



TRABAJO FINAL DEL  
MASTER UNIVERSITARIO EN  
PSICOLOGIA GENERAL SANITARIA

**Revisión literaria sobre la eficacia de  
la Terapia de Aceptación y Compromiso  
vs. la Terapia Cognitivo-Conductual  
en adultos con Fobia Social**

ALUMNO: **Miguel Ángel del Río López**

TUTORA: **Alba López Montoyo**

CURSO: **2023 – 2024**

DNI: **53086297C**

Feb. 2024

## RESUMEN

El Trastorno de Ansiedad Social (TAS) o Fobia Social se caracteriza por un miedo intenso y persistente a la evaluación negativa de otras personas en situaciones sociales, que interfiere significativamente en el desempeño de las actividades de la vida diaria produciendo un deterioro en el funcionamiento escolar, laboral y relacional del individuo. La farmacoterapia y la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) son el tratamiento de primera línea para el TAS. La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es una forma de TCC, centrada en el cambio de conducta con estrategias basadas en la aceptación, que también ha demostrado ser eficaz. El objetivo de la presente revisión literaria ha sido comparar la eficacia de la ACT y de la TCC en adultos con TAS. La metodología consistió en una búsqueda bibliográfica exhaustiva en diferentes bases de datos que, siguiendo unos criterios de inclusión y las directrices PRISMA, permitió seleccionar 9 ensayos controlados aleatorizados (ECAs) realizados entre los años 2013 y 2019. En 6 de estos estudios los resultados indicaron que la ACT y la TCC producían efectos similares en la reducción de los síntomas del TAS. Sin embargo, en los 3 estudios restantes la TCC demostró ser levemente superior a la ACT. En conclusión, la ACT puede considerarse un tratamiento prometedor para mejorar algunos síntomas selectivos del TAS, con una eficacia similar pero no superior a la TCC. No obstante, estos resultados deben interpretarse con cautela hasta que se realicen investigaciones adicionales adecuadas que estudien los mecanismos de cambio implicados en ambas psicoterapias.

*Palabras clave:* TAS, Fobia Social, TCC, Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), adultos

## ABSTRACT

Social Anxiety Disorder (SAD) or Social Phobia is characterized by an intense and persistent fear of the negative evaluation of others in social situations, which significantly interferes in the performance of daily life activities, producing a deterioration in the person's school, work and relational functioning. Pharmacotherapy and Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) are the first-line treatment for SAD. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is a form of CBT focused on behavior change with acceptance-based strategies that has also been shown to be effective. The aim of the present literature review was to compare the efficacy of ACT and CBT in adults with SAD. The methodology consisted of an exhaustive literature search in different databases that, following inclusion criteria and PRISMA guidelines, allowed to select 9 randomized controlled trials (RCTs) conducted between 2013 and 2019. In 6 of these studies the results indicated that ACT and CBT produced similar effects in the reduction of SAD symptoms. However, in the remaining 3 studies, CBT was shown to be slightly superior to ACT. In conclusion, ACT can be considered a promising treatment for improving some selective SAD symptoms, with similar but not superior efficacy to CBT. However, these results should be interpreted with caution until further adequate research studying the mechanisms of change involved in both psychotherapies is conducted.

*Keywords:* SAD, Social Phobia, CBT, Acceptance and Commitment Therapy (ACT), adults

## INTRODUCCION

Vivir en sociedad supone la exposición continua a situaciones sociales que son necesarias para la supervivencia y para superar retos o desafíos que favorecen el crecimiento personal. A pesar de que la sintomatología de la ansiedad social pueda “controlarse” o “minimizarse” con el refuerzo negativo que aporta la evitación de experiencias internas y externas, la persona con fobia social tiene limitado el desarrollo de todo su potencial y el acceso a emociones positivas que se vinculan a la calidad de vida. Dada la prevalencia del TAS en la actualidad y la problemática social que genera, el objetivo de esta revisión bibliográfica ha sido clarificar si la ACT es mejor que la TCC tradicional en disminuir la angustia que acompaña a este complejo y heterogéneo trastorno mental. Para ello, se han seguido las condiciones descritas en la declaración PRISMA. A continuación, como parte de este apartado introductorio, se resumen los datos teóricos más relevantes sobre los 3 componentes principales de esta investigación, siguiendo un orden temporal.

### 1. MARCO TEORICO

#### 1.1 El Trastorno de Ansiedad Social

Según la **teoría evolutiva**, que sugiere que todas las **emociones** tienen una **función adaptativa** (Frijda, 2016; citada en Swee et al., 2021), experimentar un nivel leve de **ansiedad**, como una respuesta fisiológica y cognitiva ante situaciones de la vida cotidiana percibidas como amenazantes o estresantes, es una reacción normal del organismo que favorece la adaptación a cualquier contexto y la mejora del rendimiento normal. Sin embargo, cuando se intensifica e interfiere de forma recurrente en las actividades de la vida diaria, la ansiedad puede convertirse en una de las principales causas de sufrimiento, llevando a la persona a querer inhibirla o evitarla constantemente (Bulacio, 2018; citado en Ponce-Alencastro et al., 2021). Los **trastornos de ansiedad** se clasifican como el sexto factor que conlleva la pérdida de salud sin consecuencias mortales a nivel mundial (Ponce-Alencastro et al., 2021), y dentro de ellos se encuentra el **Trastorno de Ansiedad Social (TAS)**, también conocido como **fobia social**. El TAS es un trastorno psiquiátrico caracterizado por un **miedo** intenso, excesivo y persistente a la evaluación negativa por parte de los demás, o a experimentar vergüenza o humillación durante y después de las interacciones interpersonales, en una o más situaciones sociales (Asociación Americana

de Psiquiatría, 2014; Gershkovich et al., 2017). Este miedo impide que la persona realice actividades que le son gratificantes (como comer, bailar, hablar en público...) si estas implican un compromiso interpersonal en la interacción social (Babalola & Ogunyemi, 2019), ya que o bien las **evita** o bien las afronta con intenso malestar, produciendo un impacto negativo en su funcionamiento diario (Alves et al., 2023). La **baja autoestima** (sentimientos de inferioridad), el **miedo al rechazo** (hiper-susceptibilidad a la crítica), el **déficit en asertividad y en habilidades sociales**, la preocupación excesiva por obtener la aprobación de los demás y los recuerdos molestos de “fracasos” pasados son algunos de los factores que conducen a la evitación de las situaciones sociales (Yadegari et al., 2014). A menudo, el miedo se asocia con una gran angustia y deterioro en varias áreas (que implican hablar y actuar), como la vida familiar, escolar, laboral, económica, así como en las relaciones íntimas (García-Pérez y Valdivia-Salas (2018); Herbert y Dalrymple, 2005, citado en Dalrymple y Herbert, 2007). Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la APA, en su 5ª edición (2014), diferentes características y criterios permiten definir y diagnosticar el TAS (véase el **Anexo 1**).

El TAS presenta **síntomas psicofisiológicos** (como la sudoración, temblor, taquicardias, rubor facial...), **cognitivos** (p.ej., el sesgo atencional y de interpretación ante el miedo excesivo a la posible desaprobación o crítica de los demás) y **conductuales** (como las conductas de seguridad y/o la evitación de situaciones sociales, que estrechan el repertorio conductual). Esta tríada sintomatológica suele presentar un curso crónico, pero en muchos casos no resulta demasiado invalidante (Salaberria y Echeburua, 2003; citado en García-Pérez y Valdivia-Salas, 2018). En este sentido, la **vergüenza** es una emoción dolorosa y compleja que se superpone al TAS y conlleva toda la sintomatología descrita. Es decir, sentir vergüenza incluye una autoevaluación negativa (p.ej., la persona cree que es defectuosa, carente o inferior a otros, que fracasará en cumplir las expectativas de los demás...) (Rapee y Heimberg, 1997; citado en Swee et al., 2021), que generará emociones desadaptativas (como sentirse humillado o triste) que conducirán a la persona a la evitación de la situación social o a mantenerse en ella mostrándose sumiso. Adoptar esta actitud, al igual que sentir ansiedad, puede ser útil en contextos donde existe un conflicto o una amenaza social real, ya que minimiza una posible exposición negativa que podría suponer la pérdida del vínculo o estatus social (Sznycer, 2019; citado en Swee et al., 2021), disminuyendo las posibilidades de supervivencia. Por eso, el TAS es un fenómeno evolutivo filogenético que permite detectar la amenaza de un congénere dominante para

evitar el enfrentamiento con él, actuando de forma sumisa para permanecer bajo el cobijo de la seguridad del grupo (Rapee y Heimberg, 1997).

Los síntomas mencionados se suelen reforzar negativamente con el tiempo y, en consecuencia, será más difícil superarlos (Yadegari et al., 2014). ~~xxx~~ Por este motivo, la **calidad de vida** de las personas con TAS (que tiene que ver con la obtención de recompensas) es muy limitada y pobre, ya que les es difícil acumular recuerdos positivos vinculados a experiencias emocionales adaptativas (Kashdan et al., 2006; citado en Caletti et al., 2022). Todos estos ingredientes consolidan una sensación generalizada de insatisfacción con la vida (Ossman et al., 2006). Es más, todos los trastornos de ansiedad se asocian con el **afecto negativo** (AN), pero al TAS también se le asocia con **bajos niveles de afecto positivo** (AP) (Brown, 2007; Watson et al., 1988; citados en Kashdan et al., 2013) y con la creencia de que las experiencias positivas son poco probables que ocurran (Gilboa-Schechtman et al., 2000; citado en Kashdan et al., 2013). El aumento del AP, que es el “núcleo conceptual de la extraversión” (Hermes et al., 2011; Lucas y Baird, 2004; citados en Sewart et al., 2019), que produce “saborear” experiencias sociales positivas, mejora la sintomatología del TAS (Sewart et al., 2019).

**Neurobiológicamente, el TAS** implica sistemas que controlan la respuesta al miedo en la corteza prefrontal y temporal, en conexión con el hipocampo y la amígdala (Ponce-Alencastro et al., 2021). La mente humana ha evolucionado para la supervivencia, es decir, a mayor anticipación y evitación del peligro mayores probabilidades habrán de sobrevivir, favoreciendo la continuación de la especie. Esta cualidad mental se extiende a los peligros o amenazas sociales que pueden llevar al sufrimiento de ser excluido de un grupo, en cuyo caso una respuesta de ansiedad social puntual sería adaptativa (Alves et al., 2023). La amígdala ha sido muy estudiada en el TAS por su papel en el aprendizaje y en la memoria del miedo (Adolphs, 1999; LeDoux, 1998; citado en Burklund et al., 2017), y representa un sistema primitivo que detecta amenazas para proteger a la persona de cualquier daño. En respuesta a estímulos sociales estresantes la amígdala aumenta su actividad (Burklund et al., 2017) y su **conectividad con las regiones prefrontales** (Freitas-Ferrari et al., 2010; citado en Sandman et al., 2020). El grado de esta **hiperreactividad de la amígdala**, implicada en la fisiopatología del TAS (Davies et al., 2017; citado en Sandman et al., 2020), se corresponde con la gravedad de los síntomas (Goldin et al., 2009; citado en Sandman et al., 2020).

**Estudios epidemiológicos** señalan que el TAS es un trastorno de curso crónico si no es tratado a tiempo (Ponce-Alencastro et al., 2021), y se asocia con características sociodemográficas concretas: edad más joven, soltería, nivel educativo más bajo y menores ingresos familiares (Stein et al., 2017). Comienza en la adolescencia, a la edad media de 15 años (Bados, 2017), y las mujeres son más susceptibles de padecerlo que los hombres (Ledley y Heimberg, 2006; citado en Azadeh et al., 2015) ya que socialmente se percibe el rol masculino como dominante y el rol femenino como más introvertido y tímido (Ponce-Alencastro et al., 2021). El TAS es el 4º trastorno psicológico más común dentro de los trastornos de ansiedad y es el más diagnosticado después del TDM, el abuso de alcohol y las fobias específicas; con una tasa de prevalencia en 12 meses y a lo largo de la vida estimadas en el 8% y el 13%, respectivamente (Kessler et al., 2012; Ruscio et al., 2008; citados en Burklund et al. 2017). En EEUU la tasa de prevalencia en 12 meses sería del 6,8% (Kessler et al., 2005; citado en Swee et al., 2021) y del 2,4% a nivel mundial (Stein et al., 2017; citado en Swee et al., 2021). Los datos epidemiológicos europeos han coincidido en gran medida con los datos estadounidenses, destacando la **elevada prevalencia, comorbilidad y morbilidad del TAS** (Stein et al., 2017).

Hay diferentes **modelos teóricos cognitivo-conductuales que explican la etiología del TAS** (p.ej., Clark y Wells, 1995; Leary y Kowalski, 1995; Rapee y Heimberg, 1997; citados en Luterek et al., 2003). El TAS podría ser un trastorno multifactorial que se desarrolla por una compleja interacción entre el gen y el entorno (Nagata, 2015; citado en Caletti et al., 2022). Los rasgos temperamentales que favorecen la aparición (en la infancia o en la adolescencia) de un síndrome de inhibición conductual y del miedo a la evaluación negativa de otros, también pueden ser factores predisponentes (Rose y Tadi, 2021; citado en Caletti et al., 2022), que si se acompañan de fobias sociales posteriores puede provocar una desesperanza crónica que aísla socialmente e incapacita funcionalmente a la persona (Rebok & Marchant, 2019; citado en Ponce-Alencastro et al., 2021). Según Elizondo (2016), en cambio, existen 4 factores etiológicos del TAS: temperamentales, ambientales (es decir, las experiencias vitales negativas), genéticos y neuroquímicos; y otros autores (Hudson y Rapee, 2000; Crozier y Alden, 2005; Hindo y González-Prendes, 2011) también señalaron 4 factores implicados en el origen del TAS: genéticos, familiares, ambientales y de desarrollo (Morales et al., 2011). **Rapee y Heimberg** (1997) afirmaron que los mecanismos principales que subyacen en la etiología del TAS son una interacción entre factores biológicos y ambientales, aunque también

opera la educación recibida de los padres y su modelado: si estos dan mucha importancia a las opiniones de los demás y promueven la exposición limitada a las situaciones sociales, aumentaran las conductas evitativas de los hijos y el riesgo de recibir la crítica temida de otros (Rapee y Heimberg, 1997). Según el **modelo teórico de la etiología del TAS** de Rapee y Heimberg (1997), cuando el individuo se enfrenta a una situación social temida desvía **recursos atencionales hacia una representación mental de sí mismo** (como si alguien del público o un observador le estuviera mirando) que está distorsionada o basada en interpretaciones negativas sobre (1) las **señales internas** (es decir, la **atención autofocalizada** o hipervigilancia de síntomas físicos, como atribuir el significado “me voy a desmayar” a sentir los latidos del corazón), (2) las **señales externas** (es decir, el **sesgo atencional** orientado a detectar la amenaza social percibida o la evaluación negativa de los demás, como atribuir el significado “le estoy aburriendo” a los estímulos ambiguos que expresa algún oyente) y la **información de la memoria a largo plazo** recuperada selectivamente (es decir, recordar experiencias sociales negativas anteriores). Esta representación mental, en su conjunto, la compara con las expectativas que los demás pueden tener sobre su actuación en esa situación social concreta (Luterek et al., 2003), que suelen ser unos estándares tan estrictos (Alden y Wallace, 1991; Wallace y Alden, 1997; citados en Luterek et al., 2003) que hace improbable poderlos alcanzar, provocando el incremento de la ansiedad y el miedo a la evaluación negativa (Luterek et al., 2003). Por tanto, como la atención se divide entre las señales internas/externas de evaluación y las demandas de actuación en la interacción social, aumenta la probabilidad de tener un comportamiento social ineficaz (es decir, habrá **déficits en el rendimiento conductual**) que podrá traer consecuencias sociales negativas (Luterek et al., 2003). Una posible evaluación negativa de la audiencia será sobreestimada y aumentaran los síntomas ansiosos (conductuales, cognitivos y fisiológicos), que a su vez retroalimentaran las representaciones mentales (de sí mismo y de su actuación), aumentando la hipervigilancia hacia las señales negativas de los demás y disparándose aún más los síntomas del TAS. Al no poder soportar tal presión se producirá la evitación de la situación social temida (escape o huida) y eso mantendrá el TAS, al perder la oportunidad de poder experimentar las pruebas que podrían poner en evidencia los pensamientos negativos (Luterek et al., 2003). A partir de ahí, **antes y después del acontecimiento social**, la mente seleccionará imágenes negativas de sí mismo en la situación (fracasos pasados) y otras predicciones de bajo rendimiento y rechazo. Es decir, se creará un círculo vicioso de evitación-ansiedad que se autoperpetúa y del que es muy difícil salir (Asher et al., 2021).

Cada experiencia social ansiógena se procesará con mucho detalle, codificándose fuertemente en la memoria, impidiendo que la persona pueda desconfirmar sus creencias desadaptativas (Clark y Wells, 1995). Sin embargo, los aspectos metacognitivos son más importantes que los cognitivos a la hora de explicar el TAS y, por este motivo, el tratamiento no debería centrarse en modificar las creencias cognitivas disfuncionales sino las creencias metacognitivas y la atención autofocalizada (Bados, 2017). Por otro lado, realizar **conductas de evitación o de seguridad** (como p.ej., beber alcohol, llevar gafas oscuras, agarrar fuertemente los objetos, mantener rígido el cuerpo o “congelarse”, hablar poco...) frente a las situaciones sociales previene la ansiedad a corto plazo, pero mantienen la sintomatología del TAS a largo plazo (Clark y Wells, 1995; Hofmann, 2007; Rapee y Heimberg, 1997; citados en Norton et al., 2015), ya que la persona atribuye la no ocurrencia de lo que teme a las conductas defensivas mencionadas, y nunca a méritos propios (Bados, 2017).

El TAS presenta una elevada **comorbilidad** con otras psicopatologías (veáse el **Anexo 1**) como el Trastorno Depresivo Mayor (TDM) y los trastornos por uso de sustancias (Wolitzky y LeBeau, 2023). Estudios longitudinales demuestran que la fobia social predice y **precede la aparición de la depresión** (Stein et al. 2001; Bittner et al. 2004; citado en Ruscio et al., 2008; Beesdo et al., 2007; citado en Tillfors et al., 2015), y del **consumo de sustancias** como el alcohol o la adicción a drogas (Zimmermann et al. 2003; citado en Ruscio et al., 2008), como consecuencia del autoconcepto negativo (sentimientos de inferioridad), del **déficit de emociones positivas (AP)**, de la **carencia de apoyo social**, etc. El TAS, al igual que en los trastornos del estado de ánimo como la depresión, también presenta un déficit del AP (Ruscio et al., 2008). Una persona con grado severo de TAS, con algún trastorno comórbido asociado, está limitada en el desarrollo de todo su potencial y eso le pone en riesgo de sufrir una tristeza profunda (Antony y Swinson, 2017), que puede acabar en un suicidio consumado en el peor de los casos (Bados, 2017; Babalola & Ogunyemi, 2019). Otros problemas de salud pública asociados al TAS serían el desempleo, el aislamiento y la soledad (Botella, Baños y Perpiñá, 2003; citado en Morales et al., 2011). El TAS también es comórbido con los siguientes trastornos mentales (véase el **Anexo 1**): el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), la Anorexia Nerviosa, la Esquizofrenia, el Trastorno de Pánico (cuya sintomatología produce un elevado nivel de malestar físico y cognitivo, pero no es peligrosa para la vida), la rumiación y otras formas diferentes de trastornos de ansiedad.

Stein et al. (2017) afirma que el TAS también puede ser comórbido con los Trastornos del Control de Impulsos y lo relaciona con la **agresividad**. Según Bados (2017), algunas personas con fobia social experimentan **ira intensa** si perciben que los demás les evalúan negativamente o esperan de ellos el desempeño de alguna actividad potencialmente ansiógena. Sin embargo, a veces reprimen o suprimen la expresión emocional de enfado o irritabilidad para disminuir el riesgo temido a ser evaluados negativamente (de forma real o percibida). Es decir, les cuesta confiar en los demás por temor al rechazo y necesitan pruebas “infinitas” de lo contrario para disminuir sus mecanismos de defensa (Bados, 2017). En este sentido, otro de los rasgos asociados al TAS sería el **perfeccionismo** asociado a otorgarle mucha importancia a la impresión causada en los demás, que hace que al fóbico social le preocupe excesivamente cometer errores por su temor a sentirse rechazado (Antony y Swinson, 2017). Por este motivo, asumirá criterios tan estrictos y tan desproporcionadamente elevados que acabaran interfiriendo con el desempeño (p.ej., preparar excesivamente una tarea, dedicándole horas y horas, o bien postergarla o ser demasiado crítico con el resultado de la misma (Antony y Swinson, 2017).

