

Tratamientos psicológicos para la ansiedad social: una revisión sistematizada
Carolina Bravo Rueda¹, Yennifer Tatiana Lancheros Cendales² & Juan José Peña Martín³

Universidad El Bosque, Colombia

Nota del autor:

- 1) MsC en educación y psicóloga, que opta por el título de especialista en Psicología Clínica y Autoeficacia Personal. E-mail: cbravor@unbosque.edu.co
- 2) Psicóloga, que opta por el título de especialista en Psicología Clínica y autoeficacia personal E- mail: ylancheros@unbosque.edu.co
- 3) MsC en Terapias Psicológicas de Tercera Generación y psicólogo especialista en Psicología Clínica y Autoeficacia Personal. E-mail: jjpenam@unbosque.edu.co

Los investigadores se comprometen a no realizar plagio alguno de la información encontrada y disponen de material que se produce para cualquier control antiplagio que se requiera hacer, así mismo se garantiza el compromiso de mantener la autoría de quienes han escrito y publicado, dejado claro que a la final va a ser una producción netamente inédita, sin copia alguna ni plagio. Este trabajo está exento de responsabilidad o conflictos de interés percibidos.

Agradecemos a la Universidad del Bosque por hacerlos confluir en nombre de la ciencia y la psicoterapia, a nuestras familias y a nuestros amigos.

Tratamientos psicológicos para la ansiedad social: una revisión sistematizada

Resumen

La ansiedad social es uno de los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia. El enfoque de la presente revisión es cuantitativo y se fundamentó en la guía PRISMA. Se crearon las bases de datos PubMed, Web of Science y SCOPUS, seleccionando 42 artículos de los que se describen características de intervención y análisis de sesgos. Las intervenciones más evaluadas y con mayor eficacia son la terapia cognitivo conductual (CBT) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT). Se espera que el presente documento abra líneas de investigación que propendan por ampliar el panorama de tratamientos orientados al diagnóstico para población Colombiana.

Palabras clave: ansiedad social, fobia social, tratamientos, intervención, terapia.

Abstract

Social anxiety is one of the most prevalent psychiatric disorders. The focus of this review is quantitative and was based on the PRISMA guide. The PubMed, Web of Science, and SCOPUS databases were screened, selecting 42 articles from which intervention characteristics and bias analysis were described. The most evaluated and most effective interventions are cognitive behavioral therapy (CBT) and acceptance and commitment therapy (ACT). This document is expected to open lines of research that tend to broaden the panorama of diagnostic-oriented treatments for the Colombian population.

Key words: social anxiety, social phobia, treatments, intervention, therapy.

Introducción

La sociedad actual se ha visto envuelta en múltiples cambios y transformaciones a raíz de los avances de la ciencia y la tecnología, especialmente posterior a la pandemia del COVID-19, dichos cambios se dieron de forma vertiginosa, impactando la cotidianidad, instituciones y organizaciones; llegando a transformar diversos aspectos de los procesos de socialización al normalizar el aislamiento por una temporada importante en la historia de la humanidad. Así es que emerge la necesidad de acercarse a lo que acontece en el entorno social a la luz de la investigación en psicoterapia. Desde esa postura, se apostó por comprender las maneras en que se dio tratamiento a la Ansiedad Social (AS) durante la última década, con la intención de generar conocimientos que permitan el fácil tratamiento y desarrollo de intervenciones dirigidas a estos diagnósticos, a puertas de atender las consecuencias post-pandemia sobre la salud mental.

Las personas que sufren de AS o fobia social (FS) se caracterizan por presentar miedo persistente y significativo a situaciones que pueden exponerlos a la evaluación o el escrutinio de otros, cuyos síntomas se expresan en modalidad de respuesta cognitiva, conductual y fisiológica, y pueden generalizarse a situaciones sociales particulares o darse de manera generalizada frente a toda posibilidad de interacción social (Rey et al., 2006). Los tratamientos para la AS en los últimos años responden a un conjunto de conocimientos y experiencias adquiridos desde la práctica de la psicología clínica, razón que conduce a reflexionar en función de su naturaleza y sustento teórico, teniendo en cuenta que dicha evidencia resulta en aportaciones científicas significativas para la práctica clínica, puesto que este trastorno es uno de los motivos de consulta más frecuentes y prevalentes en el ejercicio de la misma (Labrador y Ballesteros, 2011).

