacia frente a otras terapias como la TCC. Hasta la fecha, y según recogemos en la presente revisión sistemática, solo existen cinco ensayos controlados aleatorizados en los que la ACT es aplicada, como tratamiento único, para el abordaje del TAS (Craske *et al.*, 2014; Kokovski *et al.*, 2013; Kokovski *et al.*, 2015; Niles *et al.*, 2013; Niles *et al.*, 2014).

Relacionado con la anterior, destacamos la escasez de literatura sobre eficacia de la ACT en el TAS sin la presencia de otro trastorno comórbido. Como consecuencia de esto, en nuestra revisión hemos descartado muchos estudios, ya

que la presencia de varios trastornos comórbidos impide determinar si la ACT hace efecto sobre los síntomas concretos de la ansiedad social o sobre otras patologías concurrentes. A esto hay que añadir la reducida muestra con la que cuentan los estudios, lo cual se debe a la pérdida y abandono de participantes antes de iniciar el tratamiento.

Las futuras líneas de investigación deberían ir encaminadas a una mayor investigación sobre cada uno de los componentes de la ACT para comprobar qué es lo que realmente lleva al cambio comportamental, así como verificar qué es lo que produce esa reducción de la sintomatología ansiosa. Igualmente, sería necesaria la realización de estudios objetivos en los que se compare la ACT con la TCC, para determinar si las estrategias cognitivas y conductuales que se proponen desde el enfoque de la TCC superan las estrategias de aceptación y acción propuestas por la ACT.

Así mismo, sería adecuado adaptar la aplicación de las intervenciones basadas en la ACT en distintos contextos (unidades de salud mental, atención primaria o educación), así como en distintos colectivos (población marginal o en riesgo de exclusión social), puesto que, hasta la fecha, el ámbito de aplicación más común es la práctica privada y, en menor medida, las unidades de salud mental, siendo los colectivos con un estatus socioeconómico medio-alto los que más se benefician de la ACT, a través de la práctica privada, en la actualidad (Roemer, Williston, Eustis y Orsillo, 2013).

Referencias

- American Psychiatry Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana. (Orig. 2013).
- Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., McHugh, L. y Hayes, S.C. (2004). Relational frame theory: some implications for understanding and treating human psychopathology. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 355-375.
- Bruce, T. y Ateaz, S. (1999). Social anxiety disorder: a common underrecognized mental disorder. *American Family Physician*, 60, 2311-2322.
- Caballo, V. E., Andrés, V. y Bas, F. (2002). Fobia social. En V. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos* (pp. 25-87). Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., García-López, L. J., Irurtia, M. J. y Arias, B. (2014). Trastorno de ansiedad social (fobia social): características clínicas y diagnósticas. En V. E. Caballo, I. C. Salazar y J. A. Carrobes (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (2ªed.) (pp. 183-217). Madrid: Pirámide.
- Craske, M., Niles, N., Burklund, L., Wolitzky-Taylor, K., Plumb, J., Arch, J., Saxbe, D. E. y Lieberman, M. D. (2014). Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for social phobia: outcomes and moderators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82, 1034-1048.
- Clarke, S., Kingston, J., Bolderston, H. y Remington, B. (2014). Acceptance and commitment therapy group for treatment-resistant participants: a randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3, 179-188.
- Dalrymple, K. (2005). *Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder: a pilot study* (Tesis doctoral no publicada). Universidad de Drexel, Filadelfia, Pensilvania.