Las investigaciones han demostrado la eficacia de dos tipos de **tratamientos para el TAS**, que pueden combinarse: el farmacológico y la psicoterapia de enfoques cognitivo-conductuales (Yadegari et al., 2014). Los **fármacos** de primera línea para el TAS, que también se utilizan como antidepresivos, son los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) (Caletti et al., 2022), y en caso de que se necesite adyuvancia se pueden usar benzodiazepinas como el alprazolam y el clonazepam (Elizondo, 2016). Como la ansiedad y la depresión están ligados a procesos cerebrales parecidos, ambos tipos de tratamiento son útiles tanto para el TAS como para la depresión (Antony y Swinson, 2017). Entre los tratamientos no farmacológicos, la **Terapia Cognitivo Conductual (TCC)** está considerada como el tratamiento de primera línea por el *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2013; citado en Caletti et al., 2022) para el TAS (Noureen et al., 2023), ya que sus principales programas terapéuticos han demostrado ser eficaces en investigaciones controladas (Heimberg, 2002; Cuijpers et al., 2016; Evans et al., 2021; citados en Caletti et al., 2022). Aunque los fármacos parecen ser algo más eficaces que las intervenciones de la TCC a corto plazo (Fedoroff y Taylor, 2001; citado en Rodebaugh et al., 2004), la psicoterapia es un tratamiento más eficaz por sus efectos más duraderos a largo plazo (Rodebaugh et al., 2004), convirtiéndose en la mejor opción coste-eficacia.

## 1.2 La Terapia Cognitivo-Conductual

La **TCC** tuvo sus raíces en los trabajos realizados por Skinner (1953), Wolpe (1958) y Eysenck (1952), que utilizaron técnicas como el manejo de contingencias, la desensibilización sistemática o la exposición, para tratar diversos trastornos psicológicos. Estos trabajos iniciales se dieron entre los años '50 y '60, constituyendo la **1ª generación** de la terapia de conducta (TC) (Hayes, 2004a; citado en Ruiz, 2012). A finales de los años '60, la TC comenzó a adoptar los enfoques cognitivos de Ellis (1962) y Beck (1963). Las técnicas conductuales y cognitivas empezaron a combinarse y esto cambió la TC clásica por la TCC, constituyendo la **2ª generación** de la TC (Hayes, 2004a; citado en Ruiz, 2012). En la práctica, algunos clínicos mantuvieron una orientación más conductual y hacían un análisis conductual aplicado de las cogniciones, mientras que otros eran más integradores y combinaban técnicas conductuales y cognitivas, dentro de la TCC tradicional (Ruiz, 2012). El fundamento teórico de la TCC se basa tanto en las teorías tradicionales de 1ª generación del condicionamiento (Mowrer, 1947; citado en Ossman et al., 2006) como en los modelos cognitivos de la 2ª generación del procesamiento emocional (Bandura, 1986; Foa y Kozak, 1986; citados en Ossman et al., 2006).

La premisa central de la TCC es que la persona puede manejar sus síntomas de ansiedad si altera la forma y el contenido de sus pensamientos, así como las conductas disfuncionales persistentes que les acompañan (Ossman et al., 2006; Ponce-Alencastro et al., 2021). Asimismo, el objetivo fundamental de la TCC para el TAS es modificar las cogniciones disfuncionales socialmente relevantes que mantienen la evitación (Hope et al., 1995; citado en Grumet & Fitzpatrick, 2016), para favorecer el desarrollo de una nueva red asociativa de pensamientos y conductas adaptativos que competirá o modificará las redes de recuerdos inadaptativos basados en el miedo (Arch y Craske, 2008). Basándose en el modelo de intervención para tratar a adultos con TAS de Heimberg (1995), Clark y Wells (1995; Clark et al., 2003; citado en Hofmann, 2007) desarrollaron una **intervención en formato de aplicación individual** de 16 sesiones que incluía los principales **componentes de la TCC** que se han descrito y estudiado en el tratamiento del TAS, y son los siguientes (Hofmann, 2007):

- **Exposición:** enfrentarse a las situaciones sociales temidas y/o evitadas, en una progresión gradual de menos a más dificultad (jerarquía de exposición). Se combinan la exposición en imaginación (en sesión con el terapeuta) con la

exposición en vivo (en la vida real). Para que esta técnica funcione el paciente deberá permanecer en la situación social (es decir, no deberá escapar de ella con conductas de seguridad sutiles o recurriendo a la distracción de la atención), permitiéndose experimentar los acontecimientos privados desagradables durante la activación, hasta que su ansiedad comience a disminuir mediante los procesos de habituación y extinción.

- **Reestructuración Cognitiva (RC):** consiste en la identificación y modificación de las creencias irracionales (o de algunos patrones mentales catastrofistas), procedentes de una percepción distorsionada de la realidad, por otras más racionales y constructivas (Kocovski et al., 2015). Es decir, mediante el diálogo socrático se desafiarán los pensamientos automáticos sesgados (disfuncionales o desadaptativos) tratándolos como hipótesis que se han de probar. Aquellas cogniciones que no puedan evidenciarse con pruebas a su favor se podrán sustituir por otras alternativas más funcionales. Así, la **reevaluación cognitiva** es una técnica metacognitiva eficaz para regular el miedo en los trastornos de ansiedad (Shurick et al., 2012), ya que cambia el significado o la interpretación de pensamientos o situaciones/estímulos sociales particulares (en el caso del TAS), sustituyéndolos o integrándolos en creencias alternativas más constructivas (Noureen et al., 2023), para reducir su impacto emocional (Gross y John, 2003; citado en Kocovski et al., 2013). Es decir, la reevaluación cognitiva cambiará la fisiología, el estado de ánimo y la conducta de la persona.
- **Relajación Aplicada:** favorece la disminución de la excitación fisiológica excesiva durante la exposición. Por ejemplo, se enseñará al paciente la Relajación Muscular Progresiva de Jacobson (1938), un técnica que consiste en alternar la tensión y la relajación de diferentes grupos musculares. Existen pocas pruebas de que las técnicas de relajación sean eficaces sin aplicarlas a las situaciones temidas.
- **Entrenamiento en Habilidades Sociales:** aumentar las habilidades conductuales, verbales y no verbales (p.ej., un contacto ocular inadecuado), y el sentimiento de autoeficacia del paciente para que la probabilidad de que ocurran interacciones sociales satisfactorias sea mayor. Las técnicas utilizadas serán el modelado, el ensayo de conducta, la retroalimentación correctora (sobre la adecuación o no de las propias conductas sociales), el refuerzo social y las tareas para casa.

La **Terapia Cognitivo-Conductual de Grupo (TCCG;** Heimberg, 1991; Heimberg y Becker, 2002; citado en Dalrymple y Herbert, 2007) es el programa de tratamiento en **formato de aplicación grupal** más ampliamente estudiado y respaldado empíricamente para el TAS (Dalrymple y Herbert, 2007; Kocovski et al., 2013), y se desarrolló en paralelo al modelo del TAS de Rapee y Heimberg (1997). Debido a las similitudes entre la terapia cognitiva de Beck y el tratamiento del TAS de Heimberg, algunos investigadores han etiquetado esta intervención como "TCC de Beck-Heimberg" (Feske y Chambless, 1995, p. 714; citado en Hofmann, 2007). En la TCCG la RC se lleva a cabo en el contexto de ejercicios de exposición simulada (como los juegos de rol) (Herbert et al., 2005), en un programa de 12 sesiones semanales de 2,5 h de duración, con grupos de 4 a 7 pacientes (equilibrados por sexo y edad) que son dirigidos por 2 coterapeutas (hombre y mujer). Asimismo, en la medida de lo posible, cada exposición se adapta de forma individual a los intereses de la vida real del paciente y de los miembros del grupo (Luterek et al., 2003). Las pruebas empíricas indican que la TCCG puede ser tan eficaz como la TCC individual para el TAS, y además cuenta con una mejor relación coste-beneficio (Luterek et al., 2003). Los tamaños del efecto de ambas modalidades de TCC son similares, a corto y largo plazo (Noureen et al., 2023), y en varios metaanálisis tampoco se han encontrado diferencias en su eficacia (Fedoroff y Taylor, 2001; Gould et al., 1997; citados en Luterek et al., 2003).

Respecto a la **evidencia empírica**, la TCC está avalada por varios metaanálisis, como el de Stewart y Chambless (2009; citado en Norton et al., 2015), y por ECAs de gran envergadura que arrojan grandes tamaños del efecto (Norton et al., 2015). Varios estudios han subrayado la eficacia de la TCC como un potente enfoque terapéutico para los trastornos de ansiedad (Noureen et al., 2023). El tratamiento psicosocial de referencia para el TAS es la TCC (Wolitzky y LeBeau, 2023), la cual está incluida en una lista de tratamientos basados en la evidencia recogidos por la Asociación Americana de Psicología (APA) (Ponce-Alencastro et al., 2021; Chambless y Ollendick, 2001; citado en Herbert et al., 2005). Existen numerosos estudios que muestran que la TCC tradicional es eficaz para tratar el TAS (Luterek et al., 2003), administrada tanto en formato individual (Clark et al., 2003; Lincoln et al., 2003; Stangier et al., 2003; citado en Grumet y Fitzpatrick, 2016) como grupal (Heimberg & Becker, 2002; Hope et al., 1995; McEvoy et al., 2012; citados en Grumet y Fitzpatrick, 2016).

A pesar de la gran cantidad de evidencia empírica de la TCC y de su eficacia bien documentada para el TAS, **no siempre tiene éxito**. Al finalizar el tratamiento con la TCC algunos pacientes no consiguen una mejoría clínicamente significativa (Rodebaugh et al., 2004; Arch y Craske, 2008; citado en Niles et al., 2014) y siguen teniendo síntomas residuales (Dalrymple y Herbert, 2007; Glassman et al., 2016). Algunos pacientes, incluso, no mejoran en absoluto (McAleavey et al., 2014; citado en Grumet y Fitzpatrick, 2016), perdiendo la motivación y la esperanza de conseguir cambios significativos a largo plazo (Kabusi et al., 2023), y quedándose con un sentimiento de insatisfacción con la vida (Gharraee et al., 2018; Eng et al., 2005; citado en Kokovski et al., 2013). Además, las **tasas de abandono prematuro** en la TCC son elevadas (entre el 10-20%), sobre todo motivadas por el miedo a la exposición (Grumet y Fitzpatrick, 2016). Otra de las **limitaciones** de la TCC es que se desconoce cuáles de sus componentes de tratamiento son los que producen cambios significativos en los pacientes, asumiendo que su efectividad se ha relacionado más con sus componentes conductuales que con los cognitivos. Es decir, **se desconoce por qué funciona o fracasa la terapia cognitiva**. Esta contradicción en su base teórica indica que se desconoce el papel real que tiene la intervención directa sobre las cogniciones (Luciano y Valdivia-Salas, 2006). Por este motivo, desde Ossman et al. (2006) se han investigado otras formas de intervención alternativas que vayan más allá de la reducción de síntomas (como marcador importante de la mejoría), utilizando medidas de calidad de vida basadas en procesos, para evaluar el funcionamiento conductual en un sentido contextual más amplio. Hayes (2004a) propuso la existencia de una **3ª generación** de TCC, en la tradición de la TC, representada por terapias (incluyendo algunas “no científicas”) desarrolladas durante los últimos treinta años que enfatizan el papel de la aceptación y la atención plena para producir cambios de segundo orden en lugar de cambios en el contenido cognitivo (Ruiz, 2012). Así, los modelos analíticos de psicopatología basados en la aceptación marcan una especie de cambio de paradigma (Ossman et al., 2006).

### **1.3 La Terapia de Aceptación y Compromiso**

La **Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)**, por sus siglas en inglés; Hayes et al., 1999) es un modelo de intervención psicológica de 3ª generación que forma parte de la TCC. La elegancia de la ACT, que sería la más representativa de todas las terapias basadas en la aceptación (Hayes et al., 2012; Wilson y Luciano, 2002; citado en Ruiz, 2012),

reside en su integración de tradiciones psicológicas y espirituales anteriormente dispares, en un paquete que permite ser investigado empíricamente (Block & Wulfert, 2000). Desde un marco conductista, la ACT no se centra en la eliminación de los síntomas cognitivos para así alterar la conducta del paciente, sino que pretende la modificación de su función a través de la alteración del contexto en el que estos síntomas cognitivos resultan problemáticos (Luciano y Valdivia-Salas, 2006). Según la ACT, la **dificultad en la regulación emocional** es la consecuencia de un aprendizaje desadaptativo sobre el significado que hay que atribuirles a los eventos privados (es decir, la experiencia interna) y la manera de actuar o reaccionar ante ellos (Wilson & Luciano, 2002; citado en De la Viuda-Suárez & Casas-Posada, 2020).

La ACT tiene sus raíces en el **Contextualismo Funcional (CF)** (Hayes, 1993; Hayes et al., 1988; citado en Ruiz, 2010), que es una filosofía holística y pragmática de la ciencia que está estrechamente relacionada con el conductismo radical (Ruiz, 2012). El CF intenta integrar la cognición y el lenguaje en un marco analítico conductual (Arch y Craske, 2008). A diferencia de los supuestos mecanicistas de la ciencia empírica, desde una perspectiva contextualista, un acto adquiere significado y se puede explicar a partir de su contexto (a partir de su historia, su propósito y su situación actual), y solo así se puede influir en él (Ruiz, 2012). Es decir, los objetivos del CF son la predicción y la influencia de los acontecimientos psicológicos con precisión, alcance y profundidad (Hayes, 1993; citado en Ruiz, 2010). Para la ACT, en la factibilidad está la verdad y, por lo tanto, los pensamientos no son correctos ni incorrectos, sino útiles o no para obtener una vida más valiosa. Además, como los acontecimientos privados (es decir, los pensamientos y creencias) no causan directamente otros comportamientos o acciones, no es necesario cambiar su contenido para promover un cambio de conducta (Ruiz, 2010 y 2012). Es decir, en lugar de intentar cambiar la forma de la experiencia privada, se pretende cambiar la función en la que estos pensamientos y sentimientos se relacionan con las acciones manifiestas (véase la revisión teórica de Hayes et al., 2012).

Al igual que los enfoques analíticos modernos, la ACT tiene sus **raíces teóricas** en la **Teoría del Marco Relacional (RFT)**, por sus siglas en inglés; Hayes et al., 2001; citado en Ruiz, 2010), la cual se centra en desarrollar una postura de aceptación experiencial para reducir las tendencias desadaptativas de evitación o supresión de dichos eventos internos (vividos como angustiantes) y aumentar la conducta coherente con valores

(Norton et al., 2015). Los principios de la RFT sugieren que intentar cambiar las funciones de los eventos privados va más en la línea de la naturaleza del lenguaje y la cognición que intentar cambiar el contenido de los mismos (Ruiz, 2010). Asimismo, la RFT es una teoría “postskinneriana” que demuestra como el lenguaje envuelve a la persona en la lucha consigo misma y con su experiencia (Hayes et al., 1999; citado en Arch y Craske, 2008), influyendo en su pensamiento, emoción y conducta. Según la RFT, el lenguaje se asocia a la psicopatología por funcionar en un contexto en el cual la conducta valorada se reduce o se abandona para hacer frente a la actividad cognitiva (Arch y Craske, 2008). En este sentido, la formación de los **marcos relacionales** comienza en la infancia (periodo en el que necesitamos aprender el lenguaje natural) y su práctica posterior permitirá adquirir el lenguaje y otras habilidades de nivel superior como la empatía (Gharraee et al., 2018). Así, el aprendizaje relacional consiste en aprender a relacionar eventos condicionalmente hasta que se abstrae la clave contextual que los relaciona y se aplica a eventos nuevos, distintos a los que permitieron la abstracción; esta es la base de la publicidad, la política y los métodos clínicos, ya que con escasas contingencias se producen nuevas relaciones, formando y alterando funciones (Luciano y Valdivia-Salas, 2006).

La ACT se concibe como el tratamiento del **Trastorno de Evitación Experiencial (TEE)**; Hayes et al., 1996; Wilson & Luciano, 2002; citados en Ruiz, 2010), también llamado TEE Destructiva por ser una de las causas del desarrollo y mantenimiento de muchísimas psicopatologías (Ruiz, 2010), como las relacionadas con la ansiedad y la depresión (Kashdan et al., 2006; Spinhoven et al., 2014; citados en Asher et al., 2021). El TEE es un patrón de conducta inflexible que consiste en la necesidad de controlar y/o evitar los eventos privados desagradables (Luciano y Valdivia-Salas, 2006), con el propósito de minimizar el impacto que produce contactar con dichas experiencias aversivas (Eifert y Heffner, 2003). Es decir, la conducta de **evitación experiencial (EE)** consiste en intentar alterar deliberadamente el contenido y la forma, o la frecuencia y la duración, de dichas experiencias internas (que pueden ser afectos o emociones, pensamientos, sentimientos, recuerdos y sensaciones corporales) y los contextos que los ocasionan (Hayes et al., 1996, p.1154; citado en Kocovski et al., 2013), limitando así la calidad de vida de la persona (Navarro & López, 2013; citado en Ponce-Alencastro et al., 2021).

La **intervención individual** de la ACT puede definirse en términos de **6 procesos psicológicos** que se agrupan en un modelo de psicopatología llamado *Hexaflex* (Wilson,

2007; citado por Ribero-Marulanda & Agudelo-Colorado, 2016), que consta de los siguientes componentes de tratamiento:

- **Aceptación:** es tener la disposición para abrirse a la experiencia interna sin reservas (es decir, sin pensar en la tolerancia o la resignación), que es lo opuesto a la EE. Aceptar significa “contactar activamente con las experiencias psicológicas de forma directa, completa y sin defensas innecesarias mientras nos comportamos de manera eficaz” (Hayes et al., 1996, p. 1163; citado en Kocovski et al., 2013). La apertura a la vulnerabilidad y la autocompasión que ofrece la ACT puede ser eficaz para reducir los sentimientos de vergüenza (Khoramnia et al., 2020), que se producen en el TAS. Paradójicamente, intentar vivir buscando persistentemente los eventos privados positivos y controlando los negativos es una trampa que priva de una vida plena (Luciano y Valdivia-Salas, 2006).
- **Defusión Cognitiva:** consiste en el distanciamiento psicológico, es decir, en no fusionarse o “engancharse” con el significado literal de los pensamientos (Craske et al., 2014), para reducir su impacto automático (Hayes et al., 2011, p. 155; citado en Kocovski et al., 2013) al no darles credibilidad; de esta manera se reduce su frecuencia insana. Se ha demostrado que la fusión cognitiva contribuye negativamente a problemas tan diversos como el dolor crónico (Wicksell et al., 2008; citado en Hayes et al., 2012), problemas de salud mental en niños y adolescentes (Greco et al., 2008; citado en Hayes et al., 2012) y la depresión (Addis y Jacobson, 1996; citado en Hayes et al., 2012).
- **Estar Presente:** es enfocar la atención en el aquí y ahora, fomentando la conciencia plena de las experiencias internas, con una actitud de apertura hacia las mismas, ya que la vida sólo ocurre en el “ahora”. Este resultado se puede conseguir mediante el **entrenamiento en atención plena (o *mindfulness*)**, que es una práctica oriental de meditación que la ACT utiliza para promover la flexibilidad de la atención hacia el momento presente. Es decir, la atención plena permite escapar del patrón atencional rígido hacia pensamientos de pasado y futuro, el cual exacerba problemas como el trauma (Holman y Silver, 1998), la rumiación (Davis y Nolen-Hoeksema, 2000) y el dolor (Schutze et al., 2010), entre otros (citados en Hayes et al., 2012). Se ha demostrado que cuando la ACT se combina con el *mindfulness* para el tratamiento del TAS los resultados son prometedores (Norton et al., 2015). Además, la ACT también utiliza otros

- ejercicios de control atencional como seguir la respiración o atender a las reacciones emocionales (Wilson y Dufrene, 2009; citado en Hayes et al., 2012).
- **Yo como Contexto** (o darse cuenta de uno mismo): se trata de acceder al “yo observador” y notar que es la propia esencia (aquello que no puede ser dañado por la experiencia), en contraposición al “yo conceptualizado” que todos tenemos cuando hablamos de nosotros mismos (p.ej., “soy una persona trabajadora y constante”). La identificación excesiva con una determinada autoconceptualización es problemática en sí misma, ya que hace que aquellos acontecimientos ajenos a la propia narrativa puedan invalidar la vida misma. En relación al TAS, se trataría de reducir la excesiva focalización en el “yo conceptualizado” o en las historias personales (como p.ej., mantener el rol de víctima) creadas en la mente (Yadegari et al., 2014), aprendiendo a observar las experiencias internas con una perspectiva desde la cual poder afrontar las emociones o los pensamientos desagradables asociados a cualquier situación social (Hayes et al., 2012).
  - **Valores Personales:** clarificar lo que realmente es importante para la persona, aquello que le motiva para orientar su conducta hacia esos objetivos de comportamiento específicos (Yadegari et al., 2014). Es como una brújula que guía la acción hacia el norte de aquello que es valorado. Cuando la motivación para cambiar de conducta se basa en la culpa (con valores poco claros, complacientes o evasivos) es mucho menos probable que se consigan los objetivos. Los valores se viven, momento a momento, no se agotan cuando existe una dirección firme y clara de lo que realmente se desea (Hayes et al., 2012).
  - **Acción Comprometida:** lo opuesto sería la inacción, la impulsividad o la persistencia evitativa. La persona ha de aprender a reorientar continuamente su conducta para producir patrones cada vez más amplios de acción eficaz, vinculada a sus valores elegidos. En este sentido, la ACT se parece mucho a la TC tradicional. Por ejemplo, si el paciente está luchando contra la depresión, sus objetivos pueden estar relacionados con la activación conductual, o si el problema es la ansiedad, se puede hacer hincapié en la exposición (Hayes et al., 2012). Es decir, el paciente se centrará en los objetivos y valores especificados, aceptando las experiencias mentales desagradables asociadas que puedan surgir por el camino que ha decidido emprender (Yadegari et al., 2014).