La American Psychological Association (2006) defiende las prácticas psicológicas basadas en la evidencia como promotoras de eficacia y efectividad en las intervenciones,

partiendo del empleo de principios sustentados en datos empíricos, con la finalidad de propender por la calidad y mejora de la atención en salud pública y otros ámbitos de impacto para la disciplina. Asimismo, (Turner et al., citado en Moriana y Martínez, 2011) afirman que los tratamientos efectivos son aquellos que resultan útiles en la práctica clínica habitual, lo cual permite comprender la importancia de reconocer la evidencia disponible en cuanto a tratamientos e intervenciones aplicados específicamente en casos de ansiedad o fobia social.

En aras de aportar, a través de la presente investigación, elementos que favorezcan una correcta práctica basada en la evidencia y ampliar el campo investigativo aplicados a este diagnóstico, se plantea como objetivo general realizar una revisión sistematizada de los tratamientos para la AS en los últimos 10 años, puesto que se logra inferir que son diversos los factores que inciden en su diseño y aplicación, como lo son las latitudes geográficas, las necesidades, expectativas, intereses y perspectivas culturales, entre otros.

Como señalan Franco et al. (2021), si bien la ansiedad es una experiencia emocional generalizable y se considera normal cuando se tiene conocimiento del propio ser, al permitir movilizar las operaciones defensivas del organismo y estimular el aprendizaje, desarrollo de la personalidad y motivación a logro, cuando dicha experiencia se convierte en un trastorno, adquiere elementos incapacitantes para la percepción armónica y satisfactoria de bienestar.

Para llegar a tener un acercamiento a su estructura conceptual y procedimental se asumió la realización de una revisión sistematizada sobre tratamientos e intervenciones para la AS en población adulta como objetivo general del presente estudio, para lo cual fue necesario recolectar evidencia empírica sobre los tratamientos para AS que cumplan con los criterios de inclusión establecidos, desde el 2013 hasta el 2023, evaluar la calidad de los estudios escogidos y

analizados aplicados al diagnóstico de AS y sintetizar la evidencia científica sobre las medidas de evaluación e intervención usadas para la AS, especialmente en Colombia y América Latina.

Es importante señalar que los objetivos antes descritos se convierten en elementos que dan respuesta a la formulación del problema que se visualiza al intentar responder a la siguiente pregunta: ¿Qué tratamientos se han utilizado para el diagnóstico de AS en los últimos diez años? Las respuestas pueden ser múltiples, sin embargo, es significativo tener presente que se busca repensar las acciones a seguir desde la práctica clínica, al generar reflexiones prácticas a partir de los documentos revisados, que den pie a un análisis de relaciones teóricas en función al tema planteado. Se parte de la revisión desde el 2013 debido a que la última realizada de la que los investigadores tengan conocimiento la realizó Cantón et al. (2012), a través de una revisión sistemática y meta-análisis. La profundidad del documento de una revisión sistematizada conlleva a la búsqueda que permite la ampliación de las categorías de análisis.

Marco conceptual

La AS se asume, de acuerdo con Arias (2016), como: “miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas” (p. 20), lo cual, sin duda alguna, es una situación que en los últimos tiempos se ha visto ha sido impactada a por razón de la pandemia del COVID-19, donde se vivió una transición social sin precedentes, todos los procesos se detuvieron y a la fuerza activa de personas tuvo que ser enviada para sus casas, en confinamiento por aproximadamente año y medio. Cifuentes et al. (2020) refleja las afectaciones propias de la pandemia y consecuente confinamiento en la salud mental de los colombianos, demostrando que la prevalencia de los trastornos mentales aumentó, lo cual requirió el desarrollo de medidas de contención y psicoeducación por parte del gobierno y las organizaciones de salud mental.

