



Trabajo Fin de Máster

**Terapia de Aceptación y Compromiso en Adolescentes con Ansiedad Social**

Acceptance and Commitment Therapy in Adolescents with Social Anxiety

Terreros Roncal, Teresa

202006767

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Universidad Pontificia de Comillas

Curso académico: 2021/2022

Directora: Belén Marina Gras

Revisión sistemática

## **Resumen**

La terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es una de las que se denominan terapias de tercera generación o terapias contextuales. La finalidad de esta es que la persona logre una vida satisfactoria en la que tenga cabida la aceptación de cierto malestar. En este trabajo concretamente vemos la eficacia de ACT en adolescentes que sufren ansiedad social, problema que se ha incrementado en la actualidad como consecuencia de la situación de pandemia vivida y que ha afectado en gran medida a esta población. Para validar esto, se ha realizado una búsqueda exhaustiva en distintas bases de datos de la literatura existente sobre la aplicación y eficacia de ACT en población infantojuvenil con ansiedad social.

**Palabras clave:** Terapia de aceptación y Compromiso; ACT; Adolescentes, niños; Ansiedad social

## **Abstract**

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is one of what are called third-generation or contextual therapies. The purpose of this therapy is that the person achieves a satisfactory life where exists room for the acceptance of certain discomfort. In this work, we specifically see the efficacy of ACT in adolescents who suffer from social anxiety, a problem that is currently being increased because of the pandemic situation experienced which has greatly affected this population. In order to validate this, an exhaustive search has been carried out in different databases of the existing literature on the application and efficacy of ACT in the child and adolescent population with social anxiety.

**Key words:** Acceptance and Commitment Therapy; ACT, Adolescent, child; Social anxiety

## Contenido

Resumen .....	2
Abstract.....	2
Introducción.....	4
Metodología.....	12
Revisión bibliográfica.....	12
Criterios de elegibilidad.....	13
Procedimiento .....	14
Codificación de resultados.....	14
Resultados.....	14
Resumen de los estudios incluidos .....	16
Características sociodemográficas de la muestra.....	18
Formato de aplicación del tratamiento.....	19
Combinación de tratamientos y otras características de la intervención .....	21
Instrumentos de medida utilizados .....	22
Variables medidas.....	23
Ansiedad social.....	23
Depresión.....	23
Estrés.....	24
Problemas interpersonales .....	24
Flexibilidad psicológica.....	24
Evitación experiencial .....	24
Salud física.....	25
Discusión .....	25
Referencias bibliográficas .....	29
Anexos.....	34

## Introducción

La ansiedad es un estado psicológico de carácter anticipatorio que es adaptativo ya que activa de forma inmediata los recursos de nuestro organismo ayudando a la supervivencia (Sierra et al., 2003). Como señala Spielberger (2010), la ansiedad funciona como un facilitador para que las personas se puedan enfrentar a diferentes situaciones y, además, genera un estado de tensión y alerta que favorece el rendimiento. Por otro lado, existe la ansiedad patológica, que es la que aparece que situaciones donde no hay motivos de alarma o aquella que alcanza niveles excesivos, lo que provoca malestar y altera el funcionamiento psicosocial y fisiológico del sujeto (Espada et al., 2021). Esta ansiedad es la que está presente en la mayoría de los trastornos psicológicos (Spielberger, 2010).

En la clasificación del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición DSM-5 (2014) hay un capítulo que está dedicado a los Trastornos de ansiedad. Estos se caracterizan por provocar en quien los sufre un miedo y ansiedad excesivos, y suelen asociarse a alteraciones de conducta. Los trastornos de ansiedad se diferencian entre sí según los objetos y/o situaciones que producen la ansiedad, el miedo o las conductas evitativas, y según el contenido de los pensamientos y/o creencias relacionados. La mayoría de estos Trastornos de Ansiedad se desarrollan y comienzan a surgir en la infancia, y, si no se tratan suelen persistir hasta la edad adulta.

Como señala la American Psychiatric Association (2014) en el DSM-5, la ansiedad social se define como un miedo o temor desproporcionado ante situaciones que implican una interacción social o en las que la persona se siente sometida o evaluada por otros. Esto se puede convertir en una respuesta emocional desadaptativa afectando al desempeño de las actividades de la vida cotidiana, las cuales son esenciales para el bienestar psicológico y social de las personas, ya que vivimos en sociedad y

continuamente estamos expuestos a situaciones sociales (Ranta et al., 2007). El Trastorno de Ansiedad Social, es frecuente que surja en la adolescencia debido a la dificultad que supone para los adolescentes la actuación social, ya que es muy importante para ellos el sentimiento de pertenencia a un grupo, iniciar relaciones de pareja y laborales (Knappe et al., 2015). Es durante este momento del desarrollo cuando destacan las conductas de evitación de la interacción social y la evaluación negativa de uno mismo ante estas situaciones. Es cuando destaca la aparición de la ansiedad de carácter social (Delgado et al., 2013). De esta forma, podemos decir que se trata de un problema que interfiere con la socialización y dificulta la adquisición de valores y conductas (Rose-Krasnor, 1997).

Durante estos últimos años, debido a la situación sanitaria en la que vivimos en relación a la pandemia por COVID-19, los adolescentes han podido verse sometidos a una mayor ansiedad social. La *National Child Traumatic Stress Network*, red americana dedicada a mejorar el acceso a la atención y tratamiento de niños y adolescentes expuestos a eventos traumáticos, informa que la respuesta psicológica al COVID-19 depende de la edad del niño. En el caso de adolescentes de 12 a 18 años puede ser habitual encontrar síntomas físicos, problemas de sueño o de apetito, aislamiento de compañeros y seres queridos, pero también un aumento o disminución de su energía, apatía y desatención a los comportamientos de promoción de la salud (Orgilés, 2020). Actualmente, los estudios que se tienen sobre niños y adolescentes y la pandemia son escasos. Lo que se ha podido observar es que, como consecuencia de un confinamiento prolongado, en niños y adolescentes, ha aparecido la frustración, el aburrimiento junto con el temor al contagio, la falta de contacto social (Espada et al., 2020). Esto ha generado repercusiones psicológicas tanto en niños como en adolescentes (Wang, et al., 2020). Se refiere que un alto porcentaje de los adolescentes presentan un cuadro ansioso que dificulta su desarrollo en las áreas individual, de escolaridad y socialización, como la consecuencia de un

entorno socioambiental caracterizado por la pandemia por COVID-19 (Kılınç et al., 2020). Podemos afirmar que el aislamiento social es una de las causas fundamentales para el incremento de sintomatología ansiosa en la población adolescente, ya que dicho acontecimiento altera la etapa de desarrollo psicosocial, especialmente por dificultades de adaptación (Monserrath, y Ñacato, 2021).

Para ayudar a las personas que padecen ansiedad social, desde la psicología, se usan psicoterapias de diferentes enfoques. Destacan los procedimientos cognitivo-conductuales los cuales plantean técnicas de tratamiento que han sido validadas empíricamente (Caballo, 2008). Estos modelos cognitivos conductuales de la ansiedad social, a través de las observaciones de carácter clínico, obtienen información proponiendo un enfoque de tratamiento que cambie los sistemas de creencias disfuncionales y los patrones de evitación conductual haciendo al paciente agente de su propio cambio (Luterek et al., 2003). Como señaló Beck en 1976, “lo que piensas afecta a cómo te sientes emocional y físicamente, y también a lo que haces”. Es sobre esta idea de que las cogniciones son entendidas como imágenes, pensamientos, percepciones, creencias o suposiciones que tienen relación directa con las respuestas que las personas generan ya sean a nivel emocional o comportamental, sobre la que se basan las Terapias Cognitivo-Conductuales.