Los 6 procesos descritos giran en torno a un único concepto central (Hayes et al., 2012), la **Flexibilidad Psicológica (FP)**, cuyo aumento es la base del éxito terapéutico de la ACT. La FP es la capacidad de estar en contacto con el momento presente siendo totalmente consciente de las experiencias internas, sin juzgarlas y sin necesidad de defenderse de ellas, persistiendo o cambiando de conducta mientras se elige actuar en coherencia con los propios objetivos y valores personales (Hayes et al., 2012; Arch et al., 2012; Alves et al., 2023; Arch y Craske, 2008). Es decir, el **refuerzo positivo** asociado a encaminarse con valentía y confianza hacia “la persona que quiero ser” aumenta la FP y mejora la ansiedad social a largo plazo; en contraposición al **refuerzo negativo** asociado a la evitación y la huida de la sintomatología ansiosa, que aumenta la Inflexibilidad Psicológica (IP) y solo genera un alivio a corto plazo (García-Pérez y Valdivia-Salas, 2018). La IP se puede observar en los trastornos de **ansiedad y depresión** (Azadeh et al., 2015), que se predicen por el nivel de EE (Tull et al., 2004; citado en Hayes et al., 2012). Además, la EE es un factor desencadenante situado entre el TAS y la depresión (Tillfors et al., 2015), que favorece el desarrollo y mantenimiento del TAS grave (Heimberg et al., 2010; citado en Kashdan et al., 2014), ya que la agotadora preocupación por la EE impide detectar las posibles recompensas sociales (Kashdan et al., 2014).

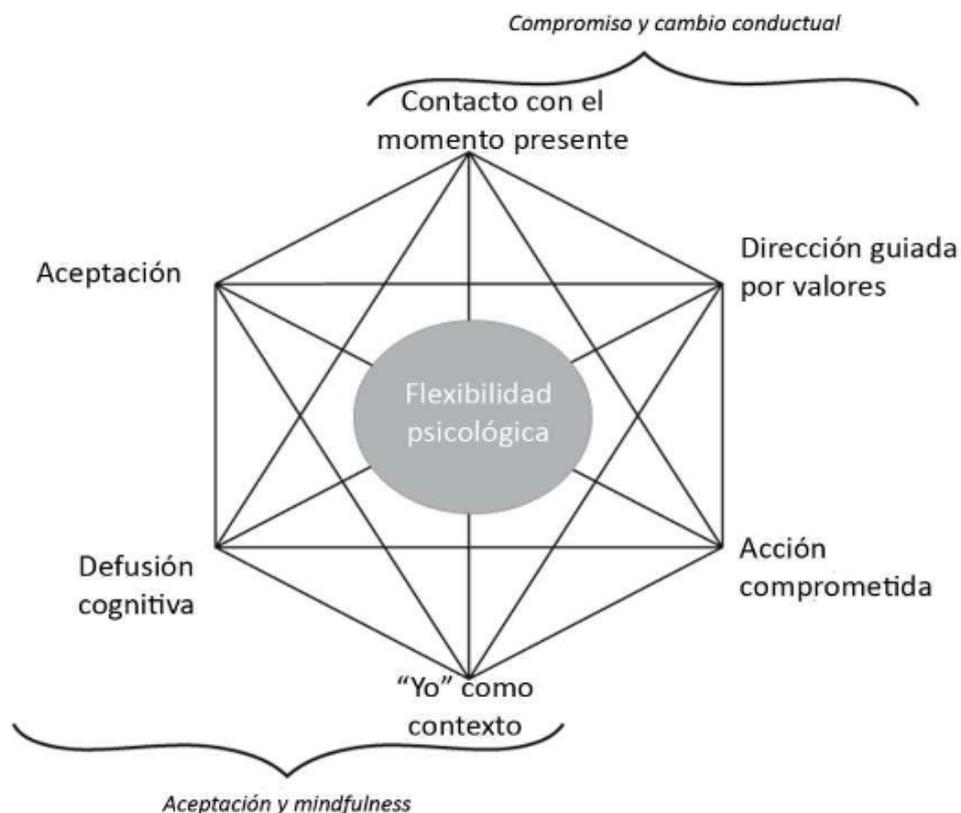


Figura 1. Modelo “Hexaflex” con los seis procesos centrales de cambio de conducta de la ACT

En el modelo ACT (véase la **Figura 1**) los procesos de **aceptación y mindfulness** (aceptación, defusión cognitiva, contacto con el momento presente y “yo” como contexto) se ponen al servicio de los procesos de **compromiso y cambio conductual** (valores y acción comprometida), para producir FP (Hayes et al., 2012). Dado que la FP está fuertemente asociada con la ansiedad social y el **miedo a hablar en público** (Gorinelli et al., 2022; Werner et al., 2012; citados en Gorinelli et al., 2023), estudios previos han propuesto terapias basadas en la aceptación como alternativas a las soluciones tradicionales (Glassman et al., 2016). El modelo *Triflex* agrupa los procesos de FP en 3 pilares (Harris, 2009; citado en Alves et al., 2023): **estar presente** (vértice superior e inferior), **abrirse** (vértices del lado izquierdo) y **hacer lo que importa** (vértices del lado derecho). Así, la EE no es problemática per se, pero se convierte en un problema cuando bloquea la dirección guiada por valores en la acción (Herbert y Cardaciotto, 2005; citado en Kocovski et al., 2013).

La ACT también incluye la psicoeducación y la **desesperanza creativa**, es decir, ayudar a reconocer que los esfuerzos pasados por cambiar, controlar o eludir el miedo y la ansiedad (es decir, practicar la EE) no han funcionado y conducen a reducir actividades vitales valiosas (Arch y Craske, 2008 y 2014). Las **herramientas terapéuticas** de la ACT se valen de las siguientes modalidades verbales inherentemente poco literales (Luciano y Valdivia-Salas, 2006): **(1) las metáforas**, que son analogías del “problema” que utilizan un lenguaje figurado para sintetizar experiencias emocionalmente relevantes, de un modo no confrontativo ni amenazador, y apuntan hacia posibles alternativas conductuales con el objetivo de que el patrón de evitación pueda ser aceptado (Eifert y Heffner, 2003); **(2) las paradojas**, que son contradicciones lógicas que muestran las trampas verbales; y **(3) los ejercicios experienciales**, que favorecen la práctica de la exposición a los eventos privados. La ACT se basa más en las 3 metodologías clínicas anteriores que en argumentos intelectuales, sin posicionarse sobre el contenido de la experiencia, ya sea un pensamiento obsesivo, una alucinación o una emoción fuerte. En cambio, si hace hincapié en la utilidad de las distintas formas de relacionarse con estas experiencias (Hayes et al., 2012). A nivel técnico, la ACT toma estrategias de la TCC tradicional, así como de enfoques humanistas y experimentales (Dalrymple & Herbert, 2007). La aceptación de la propia experiencia privada se encuentra en el corazón de las teorías y terapias de la tradición humanista, tales como la Terapia Centrada en el Cliente de Carl Rogers y la Terapia Gestalt de Fritz Perls (Block & Wulfert, 2000).

Un enfoque de **intervención en formato grupal** útil para el TAS, que es similar e inspirado por la ACT, sería la **Terapia de Grupo basada en la Atención Plena y la Aceptación** (MAGT, por sus siglas en inglés; Kocovski et al., 2009). La MAGT integra *mindfulness*, aceptación y estrategias conductuales para promover el cambio (Hayes et al., 2011; citado en Desnoyers et al., 2017). Los modelos basados en la atención plena y la aceptación, como la MAGT, sugieren que 2 de los factores responsables del cambio son (1) la conciencia en el momento presente sin juicios y (2) la disposición voluntaria a experimentar pensamientos y sentimientos ansiosos (Kocovski et al., 2013). La MAGT tiene la ventaja de su bajo coste y la desventaja de no poderse adaptar de forma flexible a las necesidades individuales de los miembros del grupo (Kocovski et al., 2013).

Respecto a su **evidencia empírica y aplicaciones clínicas**, la ACT está reconocida por la División 12 de la APA como un método basado en la evidencia que es eficaz para el tratamiento de la depresión, el dolor crónico, el afrontamiento de la psicosis, el TOC, el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y los trastornos de ansiedad mixtos (Hayes et al., 2012). La ACT es especialmente efectiva en los trastornos de ansiedad (Eifert y Forsyth, 2005), cuya sintomatología responde mejor a la aceptación que al control (Ruiz, 2010). La ACT también ha obtenido apoyo como tratamiento eficaz para el TAS (Bluett et al., 2014; Swain et al., 2013; citados en Mesri et al., 2017) en comparación con la TCC (Craske et al., 2014). Los datos sugieren que la ACT funciona a través de sus 6 procesos principales y esto contrasta con la reducida evidencia empírica sobre los procesos de cambio de la TCC (Ruiz, 2010). Sin embargo, los estudios de ACT han sido muy criticados por tener algunos problemas metodológicos importantes y un tamaño del efecto global pequeño (Ost, 2014; citado en Ivanova et al., 2016). Aunque se ha comprobado la efectividad de la ACT en numerosas investigaciones, los resultados de su tratamiento no siempre resultan superiores a los obtenidos por la TCC (Rodríguez-Riesco et al., 2022).

El **presente estudio** tiene como **objetivo** realizar una revisión literaria exhaustiva, objetiva y reproducible de todos los estudios existentes y las pruebas disponibles que comparan la eficacia y/o efectividad de la ACT vs. la TCC tradicional en la mejora del TAS (concretamente, reducir el malestar ante situaciones sociales) en adultos. Asimismo, la **pregunta de investigación** que se deriva del objetivo descrito sería la siguiente: ¿Es más eficaz el tratamiento de la ACT que el de la TCC tradicional para mejorar la sintomatología del TAS en adultos?

## 2. METODO

Este estudio es un tipo de investigación de carácter documental bibliográfico, de corte transversal y descriptivo, que presenta una revisión sistemática que sigue las directrices descritas en la declaración PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) 2020 (Page et al., 2021; Moher et al., 2009). La búsqueda de literatura, a través de las diferentes bases de datos, ha sido estandarizada y realizada por una sola persona y, por lo tanto, no cumple con todos los requisitos para ser considerada una revisión sistemática, ya que carece de la presencia de un segundo juez o persona evaluadora, y tampoco se han expuesto todos los ítems de la guía PRISMA (véase el **Anexo 3**). Sin embargo, eso no significa que esta revisión no sea rigurosa, objetiva y reproducible por otros investigadores, ya que su propósito es dar claridad sobre la eficacia de la ACT vs. la TCC para el TAS y que esto pueda servir a futuras investigaciones.

### 2.1 Estrategia de búsqueda

La fase inicial de este estudio consistió en la búsqueda de la bibliografía existente para garantizar la distinción de otras revisiones publicadas anteriormente. A continuación, se realizaron búsquedas en las ocho bases de datos siguientes: (1) **PubMed**, (2) **PsychInfo**, (3) **Biblioteca Cochrane**, (4) **PubPsych**, (5) **EBSCOhost**, (6) **ScienceDirect**, (7) **Scopus** y (8) **Google Académico**. Se establecieron los siguientes límites de búsqueda: (a) Ensayos Controlados Aleatorizados (ECAs); (b) sólo en idioma español o inglés; (c) acceso libre al texto completo; (d) revista revisada por pares; (e) publicaciones académicas arbitradas. El proceso de búsqueda de estudios se llevó a cabo entre los meses de noviembre y diciembre de 2023. Se han aplicado restricciones de fecha (2013-2023) para recopilar datos sobre el uso de la ACT para el TAS. Para la elección de los descriptores se utilizó la base de datos MeSH (*MeSH Database*) dentro del portal de Pubmed y el idioma utilizado fue el inglés, utilizándose las siguientes dos cadenas separadas de términos y operadores booleanos (palabras clave) como **estrategia de búsqueda** electrónica: (i) “(Acceptance and Commitment Therapy) AND (Social Anxiety Disorder)” y (ii) “(Acceptance and Commitment Therapy) AND (Social Phobia)”. Se aplicaron rigurosamente los criterios objetivos en la búsqueda bibliográfica con la finalidad de evitar sesgos de selección. Finalmente, se analizaron las revisiones sistemáticas publicadas sobre la temática de esta investigación y se añadieron las referencias de los estudios recuperados que eran más relevantes.

## 2.2 Criterios de inclusión

- **Tipo de metodología:** estudios que utilizaron ECAs para comparar el efecto de los componentes de tratamiento de la ACT y los de la TCC sobre el TAS, utilizando (o no) a un tercer grupo de control en lista de espera (sin tratamiento) para analizar las diferencias en los resultados.
- **Tipo de intervención:** protocolos estandarizados de tratamiento completo (no de autoayuda) individual o grupal de 12 o más sesiones presenciales, tanto de ACT (incluyendo la MAGT) como de TCC tradicional, basados en manuales publicados que son coherentes con ambas orientaciones psicoterapéuticas.
- **Tipo de muestra:** participantes mayores de 18 años, independientemente del sexo (con una distribución equilibrada por sexos), y con TAS generalizado como diagnóstico primario (es decir, asociado a una mayor angustia y deterioro funcional, así como a un inicio más temprano) según los criterios del DSM-5 (APA, 2014), que no hayan recibido anteriormente TCC o ACT para tratar su TAS o bien estén estabilizados con psicoterapias alternativas que no se centren en su TAS durante un mínimo de 6 meses antes del inicio de la investigación. No estarán tomando medicación, o bien estarán estabilizados con medicación psicotrópica (es decir, un mínimo de 1 mes para las benzodiazepinas y los betabloqueantes, y 3 meses para los ISRS, los Inhibidores de la Recaptación de Serotonina-Norepinefrina [IRSN], heterocíclicos e inhibidores de la MAO).
- **Tipos de medidas de resultados:** se tuvieron en cuenta las publicaciones basadas en medidas de la sintomatología del TAS (antes, durante y después del tratamiento) con escalas de fiabilidad y validez contrastadas, utilizando para ello uno o más instrumentos de autoinforme o de administración por un clínico.
- **Periodo de investigación:** la franja temporal de las publicaciones se acotó a la última década, entre los años 2013 y 2023, para obtener los datos más actuales.
- **Idioma de los estudios:** la búsqueda se redujo a estudios en español o en inglés.

## 2.3 Criterios de exclusión:

- **Comorbilidad con el diagnóstico de TAS en la muestra:** los participantes en la investigación están diagnosticados en la actualidad de otro problema **psicológico grave** junto con el TAS, como el TDM (aunque si pueden tener antecedentes de

este trastorno mental), ideación suicida activa con presencia o no de intención y/o desarrollo de plan suicida específico, el trastorno de pánico con o sin agorafobia, el trastorno bipolar (o algún episodio de manía a lo largo de la vida) o antecedentes de psicosis, que exista retraso mental o daño cerebral orgánico, y el consumo de alcohol o abuso de sustancias (incluyendo la dependencia a las mismas o a los psicofármacos en los seis meses anteriores al inicio de la investigación). También se excluyen a los participantes diagnosticados de **enfermedades físicas** o patologías orgánicas cardiovasculares, pulmonares o respiratorias, neurológicas, musculoesqueléticas, o embarazo.

- **Tipos de estudios:** se prescinde de las revisiones, metaanálisis, estudios de caso, estudios piloto, estudios cualitativos y publicaciones diferentes de los artículos originales (como, por ejemplo, cartas, capítulos de libro, resumen de conferencia, etc.), así como de los trabajos a los que no se puede acceder.
- **Edad de la muestra:** estudios realizados en niños o adolescentes.

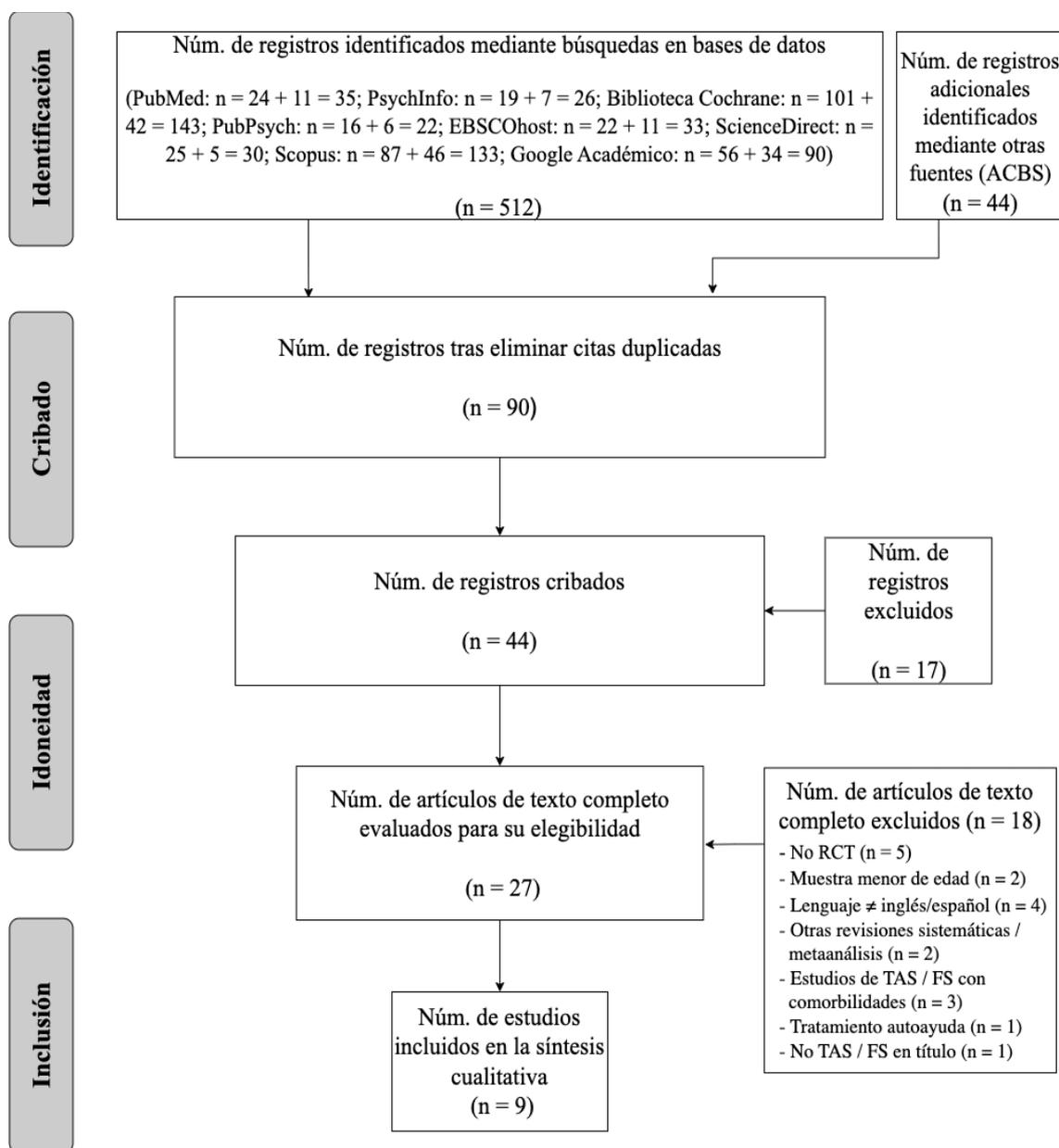
#### 2.4 Proceso de selección de estudios

Como se puede observar en el diagrama de flujo de la selección de estudios (véase la **Figura 2**), en la primera fase del proceso (**Identificación**) se obtuvo un total de 512 registros en respuesta a las 2 cadenas o ecuaciones separadas de palabras clave utilizadas en la búsqueda, los cuales se redujeron a 82 registros después de eliminar las citas duplicadas. En la página web de la ACBS (*Association for Contextual and Behavioral Science*), en la cual se muestran todos los ECAs realizados con intervenciones de ACT desde 1986 hasta la actualidad (actualizada en septiembre del 2023 en el momento de la búsqueda), se encontraron de forma manual un total de 44 artículos en los que aparecían las palabras “*social anxiety*”, que se redujeron a 8 publicaciones después de eliminar las citas duplicadas. A los 82 registros obtenidos en las bases de datos se le sumaron los 8 registros adicionales obtenidos de la web de la ACBS, y en total se obtuvieron 90 registros identificados. A continuación, se procedió a la eliminación de los registros duplicados (n=46) mediante el gestor bibliográfico Mendeley, y los registros se redujeron a 44. En la siguiente fase de selección (**Cribado**) se revisaron los títulos y resúmenes de estos 44 registros restantes para determinar su pertinencia, según los criterios de inclusión y exclusión predeterminados, de los cuales se excluyeron 17. Se procede a la obtención y lectura de textos completos de los artículos que superaron el cribado (las 27 publicaciones

restantes) para evaluar su elegibilidad en la siguiente fase (**Idoneidad**), aplicando nuevamente los criterios de inclusión mencionados, y se descartan 18 publicaciones. Los 27 artículos seleccionados se estudiaron individualmente con la finalidad de extraer datos que fueran relevantes y de interés para el objeto de estudio. De esta forma, en la última fase del diagrama de flujo (**Inclusión**), se seleccionaron los 9 artículos que serán incluidos en la síntesis cualitativa de la presente revisión sistemática para ser escudriñados y comparados con detalle.