Es así, que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) plantea que: “en el 2020, la pandemia de COVID-19 provocó un aumento calculado del 27,6% en casos de trastorno depresivo mayor (TDM) y 137,1 años de vida ajustados por discapacidad adicionales por cada 100.000 habitantes; y también provocó un aumento del 25,6% en casos de trastornos de ansiedad (TA) y 116,1 años ajustados por discapacidad por cada 100.000 habitantes”. (p. 1) De hecho, la justificación de la sistematización de la información se enmarca en dos vertientes, una teórica y la otra práctica, pues es evidente lo que Arias (2016) asegura, que la AS: “Esa condición le genera problemas o malestar principalmente el ámbito social y profesional, ya que puede ser tan fuerte que impidan a la persona asistir al trabajo, la escuela o realizar sus actividades diarias”. (p.20). De allí, el interés de buscar tratamientos y experiencias personales para mejorar la AS y su impacto en la sociedad en general.

La AS ha sido catalogada históricamente como uno de los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia, siendo más común entre las personas de países occidentales que orientales, en donde las mujeres y los adultos jóvenes parecen tener mayor riesgo de padecerla (Ministerio de Salud, 2015; Mohammadi et al, 2020). Se estima que, mundialmente, el 13% de las personas presentarán AS en algún momento de su vida, y, según Barnhill (2020), este trastorno afecta con una prevalencia anual alrededor del 9% de la población femenina y al 7% de la masculina.

En Colombia, la Encuesta Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud, 2015) indica que el trastorno es el más prevalente en adultos junto al trastorno depresivo mayor y está dentro de los principales motivos de consulta en salud mental, siendo el de mayor prevalencia vital en adolescentes con un porcentaje superior al 3%, en cerca del 5% de mujeres (superando al estimado nacional) y específicamente en el 6,6% de mujeres adolescentes. Según el Ministerio de Salud Colombiano (2015), este trastorno inicia en la adolescencia y genera, aparte de las

esperadas dificultades para la adecuada socialización, interferencia en el rendimiento académico, problemas emocionales, y riesgo de comorbilidad con otros trastornos de ansiedad, depresión y por consumo de sustancias; razón por la cual su presencia se asocia con altas tasas de abandono escolar baja productividad y acceso laboral, bajo nivel socioeconómico y disminución de la calidad de vida.

Se espera que la sistematización de la información se convierta en un acercamiento a las necesidades, expectativas e intereses de la comunidad nacional, desde los aportes teóricos y experiencias efectuadas en el tratamiento efectivo de la AS. Mora (2020) señala que la AS se ha visto como: “El padecimiento que sufren algunas personas enmarcados en la ansiedad, angustia y depresión que los han llamado negativistas, paranoicos, así considerados en su momento, mal vistos por algunos, incomprendidos por otros, medicalizados a la fuerza de verlos como enfermos, para que no incomoden con sus rasgos. Hoy se han acrecentado” (p. 14).

En los siguientes apartados se presentará lo que se obtuvo a partir de una revisión sistematizada en diferentes fuentes, teniendo la relación con el tema propuesto, además se presentará el hallazgo y rastreo de diferentes términos, que para efectos de este se centraron en: AS, su intervención o tratamiento psicológico y todo lo relacionado con el mismo, así como sus principales características y tipos, esto con el fin de dar veracidad y apoyo teórico a este trabajo.

Ansiedad

La ansiedad es definida por Orozco y Vargas (2012) como una reacción emocional adaptativa que surge ante situaciones consideradas como amenazantes y permite que el individuo se prepare para un posible peligro, y genere en el cuerpo una serie de respuestas cognitivas (pensamientos de peligro y miedo), fisiológicas (sudoración, aumento de ritmo cardiaco y respiración, tensión muscular entre otras) y comportamentales. Las cuales brindan herramientas

al individuo para afrontar y actuar con mayores niveles de alerta en consecuencia de dichas situaciones amenazantes.