La Terapia Cognitivo-Conductual, surge como necesidad de buscar nuevas formas de abordar distintos problemas. Surgen así nuevas corrientes que se sitúan en un punto entre los extremos cognitivo y conductual. La Terapia Cognitivo-Conductual, se desarrolla en lo que se denomina generaciones: terapias de primera, segunda y tercera generación (Harley, 2015). Las terapias de primera generación son las que se denominan clásicas (terapias de exposición, terapias aversivas, ...) y hablan del cambio conductual a través del manejo de contingencias. Este tipo de intervenciones no consiguen ser del todo

exitosas con ciertas problemáticas, por lo que aparecen las terapias de segunda generación, las cuales se centran en los aspectos más cognitivos relacionándolos con la conducta. Aparece así la Terapia Cognitivo-Conductual. Las terapias de tercera generación o terapias contextuales surgen al plantearse una forma novedosa de entender el sufrimiento, dándole además una especial importancia al papel que desempeña en el lenguaje (Hayes, 2004). Estas terapias se centran en el cambio de la función que tienen los síntomas cognitivos que causan el problemas alterando el contexto, en vez de eliminarlos para cambiar la conducta como hacían las generaciones anteriores (Luciano y Valdivia, 2006). Surgen a raíz del desconocimiento sobre el éxito o fracaso de la terapia cognitiva, por la existencia de conceptos muy funcionales acerca del comportamiento humano y por el aumento en la investigación sobre el lenguaje y la cognición desde una perspectiva funcional (Hayes, 2004). Entre estas terapias destacan la Terapia Dialéctica de Linehan (1993), la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (MBCT) de Segal, Williams y Teasdale (2002), la Psicoterapia Analítica Funcional de Kohlenberg y Tsai (1991), la Terapia Integral de Pareja de Jacobson, Christensen, Prince, Cordova y Eldridge (2000), y la Terapia de Aceptación y Compromiso de Hayes, Stroschal y Wilson (1999) (Soriano y Salas, 2006).

Esta última, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT por sus siglas en inglés), es considerada la más completa (Hayes, 2004). Esta terapia se sustenta, para explicar el desarrollo de los trastornos psicológicos, en la llamada Teoría del Marco Relacional (RFT, siglas en inglés), que estudia la conducta verbal englobando los pensamientos y el habla. Integrándolos en una serie de reglas y generalizaciones que dan sentido a la conducta del sujeto. ACT se caracteriza, en primer lugar, porque parte de un marco global de referencia sobre las ventajas y desventajas de la condición humana; en segundo lugar, tiene una filosofía funcional-contextual; en tercer lugar, se relaciona con

un modelo funcional sobre el lenguaje y la cognición; y, por último, cuenta con una nueva perspectiva que se centra en el concepto funcional de evitación experiencial (Soriano y Salas, 2006).

El término de evitación experiencial, también denominado inflexibilidad psicológica, señala la actitud contraria a la aceptación y hace referencia a una estrategia de regulación ineficaz que tiene la persona a intentar controlar y/o evitar la presencia de los eventos internos (ya sean emociones, pensamientos, recuerdos o sensaciones) que son molestos o desagradables para ella y las circunstancias que los generan (Hayes et al., 1996). Esta forma de regulación provoca serias limitaciones en la vida de la persona ya que cada vez va generando un mayor estado de insatisfacción con sensaciones de un malestar cada vez más profundo (Luciano et al., 2016). ACT contrarresta esta manera de actuar de las personas ya que se centra en desarrollar en el sujeto una mayor flexibilidad psicológica para acabar con estos patrones y ayudar al individuo a relacionarse con los eventos internos más desagradables, eliminando la necesidad de luchar contra ellos (Harley, 2015). Esto lo realiza favoreciendo la conexión del sujeto con el presente, la contemplación de los eventos privados con distancia e incrementando la conciencia del momento (Páez y Montesinos, 2016). De esta manera se consigue aumentar el número de respuestas alternativas al sufrimiento. El proceso se realiza a través del moldeamiento entre las interacciones del paciente y del terapeuta (Luciano et al., 2016).

Es importante destacar los tres pilares básicos de ACT propuestos por Losada et al. (2015). El primero es, la aceptación de que las experiencias internas son consideradas incontrolables de manera voluntaria por las personas. El segundo, orienta hacia la elección de actuaciones valiosas en la vida identificándose y comprometiéndose con los propios valores. El tercero, promueve la planificación y realización de acciones

comprometidas con los valores de la persona siempre que estas acciones sean concretas y realistas, y permitan avanzar en las direcciones deseadas por el individuo.

Hayes et al. (2012) hablan de los diferentes procesos clínicos fundamentales de ACT: (a) el mindfulness, (b) la aceptación, (c) la defusión cognitiva, (d) el yo como contexto, (e) los valores personales y (f) el compromiso.

- a) El mindfulness consiste en atender el momento presente de manera consciente, de tal manera que el sujeto se pueda apartar de las preocupaciones que le separan del aquí y el ahora. De esta forma es posible separar las emociones, recuerdos, pensamientos y sensaciones corporales en un sentido del Yo diferente del contenido mental.
- b) La aceptación debe ser voluntaria y también se relaciona con el momento presente y toma una postura flexible, receptiva y sin juicios que ayuda a la persona a conectar con las experiencias negativas internas, así como con sus desencadenantes.
- c) La defusión cognitiva consiste en aprender a observar los pensamientos, imágenes, recuerdos y otras cogniciones como lo que son, piezas de lenguaje palabras e imágenes, en oposición a lo que dicen ser, eventos amenazantes, reglas que tienen que ser obedecidas, hechos y verdades objetivas. De esta forma se separa lo verbal y cognitivo de la experiencia directa para que así la persona pueda diferenciarlo y controlar o cambiar su función. Así la persona puede regular su conducta sin que los pensamientos, sentimientos o sensaciones indeseables lo hagan por ella.
- d) El yo como contexto, consiste en conseguir alcanzar un modo distinto de consciencia situada en el momento presente, de manera que la persona pueda involucrarse en su situación sin juzgarla. Es entender que lo que

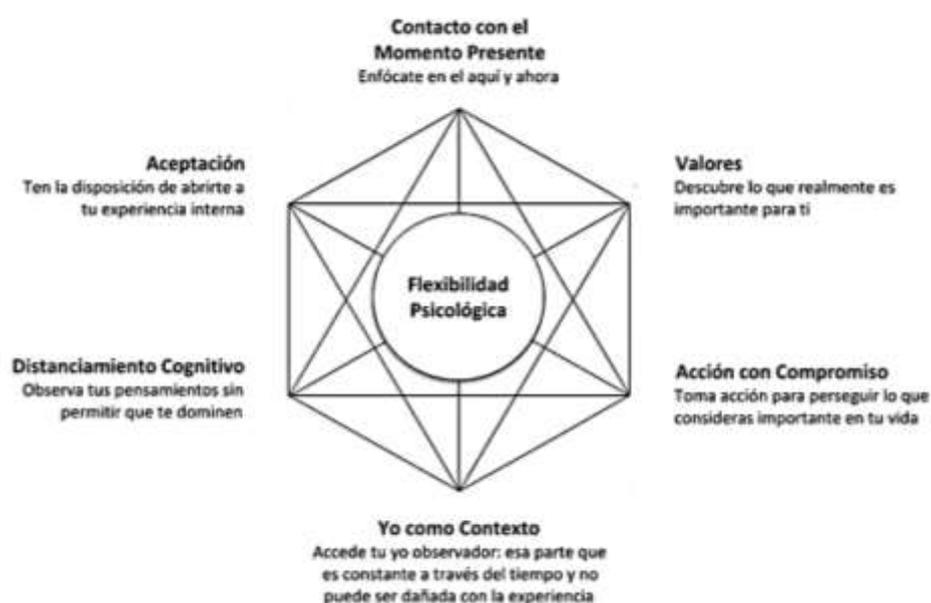
puede estar en nuestra cabeza no tiene por qué estar en la cabeza de los demás ni ser objetivamente cierto.