Figura 2

Diagrama de flujo PRISMA de la selección de estudios durante las diferentes fases de la revisión



### 3. RESULTADOS

En la **Tabla 1** se ofrece un resumen de los datos obtenidos en los estudios identificados (objetivos, características de la muestra, fases de evaluación e instrumentos utilizados, tipo de intervención, variables medidas y resultados). En relación a los **datos sociodemográficos**, los países de investigación fueron Canadá (Kocovski et al., 2015 y 2013) y Estados Unidos (los 7 estudios restantes). Teniendo en cuenta los 9 estudios seleccionados, el tamaño de la muestra osciló entre 50 y 137 participantes, y la mayoría eran sujetos de raza caucásica (blanco / europeo americano) y la media de edad se encontraba entre los 25 y 45 años, así que la mayoría de los participantes eran considerados adultos jóvenes. Participaron un total de 796 personas, de las cuales 397 fueron mujeres y 399 hombres, lo cual indica que la muestra estuvo bastante igualada en relación a la diferencia de sexo. Asimismo, en 8 de los 9 artículos se indica que el estado civil de soltero tiene una mayor prevalencia estadística. A continuación, se complementa y se amplía la información descrita en la **Tabla 1** con otros aspectos de interés de cada obra científica.

#### 3.1 Periodo de evaluación e instrumentos de medida utilizados

Respecto a las **fases de la evaluación**, todos los estudios incluyeron una medida pre y postratamiento y solo algunos estudios incluyeron una fase intermedia de medición, durante el tratamiento (Desnoyers et al., 2017; Kocovski et al., 2015 y 2013; Niles et al., 2014 y 2013). Asimismo, la mayoría de los estudios incluyeron 2 medidas de **seguimiento a los 6 y 12 meses**, es decir, a los 3 y 9 meses después de la finalización del tratamiento, excepto Desnoyers et al. (2017) y Kocovski et al. (2015), que solo incluyeron 1 medida de seguimiento a los 3 meses después de la finalización del tratamiento (véase la **Tabla 1**). Además, en varios estudios, después de las 12 sesiones de tratamiento, los terapeutas realizaron **llamadas telefónicas de seguimiento** (de 20-35 minutos) una vez al mes durante 6 meses, para reforzar el progreso, en consonancia con la condición terapéutica asignada (Sewart et al., 2019; Craske et al., 2014; Niles et al., 2014 y 2013).

Todas las **variables de resultado** (primarias y secundarias) medidas son de tipo psicológico y fueron cuantificadas a través de **pruebas psicométricas** (escalas clínicas) con fiabilidad y validez contrastadas (véase la **Tabla 1**). Para empezar, todos los estudios evaluaron exhaustivamente la ansiedad social (normalmente autoinformada), como

variable principal, mediante el examen de los síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos. Se emplearon 2 o más instrumentos para medir la sintomatología típica del **TAS**, tales como la "Entrevista Clínica Semiestructurada para el Diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad según el DSM-IV, en su sección de ansiedad social" (**ADIS-IV**; Brown et al., 1994) (se utiliza en todos los estudios excepto en Kocovski et al., 2015 y 2013), la "Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV, en su sección del TAS" (**SCID-IV**; First et al., 2002) (Herbert et al., 2018; Kocovski et al., 2015 y 2013), la "Escala de ansiedad social de Liebowitz" (**LSAS**; Liebowitz, 1987) (Kocovski et al., 2013), la "Escala de ansiedad social de Liebowitz, en su versión autoinforme" (**LSAS-SR**; Fresco et al., 2001) (se utiliza en todos los estudios excepto en Desnoyers et al., 2017 y Kocovski et al., 2015 y 2013), la "Escala de Ansiedad en la Interacción Social" (**SIAS**; Mattick y Clarke, 1998) y la "Escala de Fobia Social" (**SPS**; Mattick y Clarke, 1998) (Sewart et al., 2019; Mesri et al., 2017; Craske et al., 2014; Niles et al., 2014 y 2013), el "Inventario de Ansiedad y Fobia Social, en su subescala de Fobia Social" (**SPAI-SP**; Turner et al., 1989) (Herbert et al., 2018), el "Inventario de FS" (**SPIN**; Connor et al., 2000) (Desnoyers et al., 2017 y Kocovski et al., 2015), el "Cuestionario de Control de la Ansiedad" (**ACQ**; Rapee et al., 1996) (Craske et al., 2014).

Algunos de los instrumentos que se emplearon para medir algunos de los procesos de la **ACT** (como la flexibilidad psicológica, *mindfulness*, aceptación, etc.) fueron los siguientes: el "Cuestionario de Aceptación y Acción" (**AAQ**; Hayes et al., 2004b; Hayes et al., 2006) (Niles et al., 2014), el "Inventario de Mindfulness de Freiburg" (**FMI**; Walach et al., 2006) (Kocovski et al., 2015 y 2013), el "Cuestionario de Aceptación y Acción frente a la Ansiedad Social" (**SA-AAQ**; MacKenzie y Kocovski, 2010) (Kocovski et al., 2015 y 2013), el "Cuestionario sobre el Valor de la Vida" (**VLQ**; Wilson et al., 2010) (Kocovski et al., 2013). Algunos de los instrumentos que se emplearon para medir los procesos de la **TCC** (como la rumiación, RC, autoafirmaciones o cogniciones negativas de miedo a la evaluación negativa, etc.) fueron los siguientes: el "Cuestionario de Reflexión sobre la Rumiación" (**RRQ**; Trapnell y Campbell, 1999) (Kocovski et al., 2013), el "Cuestionario de Autoafirmaciones al Hablar en Público" (**SSPS**; Hofmann y DiBartolo, 2000) (Craske et al., 2014 y Niles et al., 2014). Además, en varios estudios se administró el "Inventario de Calidad de Vida" (**QOLI**; Frisch, 1994) (Sewart et al., 2019; Herbert et al., 2018; Mesri et al., 2017; Niles et al., 2014), y también se evaluó el **rendimiento conductual** (es decir, la evitación y miedo a hablar en público) del

participante con un breve discurso (de 3 min) improvisado utilizando un “Test de Evitación Conductual” (**BAT**), que se midió con la “Escala de Unidades Subjetivas de Angustia” (**SUDS**; Wolpe, 1990) (Herbert et al., 2018; Mesri et al., 2017; Craske et al., 2014; Niles et al., 2014). Se destaca, también, la medición de la **alianza terapéutica** con el “Inventario Breve de la Alianza Terapéutica” (**WAIS**; Tracey y Kokotovic, 1989) (Herbert et al., 2018), y de la **cohesión grupal** con la “Escala de Cohesión Grupal-Revisada” (**GCS-R**; Treadwell et al., 2001) (Kocovski et al., 2013).

### 3.2 Contenido de los tratamientos empleados

De los 9 ECAs identificados, que examinaron cual es el tratamiento psicoterapéutico más eficaz para el TAS, 6 lo administraron de forma individual (TCC vs. ACT) y 3 de forma grupal (TCCG vs. MAGT). Tanto los tratamientos individuales como los grupales de TCC y ACT son igualmente eficaces para el TAS (Acartuk et al., 2009; citado en Kocovski et al., 2013). Todos los estudios incluían 12 sesiones semanales de **tratamiento**, siendo de 1 h la duración las sesiones individuales (excepto en Herbert et al., 2018, que la duración de las 2 primeras sesiones fue de 90 min) y de 2 h las sesiones grupales (excepto en Kocovski et al., 2013, que también ofrecieron una sesión breve, 3 meses después de haber finalizado el tratamiento). La muestra fue asignada aleatoriamente a ambas condiciones de tratamiento y a un grupo control en lista de espera (el cual fue incluido en la comparativa de la eficacia de ambos tratamientos), excepto 3 estudios que no contaron con este periodo de referencia de un tercer grupo control en los análisis de datos (Herbert et al., 2018; Kocovski et al., 2015; Niles et al., 2014). Además, en 2 estudios se utilizaron controles sanos (Kocovski et al., 2013; Niles et al., 2013).

En la **Tabla 2** se comparan los 6 estudios en los que se utilizó un **tratamiento individual** de 12 sesiones de TCC vs. 12 sesiones de ACT (Sewart et al. 2019; Herbert et al., 2018; Mesri et al., 2017; Craske et al., 2014; y Niles et al., 2014 y 2013). El tratamiento de la TCC está basado en los protocolos estandarizados de Hope et al. (2010) y el de la ACT está basado en el manual de Eifert y Forsyth (2005). Únicamente en Herbert et al. (2018) el tratamiento de la TCC se basó en una versión modificada del manual de 16 sesiones de Ledley et al. (2005) y el de la ACT se basó en el protocolo de Herbert et al. (2009). En Herbert et al. (2018), tanto para la TCC como para la ACT, se controlaban las dosis de exposición (cuantificando la duración) y se evaluaban los resultados conductuales. Ambos protocolos incluían exposiciones in vivo y exposiciones simuladas según una lista

graduada de situaciones temidas (es decir, una jerarquía de miedos) diseñada entre terapeutas y participantes. En la **Tabla 3** se comparan los estudios en los que se utilizó un **tratamiento grupal** de 12 sesiones de TCCG vs. 12 sesiones de MAGT (Desnoyers et al., 2017 y Kocovski et al. 2015 y 2013). En ellos, el tratamiento de la TCCG se basa en el manual publicado de Heimberg y Becker (2002), y el de la MAGT se basa en el manual no publicado de Fleming y Kocovski (2009). Ya que tanto la TCC / TCCG como la ACT / MAGT se centran, en cierta medida, en reducir la evitación, se observa que los tratamientos se emparejaron en el número de sesiones dedicadas a la exposición, aunque difirieron en su propósito según la orientación teórica. En concreto, se observan varias diferencias y similitudes (véase el **Anexo 2**).

### **3.3 Análisis cualitativo de los resultados**

**Sewart et al. (2019)**, que utilizaron datos secundarios de Craske et al. (2014), compararon mediante un ECA los mecanismos psicoterapéuticos de cambio que se producían en las variables de **afecto positivo (AP)** y **afecto negativo (AN)** en 2 grupos de participantes con TAS al recibir una terapia individual de 12 sesiones semanales de 1 h de TCC (n=45) y de 1 h de ACT (n=35), en comparación con un grupo de control en lista de espera (n=31) y con datos normativos de una muestra general de adultos. Los estados emocionales negativos y positivos (es decir, el AN y el AP) son una variable moderadora o predictora de la ansiedad social. Las personas con ansiedad social se caracterizan por tener síntomas relacionados con un alto AN (incluidos el miedo y la ansiedad) y un bajo AP. **Ambos tratamientos disminuyeron el AN y aumentaron el AP** sin existir diferencias significativas en los **resultados**, acercándose a los valores normativos y **manteniéndose la mejora del TAS en el seguimiento**. Sin embargo, la ACT se **mostró ligeramente superior a la TCC en la reducción del AN al superar al grupo control**. Además, los niveles basales de AN y AP no moderaron los resultados teóricamente relevantes del tratamiento para la TCC o la ACT. Sin embargo, el AP basal funcionó como un predictor no específico de la **Calidad de Vida (CdV)**, ya que solo con un nivel basal bajo o medio de AP hubo mejoras significativas en la medida de CdV en ambos tratamientos (esto ocurrió, posiblemente, por un efecto techo de los participantes con un AP alto basal).

**Herbert et al. (2018)** compararon en un ECA los mecanismos psicoterapéuticos de cambio que se producían en la variable de **rendimiento conductual** controlando la dosis

de exposición (es decir, cuantificando explícitamente el número de minutos de ese componente y equiparándolo en todas las condiciones de tratamiento) en 2 grupos de participantes con TAS al recibir una terapia individual de 12 sesiones semanales de 1 h de TCC (n=40) y de 1 h de ACT (n=48). Los **resultados** indicaron que **con la TCC hubo una mayor disminución** (clínicamente significativa) **de los síntomas de ansiedad social** así como una **mayor alianza terapéutica**, en comparación con la ACT. El grupo de ACT, no obstante, solo superó al de TCC en **mejores habilidades conductuales de desempeño social** (es decir, mejor rendimiento conductual en diferentes tareas), que es coherente con Glassman et al. (2016) y con el objetivo de la ACT de aumentar la voluntad de sentir las experiencias internas negativas, sin querer controlarlas, porque hay una dirección en la acción basada en valores mucho más importante que el propio malestar (Hayes et al., 1999; citado en Herbert et al., 2018).

**Desnoyers et al. (2016)**, que quisieron complementar los resultados obtenidos por Kocovski et al. (2013) y utilizaron su misma muestra, compararon en un ECA los mecanismos psicoterapéuticos de cambio que producían las variables “**atención autofocalizada**” (o centrada en uno mismo) y la tendencia a realizar “**conductas de seguridad**” en 2 grupos de participantes con TAS al recibir una terapia grupal de 12 sesiones semanales de 2 h de TCCG (n=53) y 2 h de MAGT (n=53), en comparación con un grupo de control en lista de espera (n=31). Se utilizaron ambas variables ya que se ha comprobado que impactan negativamente en la sintomatología de la fobia social y la mantienen, según algunos modelos cognitivos como el de Clark y Wells (1995; citado en Desnoyers et al., 2017). **Tanto la ACT como la TCC disminuyeron ambas variables** a lo largo del tiempo, con la consiguiente reducción de los síntomas de ansiedad social, sin observarse diferencias significativas en los **resultados**. Las conductas de seguridad mediaron la relación entre la ansiedad social y la atención autofocalizada, y viceversa; siendo la atención autofocalizada un mediador en ambos tratamientos. Es decir, a menos atención autofocalizada (cultivando una atención externa) menos dependencia de las conductas de seguridad, y viceversa, lo cual disminuye también la ansiedad social. Estos resultados son coherentes con Kocovski et al. (2013).

**Mesri et al. (2017)**, que quisieron complementar los resultados obtenidos en las muestras de estudios anteriores (Niles et al., 2013; Wolitzky-Taylor et al., 2012, citado en Craske et al., 2014), compararon mediante un ECA los mecanismos psicoterapéuticos de cambio

que producían las variables de **evitación experiencial** y **evitación social** (incluyendo la evitación a **hablar en público**) en 2 grupos de participantes con TAS al recibir una terapia individual de 12 sesiones semanales de 1 h de TCC (n=28) y 1 h de ACT (n=24), en comparación con un grupo de control en lista de espera (que no fue incluido en el análisis de moderadores del resultado ya que solo se examinó la respuesta diferencial a 2 tratamientos activos). **Tanto la ACT como la TCC disminuyeron la ansiedad social superando al grupo control**, sin encontrarse diferencias significativas en los **resultados**. La **evitación de hablar en público** fue un moderador de las medidas de resultado, ya que los individuos más evasivos o evitativos de esta tarea **se beneficiaron más de la TCC que de la ACT**, y la **mejora** de los síntomas **se mantuvo en el seguimiento de 12 meses**. Además, hubo una **adherencia mayor a** las exposiciones de **la TCC**. En cambio, la evitación social (en general) no fue un moderador significativo de ninguna medida de resultado. Tanto la EE como la social indican una mala regulación de las emociones, pero los resultados solo fueron específicos para la evitación a hablar en público.

**Kocovski et al. (2015)**, que quisieron complementar los resultados obtenidos en su estudio anterior (Kocovski et al., 2013), compararon en un ECA los mecanismos psicoterapéuticos de cambio que producían las variables de **reevaluación cognitiva** (dado su hipotético papel mediador en la TCC), **atención plena** y **aceptación** (dado el hipotético papel mediador de ambas en la ACT), en 2 grupos de participantes con TAS al recibir una terapia grupal de 12 sesiones semanales de 2 h de TCCG (n=32) y 2 h de MAGT (n=37), sin informarles de que la ACT podría ser potencialmente superior. **La reevaluación cognitiva disminuyó los síntomas de ansiedad social con unos resultados clínicamente significativos superiores de la TCCG**, en comparación con **la MAGT**; en coherencia con Arch et al. (2012), que compararon la eficacia de la TCC vs. la ACT en una muestra mixta de trastornos de ansiedad (con el 20% de TAS). La **atención plena**, en cambio, **también disminuyó la ansiedad social** (es decir, también fue una variable de proceso o un mecanismo de cambio que predijo el resultado), pero lo hizo **en ambos tratamientos**. La **aceptación** si mostró ser **mejor con la MAGT que con la TCCG**. Por tanto, la atención plena y la aceptación presentaron una correlación similar a la de la atención plena y la reevaluación cognitiva.

**Craske et al. (2014)**, que quisieron complementar los resultados obtenidos en Arch et al. (2012), compararon mediante un ECA los mecanismos psicoterapéuticos de cambio que

se producían en las variables “**miedo a la evaluación negativa**”, “**EE**” (ACT), “**control emocional percibido**” (TCC), “**neuroticismo**” y “**depresión comórbida**”, en 2 grupos de participantes con TAS al recibir una terapia individual de 12 sesiones semanales de 1 h de TCC (n=33) y 1 h de ACT (n=29), en comparación con un grupo de control en lista de espera (n=25). **Ambos tratamientos disminuyeron la ansiedad social superando al grupo control**, sin encontrarse diferencias significativas en los **resultados**. Sin embargo, la **TCC superó a la ACT** en aquellos participantes con una **mayor EE** y un **mayor miedo a la evaluación negativa** en estado basal, **manteniéndose la mejoría en el seguimiento de 12 meses, aumentando la medida de CdV** y observándose una **mayor adherencia a la exposición conductual**. La medida de **ansiedad a hablar en público mejoró en todos los grupos**, incluido el grupo control (repetir la tarea produjo mejoras significativas), sin observarse diferencias significativas en los resultados. Sin embargo, la **ACT** mostró una **mayor mejora en el seguimiento de 12 meses** y una **mejor adherencia al tratamiento**, en comparación con la TCC. La TCC fue mejor que la ACT en el miedo a la evaluación negativa autoinformado. Asimismo, los participantes con más extraversión y/o control emocional percibido al inicio obtuvieron una mayor mejoría con la TCC y la ACT, pero la depresión comórbida fue un predictor de peores resultados en ambos tratamientos.

**Niles et al. (2014)**, que quisieron complementar los resultados obtenidos por Craske et al. (2014), compararon mediante un ECA los mecanismos psicoterapéuticos de cambio que se producían en las variables “frecuencia de **cogniciones negativas** en situaciones sociales” (mecanismo que suele mejorar con la TCC) y “**EE**” (mecanismo que suele mejorar con la ACT) en 2 grupos de participantes con TAS al recibir una terapia individual de 12 sesiones semanales de 1 h de TCC (n=25) y 1 h de ACT (n=25). **Tanto la ACT como la TCC disminuyeron ambos moderadores** sin hallarse diferencias significativas en los **resultados** (aunque en la ACT este objetivo no sea explícito, como en la TCC), **manteniéndose la mejora** de los síntomas de ansiedad social **en el seguimiento**. En coherencia con Arch et al. (2012), la EE disminuyó más al principio con la ACT (ya que en las 5 primeras sesiones del tratamiento se aplicaba el componente de la defusión cognitiva), pero la TCC igualó los resultados al introducir la exposición conductual a mitad del tratamiento. Sin embargo, la EE solo fue un mediador significativo del resultado de la ACT, es decir, las **disminuciones tempranas en la EE** se asociaron a una **mayor reducción de la ansiedad social solo con la ACT**. En cambio, las disminuciones

tempranas en las **cogniciones negativas** predecían el cambio (es decir, se asociaron a una mayor mejora de la ansiedad social) independientemente del grupo de tratamiento.

**Kocovski et al. (2013)** fue el primer ECA que comparó los mecanismos psicoterapéuticos de cambio que se producían en las variables de **reevaluación cognitiva, rumiación, atención plena y aceptación**, en 2 grupos de participantes con TAS al recibir una terapia grupal de 12 sesiones semanales de 2 h de TCCG (n=53) y de 2 h de MAGT (n=53), en comparación con un grupo de control en lista de espera (n=31); asimismo, también se ofreció una sesión breve de control a los 3 meses (postratamiento). **Ambos tratamientos no difirieron significativamente en los resultados de ninguna medida** ni en la cohesión grupal, tanto en el postratamiento como en el **seguimiento de 3 meses (se mantuvieron los cambios), superando al grupo de control en lista de espera en la reducción de la ansiedad social** y la depresión. Sorprendentemente, la **atención plena** y la **aceptación** aumentaron en ambos grupos de tratamiento (es decir, disminuyó la EE), superando al grupo control, y la **rumiación** también disminuyó tanto con la TCCG como con la MAGT, mostrando mayores reducciones que el grupo control solo en la MAGT. Sin embargo, ni la MAGT ni la TCCG se diferenciaron significativamente del grupo de control en lista de espera en el aumento de la **reevaluación cognitiva**.