Por su parte Carrión y Bustamante (2005) definen la ansiedad como “un estado de inquietud o temor originado como reacción ante un peligro inminente y determinado. Es un estado emotivo de temor ante una situación u objeto concreto”. (p. 22). Lo anterior es como un estado de inquietud y alteración provocado como una reacción natural del organismo, ya que esta se puede presentar en personas y animales, ante la sensación o percepción de un peligro inminente al cual debe hacer frente. Adicionalmente estos autores plantean que la ansiedad puede ser clasificada como un sentimiento, caracterizado como inquietud o preocupación por un suceso en el futuro ya sea real o imaginario.

Hay que destacar que dicha ansiedad plasmada como temor a un suceso real o imaginario implica en las personas una alteración emocional, corporal y comportamental, debido a que es una respuesta natural del organismo como método de defensa. Particularmente en los seres humanos, dicha ansiedad se puede representar en problemas cotidianos, si bien en la antigüedad la ansiedad podría deberse a la sensación de peligro generada por innumerables depredadores, actualmente el nuevo estilo de vida de las personas lleva a que dicha sensación de peligro sea generada por nuevos retos, como su supervivencia, estatus, obligaciones, entre otras que Maslow explica en su pirámide sobre que impulsa la conducta humana (Carrión y Bustamante, 2005).

De acuerdo con lo anterior la ansiedad puede ser generada por situaciones cotidianas e irrelevantes como por ejemplo problemas de salud, llegar tarde a un reunión, entrevistas de trabajo ruptura o problemas de pareja, cambios, entre otros; que generan una condición de estrés en el individuo y por ende una alteración de su organismo mental y físico sobre un suceso

imaginario que no siempre pudo representar un peligro real, aun así, se manifiesta como peligro y genera todo un proceso corporal complejo que altera el cerebro humano y su comportamiento, así como su salud plasmado como un sentimiento, ansiedad.

Por otra parte, Zubeidat, et al. (2003) consideran que la ansiedad alude a “la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico”. (p. 15) De acuerdo con lo anterior la ansiedad, tiene una función activadora en la capacidad de respuesta del individuo. Por lo cual, es natural que los individuos presenten grados moderados de ansiedad, ante situaciones de estrés. Sin embargo, la ansiedad puede convertirse en patológica, cuando aparecen niveles exagerados de ansiedad, con un mayor grado de intensidad, frecuencia o duración desproporcionados a la situación que no son amenazantes, pueden convertirse en respuestas desadaptativas y patológicas.

Los autores Orozco y Vargas (2012) describen la diferencia entre la ansiedad normal y la patológica. En la primera se observa que entre las respuestas fisiológicas normales, en un individuo aparecen mecanismos de defensa que se activan ante algunas circunstancias del contexto, y que mejoran su rendimiento levemente, sin embargo el componente somático es leve y no genera una atención psiquiátrica. Por otro lado, en la ansiedad patológica existe un componente mayor somático que puede desencadenar respuestas desproporcionadas, que afectan la vida diaria y requieren una atención psiquiátrica. Adicionalmente la ansiedad tiene diferentes clasificaciones,

Tipos de ansiedad

En el DSM V se establecen unos subtipos de la ansiedad: el primero corresponde al trastorno de ansiedad por separación (ansiedad generada por la separación de personas a las

cuales existe algún tipo de apego) Mutismos selectivos (fracaso constante por hablar en algunas situaciones sociales donde hay expectativas). La agorafobia (ansiedad al encontrarse en situaciones o lugares donde escapar resulta difícil). Trastorno de pánico (ataques imprevistos recurrentes de un miedo intenso). Fobia específica (ansiedad por situaciones u objetos específicos y se dan conductas de evitación) Especificador del ataque de pánico (miedo intenso que surge por un estado de ansiedad). Trastorno de estrés agudo (síntomas que aparecen después de un acontecimiento traumático). Trastorno de ansiedad generalizada (preocupación excesiva por varios días). Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica (a causa de una afección médica). Trastorno de ansiedad inducido por sustancias. trastorno de ansiedad no especificado y finalmente fobia social la cual es objeto de este estudio. la cual se explicará a continuación.