- e) Los valores personales son los encargados de clarificar lo que es más importante para cada persona y que motiva su conducta.
- f) El compromiso trata de establecer metas guiadas por valores e involucrar al paciente en acciones afectivas para alcanzarlas.

Cabe destacar, como señala Ferro (2000), que esta terapia está basada en la idea de que la Aceptación psicológica es una respuesta incompatible con la Evitación experiencial. Esta evitación, que se asocia con una alta rigidez conductual, es la que lleva a la patología. Es por esto por lo que con ACT se favorece la flexibilidad psicológica para que así puedan aparecer conductas más adaptativas y comprometidas con los valores de la persona. Para poder alcanzar esta flexibilidad psicológica y evitar la patología se habla de 6 habilidades recogidas en un gráfico denominado “Hexaflex” (Mandil et al., 2017).

## Figura 1

### *Diagrama del Hexaflex*



Fuente: Figura adaptada por Jurado, M., tomada de *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.), por S. C. Hayes, K. D. Strosahl y K. G. Wilson, 2012: Guilford Press. Todos los derechos reservados por Steven C. Hayes.

Este hexágono de la flexibilidad estaría formado por los denominados procesos terapéuticos alternativos: aceptación, contacto con el momento presente, dirección guiada por valores, acción comprometida, “yo como contexto” y defusión cognitiva. Cada uno iría asociado a un proceso psicopatológico (por el mismo orden que anteriormente): evitación experiencial, pérdida de contacto flexible con el presente, falta de claridad con los valores, inacción, impulsividad o persistente evitación, apego al yo conceptualizado y, por último, fusión cognitiva. El fallo en uno de los 6 vértices dará lugar a un fallo en el resto potenciando la psicopatología (Higuera, 2006).

Cuando se trabaja con ACT en adolescentes, es importante tener en cuenta que son muchas las conductas de evitación experiencial que realizan para disminuir su malestar a corto plazo. Además, los adolescentes presentan una alta fusión con sus pensamientos. Esto se debe a que su cerebro se encuentra en pleno desarrollo, teniendo por ello problemas para controlar su impulsividad frente a situaciones con una alta carga emocional. Es por esta razón por la que los adolescentes carecen de las herramientas necesarias para poder hacer frente a situaciones de interacción social (Mandil et al., 2017). El objetivo de ACT con esta población es similar al comentado con anterioridad, se trata de identificar los repertorios conductuales cuya función es evitativa consiguiendo así una mayor flexibilidad psicológica al reconocer los costes de éstos en sus vidas (Luciano, 2016). Como hemos visto, en ACT es importante tener desarrollada una alta habilidad para el pensamiento abstracto y esto lleva a que sean necesarias adaptaciones en función de la edad (Murrell et al., 2004).

En la presente investigación, se lleva a cabo un trabajo descriptivo en el que se realiza una revisión sistemática de la literatura actual sobre la efectividad de la Terapia de Aceptación y Compromiso en adolescentes de entre 12 y 18 años con ansiedad social. Se han identificado 7 trabajos publicados entre los años 2000 y 2022.

El objetivo principal de este estudio es identificar la eficacia de ACT en el tratamiento de adolescentes con ansiedad social.

## **Metodología**

### **Revisión bibliográfica**

La metodología que se ha empleado en este trabajo es una revisión de la literatura.

Los estudios usados para la investigación se han localizado a partir de una búsqueda exhaustiva, objetiva y reproducible de los trabajos sobre este tema. La búsqueda ha sido estandarizada y realizada por una sola persona. Para ello se han examinado de forma paralela diferentes bases de datos, en concreto se ha empleado PsycInfo, PubMed, Chochrane library y Psychology and Behavioral Science Collection. Este proceso de búsqueda se llevó a cabo durante el mes de enero del 2022, comenzando por la identificación de los conceptos de interés y su correspondiente lenguaje libre y documental, según cada una de las plataformas utilizadas. (Anexo B: Tabla 1)

En primer lugar, se leyeron los títulos y, después los resúmenes para terminar leyendo los artículos íntegros. Para evitar que hubiera sesgos de selección, se trató de aplicar rigurosamente los criterios objetivos durante la búsqueda bibliográfica.

Tras adaptar los términos a cada una de las bases de datos se lanzaron las diferentes ecuaciones de búsqueda. En ellas se usaban de manera combinada términos en lenguaje documental y libre para poder alcanzar el mayor número de publicaciones. Se

emplearon como palabras clave los términos "Acceptance and Commitment Therapy", "Social Anxiety" y "Adolescent". Además, para realizar la búsqueda combinando estos términos se han empleado los booleanos AND y OR.

### **Criterios de elegibilidad**

A la hora de seleccionar los documentos finales acordes con el objetivo de la búsqueda, se tuvieron en cuenta varios criterios de inclusión tanto conceptuales como metodológicos. Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- a) Tipo de participantes: el interés estaba centrado en adolescentes, por ello, el rango de edad buscado en los estudios debía incluir edades de entre 12 a 18 años independientemente del sexo.
- b) Tipo de intervención: debía intervenir con la Terapia de Aceptación y Compromiso sin importar si se combinaba con otros enfoques psicoterapéuticos.
- c) Tipos de metodología: necesariamente debían ser ensayos clínicos aleatorizados en los que se midiera la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso.
- d) Año de la publicación: se acotó la fecha de publicación siendo admitidas publicaciones entre los años 2000-2022 para poder buscar los datos más actuales.
- e) Idioma: se redujo la búsqueda a trabajos en español o en inglés.
- f) Tipos de medidas de resultados: se contemplaron publicaciones basadas en medidas con una fiabilidad y validez contrastadas.
- g) Título: aparición de alguna de las palabras clave en el título.

En cuanto a los criterios de exclusión:

- a) Se prescinde en el presente estudio los trabajos a los que, por diferentes cuestiones, no se puede acceder.
- b) De la misma manera, se dejan fuera las publicaciones que se tratan de revisiones y estudios de caso.

### **Procedimiento**

En cuanto al proceso de búsqueda y selección de estudios se comenzó por la base de datos PsycInfo, siguiendo por Pubmed, Chochrane library y terminando con Psychology and Behavioral Science Collection. La fase inicial de la búsqueda bibliográfica se realiza mediante el empleo de las palabras clave mencionadas anteriormente. Los artículos obtenidos se van filtrando según los criterios de inclusión hasta conseguir los que encajan con el objetivo de la revisión.

### **Codificación de resultados**

Para hacer el análisis de los artículos seleccionados, se ha realizado una tabla en la que aparecen reflejados diferentes puntos clave con la finalidad de recoger de una forma esquemática la información básica con la que poder identificar y organizar cada uno de los estudios elegidos. De este modo, cada publicación quedó registrada en función de su autor, la fecha en la que se publicó, tipo de estudios, características de la muestra como número de participantes y edad media de estos, variables de medida que se han empleado, los instrumentos usados, el tipo de intervención realizada (ya sea solo con ACT o integrando diferentes enfoques), el número de sesiones, así como el periodo de seguimiento terminando por analizar los resultados obtenidos en cada uno.

### **Resultados**

En un primer momento se obtiene un total de 232 artículos. A continuación, se realiza un filtrado de estos atendiendo a los títulos y resúmenes quedándonos así con un

total de 18 artículos. De estos 18 se descartaron los repetidos y se realizó una lectura más profunda de toda la información contenida, teniendo en cuenta los criterios de inclusión señalados anteriormente. De esta manera llegamos al total de siete artículos en los que se basa esta revisión como aparece reflejado en el diagrama de flujo.