**Niles et al. (2013)**, que quisieron complementar los resultados obtenidos por Craske et al. (2014), compararon mediante un ECA los mecanismos psicoterapéuticos de cambio que se producían en las variables de “**sesgo atencional**” y “**reactividad emocional negativa**” a estímulos sociales externos amenazantes, en 2 grupos de participantes con TAS al recibir una terapia individual de 12 sesiones semanales de 1 h de TCC (n=22) y 1 h de ACT (n=24), en comparación con un grupo de control en lista de espera (n=19). Teniendo en cuenta los 2 posibles predictores y moderadores mencionados, los **resultados** indicaron que la **reducción clínicamente significativa de los síntomas de ansiedad social** (es decir, menos **sesgo atencional** o vigilancia a estímulos externos amenazantes), evaluada por el clínico, era **mayor con la TCC que con la ACT** en los participantes que tardaban más tiempo en desconectarse de los estímulos faciales amenazantes (caras de enfado y desaprobación). Asimismo, una mayor **reactividad emocional negativa** de los participantes **mejoraba** sin diferencias significativas **en ambos tratamientos**, y una **reactividad emocional positiva** no predijo ni moderó el resultado del tratamiento.

**Tabla 1.** Datos sociodemográficos y clínicos obtenidos en los estudios revisados

Estudios (autores y año, título y país)	Objetivos	Muestra (♀/♂), edad media (años) ± DE, otros)	Evaluación (fases de medición)	Escalas Clínicas	Tratamiento (grupos, formato y duración)	Resultados (primarios y secundarios)
<b>Sewart et al. (2019)</b> “Examinando el AP y el AN como resultados y moderadores de la TCC y la ACT para el TAS” (L.A., EEUU)	Comparar el efecto de la TCC y la ACT sobre el AP y el AN. Examinar si los niveles de AN y AP basales actúan como moderadores y predictores de los resultados.	n = 109 (53/56)  28,3 ± 6,7  46,8%: raza caucásica	Pre (línea base) y Post-tratamiento  Seguimiento a los 6 y 12 meses (con llamada telef. de refuerzo)	ADIS-IV LSAS-R SIAS SPS  PANAS-N MASQ-GDM PANAS-P MASQ-AD QOLI	(1) 12 sesiones sem. de 1h de TCC (n=45)  (2) 12 sesiones sem. de 1h de ACT (n=31)  (3) WL (n=31)	- El AN disminuyó significativamente con la TCC y la ACT, acercándose a los valores normativos y manteniéndose en el seguimiento, pero solo la ACT superó al WL con un efecto moderado.  - El AP aumentó significativamente con la TCC y la ACT, acercándose a los valores normativos y manteniéndose en el seguimiento, sin que llegaran a superar al WL.  - Ni el AP ni el AN basales moderaron los resultados teóricamente relevantes del tratamiento para la TCC o la ACT. Sin embargo, el AP basal funcionó como un predictor no específico de la CdV tanto en la ACT como en la TCC.
<b>Herbert et al. (2018)</b> “ECA de ACT vs. TCC tradicional para el TAS: resultados sintomáticos y conductuales” (Philadelphia, EEUU)	Comparar los programas de la ACT y la TCC tradicional para el TAS. Controlar la dosis del componente de exposición en ambos tratamientos para evaluar cuál de ellos produce un mejor efecto en el rendimiento conductual de los sujetos investigados.	n = 88 (45/43)  29,7 ± 10,98  48,66%: raza caucásica 57,95%: solteros	Pre (línea base) y Post-tratamiento	ADIS-IV LSAS-R SPAI-SP SCID-IV  CGI-S CGI-I BAT QOLI CR BAI BDI-II WAI-S	(1) 12 sesiones sem. de TCC tradicional de 1,5-1h (n=40)  (2) 12 sesiones sem. de ACT de 1,5-1h (n=48)	- Se observó una mayor disminución clínicamente significativa de los síntomas de AS con la TCC tradicional, en comparación con la ACT, con puntajes tanto autoinformados como evaluados por el clínico.  - Sin embargo, el grupo de ACT mostró mayores mejoras en las habilidades de comportamiento (desempeño social), evaluadas por la observación del clínico.
<b>Desnoyers et al. (2017)</b> “AA y CCS en terapias de grupo para el TAS” (San Diego, EEUU)	Comprobar si las reducciones en la AA y en las CCS disminuyen los síntomas de la AS. Determinar qué impacto pueden tener ambas variables entre sí en la mejora de la FS, después de un tratamiento de TCCG y de MAGT.	n = 137 (74/63)  34,4 ± 11,1  62%: raza caucásica 62%: solteros	Pre (línea base), fase intermedia y Post-tratamiento  Seguimiento a los 3 meses	ADIS-IV SPIN  SPSBS FAQ SFA	(1) 12 sesiones sem. de 2h de TCCG (n=53)  (2) 12 sesiones sem. de 2h de MAGT (n=53)  (3) WL (n=31)	- Se observó una mayor disminución clínicamente significativa de la AA y las CCS en el post-tratamiento tanto para la TCCG como para la MAGT en comparación con el WL, sin diferencias significativas en los resultados de ambos grupos de tratamiento.  - En ambos tratamientos, hubo una relación bidireccional entre la AA y las CCS (se influyen mutuamente: a menos CCS menos AA, y viceversa), lo cual disminuye también la AS. Por tanto, la AA medió la relación entre las CCS y la AS, y las CCS mediaron la relación entre la AA y la AS.

<b>Mesri et al. (2017)</b>	Comprobar si los altos niveles de EE y de evitación social disminuyen más con la TCC que con la ACT. Analizar (1) el miedo y la evitación de hablar en público (evaluado por el clínico) y (2) el miedo y la evitación social (in vivo, autoinformada), como moderadores de los resultados de ambos tratamientos para el TAS.	n = 52 (22/30)	Pre (línea base) y Post-tratamiento	ADIS-IV LSAS-SR SIAS SPS	(1) 12 sesiones sem. de TCC de 1h (n=28)	- Tanto la TCC como la ACT superaron al WL en la disminución de la AS, sin diferencias significativas entre ambos tratamientos.
“Evitar hablar en público como moderador del tratamiento del TAS” (L.A., EEUU)		28,78 ± 6,05	Seguimiento a los 6 y 12 meses	BAT (SUDS) STAI-A QOLI	(2) 12 sesiones sem. de ACT de 1h (n=24)	- No obstante, una mayor evitación durante la tarea de hablar en público pre-tratamiento predijo una mayor reducción de la AS y de la reactividad al estrés a LP post-tratamiento solo en la TCC, con un beneficio mayor a los 12 meses de seguimiento.
		28/52: raza caucásica 44/52: solteros			(3) WL (no incluidos)	- Por lo tanto, la evitación de hablar en público demostró ser un moderador sólido de las medidas de resultados.
						- En cambio, el miedo a hablar en público y la evitación social en general, evaluados por el clínico, no moderaron los efectos del tratamiento.
<b>Kocovski et al. (2015)</b>	Evaluar si las 3 variables siguientes pueden representar mecanismos únicos de cambio después del tratamiento: (1) la RVC para la TCCG; (2) la ATP ( <i>mindfulness</i> ) y (3) la aceptación para la MAGT.	n = 69 (37/32)	Pre (línea base), fase intermedia y Post-tratamiento	SCID-IV SPIN ERQ	(1) 12 sesiones sem. de 2h de TCCG (n=32)	- La RVC mostró una mayor disminución de la AS en la TCCG, es decir, tuvo un mayor impacto en comparación con la MAGT.
“MAGT y TCCG tradicional para el TAS: mecanismos de cambio” (Waterloo, Canadá)		34 ± 6,5	Seguimiento a los 3 meses	FMI SA-AAQ	(2) 12 sesiones sem. de 2h de MAGT (n=37)	- La ATP mostró ser un mecanismo de cambio igualmente relevante para la disminución de la AS (y la AS se asoció, igualmente, con el cambio posterior en la ATP) en ambas condiciones de tratamiento.
		62%: solteros				- La aceptación mostró ser mejor en la MAGT que en la TCCG. Por lo tanto, la ATP y la aceptación se correlacionan de manera similar que la ATP y la RVC.
<b>Craske et al. (2014)</b>	Comprobar si la TCC supera a la ACT en reducir el miedo a la evaluación negativa, y si la ACT supera a la TCC ante (1) un trastorno del estado de ánimo comórbido y (2) una menor EE. Evaluar el CEP como un posible moderador de los resultados, y si niveles altos de neuroticismo y extraversión se asocian con peores y mejores resultados, respectivamente.	n = 87 (40/47)	Pre (línea base) y Post-tratamiento	ADIS-IV LSAS-SR SIAS SPS	(1) 12 sesiones sem. de TCC de 1h (n=33)	- Tanto la TCC como la ACT demostraron grandes efectos en la reducción de la AS, sin diferencias significativas en los resultados, y fueron superiores al WL.
“ECA de TCC y ACT para la FS: resultados y moderadores” (L.A., EEUU)		28,37 años ± 6,76	Seguimiento a los 6 y 12 meses (con llamada telef. de refuerzo de 20-35 min)	BAT (SUDS) SSPS AAQ EPQ ACQ CCT	(2) 12 sesiones sem. de ACT de 1h (n=29)	- Sin embargo, los participantes con mayor EE y mayor miedo a la evaluación negativa pre-tratamiento obtuvieron mejores resultados en la reducción de la AS con la TCC en el seguimiento de 12 meses, en comparación con la ACT.
		50,57%: raza caucásica 79,31%: solteros			(3) WL (n=25)	- La CdV solo mejoró en el seguimiento de 12 meses y en mayor medida después de la TCC. En cambio, solo hubo mayor reducción de la ansiedad al hablar en público en el seguimiento de 12 meses después de la ACT.
						- Una mayor extraversión y/o CEP se asoció a una mayor mejoría en ambos tratamientos. En cambio, la depresión comórbida fue predictor de peores resultados.



**Tabla 2. Tratamiento de la TCC vs. la ACT**

	<b>Sewart et al. (2019); Mesri et al. (2017); Craske et al. (2014); Niles et al. (2014 y 2013)</b>	<b>Herbert et al. (2018)</b>
<b>TCC</b>	<p>S 1 → Evaluación, autocontrol y psicoeducación</p> <p>S 2-4 → <b>RC</b> (énfasis en errores de sobreestimación y catastrofismo sobre la evaluación negativa) combinada con estrategias de comprobación de hipótesis, autocontrol y Reentrenamiento Respiratorio</p> <p>S 5 → Introducción y justificación de la exposición (in vivo, en imaginación e interoceptiva combinada con la exposición in vivo) a estímulos sociales temidos</p> <p>S 6-11 → Énfasis en practicar la <b>exposición</b></p> <p>S 12 → Prevención de recaídas</p>	<p>S 1 → Psicoeducación y elaboración de un <b>modelo personalizado de la ansiedad social</b> del participante</p> <p>S 2 → Experimento de CCS para subrayar la importancia de eliminarlas y aumentar la atención centrada en el exterior</p> <p>S 3-12 → Revisión de las exposiciones hechas como deberes; práctica en la identificación, etiquetado y disputa de cogniciones distorsionadas (<b>RC</b>); y participación en ejercicios de <b>exposición</b></p> <p>S 12 → Prevención de recaídas</p>
<b>ACT</b>	<p>S1 → Psicoeducación, ejercicios experienciales de ACT y discusión sobre la aceptación y la acción valorada</p> <p>S2-3 → Introducción a la <b>desesperanza creativa</b> fomentando la aceptación de la ansiedad en vez de los esfuerzos por reducirla</p> <p>S 4 y 5 → Énfasis en la <b>aceptación</b>, la <b>AP</b> y la <b>DC</b></p> <p>S 6-11 → Practicar lo anterior, clarificar <b>valores</b> que aumenten la disposición a hacer <b>actividades comprometidas</b> con ellos, y practicar la <b>exposición</b> conductual (in vivo, en imaginación e interoceptiva combinada con la exposición in vivo)</p> <p>S 12 → Revisar qué habilidades aprendidas fueron útiles y elaborar un plan de futuro para seguir avanzando</p>	<p>S 1 → Introducción a la <b>desesperanza creativa</b></p> <p>S 2 → Ejercicio para explorar los efectos de las CCS y de la atención centrada en el exterior sobre el propio desempeño social</p> <p>S 3-12 → <b>Exposiciones</b> centradas en practicar la disposición a sentir experiencias internas negativas</p> <p>S 4 → Clarificación de <b>valores</b> personales, estableciendo objetivos coherentes con ellos</p> <p>S 5 → Introducción a la <b>DC</b></p> <p>S 6 → Introducción a la <b>AP</b></p> <p>S 7 → Reducir el apego a narrativas personales rígidas y fomentar el <b>compromiso con acciones valiosas</b>, vinculándolo a ejercicios de <b>exposición</b></p> <p>S 8-12 → Practicar e integrar los procesos de ACT con exposición</p> <p>S 12 → Prevención de recaídas</p>

AP = Atención Plena; CCS = Conductas de Seguridad; DC = Defusión Cognitiva; RC = Reestructuración Cognitiva; S = Sesión

**Tabla 3. Tratamiento de la TCCG vs. la MAGT**

	<b>Desnoyers et al. (2017)</b>	<b>Kocovski et al. (2015 y 2013)</b>
<b>TCCG</b>	<p>S 1 → Presentación del <b>modelo de TCC</b> y la RC</p> <p>S 2-12 → Repaso de deberes; <b>exposiciones</b> combinadas con <b>RC</b></p>	<p>S 1 y 2 → Introducción al <b>modelo de TCC</b> y a la RC</p> <p>S 3-11 → Práctica de <b>exposiciones</b> en sesión (utilizando un razonamiento de extinción) con RC previa e interrogación cognitiva posterior; los deberes, consistentes en exposiciones y <b>RC</b>, se revisaban y fijaban cada semana</p> <p>S 12 y sesión de seguimiento (más breve) → Se centraron en la revisión y la planificación</p>
<b>MAGT</b>	<p>S 1 → Presentación del <b>modelo ACT</b> de la AS y la alimentación consciente</p> <p>S 2-12 → Ejercicio de <b>AP</b>, repaso de deberes, y ejercicios coherentes con ACT (p.ej., identificación de valores) que llevan a ejercicios de <b>acción valorada</b>; prácticas de <b>EBA</b></p>	<p>S 1 → Introducción al <b>modelo ACT</b> de ansiedad social y la ingesta consciente de una pasa</p> <p>S 2-6 → Inicio con ejercicio de <b>AP</b> de 15 min (p.ej., escaneo corporal, estiramientos <i>mindful</i>, meditación de la montaña, etc.), seguido de una indagación, y posteriormente se revisan los deberes (p.ej., ejercicios de <i>mindfulness</i> guiados por los autores en un CD grabado, o trabajos escritos sobre conceptos básicos y exposiciones); introducción de temas: costes del control/evitación experiencial, valores y objetivos, <b>DC</b> y disposición a experimentar ansiedad como alternativa al control</p> <p>S 7-11 → Inicio con ejercicio de AP, indagación y revisión de deberes; después se concentraron en la <b>EBA</b></p> <p>S 12 y sesión de seguimiento (más breve) → Revisión de lo aprendido y planificación para seguir avanzando en el futuro</p>

AS = Ansiedad Social; AP = Atención Plena; DC = Defusión Cognitiva; EBA = Exposición Basada en la Aceptación; RC = Reestructuración Cognitiva; S = Sesión

#### 4. DISCUSION

En general, los 9 estudios no informaron de diferencias clínicamente significativas entre la ACT y la TCC, en términos de eficacia, pero si surgieron resultados importantes en relación a diferentes variables de cambio que podrían tener un impacto en el tratamiento clínico del TAS. Aunque en 3 estudios la **TCC demostró una eficacia levemente superior** en la mejora del TAS, en comparación con la ACT (Herbert et al., 2018; Niles et al., 2013; Kocovski et al., 2015), esto quedó compensado con otros resultados positivos obtenidos con la ACT en otras variables psicológicas relacionadas con el TAS (Sewart et al., 2019; Niles et al., 2014 y 2013; Craske et al., 2014; Herbert et al., 2018; Kocovski et al., 2015). Únicamente en Niles et al. (2014), la **ACT demostró ser más eficaz que la TCC** en la mejora del TAS, con una disminución significativamente mayor de la EE. Respecto a las **medidas de seguimiento** informadas, los resultados también fueron muy similares en ambos tratamientos: (1) la **TCC demostró una eficacia significativamente superior**, en comparación con la ACT, para mantener los resultados obtenidos en la tarea de hablar en público en el seguimiento de 12 meses después de haber finalizado el tratamiento (Mesri et al., 2017) y para mantener los resultados de menor EE y menor miedo a la evaluación social negativa en el seguimiento de 12 meses (Craske et al., 2014); (2) la TCCG se mostró igual de eficaz que la MAGT para mantener los resultados obtenidos al finalizar el tratamiento (Kocovski et al., 2013); y (3) la ACT se mostró significativamente más eficaz que la TCC en mantener los resultados obtenidos en la disminución del miedo a hablar en público en el seguimiento de 12 meses (Craske et al., 2014). Con respecto a la **adherencia al tratamiento**, los resultados también fueron similares en ambas psicoterapias: (1) la TCC mostró una mayor **adherencia a la exposición** (Mesri et al., 2017) y una mayor **alianza terapéutica** (Herbert et al., 2018), en comparación con la ACT; (2) la ACT mostró una mayor adherencia al tratamiento en comparación con la TCC (Craske et al., 2014). Por último, respecto a la mejora de las **habilidades de desempeño social** (como la menor evitación de la tarea de hablar en público), la ACT se mostró significativamente superior a la TCC en Herbert et al. (2018), y la TCC se mostró significativamente superior a la ACT en Mesri et al. (2017).

Así, la ACT y la TCC muestran una **eficacia similar** para mejorar el TAS, con una leve superioridad de la TCC. No obstante, como en todos los estudios la eficacia se vincula a la reducción de síntomas de ansiedad social (como variable primaria analizada

estadísticamente) y este no es un objetivo directo de la ACT, se está beneficiando más a la TCC. Si observamos los resultados de Herbert et al. (2018), que fueron los únicos que cuantificaron e igualaron la dosis de exposición en ambos tratamientos y no contemplaron ninguna fase evaluativa de seguimiento, podemos pensar que la TCC fue más eficaz que la ACT porque: (1) la exposición conductual es un componente específico de la TCC (aunque también se realizara en la ACT, con un propósito distinto); y (2) no se midieron los cambios a largo plazo. Sin embargo, aunque la evidencia muestra que los cambios en ACT suelen aparecer en el seguimiento (al no centrarse en reducir el síntoma, sino en aceptarlo), en esta revisión ambos tratamientos quedaron igualados en este aspecto e incluso se observó algún resultado contradictorio que dificultaba discriminar la mayor eficacia (Craske et al., 2014). Asimismo, ambas psicoterapias también mostraron similitud en los resultados de adherencia al tratamiento y de mejora de las habilidades de desempeño social, a pesar de que la ACT suele ser mejor en este último aspecto.

#### 4.1 Consideraciones teóricas de la ACT vs. la TCC

Sewart et al. (2019) demostraron que aplicar la TCC y la ACT en una muestra con TAS disminuye el AN y aumenta el AP en ambas condiciones de tratamiento. Estos resultados indican que, aunque **ambas intervenciones** tienen métodos psicoterapéuticos diferentes, comparten mecanismos comunes de cambio que les hacen **más similares que distintas** (Sewart et al., 2019). En este sentido, Lervik et al. (2022) demostraron que la conducta de evitación precede a las cogniciones en momentos temporales posteriores, pero no al contrario (que es la forma más tradicional de presentar el modelo cognitivo a los pacientes), lo cual confirma por qué la terapia de exposición sin ninguna estrategia cognitiva ya cambia las asociaciones amenazantes con los estímulos temidos (Wolitzky y LeBeau, 2023). Por lo tanto, es posible que la parte conductual, común en ambos tratamientos, sea la responsable de las similitudes en la eficacia, “relegándose” el componente cognitivo de la TCC a un segundo plano que se “autoequilibra”. Y aunque el cambio de creencias es más importante para la psicopatología del TAS que el cambio en la aceptación, la ACT es igual de efectiva en la RC de pensamientos que la TCC, pero de forma indirecta (Niles et al., 2014). Asimismo, un hallazgo sorprendente de Kocovski et al. (2013) fue que con la TCCG también aumentaron los niveles de *mindfulness* y aceptación (superando al grupo control) siendo este un objetivo directo de la MAGT y no de la TCCG; y la rumiación (objetivo de la TCC) disminuyó también con ambos

tratamientos, siendo superior al grupo control solo en la MAGT. Una posible explicación sea que la RC, que consiste en alejarse de las situaciones (o verlas con perspectiva) para identificar y cuestionar los pensamientos automáticos asociados, tiene una eficacia similar al *mindfulness* y la aceptación en la regulación emocional, y por eso también produce cambios en estos 2 componentes de ACT (Kocovski et al., 2015). Así, **ambas terapias se solapan en relación a los efectos cognitivos** conseguidos, al orientarse hacia la modificación de los pensamientos desadaptativos y las conductas disfuncionales.