- Dalrymple, K. y Herbert, J. (2007). Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder: a pilot study. *Behavior Modification*, 31, 543-568.
- García-López, L. J., Piqueras, J. A., Díaz-Castela, M. e Inglés, C. J. (2008). Trastorno de ansiedad social en la infancia y adolescencia: estado actual, avances recientes y líneas futuras. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 16, 501-533.
- Hayes, S. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A. y Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S., Strosahl, K. y Wilson, K. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (mindfulness)*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Heimberg, R., Liebowitz, M., Hope, D. y Schneider, F. (2000). *Fobia social: diagnóstico, evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- Kashdan, T., Barrios, V., Forsyth, J. P. y Steger, M. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1301-1320.
- Kashdan T. y McKnight, P. (2013). Commitment to a purpose in life: an antidote to the suffering by individuals with social anxiety disorder. *Emotion*, 13, 1150-1159.
- Kokovski, N., Fleming, J., Hawley, L., Huta, V. y Antony, 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, 889-898.
- Kokovski, N., Fleming, J., Hawley, L., Ringo, M. y Antony, M. (2015). Mindfulness and acceptance-based group therapy and traditional cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: mechanisms of change. *Behavioral Research and Therapy*, 70, 11-22.
- Land, L., Schneider, R. y Arch, J. (2015). Acceptance and commitment therapy for the treatment of anxiety disorders: a concise review. *Current Opinión in Psychology*, 2, 70-74.
- Luciano, C., Rodríguez-Valverde, M. y Gutiérrez, O. (2004). A proposal for synthesizing verbal contexts in experiential avoidance disorder and acceptance and commitment therapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 377-394.
- Luciano, C. y Valdivia-Salas, S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27, 79-91.
- Luterek, J., Eng, W. y Heimberg, R. G. (2003). Tratamiento cognitivo conductual del trastorno de ansiedad social: teoría y práctica. *Psicología Conductual*, 11, 563-581.
- Niles, A., Burklund, L., Arch, J., Lieberman, M., Saxbe, D. y Craske, M. (2014). Cognitive mediators of treatment for social anxiety disorder: comparing acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy. *Behavioral Therapy*, 45, 664-677.
- Niles, A., Mesri, B., Burklund, L., Lieberman, M. y Craske, M. (2013). Attentional bias emotional reactivity as predictors and moderators of behavioral treatment for social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 51, 669-679.
- Norton, A., Abbott, M., Norberg, M. y Hunt, C. (2015). A systematic review of mindfulness and acceptance-based treatments for social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 71, 283-301.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10, Trastornos mentales y del comportamiento* (10ª ed.). Zaragoza: Meditor.
- Ossman, W., Wilson, K., Storaasli, R. y McNeill, J. (2006). A preliminary investigation of the use of acceptance and commitment therapy in group treatment for social phobia. *International Journal of Psychology and psychological Therapy*, 6, 397-416.

- Öst, L. (2014). The efficacy of acceptance and commitment therapy: an updated systematic review and meta-analysis. *Behavioral Research and Therapy*, *61*, 105-121.
- Páez-Blarrina, M., Gutiérrez, O., Valdivia-Salas, S. y Luciano, C. (2006). Terapia de aceptación y compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *6*, 1-20.
- Pérez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid: Síntesis.
- Powers, M., Zum, M. y Emmelkamp, P. (2009). Acceptance and commitment therapy: a meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *78*, 73-80.
- Quero, S., Baños, R. M., Botella, C. y Gallardo, M. (2003). Delimitación de subtipos clínicos en la fobia social. *Psicología Conductual*, *11*, 429-458.
- Ribero-Marulanda, S. y Agudelo-Colorado, L. (2016). La aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en dos casos de evitación experiencial. *Avances en Psicología Latinoamericana*, *34*, 29-46.
- Roemer, L., Williston, S., Eustis, E. y Orsillo, S. (2013). Mindfulness and acceptance-based behavioral therapies for anxiety disorders. *Current Psychiatry Reports*, *15*, 1-10.
- Ruiz, F. J. (2010). A review of acceptance and commitment therapy (ACT) empirical evidence: correlational, experimental psychopathology, component, and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *10*, 125-162.
- Ruiz, F. J. (2012). Acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavioral therapy: a systematic review and meta-analysis of current empirical evidence. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *12*, 333-357.
- Salaberría, K. y Echeburúa, E. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la fobia social. En M. Pérez, J. R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (dirs.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I* (pp. 271-285). Madrid: Pirámide.
- Sandín, B y Chorot, P. (2009). Síndromes clínicos de la ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (dirs.), *Manual de psicopatología* (pp. 66-90). Madrid: McGraw Hill.
- Sharp, K. (2012). A review of acceptance and commitment therapy with anxiety disorders. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *12*, 359-372.
- Stein, M. y Stein, D. (2008). Social anxiety disorder. *The Lancet*, *371*, 1115-1125.
- Valdivia-Salas, S., Sheppard, S. y Forsyth, J. P. (2010). Acceptance and commitment therapy in an emotion regulation context. En A. Kring y D. Sloan (dirs.), *Emotion regulation and psychopathology: a transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp.310-338). Nueva York, NY: Guilford.
- Valdivia-Salas, S., Martín-Albo, J., Zaldívar, P. J. L., Lombas, A. S. y Jiménez, T. I. (2017). Spanish validation of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth. *Assessment*, *24*, 919-931.

RECIBIDO: 22 de febrero de 2017

ACEPTADO: 10 de julio de 2017