## Figura 2

### *Secuencia de procedimiento*

Ecuaciones de búsqueda:
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ (DE "Acceptance and Commitment Therapy") AND (DE "Social Anxiety") AND ("Adolescent")</li> <li>➤ "Act or acceptance and commitment therapy" AND "social anxiety or social phobia or social anxiety disorders" AND "adolescents or teenagers or young adults or teen or youth"</li> </ul>
Criterios formales de búsqueda:
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Búsqueda en las siguientes bases de datos: PsycInfo, Pubmed, Cochrane library y Psychology and Behavioral Science Collection.</li> <li>– Búsqueda en referencias bibliográficas de publicaciones</li> </ul>

Fuente: elaboración propia

## Tabla 2

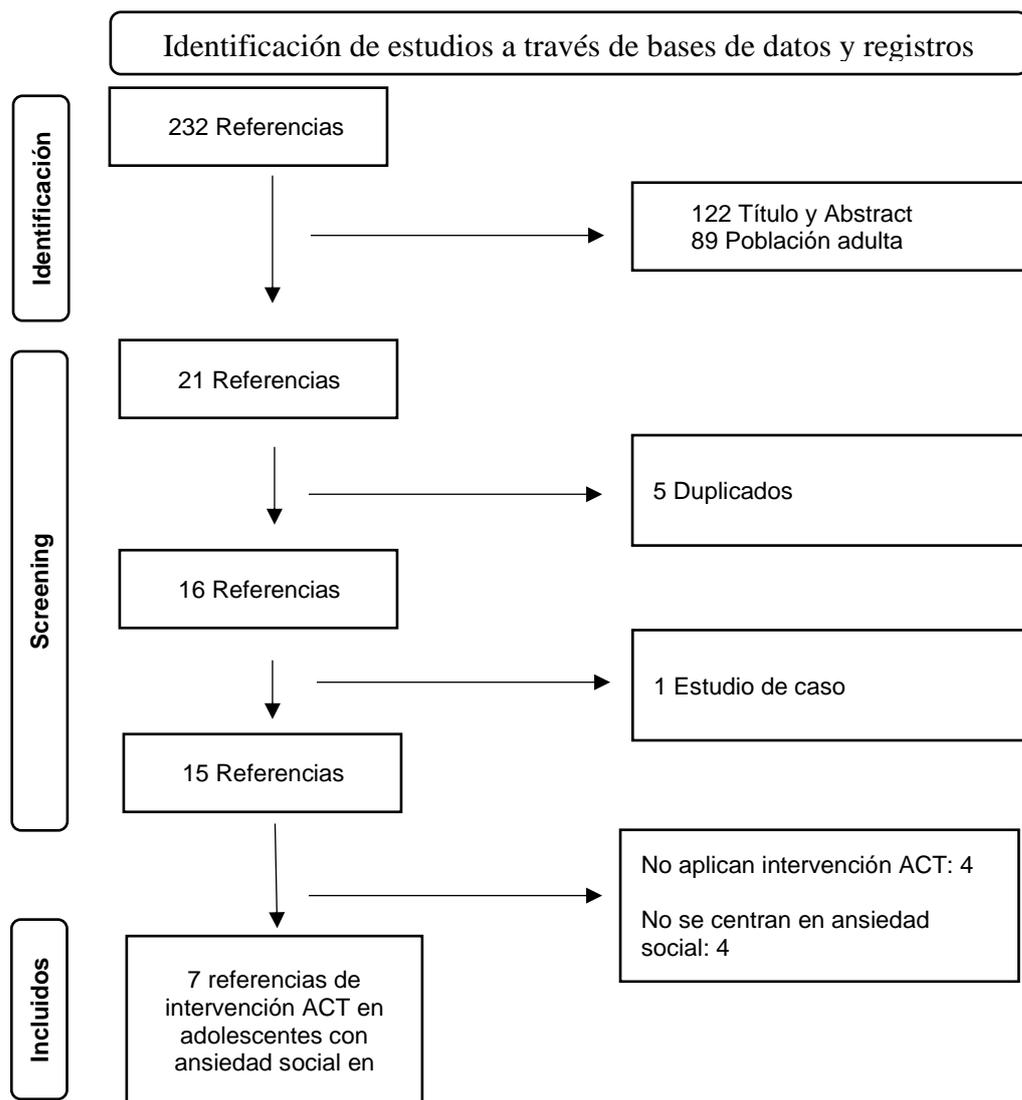
### *Secuencia de búsqueda*

Tipo de base de datos	Base de datos	N.º de publicaciones
Temáticas	PsycInfo	111
	Psychology and Behavioral Sciences Collection	28
Multidisciplinares	PubMed	81
	Cochrane Library	12
<b>Total</b>		<b>232</b>

Fuente: elaboración propia

## Figura 3

### Secuencia de selección de estudios



Fuente: elaboración propia

### Resumen de los estudios incluidos

En la Tabla 2 podemos ver los estudios incluidos en esta revisión con los datos más características en cuanto al tipo de publicación. A continuación, se han recogido, mediante un análisis más detallado, los principales resultados. Para ello se han realizado diferentes tablas en las que poder analizar estos estudios e integrar la información de las principales variables que se han investigado.

Las publicaciones en total abarcaron 836 participantes, de entre 12 y 18 años, a excepción de Niles et al. (2014), Hancock et al. (2018) y Kallesøe et al. (2021) en los que, como señalamos más adelante, aparecen otras edades. En alguno de los estudios la asistencia a las sesiones y la participación de los padres fue un requisito (Kallesøe et al., 2021; Hancock et al., 2018) y en otras bastaba con tener su consentimiento (Azadeh et al., 2015; Niles et al., 2014; Burckhardt et al., 2015; Livheim et al., 2015). Esto se puede ver más desarrollado en las Tablas 3 y 4.

La muestra seleccionada, en algunos casos cumplía con los criterios diagnósticos del DSM-V con trastorno de ansiedad social (Azadeh et al., 2015) o del DSM-IV (Niles et al., 2014; Hancock et al., 2018).

**Tabla 2**

*Resumen de los artículos incluidos*

<b>Estudio</b>	<b>Año de publicación</b>	<b>Revista</b>	<b>País</b>	<b>Tipo de diseño</b>
<b>Azadeh et al. (2015)</b>	2016	Global Journal of Health Science	Iran	Estudio cuantitativo cuasi-experimental
<b>Niles et al. (2014)</b>	2014	Behavior Therapy	Estados Unidos	Diseño cuantitativo experimental aleatorizado
<b>Burckhardt et al. (2015)</b>	2016	Journal of School Psychology	Australia	Diseño cuantitativo experimental aleatorizado
<b>Babalola et al. (2019)</b>	2019	Annual Journal	Nigeria	Estudio cuantitativo cuasi-experimental

<b>Kallesøe et al. (2021)</b>	2019	JCPP Advances	Dinamarca	Diseño cuantitativo experimental aleatorizado
<b>Hancock et al. (2018)</b>	2016	Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology	Australia	Diseño cuantitativo experimental aleatorizado
<b>Livheim et al. (2015)</b>	2015	Journal of Child and Family Studies	Estados Unidos Suecia	Diseño cuantitativo experimental aleatorizado

### **Características sociodemográfica de la muestra**

La muestra que se buscaba era adolescente, y en la mayoría de las publicaciones ha sido así, a excepción de uno de los estudios que incluye adolescentes de hasta 19 años (Kallesøe et al., 2021), otro con adultos jóvenes de 19 años (Niles et al., 2014) y otro, que incluye niños de 7 a 11 años (105) (Hancock et al., 2018) así como a los padres de todos ellos.

La participación en cuanto al sexo ha estado bastante igualada, teniendo como referencia un total de 729 participantes en los que se indicaba el sexo. Se ha contado con un total mayor de mujeres, 439 mujeres (60,22%) frente a 290 varones (39,78%). Esta información se puede encontrar más detallada en la Tabla 3. Como podemos comprobar en la Tabla 2, analizando los países en los que se han llevado a cabo las investigaciones destacan Estados Unidos y Australia (2 publicaciones), seguido de Suecia, Irán, Dinamarca y Nigeria con una participación menor (1 publicación).