Aunque el objetivo directo de la ACT con los ejercicios de exposición basados en la aceptación no es la reducción de la ansiedad social o la extinción del malestar (es decir, la regulación emocional), como pretende la TCC, sino aceptar y experimentar estos síntomas (sin que importen los cambios en la ansiedad) como un puente que permitirá lograr objetivos personales valiosos en acciones comprometidas con esos valores (Herbert, 2002; citado en Dalrymple y Herbert, 2007), la mayoría de estudios de esta revisión han demostrado que la disminución de síntomas del TAS y la regulación emocional se produce igual con la ACT, si esta ha tenido éxito (Dalrymple y Herbert, 2007; Ruiz, 2012; Niles et al., 2013). Por eso, tanto la TCC como la ACT aumentan el control percibido sobre las emociones (Arch et al., 2012; citado en Niles et al., 2013). La **TCCG también promueve la aceptación** de ACT con mensajes como “es mucho más importante ayudar al cliente a aprender que es capaz de funcionar en presencia de la ansiedad que intentar eliminarla por completo” (Heimberg y Becker, 2002, pág. 249; citado en Kocovski et al., 2013); y **el aumento de la conciencia de los pensamientos y sentimientos** (es decir, la **atención plena** de la ACT) **también es uno de los objetivos de la TCC** (Kocovski et al., 2013). Por lo tanto, el resultado final de la exposición, tanto en la ACT como en la TCC, puede ser similar: la predicción y el control de los síntomas (Arch y Craske, 2008). Las evitaciones de experiencias internas y externas temidas están relacionadas, ya que caer en una conlleva caer en la otra, y ambos tipos de evitación indican una regulación emocional deficiente (Craske et al., 1989; Hayes et al., 1996; citados en Mesri et al., 2017). En este sentido, tanto la ACT como la TCC consideran que el sufrimiento no proviene de las experiencias privadas desadaptativas o de (supuestas) situaciones externas amenazantes, sino de la reacción hacia ellas.

Tanto la ACT como la TCC cultivan una **postura metacognitiva común hacia las experiencias internas**, distinguiendo entre las cogniciones y la realidad externa, aunque

por diferentes medios (Norton et al., 2015). A nivel de proceso, mientras en la ACT el beneficio terapéutico primario es el **descentramiento** (que consiste en ser capaz de observar los eventos mentales como temporales y no necesariamente reales), en la TCC lo es el **distanciamiento** (que consiste en ser capaz de alterar el contenido de las valoraciones cognitivas no realistas). Como el descentramiento parece ser un mecanismo mediador común para la reevaluación cognitiva y la atención plena (Hayes-Skelton y Graham, 2013; citado en Norton et al., 2015), es posible que estas intervenciones estén aprovechando el mismo mecanismo/s de cambio a través de rutas divergentes (Mennin et al., 2013; citado en Norton et al., 2015). Asimismo, Arch et al. (2012) afirmaron que la TCC parecía funcionar utilizando los mismos procesos putativos de cambio de la ACT, con especial relevancia para la defusión cognitiva (Ruiz, 2012). El *mindfulness* y la aceptación de la ACT pueden ser más eficaces para reducir los pensamientos negativos que la RC, y la exposición conductual a situaciones temidas de la TCC puede ser más eficaz para reducir los pensamientos negativos que el enfoque basado en valores de la ACT (Niles et al., 2014). En este sentido, como se pudo observar en Craske et al. (2014), la TCC superó a la ACT en mantener la disminución de la EE y el aumento en la medida de CdV de los participantes en el seguimiento de 12 meses, siendo esta mejora un objetivo directo de la ACT y no de la TCC.

Con respecto a las **diferencias entre la ACT y la TCC**, mientras que la segunda se centra en reducir el AN y el deterioro funcional asociado (propio del sistema defensivo) ignorando el AP (Craske et al., 2016; citado en Sewart et al., 2019), la primera se centra en aumentar el AP y la CdV (propios del sistema apetitivo y motivacional) de la persona (Davidson, 1994; citado en Sewart et al., 2019). Aunque tanto la RC como la defusión cognitiva y la aceptación pueden servir para reducir la EE y aumentar la exposición a experiencias internas previamente evitadas y reprimidas, las estrategias de la ACT devuelven al paciente a la experiencia directa (o a la reconexión con el “ahora”), mientras que la TCC puede mantenerle “aprisionado” en la actividad mental (con pensamientos constantes sobre el pasado y el futuro). Es decir, la RC puede favorecer la supresión del pensamiento (Hayes et al., 1999; citado en Niles et al., 2014) porque etiqueta algunos pensamientos como “defectuosos” y esto, según la ACT, es contraproducente porque aumenta la intrusión de los pensamientos suprimidos (Wegner, 1994; citado en Niles et al., 2014). Dicho de otro modo, la TCC, imprudentemente, pretende apagar el fuego con fuego, porque utiliza la cognición (juzgar o modificar el contenido del pensamiento) para

aliviar a la persona de la cognición (Arch y Craske, 2008). Además, centrar la atención en el contenido de los pensamientos negativos mantiene vivo el ciclo rumiativo (Eifert y Forsyth, 2005, citado en Niles et al., 2014) al intensificarse la lucha por librarse de pensamientos ansiosos considerados “defectuosos”. La ACT, en cambio, se basa en la investigación que afirma que **los pensamientos y emociones son reacciones aprendidas a lo largo de la historia personal que suelen ser muy difíciles de modificar** (Barnes-Holmes et al., 2004; citado en García-Pérez y Valdivia-Salas, 2018), así que solo son formas fugaces que aparecen y desaparecen, y que pueden mirarse con perspectiva (Hayes et al., 1999; citado en Young et al., 2019). Centrarse excesivamente en controlar y evitar las emociones, intentando suprimirlas, es una forma de regulación emocional que requiere de un enorme esfuerzo y energía, por lo que el uso de esta estrategia en contextos estresantes conduce al agotamiento mental y a la reducción de las capacidades cognitivas, haciendo que **la persona sea menos receptiva a las contingencias de recompensa del entorno** (Hayes et al., 2006; citado en Kashdan et al., 2014).

En este sentido, Glassman et al. (2016) compararon la eficacia de un Tratamiento Conductual Basado en la Aceptación (TCBA) con la TCC para abordar el desempeño conductual en una tarea de hablar en público, y concluyeron que: **(1) la RC podría sobrecargar la Memoria de Trabajo (MT) y la atención durante el desempeño de la tarea**, ya que el objetivo de reducir la ansiedad de la TCC podría llevar a un mayor esfuerzo por controlarla (mayor concentración en uno mismo) y esto también exigiría mayores recursos cognitivos, empeorando el rendimiento del discurso; y **(2) el TCBA puede liberar más recursos de la MT** y permite regular los procesos internos de forma similar a la reevaluación cognitiva con las distorsiones o errores de pensamiento, mejorando el rendimiento del discurso al poder concentrarse en otros aspectos (como el volumen del habla, la dicción, el vocabulario, la claridad). Estos resultados son coherentes con los patrones de activación cerebral detectados en ambos tratamientos mediante técnicas de neuroimagen, ya que en la condición del TCBA se observó una **disminución de volumen sanguíneo en la corteza prefrontal dorsolateral izquierda** (relacionada con el lenguaje). En cambio, en la condición de la TCC aumentó el volumen sanguíneo en esa área cerebral, lo cual sugiere que **las técnicas de la TCC** pueden haber fomentado un **mayor uso de los procesos verbales durante el discurso** (Glassman et al., 2016). Por lo tanto, parece que **la ACT supera a la TCC en conseguir un mayor desempeño social** en pacientes con TAS, tal y como también afirmaron Herbert et al. (2018).

## 4.2 Limitaciones de la investigación

Esta revisión presenta algunas limitaciones que podrían debilitar la fiabilidad y generalidad de sus resultados. En **primer lugar**, la consideración de esta **revisión** como literaria y **no sistemática**, al carecer de un segundo juez evaluador durante el proceso de selección de estudios. En **segundo lugar**, la búsqueda de artículos se restringió únicamente a **estudios en idioma inglés o español**, y el **bajo número de estudios incluidos** se debe a la poca literatura existente sobre la eficacia de la ACT vs. la TCC en personas con TAS sin otros trastornos mentales comórbidos. En **tercer lugar**, la mayoría de las **muestras** tienen un tamaño muy pequeño (p.ej., Mesri et al., 2017; Kocovski et al., 2015 y Niles et al., 2014), y algunos estudios utilizaron la **misma muestra de estudios anteriores** (p.ej., Desnoyers et al., 2017; Kokovski et al., 2013) para subanalizar los resultados, lo cual reduce todavía más la muestra y la potencia de los resultados. Además, muchas de las muestras están mermadas por **elevadas tasas de deserción**, que a menudo no se abordaban adecuadamente en los análisis estadísticos ya que, excepto en 4 estudios (Sewart et al., 2019; Herbert et al., 2018; Craske et al., 2014; Kokovski et al., 2013), únicamente se analizaron los participantes que completaron el tratamiento sin tener en cuenta los abandonos, con el sesgo en la estimación de la eficacia que esto conlleva. En **cuarto lugar**, la información obtenida en las medidas de seguimiento solo fue comunicada por 3 estudios (Craske et al., 2014; Mesri et al., 2017; Kocovski et al., 2013). Sin embargo, aunque en 5 estudios se incluyó un **periodo de seguimiento** adecuado de 6 y 12 meses (Sewart et al., 2019; Craske et al., 2014; Niles et al., 2014 y 2013, Kocovski et al., 2013), en 2 estudios solo se incluyó un seguimiento de 3 meses (Kocovski 2015, Desnoyers et al., 2017) y en Herbert et al. (2018) no se incluyó ninguno. Que estos 3 últimos estudios no sean longitudinales en su diseño ha podido beneficiar más a la TCC que a la ACT. En **quinto lugar**, que haya **tratamientos individuales y grupales** también limita la comparación de los resultados. Es decir, los resultados podrían ser demasiado diferentes, ya que se han encontrado diferencias en los mecanismos entre los formatos individuales y grupales (Hedman et al., 2013; citado en Kokovski et al., 2015), y los efectos del tratamiento pueden ser exagerados cuando se administran en grupos (Baldwin et al., 2005; citado en Kocovski et al., 2015). En **sexto lugar**, en algunos estudios **la TCC y la ACT no se compararon con un grupo control** (Herbert et al., 2018; Mesri et al., 2017; Kocovski et al., 2015; Niles et al., 2014), limitando la verificación de la eficacia y de los procesos de cambio de ambos tratamientos. En **séptimo lugar**, que en los objetivos

y la metodología de todos los estudios se consideren **variables psicológicas diferentes** relacionadas con los síntomas del TAS (p.ej., AN, AP, rendimiento conductual, atención autofocalizada, EE, reevaluación cognitiva, sesgo atencional, atención plena y atención, etc.), que no siguen una uniformidad que contemple todos los factores implicados en el desarrollo y mantenimiento del TAS, podría influir en el proceso psicológico de cambio de los participantes. Además, que estas variables fueran autoevaluadas en la mayoría de casos ha podido influir en los resultados por el sesgo de la deseabilidad social. En **octavo lugar**, solo en 2 estudios se midió la **alianza terapéutica** y la **cohesión grupal** (Herbert et al., 2018 y Kocovski et al., 2013, respectivamente), a pesar de ser factores que podrían influir en la variabilidad de los resultados.

### 4.3 Orientaciones futuras y conclusiones

Existen algunas diferencias y muchas similitudes entre la ACT y la TCC, ya que “ambos tratamientos se complementan y comparten mecanismos psicológicos comunes que aún se desconocen y están pendientes de ser investigados” (Caletti et al., 2022), pero existen muy pocos estudios que arrojen luz sobre cuál de las dos terapias es más efectiva para el TAS. En **futuras líneas de investigación** se debería hacer una comparación directa de los componentes de ambos tratamientos para discernir cuales de ellos reducen la sintomatología ansiosa y producen un cambio comportamental objetivo en los pacientes con TAS. Por lo tanto, se requieren **estudios de desmantelamiento** para determinar qué estrategias de la ACT contribuyen a un cambio adicional por encima y más allá de las estrategias de la TCC (Norton et al., 2015), ya que conocer cómo se producen los mecanismos de cambio terapéuticos “abre la puerta al desarrollo y perfeccionamiento de intervenciones dirigidas a estos procesos, lo que a su vez podría mejorar los efectos obtenidos” (Ruiz, 2012), permitiendo la adaptación de los enfoques de tratamiento en función del paciente (Niles et al., 2014). Por otro lado, sería interesante poder contrastar la literatura americana con investigaciones europeas igual de rigurosas ya que, hasta la fecha y según la búsqueda realizada, no existe ningún ECA que compare la eficacia de la ACT vs. la TCC en el tratamiento del TAS en población adulta española, por ejemplo.

A pesar de las limitaciones mencionadas, los resultados preliminares de esta revisión apuntan a algunas **conclusiones** relevantes: (1) En general, la ACT parece ser un tratamiento de una **eficacia similar, pero no superior, a la mostrada por la TCC** para

mejorar el TAS. Aunque difieren en sus objetivos terapéuticos, **ambos tratamientos consiguen reducir la ansiedad social y mejorar otras variables como el desempeño social** (p.ej., en la tarea de hablar en público), sin presentar diferencias significativas en los resultados. Estos resultados son coherentes con los informados en otras revisiones sistemáticas que investigaron la eficacia de la ACT para el TAS, incluyendo la comparación puntual con la TCC (Caletti et al., 2022; García-Pérez y Valdivia-Salas, 2018). **(2)** Por tanto, se podría afirmar que **ambos tratamientos presentan factores psicológicos y mecanismos de cambio similares en la mejora del TAS**, es decir, comparten procedimientos y procesos, y funcionan a través de vías de mediación similares (Craske et al., 2014). No obstante, estos hallazgos deben interpretarse con cautela hasta que se realicen estudios metodológicamente superiores en el futuro que permitan su consolidación. **(3)** Los estudios revisados podrían estar beneficiando más a la TCC que a la ACT, ya que el éxito terapéutico se vincula a la **reducción de los síntomas** (es decir, a la disminución de la evitación conductual en la TCC y de la EE en la ACT) mediante un **uso homogéneo del componente de exposición**, que son **objetivos directos de la TCC e indirectos de la ACT**. Esto podría dificultar una comparación justa entre ambas psicoterapias y **favorecer que aparezcan más similitudes que diferencias en los resultados**. Es decir, puede que la exposición prevalezca sobre otras diferencias en los tratamientos, igualando sus efectos (Craske et al., 2014). Tal vez, si se hubiera comparado la terapia cognitiva (usando solo la RC, sin exposición) con la ACT probablemente se habrían maximizado las diferencias de grupo en las vías de mediación (Niles et al., 2014). Sin embargo, **se necesitan estudios más amplios y homogéneos que confirmen esta hipótesis**, ya que la TCC cuenta con un largo historial de ECAs rigurosos que arrojan sistemáticamente un amplio rango de tamaños del efecto (p.ej., Clark et al., 2006; citado en Norton et al., 2015) y la ACT todavía no.

En resumen, y en respuesta a la pregunta de investigación planteada, la **ACT podría considerarse un tratamiento prometedor** y alternativo a la TCC tradicional para mejorar la sintomatología de un trastorno psiquiátrico tan complejo y heterogéneo como es la fobia social, **a pesar de no haber demostrado ser más eficaz que la TCC**. Por tanto, la TCC sigue manteniéndose como el tratamiento de primera línea para el TAS. Sin embargo, estos resultados deben interpretarse con cautela hasta que se realicen estudios longitudinales más amplios que exploren en profundidad tanto la eficacia de la ACT como los elementos terapéuticos de cambio implicados en ambos tratamientos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Adolphs, R. (1999, December 1). Social cognition and the human brain. *Trends in Cognitive Sciences*, 3 (12), 469–479. [https://doi.org/10.1016/S1364-6613\(99\)01399-6](https://doi.org/10.1016/S1364-6613(99)01399-6)
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®). In *Correspondencias & Análisis* (5th ed., Issue 15018). Editorial Médica Panamericana. <https://doi.org/9780890425596>
- Acarturk, C., Cuijpers, P., van Straten, A., & de Graaf, R. (2009). Psychological treatment of social anxiety disorder: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 39, 241e254.
- Azadeh, S. M., Kazemi-Zahrani, H., & Besharat, M. A. (2015). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Interpersonal Problems and Psychological Flexibility in Female High School Students With Social Anxiety Disorder. *Global Journal of Health Science*, 8(3), 131–138. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n3p131>
- Antony, M. M., & Swinson, R. P. (2017). *The shyness and social anxiety workbook: Proven techniques for overcoming your fears* (3<sup>rd</sup> ed.). Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Alves, F., Figueiredo, D. V., & Vagos, P. (2023). Acceptance and Commitment Therapy for Social Anxiety Disorder in Adolescence: Preliminary Appraisal Based on a Case Study Approach. *Clinical Case Studies*, 22(4), 343–362. <https://doi.org/10.1177/15346501221144069>
- Alden, L.E. y Wallace, S.T. (1991). Social standards and social withdrawal. *Cognitive Therapy and Research*, 15, 85-100.
- Arch, J.J., Craske, M.G., (2008). Acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: different treatments, similar mechanisms? *Clin. Psychol. Sci. Pract.* 15 (4), 263–279. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2008.00137.x>.
- Arch, J. J., Eifert, G. H., Davies, C., Vilardaga, J. C. P., Rose, R. D., & 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. <https://doi.org/10.1037/a0028310>
- Asher, M., Hofmann, S. G., & Aderka, I. M. (2021). I'm Not Feeling It: Momentary Experiential Avoidance and Social Anxiety Among Individuals With Social Anxiety Disorder. *Behavior Therapy*, 52(1), 183–194. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.04.001>
- Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (1996). Reason-giving and the process and outcome of cognitive-behavioral psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1417-1424.
- Bados Lopez, A. (2017). *Fobia social o trastorno por ansiedad social: Naturaleza, evaluación y tratamiento*. Universidad de Barcelona.
- 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.
- Baldwin, S. A., Murray, D. M., & Shadish, W. R. (2005). Empirically supported treatments or type I errors? Problems with the analysis of data from group- administered treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 924e935. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.73.5.924>.
- Babalola, S. O., & Ogunyemi, A. O. (2019). Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of Social Phobia among Adolescents in Secondary Schools in Oyo State, Nigeria. *Annual Journal of Technical University of Varna, Bulgaria*, 3(2), 54–61. <https://aj-tuv.org/index.php/ajtuv/article/view/136>
- Bandura A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social-cognitive theory*. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Beesdo, K., Bittner A., Pine, D., Stein, M. B., Höfler, M., Lieb, R., & Wittchen, H-U. (2007). Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. *Archives of General Psychiatry*, 64, 903-912.
- Beck AT (1963). Thinking and depression. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-333.