### **Tabla 3.**

*Características sociodemográficas de la población infantojuvenil*

<b>Estudio</b>	<b>Muestra</b>	<b>Edad media (DT*)</b>	<b>Género</b>	<b>País</b>
<b>Azadeh et al. (2015)</b>	30	15.43 (0,78*)	M: 30	Irán
<b>Niles et al. (2014)</b>	50	15.5 (1.9*)	M: 21 V: 29	EEUU
<b>Burckhardt et al. (2015)</b>	267	16,37 (0,65*)	M: 105 V: 162	Australia
<b>Babalola et al. (2019)</b>	107	No reporta	No reporta	África
<b>Kallesøe et al. (2021)</b>	91	18	M: 91	Dinamarca
<b>Hancock et al. (2018)</b>	193	11 (2,76*)	M: 111 V: 82	Australia
<b>Livheim et al. (2015)</b>	66	14,6 (1.03*)	M: 58 V: 8	Australia
	32	No reporta	M: 23 V: 9	Suecia

Nota: DT = Desviación típica, M=mujeres, V= varones

### **Formato de aplicación del tratamiento**

Atendiendo al formato de aplicación de la terapia en cada uno de los artículos vemos que es muy diversa. Destaca el formato solo grupal que está presente en un 85,7% (6 artículos) de los estudios seleccionados. Cabe destacar que en el 14,29% (1 artículo) se combinó la terapia grupal y la individual. Sólo en una de las publicaciones la intervención fue solamente individual. Podemos ver diferentes formas de intervenir dentro de un mismo formato grupal. Por ejemplo, en Burckhardt et al. (2015) las sesiones, en un primero momento iban a impartirse como talleres y debido al tamaño de muestra, se cambió el formato a conferencias.

En Azadeh et al. (2015), se realizaron 10 sesiones de 90 minutos. En cada sesión se trabajaban diferentes cuestiones. En la primera sesión se administró una prueba preliminar que se comparó con la realizada en la última sesión. Esto ocurre de la misma

manera en Babalola et al. (2019), en el que se pasa una prueba a los participantes antes y después del tratamiento. Algo similar se da en Niles et al., (2014) en el que se evalúa al comienzo y final de la intervención, así como a los seis meses y al año. En el estudio de Hancock et al. (2018) se realizaron diez sesiones de una hora y media cada una. Además, en este estudio se toman medidas al acabar la terapia y a los tres meses. La intervención más larga se desarrolló durante tres meses (Burckhardt et al., 2015) aunque no fue en la que se dedicó más tiempo de intervención ya que fueron ocho horas en total distribuidas en 16 sesiones de media hora. El estudio de Kallesøe et al. (2021) tiene una duración total de 27 horas que se reparten en nueve módulos de tres horas cada uno y una sesión de seguimiento de otras tres horas; este sería el estudio que abarca más tiempo de intervención. Además, en esta publicación (Kallesøe et al., 2021), pese a que la intervención es grupal, se incluye una primera reunión informativa multifamiliar. También cabe destacar que los participantes, de forma paralela a la intervención grupal en ACT, reciben un seguimiento individual. Por otro lado, la intervención más corta sería de ocho sesiones de media hora cada una (Babalola et al., 2019).

En los estudios que implican a los padres el formato más común es pedirles su asistencia a las sesiones y su participación en la evaluación (Hancock et al., 2018). En este estudio hubo algunas sesiones en las que se trabajaba por parejas y otras en las que se separaba a los padres de los hijos. En la Tabla 4 podemos encontrar información al respecto.

#### **Tabla 4.**

*Características de la intervención aplicada*

<b>Estudio</b>	<b>Formato de la terapia</b>	<b>Tratamiento aplicado</b>	<b>Apoyo padres y familia</b>	<b>Duración</b>	<b>Seguimiento</b>
<b>Azadeh et al. (2015)</b>	Grupal	ACT	No reporta	2 meses y medio	No reporta
<b>Niles et al. (2014)</b>	Individual	ACT TCC	No reporta	12 semanas	6 y 12 meses
<b>Burckhardt et al. (2015)</b>	Grupal	ACT + PP	No reporta	3 meses	1 semana
<b>Babalola et al. (2019)</b>	Grupal	ACT	No reporta	8 semanas	No reporta
<b>Kallesøe et al. (2021)</b>	Grupal	ACT EUC	Participación	3 meses	12 meses
<b>Hancock et al. (2018)</b>	Grupal Individual	ACT TCC	Asistencia y participación	10 semanas	No reporta
<b>Livheim et al. (2015)</b>	Grupal	ACT TAU	No reporta	8 semanas	Durante 12 semanas

Nota: ACT= Terapia de Aceptación y Compromiso, TCC=Terapia Cognitivo Conductual, PP= Psicología Positiva, EUC= cuidado habitual mejorado, TAU= tratamiento Habitual

### **Combinación de tratamientos y otras características de la intervención**

En las investigaciones seleccionadas en tratamiento estaba centrado en la atención psicológica de los participantes a excepción de una (Kallesøe et al., 2021) en la que, además, se aplicaba un tratamiento multidisciplinar, ya que los participantes estaban diagnosticados con síndromes somáticos funcionales (FSS) por lo que también contaban con tratamiento médico y asistencia física además de ocupacional. Analizando la atención psicológica que recibieron los participantes, en todos los estudios está presente ACT como el enfoque principal, y en uno de ellos es el único que se utiliza, ya que el grupo control no recibe ningún tratamiento (Azadeh et al., 2015). En Babalola et al (2019) el grupo control recibe ocho sesiones enfocadas en diferentes estilos de liderazgo. También

lo podemos ver en combinación con otros enfoques como la psicología positiva (Burckhardt et al.,2015), en comparación con un grupo control con el que no se realiza ninguna intervención y que acude, durante el tiempo de las sesiones, a sus clases habituales de “Acción pastoral”, en las que se habla de enfrentar los desafíos de sus vidas, el majeo de redes sociales y la participación en labores sociales.

Niles et al. (2014) compara ACT con TCC. Hancock et al. (2018) además de comparar ACT con TCC lo hace con un grupo control que recibe TCC tras diez semanas en lista de espera. Por otro lado, Babalola et al. (2019) compara ACT con un grupo control que no recibe tratamiento. Livheim et al. (2015) realiza una comparación entre ACT y el tratamiento que se usa habitualmente a diferencia de Kallesøe et al. (2021) que lo hace con el tratamiento que se denomina cuidado habitual mejorado.

A la hora de realizar un seguimiento o valorar resultados vemos también ciertas diferencias entre los estudios incluidos. En Azadeh et al. (2015) y en Babalola et al. (2019) se hizo una evaluación pretratamiento y postratamiento, sin embargo, en Niles et al. (2014) además del pre-post se evaluó la consistencia de la mejoría tras seis meses y un año. Cabe destacar que en esta investigación se realizaron llamadas telefónicas de refuerzo y seguimiento una vez al mes durante los primeros seis meses. En Livheim et al. (2015) el seguimiento se hizo durante 12 semanas. Por otro lado, en Kallesøe et al. (2021) hicieron un seguimiento durante el primer año en diferentes momentos.

### **Instrumentos de medida utilizados**

Para poder explicar los resultados obtenidos de una manera clara se va a plantear una división de la información en variables. Las variables son de tipo psicológico y han sido cuantificadas a través de pruebas psicométricas con fiabilidad y validez contrastadas. De las pruebas utilizadas destacan Acceptance and Action Questionnaire – II (AAQ-II)

(Azadeh et al., 2015; Niles et al., 2014), Avoidance & Fusion Questionnaire – Youth (FQ-Y) (Hancock et al., 2018; Livheim et al., 2015), Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) (Livheim et al., 2015; Burckhardt et al., 2015) y Social Anxiety Scale for Adolescents (SASA) (Azadeh et al., 2015). En la Tabla 5 (Anexo C) aparecen de forma detallada todos los instrumentos utilizados en cada uno de los artículos seleccionados, así como las variables medidas con cada instrumento. Todos los artículos seleccionados son cuantitativos.