- Bittner A, Goodwin RD, Wittchen H-U, Beesdo K, Höfler M, Lieb R (2004). What characteristics of primary anxiety disorders predict subsequent major depressive disorder? *Journal of Clinical Psychiatry* 65, 618–626.
- 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.
- Botella, C., Baños R.M., & Perpiñá, C. (2003). *Fobia Social: Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento*. España: Editorial Paidós.
- Bulacio, J. (2018). *Ansiedad, estrés y práctica clínica: Un enfoque moderno, humanista e integral (3ª edición)*. *Librería Akadia Editorial*.
- Burklund, L. J., Torre, J. B., Lieberman, M. D., Taylor, S. E., & Craske, M. G. (2017). Neural responses to social threat and predictors of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy in social anxiety disorder. *Psychiatry Research - Neuroimaging*, 261, 52–64. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.12.012>
- Brown, T. A. (2007). Temporal course and structural relationships among dimensions of temperament and DSM-IV anxiety and mood disorder constructs. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 313–328. doi: 10.1037/0021-843X.116.2.313
- Brown, T. A., Barlow, D. H., & Di Nardo, P. A. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV): Client Interview Schedule*. Boulder, CO: Graywind.
- 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.
- Bluett, E. J., Homan, K. J., Morrison, K. L., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(6), 612e624. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.06.008>.
- Caletti, E., Massimo, C., Magliocca, S., Moltrasio, C., Brambilla, P., & Delvecchio, G. (2022). The role of the acceptance and commitment therapy in the treatment of social anxiety: An updated scoping review. *Journal of Affective Disorders*, 310(4), 174-182. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.05.008>
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52,685-716.
- 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](https://doi.org/10.1037/0022-006X.82.6.1034). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82, 1034-1048.
- Craske, M. G., Street, L., & Barlow, D. H. (1989). Instructions to focus upon or distract from internal cues during exposure treatment of agoraphobic avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, 27(6), 663e672. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/617724854?accountid/414512>.
- Craske, M. G., Meuret, A. E., Ritz, T., Treanor, M., & Dour, H. J. (2016). Treatment for anhedonia: A neuroscience driven approach. *Depression and Anxiety*, 33(10), 927–938. <https://doi.org/10.1002/da.22490>
- Crozier, R. & Alden, L. (2005). *The essential handbook of social anxiety for clinicians*. John Wiley & Sons, Ltd. England.
- Connor, K. M., Davidson, J. R. T., Churchill, L. E., Sherwood, A., Foa, E., & Weisler, R. H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): a new self-rating scale. *British Journal of Psychiatry*, 176, 379e386.
- Clark, D. M., Ehlers, A., McManus, F., Hackmann, A., Fennell, M., Campbell, H., . . . Louis, B. (2003). Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: A randomized placebo-controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 1058–1067. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.71.6.1058>
- Clark, D. M. y Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. En R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope y F. R. Schneier (dirs), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69-93). Nueva York, NY: Guilford.
- Clark, D. M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N., . . . Wild, J. (2006). Cognitive therapy versus exposure & applied relaxation in SAD: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 568–578.
- Cuijpers, P., Gentili, C., Banos, R.M., Garcia-Campayo, J., Botella, C., Cristea, I.A., (2016). Relative effects of cognitive and behavioral therapies on generalized anxiety disorder, social anxiety disorder and panic disorder: a meta-analysis. *J. Anxiety Disord.* 43, 79–89. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.09.003>.

- Davies, C. D., Young, K., Torre, J. B., Burklund, L. J., Goldin, P. R., Brown, L. A., et al. (2017). Altered time course of amygdala activation during speech anticipation in social anxiety disorder. *Journal of Affective Disorders*, 209(November 2016), 23–29. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.11.014>.
- Davidson, R. J. (1994). Asymmetric brain function, affective style, and psychopathology: The role of early experience and plasticity. *Development and Psychopathology*, 6(4), 741–758. <https://doi.org/10.1017/S0954579400004764>
- De la Viuda-Suárez, M. E., & Casas-Posada, A. (2020). Acceptance and commitment group therapy for teenagers with difficulties in emotional-regulation: A pilot study. *Revista de Psicología Clínica Con Niños y Adolescentes*, 7(2), 42–49. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2020.07.2.5>
- Dalrymple, K. L., & Herbert, J. D. (2007). Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder a pilot study. *Behavior Modification*, 31(5), 543–568. <https://doi.org/10.1177/0145445507302037>
- Davis, R. N., & Nolen-Hoeksema, S. (2000). Cognitive inflexibility among ruminators and nonruminators. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 699-711.
- Desnoyers, A. J., Kocovski, N. L., Fleming, J. E., & Antony, M. M. (2017). Self-focused attention and safety behaviors across group therapies for social anxiety disorder. *Anxiety, Stress and Coping*, 30(4), 441–455. <https://doi.org/10.1080/10615806.2016.1239083>
- Eysenck HJ (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Eifert, G. H., y Heffner, M. (2003). The effects of acceptance versus control contexts on avoidance of panic-related symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 293-312.
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies*. New York: Guilford Press.
- Elizondo Arias, Y. (2016). Trastorno De Ansiedad Social (Fobia Social). *Revista Médica Sinergia*, 1(4), 20–24. <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/28>
- Ellis A (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Eng, W., Coles, M. E., Heimberg, R. G., & Safren, S. A. (2005). Domains of life satisfaction in social anxiety disorder: relation to symptoms and response to cognitive-behavioral therapy. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 143e156.
- Evans, R., Clark, D., Leigh, E. (2021). Are young people with primary social anxiety disorder less likely to recover following generic CBT compared to young people with other primary anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis. *Behav. Cogn. Psychother.* 49 (3), 352–369. <https://doi.org/10.1017/S135246582000079X>.
- Feske U., Chambless D.L. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: a meta-analysis. *Behavior Therapy* 1995;26:695–720.
- Fedoroff, I. C., & Taylor, S. T. (2001). Psychological and pharmacological treatments of social phobia: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 21, 311–324.
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M., & Williams, J. (2002). Structural clinical interview for DSM-IV-TR, Research version, Non-patient edition. New York: Biometrics Research.
- Fleming, J., & Kocovski, N. L. (2007; revised 2009). Mindfulness and acceptance-based group therapy for social anxiety disorder: A treatment manual (unpublished manuscript).
- Freitas-Ferrari, M. C., Hallak, J. E. C., Trzesniak, C., Filho, A. S., Machado-de-Sousa, J. P., Chagas, M. H. N., et al. (2010). Neuroimaging in social anxiety disorder: A systematic review of the literature. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 34(4), 565–580. <https://doi.org/10.1016/J.PNPBP.2010.02.028>.
- Fresco, D. M., Coles, M. E., Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hami, S., Stein, M. B., & Goetz, D. (2001). The Liebowitz Social Anxiety Scale: A comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-administered formats. *Psychological Medicine*, 31(6), 1025–1035. <https://doi.org/10.1017/S0033291701004056>
- Frisch, M. B. (1994). Quality of Life Inventory (QOLI). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 4, 92–101. <https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5>
- Frijda, N. H. (2016). The evolutionary emergence of what we call “emotions”. *Cognition and Emotion*, 30, 609–620. <https://doi.org/10.1080/02699931.2016.1145106>.
- Foa E.B. & Kozak M.J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.

- García-Pérez, L., & Valdivia-Salas, S. (2018). Intervención en el trastorno de ansiedad social a través de la terapia de aceptación y compromiso: una revisión sistemática. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 26(2), 379–392. <https://www.proquest.com/docview/2108803008?fromopenview=true&pq-origsite=gscholar&sourcetype=Scholarly%20Journals>
- Greco, L. A., Lambert, W., & Baer, R. A. (2008). Psychological inflexibility in childhood and adolescence: Development and evaluation of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth. *Psychological Assessment*, 20(2), 93-102.
- Gershkovich, M., Herbert, J. D., Forman, E. M., Schumacher, L. M., & Fischer, L. E. (2017). Internet-Delivered Acceptance-Based Cognitive-Behavioral Intervention for Social Anxiety Disorder With and Without Therapist Support: A Randomized Trial. *Behavior Modification*, 41(5), 583–608. <https://doi.org/10.1177/0145445517694457>
- Gharraee, B., Tajrishi, K. Z., Farani, A. R., Bolhari, J., & 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. <https://ijlpr.com/index.php/journal/article/view/487>
- Gilboa-Schechtman, E., Franklin, M. E., & Foa, E. B. (2000). Anticipated reactions to social events: Differences among individuals with generalized social phobia, obsessive compulsive disorder, and nonanxious controls. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 731–746. doi:10.1023/A: 1005595513315
- 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.
- Goldin, P. R., Manber, T., Hakimi, S., Canli, T., & Gross, J. J. (2009). Neural bases of social anxiety disorder: Emotional reactivity and cognitive regulation during social and physical threat. *Archives of General Psychiatry*, 66(2), 170–180. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2008.525>.
- Gould, R. A., Buckminster, S., Pollack, M. H., Otto, M. W. y Yap, L. (1997). Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 291-306.
- Gorinelli, S., Gallego, A., Lappalainen, P., & Lappalainen, R. (2022). Psychological Processes in the Social Interaction and Communication Anxiety of University Students: The Role of Self-Compassion and Psychological Flexibility. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 22(1), 5–19.
- Gorinelli, S., Gallego, A., Lappalainen, P., & Lappalainen, R. (2023). Virtual reality acceptance and commitment therapy intervention for social and public speaking anxiety: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 28, 289–299. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.05.004>
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348e362.
- Grumet, R., & Fitzpatrick, M. (2016). A case for integrating values clarification work into cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, 26(1), 11–21. <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fa0039633>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, K. G. (2004a). What Is Acceptance and Commitment Therapy? In *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy* (Vol. 4, Issue 1, pp. 3–29). Springer US. [https://doi.org/10.1007/978-0-387-23369-7\\_1](https://doi.org/10.1007/978-0-387-23369-7_1)
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., ... McCurry, S. M. (2004b). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *Psychological Record*, 54(4), 553–578.
- Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., y Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy. The Process and Practice of Mindful Change* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. Nueva York: The Guilford Press.
- Hayes, S.C. (1993). Analytic goals and the varieties of scientific contextualism. In SC Hayes, LJ Hayes, HW Reese, & TR Sarbin (Eds.), *Varieties of scientific contextualism* (pp. 11-27). Reno, NV: Context Press.

- Hayes, S.C., Hayes LJ, & Reese HW (1988). Finding the philosophical core: a review of Stephen C. Pepper's World Hypotheses. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 50, 91-111.
- Hayes, S.C., Barnes-Holmes D, & Roche B (2001). *Relational Frame Theory. A post-skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic.
- Hayes, S.C., Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, & Strosahl K (1996). Emotional avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M., & 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, 141e168.
- Hayes-Skelton, S., & Graham, J. (2013). Decentering as a common link among mindfulness, cognitive reappraisal, and social anxiety. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 41, 317–328.
- Harris, R. (2009). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Hermes, M., Hagemann, D., Naumann, E., & Walter, C. (2011). Extraversion and its positive emotional core— further evidence from neuroscience. *Emotion*, 11(2), 367–378. <https://doi.org/10.1037/a0021550>
- Hedman, E., Mortberg, E., Hesser, H., Clark, D. M., Lekander, M., Andersson, E., et al. (2013). Mediators in psychological treatment of social anxiety disorder: individual cognitive therapy compared to cognitive behavioral group therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 696e705. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2013.07.006>.
- Herbert, J. D., & Cardaciotto, L. (2005). An acceptance and mindfulness-based perspective on social anxiety disorder. In S. M. Orsillo, & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment* (pp. 189e212). New York, NY: Springer.
- Herbert, J. D., y Dalrymple, K. L. (2005). Trastorno de ansiedad social. En A. Freeman, S. Felgoise, A. M. Nezu, C. M. Nezu, & M. A. Reinecke (Eds.), *Encyclopedia of cognitive behavior therapy* (pp. 368-372). New York: Springer.
- Herbert, J. D. (2002). Revisión de S. C. Hayes, K. D. Strosahl y K. G. Wilson, "Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change". *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 164-166.
- Herbert, J. D., Forman, E. F., & Dalrymple, K. L. (2009). *Acceptance-based behavior therapy for social anxiety disorder: A treatment manual*. Unpublished treatment manual.
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.07.008>
- Heimberg, R. G. (1991). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: A treatment manual*. Unpublished manuscript, The University at Albany, State University of New York.
- Heimberg, R. G. (Ed.). (1995). *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*. Guilford Press.
- Heimberg, R.G. (2002). Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: current status and future directions. *Biol. Psychiatry* 51 (1), 101–108. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(01\)01183-0](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(01)01183-0).
- Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies*. New York: Guilford Press.
- Heimberg, R.G., Brozovich, F.A., Rapee, R.M. (2010). A cognitive behavioral model of social anxiety disorder: update and extension. In: Hofmann, S.G., DiBartolo, P.M. (Eds.), *Social Anxiety: Clinical, Developmental, and Social Perspectives*, second ed. Academic Press, New York, pp. 395–422.
- Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies*. New York, NY: Guilford Press.
- Hindo, C. S., & González-Prendes, A. (2011). One-session exposure treatment for social anxiety with specific fear of public speaking. *Research On Social Work Practice*, 21(5), 528-538. doi:10.1177/1049731510393984.
- Hofmann, S.G., (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: a comprehensive model and its treatment implications. *Cogn. Behav. Ther.* 36, 193–209.

- Hofmann, S. G., & DiBartolo, P. M. (2000). An instrument to assess self-statements during public speaking: Scale development and preliminary psychometric properties. *Behavior Therapy, 31*, 499–515. doi: 10.1016/S0005-7894(00)80027-1
- Holman, E. A., & Silver, R. C. (1998). Getting “stuck” in the past: Temporal orientation and coping with trauma. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 1146–1163.
- Hope, D. A., Heimberg, R. G., & Bruch, M. A. (1995). Dismantling cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 33*, 637–650. [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(95\)00013-N](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(95)00013-N)
- Hope, D. A., Heimberg, R. G., & Turk, C. L. (2010). Managing social anxiety: A cognitive-behavioral therapy approach
- Hudson, J. L., & Rapee, R.M. (2000). The origins of social phobia. *Behavior Modification, 24*(1), 102–129. doi: 10.1177/014545500241006.
- Ivanova, E., Lindner, P., Ly, K. H., Dahlin, M., Vermark, K., Andersson, G., & 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. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.09.012>
- Jacobson, E. (1938). *Progressive Relaxation*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Kashdan, T.B., Barrios, V., Forsyth, J.P., Steger, M.F., (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behav. Res. Ther.* 44 (9), 1301–1320. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.003>.
- Kashdan, T. B., Farmer, A. S., Adams, L. M., Ferrisizidis, P., McKnight, P. E., & Nezlek, J. B. (2013). Distinción entre adultos sanos y personas con trastorno de ansiedad social: Evidencia del valor de la evitación experiencial y las emociones positivas en las interacciones sociales cotidianas. *Journal of Abnormal Psychology, 122*(3), 645–655. <https://doi.org/10.1037/a0032733>
- Kashdan, T. B., Goodman, F. R., Machell, K. A., Kleiman, E. M., Monfort, S. S., Ciarrochi, J., & Nezlek, J. B. (2014). Un enfoque contextual de la evitación experiencial y la ansiedad social: Evidencia de una interacción experimental e interacciones diarias de personas con trastorno de ansiedad social. *Emotion, 14*(4), 769–781. <https://doi.org/10.1037/a0035935>
- Kabusi M, Razavi Nasab SA, Saber E, Ivanbagha R, Khedri B, Khazerlou Z, et al. (2023). Assessing the Effects of Acceptance-commitment and Psychodrama Therapies in Nurses With Social Anxiety Disorder. *Iranian Rehabilitation Journal, 21*(2), 223–230. <https://irj.uswr.ac.ir/article-1-1555-en.html>
- Kessler, R.C., Petukhova, M., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M., Wittchen, H.U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *Int. J. Methods Psychiatr. Res* 21 (3), 169–184. <http://dx.doi.org/10.1002/mpr.1359>.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 617–627. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>.
- Khoramnia, S., Bavafa, A., Jaberghaderi, N., Parvizifard, A., Foroughi, A., Ahmadi, M., Amiri, S., (2020). The effectiveness of acceptance and commitment therapy for social anxiety disorder: a randomized clinical trial. *Trends Psychiatry Psychother.* 42 (1), 30–38. <https://www.scielo.br/j/trends/a/H3Jfj3QcKz5vRqnKjZSBNh/?lang=en>
- Kocovski, N. L., Fleming, J. E., & Rector, N. A. (2009). Mindfulness and Acceptance-Based Group Therapy for Social Anxiety Disorder: An Open Trial. *Cognitive and Behavioral Practice, 16*(3), 276–289. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.12.004>
- Kocovski, N. L., Fleming, J. E., Hawley, L. L., Ho, M. H. R., & Antony, M. M. (2015). Mindfulness and acceptance-based group therapy and traditional cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: Mechanisms of change. *Behaviour Research and Therapy, 70*, 11–22. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.04.005>
- Kocovski, N. L., Fleming, J. E., Hawley, L. L., Huta, V., & 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. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.10.007>

- Leary, M. y Kowalski, R. M. (1995). The self-presentational model of social phobia. En R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope y F. R. Schneier (dirs.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 94-112). Nueva York, NY: Guilford.
- LeDoux, J.E. (1998). *The Emotional Brain: the Mysterious Underpinnings of Emotional Life*. Simon & Schuster, New York.
- Ledley, D. B., Foa, E. B., & Huppert, J. D. (2005). *Comprehensive cognitive behavior therapy for social anxiety disorder: A treatment manual*. Unpublished treatment manual.
- Ledley, D. R., & Heimberg, R. G. (2006). Cognitive vulnerability to social anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 755-778. <http://dx.doi.org/10.1521/jscp.2006.25.7.755>
- Lervik, L. V., Hoffart, A., Knapstad, M., & Smith, O. R. F. (2022). Exploring the temporal associations between avoidance behavior and cognitions during the course of cognitive behavioral therapy for clients with symptoms of social anxiety disorder. *Psychotherapy Research*, 32(2), 195–208. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1930243>
- Lincoln, T. M., Rief, W., Hahlweg, K., Frank, M., von Wittleben, I., Schroeder, B., & Fiegenbaum, W. (2003). Effectiveness of an empirically supported treatment for social phobia in the field. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1251–1269. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00038-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00038-X)
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems in Pharmacopsychiatry*, 22, 141e173.
- Lucas, R. E., & Baird, B. M. (2004). Extraversion and emotional reactivity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(3), 473. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.86.3.473>
- 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.
- Mattick, R. P., & Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36(4), 455–470. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)10031-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)10031-6)
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2016.11.010>
- McEvoy, P. M., Nathan, P., Rapee, R. M., & Campbell, B. N. (2012). Cognitive behavioural group therapy for social phobia: Evidence of transportability to community clinics. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 258–265. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2012.01.009>
- Mennin, E., Ellard, K., Fresco, D., & Gross, J. (2013). United we stand: Emphasising commonalities across cognitive-behavioral therapies. *Behavior Therapy*, 44, 234–248.
- MacKenzie, M. B., & Kocovski, N. L. (2010). Self-reported acceptance of social anxiety symptoms: development and validation of the Social Anxiety e Acceptance and Action Questionnaire. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 6, 214e232.
- McAleavey, A. A., Castonguay, L. G., & Goldfried, M. R. (2014). Clinical experiences in conducting cognitive-behavioral therapy for social phobia. *Behavior Therapy*, 45, 21–35. <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.008>
- Morales Olivo, E. (2011). La ansiedad social en el ámbito universitario. *Revista Griot*, 4(1), 35–48. Recuperado a partir de <https://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/1870>
- Mowrer OH (1947). On the dual nature of learning: A re-interpretation of “conditioning” and “problem-solving”. *Harvard Educational Review*, 17, 102-148.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., Prisma Group, (2009). Reprint—preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Phys. Ther.* 89 (9), 873–880. <https://doi.org/10.1093/ptj/89.9.873>.
- Nagata, T. (2015). Social anxiety disorder. *Seishin Shinkeigaku Zasshi* 117 (4), 283–291. PMID: 26524840.
- Navarro, M., & López, M. (2013). Terapias cognitivo conductuales para el tratamiento de los trastornos de personalidad. *Acción Psicológica*, 10(1), 33-44. <https://doi.org/10.5944/ap.10.1.7031>

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2013. Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment of social anxiety disorder. (Clinical guideline 159). Available at: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists, London <https://www.nice.org.uk/guidance/CG159>.
- Niles, A. N., Burklund, L. J., Arch, J. J., Lieberman, M. D., Saxbe, D., & Craske, M. G. (2014). Cognitive mediators of treatment for social anxiety disorder: Comparing acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy. *Behavior therapy*, 45(5), 664-677. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.04.006>
- 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.
- Noureen, S., Sageer, I., Nasim, B., Raza, A., Mushtaq, S., & Khan, M. A. (2023). Systematic Review of Cognitive Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder in Adults. *Journal of Xi'an Shiyou University, Natural Science Edition*
- 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 (3), 397-416.
- Ost, L.-G. (2014). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 105–121. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.018>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Murlow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021, Septiembre). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Sociedad Española de Cardiología*, 74(9), 790-799. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>
- Ponce-Alencastro, J. A., Arredondo-Aldana, K., & Mera-Posligua, M. J. (2021). Ansiedad social: Intervención desde la terapia de aceptación y compromiso a propósito de un caso. *Revista Científica Arbitrada En Investigaciones de La Salud GESTAR*, 4 (8 Edición especial noviembre 2), 104–129. <https://doi.org/10.46296/gt.v4i8edesp.0035>
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741–756. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)00022-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)00022-3).
- Rapee, R. M., Craske, M. G., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1996). Measurement of perceived control over anxiety-related events. *Behavior Therapy*, 27, 279–293. doi:10.1016/S0005-7894(96)80018-9
- Rebok, F.; Marchant, N., (2019). Introducción y Semiología Psiquiátrica. En *Psiquiatría para el estudiante de Medicina*. (Primera, p. 20). Salerno.
- Ribero-Marulanda, S., & Agudelo-Colorado, L. (2016). The application of acceptance and commitment therapy in two cases of experiential avoidance. *Avances En Psicología Latinoamericana*, 34(1), 29–46. <https://doi.org/10.12804/apl34.1.2016.03>
- Rodríguez-Riesco, L., Vivas, S., Mateos Herrera, A., Pérez-Calvo, C., & Ruiz-Duet, A. (2022). Behavior therapy: roots, evolution and reflection on the relevance of behaviorism in the clinical context. *Papeles Del Psicólogo - Psychologist Papers*, 43(3), 209. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2994>
- Rose, G.M., Tadi, P. (2021). Social anxiety disorder. In: StatPearls. StatPearls Publishing.
- Rodebaugh, T. L., Holaway, R. M., & Heimberg, R. G. (2004). The treatment of social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, 24(7), 883–908. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.07.007>
- Ruscio, A.M., Brown, T.A., Chiu, W.T., Sareen, J., Stein, M.B., Kessler, R.C., (2008). Social fears and social phobia in the USA: results from the National Comorbidity survey replication. *Psych. Med.* 38 (01), 15–28. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291707001699>.
- 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.

- 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.
- Salaberria, K. y Echeburua, E. (2003). Guia de tratamientos psicologicos eficaces para la fobia social. En M. Perez, J. R. Fernandez, C. Fernandez e I. Amigo (dirs.), *Guia de tratamientos psicologicos eficaces I* (pp. 271-285). Madrid: Piramide.
- Sandman, C. F., Young, K. S., Burklund, L. J., Saxbe, D. E., Lieberman, M. D., & Craske, M. G. (2020). Changes in functional connectivity with cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder predict outcomes at follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, *129*. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103612>
- Spinhoven, P., Drost, J., de Rooij, M., van Hemert, A.M., & Penninx, B. W. (2014). A Longitudinal Study of Experiential Avoidance in Emotional Disorders. *Behavior Therapy*, *45* (6), 840–850. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.07.001>
- Sznycer, D. (2019). Forms and functions of the self-conscious emotions. *Trends in Cognitive Sciences*, *23*, 143–157. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2018.11.007>.
- Sewart, A. R., Niles, A. N., Burklund, L. J., Saxbe, D. E., Lieberman, M. D., & Craske, M. G. (2019). Examining Positive and Negative Affect as Outcomes and Moderators of Cognitive-Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy for Social Anxiety Disorder. *Behavior Therapy*, *50*(6), 1112–1124. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.07.001>
- Schutze, R., Rees, C., Preece, M., & Schutze, M. (2010). Low mindfulness predicts pain catastrophizing in a fear-avoidance model of chronic pain. *Pain*, *148*, 120-127.
- Stangier, U., Heidenreich, T., Peitz, M., Lauterbach, W., & Clark, D. M. (2003). Cognitive therapy for social phobia: Individual versus group treatment. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 991–1007. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00176-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00176-6)
- Stein MB, Fuetsch M, Muller N, Hofler M, Lieb R, Wittchen HU (2001). Social anxiety disorder and the risk of depression: a prospective community study of adolescents and young adults. *Archives of General Psychiatry* *58*, 251–256.
- Stein, D. J., Lim, C. C. W., Roest, A. M., de Jonge, P., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Harris, M. G., He, Y., Hinkov, H., Horiguchi, I., Hu, C., ... Scott, K. M. (2017). The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative. *BMC Medicine*, *15*(1), 143. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0889-2>
- Stewart, R., & Chambless, D. (2009). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: A meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *77*, 595–606.
- Swee, M. B., Hudson, C. C., & Heimberg, R. G. (2021). Examining the relationship between shame and social anxiety disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review*. Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102088>
- Skinner BF (1953). *Science and Human Behavior*. New York: Free Press.
- Shurick, A.A., Hamilton, J.R., Harris, L.T., Roy, A.K., Gross, J.J., Phelps, E.A., 2012. Durable effects of cognitive restructuring on conditioned fear. *Emotion* *12* (6), 1393–1397. <https://doi.org/10.1037/a0029143>.
- Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C., & Bowman, J. (2013). Acceptance and commitment therapy in the treatment of anxiety: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, *33*(8), 965e978. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.002>.
- Tillfors, M., Toll, C., Branting, M., Boersma, K., & Jansson-Fröjmark, M. (2015). Permitir o luchar contra la ansiedad social: El papel de la inflexibilidad psicológica en una población no clínica. *Journal of Person-Oriented Research*, *1*(3), 151-161. <https://doi.org/10.17505/jpor.2015.16>
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V., & Stanley, M. A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *1*(1), 35–50.
- Tull, M. T., Gratz, K. L., Salters, K., & Roemer, L. (2004). The role of experiential avoidance in posttraumatic stress symptoms and symptoms of depression, anxiety, and somatization. *Journal of Nervous & Mental Disease*, *192*(11), 754-761.

- Trapnell, P. D., & Campbell, J. D. (1999). Private self-consciousness and the five-factor model of personality: distinguishing rumination from reflection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 284e304.
- Tracey, T. J., & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the working alliance inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(3), 207–210.
- Treadwell, T., Lavertue, N., Kumar, V. K., & Veeraraghavan, V. (2001). The group cohesion scale-revised: reliability and validity. *International Journal of Action Methods*, 54, 3e11.
- Watson, D., Clark, L. A., & Carey, G. (1988). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 346–353. doi:10.1037/0021-843X.97.3.346
- Walach, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V., Kleinknecht, N., & Schmidt, S. (2006). Measuring mindfulness: the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Personality and Individual Differences*, 40, 1543e1555. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2005.11.025>.
- Wallace, S. T. y Alden, L. E. (1997). Social phobia and positive social events: The price of success. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 416-424.
- Werner, K. H., Jazaieri, H., Goldin, P. R., Ziv, M., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2012). Self-compassion and social anxiety disorder. *Anxiety, Stress & Coping*, 25(5), 543–558. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10615806.2011.608842>
- Wegner, D. M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, 101(1), 34–52.
- Wicksell, R. K., Renofalt, J., Olsson, G. L., Bond, F. W., & Melin, L. (2008). Avoidance and cognitive fusion—central components in pain related disability? Development and preliminary validation of the Psychological Inflexibility in Pain Scale (PIPS). *European Journal of Pain*, 12(4), 491-500.
- Wilson, K. G., & Dufrene, T. (2009). *Mindfulness for two: An Acceptance and Commitment Therapy approach to mindfulness in psychotherapy*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Wilson, K. G. (2007). *The Hexaflex diagnostic: A fully dimensional approach to assessment, treatment, and case conceptualization*. Presidential address presented at the annual convention of the Association for Contextual Behavioral Science, Houston, TX.
- Wilson, K. G., & Luciano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Wilson, K. G., Sandoz, E. K., Kitchens, J., & Roberts, M. (2010). The valued living questionnaire: defining and measuring valued action within a behavioral framework. *The Psychological Record*, 60, 249e272.
- Wolitzky-Taylor, K. B., Arch, J. J., Rosenfield, D., & Craske, M. G. (2012). Moderators and nonspecific predictors of treatment outcome for anxiety disorders: A comparison of cognitive behavioral therapy to acceptance and commitment therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Advance online publication. doi:10.1037/a0029418
- Wolitzky-Taylor, K., & LeBeau, R. (2023). Recent advances in the understanding and psychological treatment of social anxiety disorder. *Faculty Reviews*, 12. <https://doi.org/10.12703/r/12-8>
- Wolpe, J. (1990). *The practice of behavior therapy* (4th ed.). Elmsford, NY: Pergamon Press. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/618036173?accountid/414512>.
- Wolpe J. (1958). *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Yadegari, L., Hashemiyani, K., & 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. <https://doi.org/10.12983/ijrk-2014-p0395-0403>
- Young, K. S., LeBeau, R. T., Niles, A. N., Hsu, K. J., Burklund, L. J., Mesri, B., ... Craske, M. G. (2019). **Neural connectivity during affect labeling predicts treatment response to psychological therapies for social anxiety disorder**. *Journal of Affective Disorders*, 242, 105–110. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.016>
- Zimmermann P., Wittchen H.U., Hofler M., Pfister H., Kessler R.C., Lieb R. (2003). Primary anxiety disorders and the development of subsequent alcohol use disorders: a 4-year community study of adolescents and young adults. *Psychological Medicine* 30, 1211–1222.

## ANEXOS

### Anexo 1

#### Criterios diagnósticos para el TAS según el DSM-V (APA, 2014):

<b>Trastorno de Ansiedad Social (Fobia Social) → 300.23 (F40.10)</b>
<b>A.</b> Temor acusado y persistente en una o más <b>situaciones sociales o actuaciones en público</b> en las que el sujeto se ve expuesto a la posible <b>evaluación</b> por parte de los demás (en niños/as puede ocurrir tanto con pares como con adultos). Posibles ejemplos son las interacciones sociales (p.ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p.ej., al comer o beber) y actuar delante de otros (p.ej., dar una charla).
<b>B.</b> La exposición a las <b>situaciones sociales</b> temidas provoca una <b>respuesta de ansiedad</b> , que puede tomar la <b>forma de un ataque de pánico</b> (miedo a la evaluación negativa). Se teme mostrar síntomas de ansiedad ya que estos pueden provocar <b>humillación o vergüenza</b> , y puede conllevar el <b>rechazo</b> por parte de otros u ofender a otros.
<b>C.</b> Las situaciones sociales casi siempre se evitan o resisten con <b>miedo o ansiedad excesiva o irracional</b> (en niños/as se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados, aferrarse a alguien, encogerse o no hablar en situaciones sociales).
<b>D.</b> Las <b>situaciones sociales</b> temidas se <b>evitan</b> o se experimentan con gran <b>malestar o ansiedad intensa</b> .
<b>E.</b> El miedo o la ansiedad son <b>desproporcionados</b> a la amenaza real planteada por la situación social y para el contexto sociocultural.
<b>F.</b> El miedo, la ansiedad o la evitación es <b>persistente</b> , y dura típicamente <b>6 o más meses</b> .
<b>G.</b> El miedo, la anticipación ansiosa o las conductas de evitación producen un <b>malestar clínicamente significativo</b> al <b>interferir con la rutina normal cotidiana</b> , deteriorando las relaciones laborales o sociales, u otras áreas importantes de funcionamiento.
<b>H.</b> El miedo, la ansiedad o la conducta de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una <b>sustancia</b> (p.ej., drogas, fármacos) o de una <b>enfermedad médica</b> .
<b>I.</b> El miedo, la ansiedad o la evitación no pueden explicarse mejor por la presencia de <b>otro trastorno mental</b> (p.ej., trastorno de angustia/pánico con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).
<b>J.</b> Si hay una <b>enfermedad médica</b> , el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p.ej., el miedo NO es debido a los temblores en la enfermedad de Parkinson, o a la obesidad o a la desfiguración por quemaduras o heridas).
<b>Especificar si:</b> Sólo actuación → si el miedo se limita a hablar o actuar en público.

#### Diagnóstico diferencial del TAS

<b>Agorafobia</b>	Temor a <b>no poder escapar</b> de la situación; solo o acompañado/a.
<b>Trastorno de pánico</b>	<b>No se limita</b> al contexto de las situaciones sociales.
<b>Fobias específicas</b>	Temor a la evaluación, pero <b>no a la evaluación negativa</b> .
<b>Trastorno de ansiedad por separación</b>	Temor a <b>estar separado</b> de la figura de apego.
<b>TAG</b>	Preocupación en situaciones sociales y <b>no sociales</b> .
<b>TPE</b>	Un <b>patrón</b> de evasión <b>más amplio</b> (desde la niñez).
<b>Trastornos del espectro autista</b>	Habilidades sociales <b>no adecuadas</b> para el grupo de edad.
<b>Mutismo selectivo</b>	No temen a las situaciones sociales si <b>no tienen que hablar</b> .
<b>TDM</b>	Rechazo social por <b>no ser dignos</b> de ser queridos.
<b>Trastorno dismórfico corporal</b>	<b>Preocupación por defectos</b> en su apariencia física.
<b>Trastorno delirante</b>	Delirios respecto a ofensas de otros.
<b>TND</b>	Rechaza hablar como <b>oposición a las figuras de autoridad</b> .
<b>Otros trastornos mentales:</b>	Esquizofrenia; Trastornos de la Conducta Alimentaria; TOC
<b>Otras condiciones médicas:</b>	P. ej., Parkinson

## Anexo 2

### Comparación del contenido de los tratamientos aplicados en los ECAs revisados:

<b>TCC vs. ACT</b>
<p>(1) En la <b>TCC</b>, la sesión 1 comienza con evaluación y psicoeducación. Solo Herbert et al. (2018) explicitan que también elaboran un modelo de ansiedad social personalizado para cada participante y en la sesión 2 enfatizan la importancia de eliminar las conductas de seguridad y centrar la atención en el exterior durante las interacciones sociales, para mejorar el rendimiento social; es decir, se centran en identificar como (a) las cogniciones distorsionadas sobre las situaciones sociales, (b) el aumento de la concentración en sí mismo, (c) el uso de conductas de seguridad durante las situaciones sociales temidas y (d) la evitación de estas, funcionan para mantener los síntomas. En la <b>ACT</b>, sin embargo, utilizan las 2 primeras sesiones para la psicoeducación, explicar la desesperanza creativa y comenzar con algunos ejercicios experienciales basados en los componentes de ACT (como p.ej., “la trampa del dedo”, y debate sobre la aceptación y la acción comprometida).</p> <p>(2) En la <b>TCC</b>, de la sesión 2 a la 6 se practica la RC (la cual se combina comprobando hipótesis, es decir, realizando experimentos conductuales para desconfirmar los pensamientos negativos), y de la sesión 5 ó 6 a la 11 se practica la exposición con el objetivo de reducir finalmente el miedo; y solo en Herbert et al. (2018) se practica tanto la RC como la exposición de la sesión 3 a la 12, con una identificación previa de pensamientos automáticos y la facilitación posterior de la correspondiente respuesta racional a las distorsiones cognitivas. En la <b>ACT</b>, en cambio, de la sesión 4 a la 5 practican la atención plena y la defusión cognitiva para empezar a practicar con exposiciones basadas en la aceptación de la sesión 6 a la 11 (se practica la observación consciente y la aceptación de la ansiedad mientras se actúa coherentemente con los valores, es decir, se practica la realización de actividades valiosas mientras se experimenta ansiedad); únicamente en Herbert et al. (2018) empiezan a practicar las exposiciones basadas en la aceptación desde la sesión 3 a la 12, intercalando en las diferentes sesiones intermedias ejercicios experienciales de <i>mindfulness</i>, clarificación de valores y defusión cognitiva (que serán herramientas que ayudarán a aumentar la disposición a comprometerse con acciones difíciles coherentes con los propios valores).</p> <p>(3) En los 6 estudios la sesión 12 de la <b>TCC</b> se dedica a la prevención de recaídas, y en la <b>ACT</b> la sesión 12 se dedica a revisar todas las habilidades aprendidas para seguir poniéndolas en práctica en el futuro; únicamente en Herbert et al. (2018) se explicita la sesión 12 como prevención de recaídas (igual que en la TCC).</p>
<b>TCCG vs. MAGT</b>
<p>(1) En la <b>TCCG</b>, las primeras 2 sesiones se dedican a introducir el modelo de TCC y la RC, aunque en Desnoyers et al. (2017) solo se le dedica la 1ª sesión a este objetivo terapéutico. En la <b>MAGT</b>, en cambio, los 3 estudios le dedican la 1ª sesión a la presentación del modelo de ACT de la ansiedad social y a hacer un ejercicio experiencial de introducción al <i>mindfulness</i>.</p> <p>(2) En la <b>TCCG</b>, de la sesión 3 a la 11 se practican exposiciones incluyendo técnicas de RC durante todo el proceso, y esta tarea se hace de la sesión 2 a la 12 en Desnoyers et al. (2017). En la <b>MAGT</b>, en cambio, de la sesión 2 a la 6 se realizan practicas experienciales de atención plena y defusión cognitiva, comenzando con prácticas de exposición basada en la aceptación de la sesión 7 a la 11; y en Desnoyers et al. (2017) se hicieron tanto prácticas de atención plena como de exposición basada en la aceptación desde la sesión 2 a la 12.</p> <p>(3) Tanto en la TCCG como en la MAGT la sesión 12, y una sesión posterior más breve de seguimiento, se dedica a la revisión de lo aprendido y a la elaboración de un plan para seguir practicando después del tratamiento (prevención de recaídas); y en Desnoyers et al. (2017) no se contempla esta última sesión.</p>

## Anexo 3

### Condiciones de la declaración PRISMA:



#### PRISMA 2020 Checklist

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
<b>TITLE</b>			
Title	1	Identify the report as a systematic review.	
<b>ABSTRACT</b>			
Abstract	2	See the PRISMA 2020 for Abstracts checklist.	
<b>INTRODUCTION</b>			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of existing knowledge.	
Objectives	4	Provide an explicit statement of the objective(s) or question(s) the review addresses.	
<b>METHODS</b>			
Eligibility criteria	5	Specify the inclusion and exclusion criteria for the review and how studies were grouped for the syntheses.	
Information sources	6	Specify all databases, registers, websites, organisations, reference lists and other sources searched or consulted to identify studies. Specify the date when each source was last searched or consulted.	
Search strategy	7	Present the full search strategies for all databases, registers and websites, including any filters and limits used.	
Selection process	8	Specify the methods used to decide whether a study met the inclusion criteria of the review, including how many reviewers screened each record and each report retrieved, whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	
Data collection process	9	Specify the methods used to collect data from reports, including how many reviewers collected data from each report, whether they worked independently, any processes for obtaining or confirming data from study investigators, and if applicable, details of automation tools used in the process.	
Data items	10a	List and define all outcomes for which data were sought. Specify whether all results that were compatible with each outcome domain in each study were sought (e.g. for all measures, time points, analyses), and if not, the methods used to decide which results to collect.	
	10b	List and define all other variables for which data were sought (e.g. participant and intervention characteristics, funding sources). Describe any assumptions made about any missing or unclear information.	
Risk of bias assessment	11	Specify the methods used to assess risk of bias in the included studies, including details of the tool(s) used, how many reviewers assessed each study and whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	
Effect measures	12	Specify for each outcome the effect measure(s) (e.g. risk ratio, mean difference) used in the synthesis or presentation of results.	
Synthesis methods	13a	Describe the processes used to decide which studies were eligible for each synthesis (e.g. tabulating the study intervention characteristics and comparing against the planned groups for each synthesis (item #5)).	
	13b	Describe any methods required to prepare the data for presentation or synthesis, such as handling of missing summary statistics, or data conversions.	
	13c	Describe any methods used to tabulate or visually display results of individual studies and syntheses.	
	13d	Describe any methods used to synthesize results and provide a rationale for the choice(s). If meta-analysis was performed, describe the model(s), method(s) to identify the presence and extent of statistical heterogeneity, and software package(s) used.	
	13e	Describe any methods used to explore possible causes of heterogeneity among study results (e.g. subgroup analysis, meta-regression).	
	13f	Describe any sensitivity analyses conducted to assess robustness of the synthesized results.	
Reporting bias assessment	14	Describe any methods used to assess risk of bias due to missing results in a synthesis (arising from reporting biases).	
Certainty assessment	15	Describe any methods used to assess certainty (or confidence) in the body of evidence for an outcome.	
<b>RESULTS</b>			
Study selection	16a	Describe the results of the search and selection process, from the number of records identified in the search to the number of studies included in the review, ideally using a flow diagram.	
	16b	Cite studies that might appear to meet the inclusion criteria, but which were excluded, and explain why they were excluded.	
Study characteristics	17	Cite each included study and present its characteristics.	
Risk of bias in studies	18	Present assessments of risk of bias for each included study.	
Results of individual studies	19	For all outcomes, present, for each study: (a) summary statistics for each group (where appropriate) and (b) an effect estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval), ideally using structured tables or plots.	
Results of syntheses	20a	For each synthesis, briefly summarise the characteristics and risk of bias among contributing studies.	
	20b	Present results of all statistical syntheses conducted. If meta-analysis was done, present for each the summary estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval) and measures of statistical heterogeneity. If comparing groups, describe the direction of the effect.	
	20c	Present results of all investigations of possible causes of heterogeneity among study results.	
	20d	Present results of all sensitivity analyses conducted to assess the robustness of the synthesized results.	
Reporting biases	21	Present assessments of risk of bias due to missing results (arising from reporting biases) for each synthesis assessed.	
Certainty of evidence	22	Present assessments of certainty (or confidence) in the body of evidence for each outcome assessed.	
<b>DISCUSSION</b>			
Discussion	23a	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence.	
	23b	Discuss any limitations of the evidence included in the review.	
	23c	Discuss any limitations of the review processes used.	
	23d	Discuss implications of the results for practice, policy, and future research.	
<b>OTHER INFORMATION</b>			
Registration and protocol	24a	Provide registration information for the review, including register name and registration number, or state that the review was not registered.	
	24b	Indicate where the review protocol can be accessed, or state that a protocol was not prepared.	
	24c	Describe and explain any amendments to information provided at registration or in the protocol.	
Support	25	Describe sources of financial or non-financial support for the review, and the role of the funders or sponsors in the review.	
Competing interests	26	Declare any competing interests of review authors.	
Availability of data, code and other materials	27	Report which of the following are publicly available and where they can be found: template data collection forms; data extracted from included studies; data used for all analyses; analytic code; any other materials used in the review.	

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>