### **Variables medidas**

Las variables en las que nos hemos fijado han sido ansiedad social, depresión, estrés, problemas interpersonales, flexibilidad psicológica, evitación experiencial y salud física.

#### ***Ansiedad social***

En los hallazgos en torno a los síntomas de ansiedad social se observa en Niles et al. (2014) que al usar ACT esta ansiedad social se reduce en comparación con el grupo que ha sido intervenido con TCC. Por otro lado, en Hancock et al. (2018) vemos que la diferencia en la ansiedad social en el grupo ACT en comparación con el que recibe TCC no es significativa ( $d=0.29$ ). En la intervención que combina ACT y la Psicología Positiva (PP), la diferencia con el grupo control no fue muy significativa (Burckhardt et al., 2015) ( $d= 0.57$ ). En los estudios que comparan ACT con un grupo control que no recibe tratamiento, se muestran diferencias muy significativas en relación con el nivel de ansiedad social ( $d=0.83$ ) (Babalalo et al., 2019).

#### ***Depresión***

Para la variable de depresión se concluye una mejoría mayor en los participantes que recibieron una terapia centrada en ACT frente a los que la recibieron en TCC (Niles

et al., 2014). Respecto a la combinación de ACT con la PP (Burckhardt et al., 2015) se observa una mejora más significativa en el grupo que recibió un tratamiento basado en ACT ( $d=0.53$ ). En Livheim et al. (2015), se ve que la depresión tuvo una mejora significativamente mayor ( $d=0.73$ ) en el grupo con formato ACT que en el de TAU.

### ***Estrés***

La variable de estrés experimentó reducciones significativas ( $d= 0.74$ ) en el estudio de Burckhardt et al. (2015). En Kallesøe et al. (2021) vemos que el grupo con intervención ACT presenta una mayor disminución en esta variable en comparación con el grupo EUC. En Livheim et al. (2015), también podemos apreciar una disminución del estrés en los participantes del grupo ACT.

### ***Problemas interpersonales***

Con relación a los problemas interpersonales en el estudios de Azadeh et al. (2015) se reporta un tamaño del efecto significativo ( $d= 0.71$ ) comprobando así la eficacia de la terapia de intervención con ACT frente al grupo control.

### ***Flexibilidad psicológica***

Los resultados de dicha medida señalan que tras la intervención con ACT hay un aumento de la flexibilidad psicológica en comparación con los que no reciben intervención ( $d=0.61$ ) (Azadeh et al., 2015). En Kallesøe et al. (2021) se aprecia un aumento de la flexibilidad psicológica ligeramente mayor del grupo que tuvo intervención en ACT por encima del que no la tuvo. El formato ACT también presentó mejoras significativas en cuanto a la flexibilidad psicológica en los dos estudios de Livheim et al. (2015).

### ***Evitación experiencial***

En Niles et al. (2014) los resultados en evitación experiencial son ligeramente mejores en el grupo con intervención ACT frente al de TCC, esto se debe a que la propia aplicación de ACT apunta directamente a disminuir esta variable en sus primeras cinco sesiones. Lo mismo ocurre en Hancock et al. (2018), en el que la disminución de la evitación experiencial es similar en el grupo con intervención ACT y en el de TCC. La diferencia está en la progresión del cambio a lo largo del tiempo ya que en el grupo ACT la disminución se produjo de manera más intensa al comienzo y se estabiliza al final del tratamiento, mientras que en el grupo TCC al comienzo la disminución es uniforme siendo más pronunciada en las últimas sesiones.

### *Salud física*

Esta variable está recogida en el estudio de Kallesøe et al. (2021). Se observó una mejoría en cuanto a la salud física de los participantes del grupo ACT en una primera evaluación, pero con el paso del tiempo las diferencias fueron poco significativas en comparación con el grupo EUC.

## **Discusión**

El principal objetivo de la revisión actual ha sido analizar la eficacia de la terapia de aceptación y compromiso en el tratamiento de adolescentes con ansiedad social. Se ha centrado en la identificación, revisión y descripción de las fuentes disponibles. Cabe señalar que la investigación desde el enfoque ACT para la población infantojuvenil es bastante reciente y cuenta con estudios limitados, seguramente por la dificultad de ajustar la terapia al tratamiento de este tipo de pacientes (Murrell et al., 2004). Aun así, en los últimos años se ha producido un aumento de los trabajos empíricos que tratan este campo.

Podemos encontrar resultados similares en algunos trabajos como el de Ruiz et al. (2012), Higuera (2006) y el de Darlymle (2007) en los que se constataba la eficacia de

ACT para el tratamiento de la ansiedad social con resultados muy positivos. Cabe destacar también los hallazgos realizados por Block (2002) en los que se aprecia cómo se apoyan los hallazgos anteriores sobre ACT y su eficacia para el trastorno de ansiedad dándose una disminución de la evitación experiencial y un aumento de la tolerancia a la ansiedad social mediante un ejercicio de exposición al hablar en público.

De las variables que hemos analizado podemos sacar algunos datos. Los adolescentes presentan mejoras en las medidas psicológicas de ansiedad social (Niles et al., 2014; Hancock et al., 2018; Burckhardt et al., 2015; Babalalo et al., 2019), depresión (Niles et al., 2014; Burckhardt et al., 2015; Livheim et al., 2015), estrés (Burckhardt et al., 2015; Livheim et al., 2015; Kallesøe et al., 2021), problemas interpersonales (Azadeh et al., 2015), flexibilidad psicológica (En Kallesøe et al., 2021; Livheim et al., 2015) y evitación experiencial (Niles et al., 2014). En el estudio de Kallesøe et al. (2021) informan también de una mejora en la variable no psicológica de salud física.

Basándonos en los datos obtenidos podemos proponer que ACT se utilice como enfoque terapéutico para adolescentes con ansiedad social. Sin embargo, es importante que conozcamos las limitaciones que aparecen alrededor de los resultados extraídos y de las conclusiones. En primer lugar, encontramos la dificultad de comparar resultados debido a los escasos estudios realizados con población adolescente. Hemos encontrado publicaciones que analizaban variables similares, pero en otros la presencia de variables ha sido bastante escasa (Babalalo et al., 2019). Sin embargo, los artículos encontrados han servido para estimar de forma general la dirección de los resultados, que como hemos señalado es una mejoría de los síntomas. La segunda limitación hace referencia al hecho de que los estudios recuperados, y por tanto los resultados obtenidos, proceden de otros países están escritos en inglés. En España no se han realizado este tipo de estudios y por ello tenemos escasos datos sobre la eficacia de ACT en nuestros adolescentes ante

problemas de ansiedad social. A pesar de estas limitaciones, podemos afirmar que ACT es una terapia válida para tratar la ansiedad social en los adolescentes, aunque serían necesarias más investigaciones para consolidar esta conclusión. Como tercera limitación, hemos podido comprobar que la literatura se centra mayoritariamente en estudios con población adulta, destacando la dificultad para encontrar trabajos centrados en la población juvenil. A pesar de ello, como se ha mencionado con anterioridad, en la última década se ha visto incrementado el interés respecto a esta cuestión y gracias a ello podemos revisar nuevos estudios sobre la eficacia de ACT para la ansiedad social en adolescentes.

Centrándonos en los datos extraídos, podemos sugerir el uso de ACT para la ansiedad social teniendo en cuenta las limitaciones existentes. Cabe destacar que a nivel metodológico en estos ensayos de ACT encontramos deficiencias sobre todo en los trabajos que se centran en niños y adolescentes (Hancock et al., 2018). Como hemos señalado anteriormente, los estudios encontrados son recientes (incluso uno de los estudios encontrado es un estudio piloto (Livheim et al., 2015)). Por otro lado, encontramos otros artículos con limitaciones similares, en la mayoría de los casos relacionadas con la insuficiente definición de las medidas de control. Encontramos publicaciones sin aleatorización (Azadeh et al., 2015; Babalola et al., 2019), con una muestra pequeña (Azadeh et al., 2015), poco representativos (Azadeh et al., 2015; Kallesøe et al., 2021), con variables moderadoras, como el género, no controladas (Livheim et al., 2015), o con variables mediadoras, como los niveles de ansiedad social, poco claras (Kallesøe et al., 2021). También podemos apreciar estas limitaciones en las pruebas en las que se basan los estudios para medir las variables analizadas porque no están validadas para la población adolescentes (Hancock et al., 2018). Otra limitación que es importante señalar es que en alguno de los estudios seleccionados no aparece el

seguimiento que se hace de los participantes tras la intervención (Azadeh et al., 2015; Babablola et al., 2019; Hancock et al., 2018) lo que nos dificulta hablar de la eficacia a largo plazo de este enfoque.

Es importante resaltar el hecho de que, a pesar de las limitaciones señaladas, en todos los estudios seleccionados vemos resultados positivos y semejantes que señalan la utilidad de ACT para disminuir la ansiedad social en adolescentes y esto es señal de la fortaleza de este tratamiento, que, como también hemos visto, promueve también la mejora de otras variables psicológicas de los participantes.

Con todo esto, podemos concluir que el estudio de la eficacia de ACT para la ansiedad social adolescentes hoy en día es deficiente por lo que se precisa que se realicen más estudios de una manera correcta en lo relacionado con la metodología. Sería interesante para poder seguir viendo la eficacia de este tratamiento en adolescentes con ansiedad social, como futuras líneas de investigación, que se llevaran a cabo más ensayos que además compararan la eficacia de ACT frente a otras terapias. En la presente revisión hemos podido estudiar los beneficios particulares de ACT en comparación con otros enfoques como la terapia cognitivo-conductual (Niles et al., 2014), el cuidado habitual mejorado (Kallesøe et al., 2021), el tratamiento habitual (Livheim et al., 2015) o si se utiliza junto con la psicología positiva (Burckhardt et al., 2015), por lo que siguiendo esta línea sería interesante el seguir viendo como influye al combinarla con otras terapias. Parece que la tendencia señala que hay un aumento progresivo de estudios que pueden posibilitar la realización de estos análisis. Además, sería interesante seguir incorporando a los padres en estos tratamientos (Kallesøe et al., 2021; Hancock et al., 2018), además de analizar las mejorías que causan en ellos y si les ayuda en su bienestar. Otra aportación valiosa sería poder analizar cada intervención con ACT y cada una de sus partes para ver qué proceso específico usado es el responsable del cambio. Podría ser interesante analizar

la eficacia de ACT en terapias de grupo, individuales o mixtas para ver en qué formato se generan mayores cambios.

Tras esta reflexión, podríamos concluir que los datos con los que se cuenta relacionados con el uso y la eficacia de ACT para el trabajo a nivel psicológico con niños y adolescente son útiles y se aprecian cambios en diferentes problemas de los pacientes. Además, el aumento de estudios relacionados con ACT y la incorporación a estos de niños y adolescentes, está teniendo resultados muy significativos, haciendo que ACT sea una terapia de elección dentro del ámbito de la psicología clínica en el trabajo con niños y adolescentes.

### **Referencias bibliográficas**

- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (Quinta edición). Médica Pamamericana.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. International Universities Press.
- Block, J. A. (2002). *Acceptance or change of private experiences: A comparative analysis in college students with public speaking anxiety*. Doctoral dissertation. University at Albany, State University of New York.
- Caballo, V. E. (Ed.). (2008). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 2). Siglo Veintiuno de España.
- 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>

- Delgado, B., Inglés, C. J. & García-Fernández, J. M. (2013). Social anxiety and self-concept in adolescence. *Revista de Psicodidáctica*, 18, 179-194. <http://dx.doi.org/10.1387/RevPsicodidact.6411>
- Espada, J. P., Orgilés, M., Piqueras J. A., y Morales A. (2020). Las buenas prácticas en la atención psicológica infanto-juvenil ante el COVID-19. *Clínica y Salud*, 31(2), 109-113. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a14>
- Espada, J. P., Orgilés, M., Méndez, X., & Morales, A. (2021). Problemas relacionados con la regulación emocional: Depresión y problemas de ansiedad. En J. R, Fernández Hermida y S. Villamarín Fernández, *Libro Blanco de la Salud mental Infanto-Juvenil* (18-31). Consejo General de la Psicología de España.
- Ferro, R. (2000). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en un ejemplo de evitación experiencial. *Psicothema*, 12 (3), 445–450.
- Harley, J. (2015). Bridging the Gap between Cognitive Therapy and Acceptance and Commitment Therapy (ACT). *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 193, 121-140. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.03.252>
- Hayes, S.C. Wilson, K.G., Guilford, E.V. Follete, V.M., & Sronshal, K. (1996). Experiential avoidance and behavior disorder. A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168. [10.1037//0022-006x.64.6.1152](https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.6.1152)
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35(4), 639-665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)

- 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.
- Higuera, J. A. G. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT) como desarrollo de la terapia cognitivo conductua= The acceptance and commitment therapy (ACT) as a cognitive behavioral therapy (CBT) development. *Edupsykhé. Revista de Psicología y Educación*, 5(2). <https://journals.ucjc.edu/EDU/article/view/3787>
- Jurado, M. (2017). Una mirada introductoria a la Terapia de Aceptación y Compromiso. *Griot*, 10(1), 70- 87. <https://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/11907>
- Knappe, S., Sasagawa, S. y Creswell, C. (2015). Developmental epidemiology of social anxiety and social phobia in adolescents. In *Social anxiety and phobia in adolescents* (pp. 39-70). *Springer*. DOI 10.1007/978-3-319-16703-9
- Kılınçel, Ş., Kılınçel, O., Muratdağı, G., Aydın, A., & Usta, M. B. (2021). Factors affecting the anxiety levels of adolescents in home-quarantine during COVID-19 pandemic in Turkey. *Asia-Pacific Psychiatry*, 13 (2). <https://doi.org/10.1111/appy.12406>
- Losada, A., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., López, J., FernándezFernández, V., y Nogales-González, C. (2015). Atendiendo a las variadas problemáticas de los cuidadores familiares de personas con demencia: aportaciones de la terapia cognitivo-conductual y de la terapia de aceptación y compromiso. *Clínica y Salud*, 1, 41- 48. <https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2015.02.001>
- Luciano, M.C., & Valdivia, M.S. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencias. Basis, characteristics and evidence. *Papeles del Psicólogo*, 27 (2), 79-91.

- Luterek, J. L., Eng, W., & Heimberg, R. G. (2003). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de ansiedad social: teoría y práctica. *Psicología Conductual*, 11 (3), 563-581.
- Mandil, J., Quintero, P., & Maero, F. (2017). Terapia de Aceptación y Compromiso con adolescentes (1ª ed.). *Librería AKADIA Editorial*.
- Monserrath, S., & Ñacato, C. (2021). Ansiedad como consecuencia del aislamiento social frente al COVID-19 en adolescentes (Bachelor's thesis, Universidad Nacional de Chimborazo). <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/7884>
- Murrell, A.R., Coyne, L.W., & Wilson, K.G. (2004). ACT with children, adolescents and their parents. En S.C. Hayes & K.D. Strosahls (Eds.), *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy* (249-273). *Springer Science*. [https://doi.org/10.1007/978-0-387-23369-7\\_10](https://doi.org/10.1007/978-0-387-23369-7_10)
- Orgilés M. (2020). Impacto psicológico de la COVID-19 en niños y adolescentes. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, 7(3): 9-94. [http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2020/11/monografico\\_rpcna.pdf](http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2020/11/monografico_rpcna.pdf)
- Páez, M., & Montesinos, F. (2016). *Tratando con terapia de aceptación y compromiso. Habilidades terapéuticas centrales para la aplicación eficaz* (1ª ed). Pirámide.
- Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., Koivisto, A., Tuomisto, M. T., Pelkonen, M. y Marttunen, M. (2007). Age and gender differences in social anxiety symptoms during adolescence: the Social Phobia Inventory (SPIN) as a measure. *Psychiatry Research*, 153, 261-270. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.12.006>
- Rose-Krasnor, L. (1997). The nature of social competence: a theoretical review. *Social Development*, 6, 111- 135. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.1997.tb00097.x>

- Ruiz, F.J., Luciano, C., Vizcaíno-Torres, R.M., & Sánchez, V. (2012). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en trastornos de ansiedad en la infancia. Un caso de fobia a la oscuridad [Application of acceptance and commitment therapy (ACT) in children with anxiety disorders. A case study of darkness phobia]. In M. Páez & O. Gutiérrez (Eds.), *Múltiples aplicaciones de la terapia de aceptación y compromiso* [Multiple applications of acceptance and commitment therapy] (pp. 27-44). *Pirámide*
- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista malestar e subjetividades*, 3 (1), 10-59.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27130102>
- Soriano, M. C. L., & Salas, M. S. V. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del psicólogo*, 27 (2), 79-91.  
<http://www.cop.es/papeles>
- Spielberger, C. D. (2010). State-Trait Anxiety Inventory. *The Corsini Encyclopedia of Psychology*. <https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0985>
- Wang, G., Zhang, Y., Zhao, J., Zhang, J., & Jiang, F. (2020). Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *The Lancet*, 395 (10228), 945-947. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30547-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30547-X)

## Anexos

### **Anexo A. Estudios incluidos en la revisión ordenados cronológicamente**

- 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>
- Livheim, F., Hayes, L., Ghaderi, A., Magnusdottir, T., Högfeldt, A., Rowse, J., ... & Tengström, A. (2015). The effectiveness of acceptance and commitment therapy for adolescent mental health: Swedish and Australian pilot outcomes. *Journal of Child and Family Studies*, 24 (4), 1016-103. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-9912-9>
- Azadeh, S. M., Kazemi-Zahrani, H., & Besharat, M. A. (2016). 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. [10.5539/gjhs.v8n3p131](https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n3p131)
- Burckhardt, R., Manicavasagar, V., Batterham, P. J., & Hadzi-Pavlovic, D. (2016). A randomized controlled trial of strong minds: A school-based mental health program combining acceptance and commitment therapy and positive psychology. *Journal of school psychology*, 57, 41-52. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2016.05.008>
- Kallesøe, K. H., Schröder, A., Jensen, J. S., Wicksell, R. K., & Rask, C. U. (2021). Group-based Acceptance and Commitment Therapy (AHEAD) for adolescents with multiple functional somatic syndromes: A randomised trial. *JCPP Advances*, 1(4), e12047. <https://doi.org/10.1002/jcv2.12047>

- Hancock, K. M., Swain, J., Hainsworth, C. J., Dixon, A. L., Koo, S., & Munro, K. (2018). Acceptance and commitment therapy versus cognitive behavior therapy for children with anxiety: Outcomes of a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(2), 296-311. 10.1080/15374416.2015.1110822
- 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* 3(2), 54-61. <https://doi.org/10.29114/ajtuv.vol3.iss2.136>

## Anexo B. Metodología

**Tabla 1**

*Lenguaje documental y libre empleado en el proceso de búsqueda.*

Conceptos	Lenguaje documental	Lenguaje libre
Ansiedad social	"Social Anxiety"[Mesh] DE "Social Anxiety"	"Anxiety disorders", "social anxiety", "social phobia", "social anxiety disorders"
Terapia de Aceptación y compromiso	"Acceptance and Commitment Therapy"[Mesh] DE "Acceptance and Commitment Therapy" DE "ACCEPTANCE & commitment therapy"	
Adolescentes	"Adolescent"[Mesh] DE "ADOLESCENCE"	"Teen", "Teenager", "Youth", "Adolescents"

## Anexo C. Resultados

**Tabla 5.***Instrumentos empleados para medir las variables psicológicas*

<b>Estudio</b>	<b>Variable</b>	<b>Instrumentos empleados</b>
<b>Azadeh et al. (2015)</b>	Ansiedad social	SASA
	Flexibilidad psicológica	IIP-60 AAQ-II
<b>Niles et al. (2014)</b>	Evitación y control experiencial	AAQ
	Miedo a hablar en público	SSPS
	Ansiedad social	LSAS-SR SIAS SPS
	Calidad de vida	QOL
<b>Burckhardt et al. (2015)</b>	Depresión, ansiedad y estrés	DASS-21
	Bienestar subjetivo	FS
<b>Hancock et al. (2018)</b>	Evaluar trastornos DSM-IV	ADIS-IV
	Ansiedad	MASC
	Comportamiento infantil (para padres)	CBCL
	Depresión	CDI
	Calidad de vida	CALIS-C
	Organización familiar	FAD
	Evitación experiencial	AFQ-Y PANAS-X TAS-20
	Fusión cognitiva	AFQ-Y
	Aceptación	CAMM-20
	Vivir de acuerdo con los propios valores	VLQ
<b>Kallesøe et al. (2021)</b>	Índice de limitacion	LI
	Inflexibilidad psicológica dolor	PIPS-12
	Evitación experiencial	AFQ-Y8
	Ansiedad y depression	SCL
<b>Babalola et al. (2019)</b>	Estrés	PSS
	Fobia social	SPI
<b>Livheim et al. (2015)</b>	Salud general	GHQ-12
	Estrés	PSS
	Depresión, ansiedad y estrés	DAS-S 21 RADS-2
	Satisfacción con la vida	SWLS
	Evitación y fusión	AFQ-Y17
	Atención plena	MAAS

Nota: SASA= Social Anxiety Scale for Adolescents, IIP-60= Inventory of Interpersonal Problems, AAQ-II=Acceptance and Action Questionnaire – II, AAQ=Acceptance and Action Questionnaire–16-Item Version, SSPS= Self-Statements During Public Speaking Questionnaire, LSAS-SR= Liebowitz Social Anxiety Scale–Self-Report, SIAS= The Social Interaction Anxiety Scale, SPS= The Social Phobia Scale, QOL= Quality of life, DASS-21= Depression, Anxiety and Stress Scale, FS= Flourishing scale, ADIS-IV= Anxiety Disorders Interview Schedule, MASC= Multidimensional Anxiety Scale for Children, CBCL= Child Behavior Checklist - Parent Form, CDI= Child Depression Inventory, CALIS-C= Children’s Anxiety Life Interference Scale - Child Form, FAD= McMaster Family Assessment Device, AFQ-Y= Avoidance & Fusion Questionnaire – Youth, PANAS-X= Positive and Negative Affect Schedule, TAS-20= Toronto Alexithymia Scale, CAMM-20= Child and Adolescent Mindfulness Measure, VLQ= Valued Living Questionnaire, LI= Limitation Index PIPS-12 Inflexibility in Pain Scale, SCL= Symptom Checklist Revised depression and anxiety subscales, PSS= Perceived Stress Scale, SPI= The Social Phobia Inventory, GHQ-12= Valued Living Questionnaire, The General Health Questionnaire, PSS= The Perceived Stress Scale, RADS-2= Reynolds Adolescent Depression Scale-2, SWLS= Satisfaction with Life Scale AFQ-Y17= Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth, MAAS= Mindful Attention Awareness Scale