Ansiedad social:

De hecho, Arias (2016) define la AS como un miedo exagerado y malestar ocasionado por la exposición de diversas situaciones que involucren la interacción con otras personas que puedan evaluarlo y percibirlo de forma negativa como una persona débil. En este orden de ideas un individuo puede presentar altos niveles de malestar que pueden resultar perturbadores e incapacitantes. De igual manera, Bados (2009) comparte una definición similar a la anterior, la ansiedad no es una noción solitaria, sino que se entrelaza íntimamente con el miedo y angustia excesiva. Para este caso puntual, la ansiedad se define como algo impreciso, perturbador e intranquilo, que ante situaciones en las cuales deba exponerse frente a otras personas puede llegar a provocar ataques de pánico. Adicionalmente estos miedos pueden interferir en forma significativa en la calidad de vida de una persona.

La AS genera grandes afectaciones en la calidad de vida puesto que sus temores afectan el funcionamiento no solo en el área social, sino que también se ve afectado el área laboral,

familiar y académico. Siendo más propensos a tener un número menor de amistades, presentan mayor dificultades para contraer matrimonio, son más propensos a tener un empleo inferior a su nivel académico y sus niveles de satisfacción son más bajos en comparación a otros tipos de ansiedad (Barlow, 2018). Por lo tanto, la AS constituye uno de los trastornos más complejos teniendo en cuenta que el área que genera mayor malestar son las relaciones interpersonales y el ser humano por naturaleza para la supervivencia debe ser social (Zubeidat, et al. 2003).

Factores etiológicos

Existen diferentes factores de predisposición como temperamentales donde se exagera el miedo a ser evaluado. En los factores ambientales se destacan las experiencias vividas en la infancia del sujeto que han generado el desarrollo de la AS. También están los factores genéticos que hacen referencia a la historia familiar y prevalencia de enfermedades mentales, y en los factores neuroquímicos que afirman que los sujetos diagnosticados con AS tienden a liberar mayores niveles de adrenalina y noradrenalina (Arias, 2016).

Diagnóstico

La fobia social actualmente se encuentra incluida en el CIE-10 etiquetado como trastorno de ansiedad social. La AS también se encuentra en el DSM y respecto a la clasificación y diagnóstico a través de los años la AS ha experimentado diversos cambios en el DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) La primera vez que apareció el término de “Ansiedad social” fue en el DSM III y se mantuvo en el DSM IV; En estos dos manuales se etiquetaba como un subtipo generalizado enfatizando el miedo y la evitación en situaciones sociales, sin embargo en el DSM IV se introdujo una mayor claridad en los criterios diagnósticos incluyendo la duración mínima de los síntomas y la interferencia en el funcionamiento diario. Con la llegada del DSM-V, se elimina el subtipo generalizado y se introduce el subtipo "solo de

desempeño". y se amplió la comprensión de la ansiedad social al incluir el temor al juicio negativo, la vergüenza y la humillación. También muestran las diferencias entre el miedo a hablar en público y el miedo a situaciones sociales más generales. El DSM-V y luego destacó la presencia de ansiedad anticipatoria y la especificación de niveles de gravedad. Para su diagnóstico se deben cumplir criterios como la persistencia de los síntomas durante mínimo, 6 meses y el clínico es quien determina el nivel de ansiedad. Esta se caracteriza por el miedo intenso de ser evaluado de forma negativa por otros, por lo cual principalmente se presenta en escenarios donde existe una interacción interpersonal. Por lo tanto, el DSM V brinda una conceptualización más completa y actualizada del diagnóstico de AS. (Tortella, 2014).

Entre los criterios del DSM –V se encuentra el miedo intenso desproporcionado a pesar de que no exista alguna amenaza real; principalmente en las situaciones sociales, en las cuales la persona pueda ser observada y evaluada por otras personas. Así mismo, el individuo siente miedo por actuar de una forma ansiosa o vergonzosa que pueda generar rechazo. por lo tanto, constantemente evitan cualquier interacción social. Entre los criterios también se encuentra que el miedo o ansiedad persista por 6 meses o más. Adicionalmente que se evidencie un deterioro en las diferentes áreas de ajustes. Y que el miedo no pueda ser atribuido por alguna sustancia. (Elizondo, 2016).

Diagnostico Diferencial

La AS es diferente a “la timidez normal, la agorafobia, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación, fobias específicas, mutismo selectivo, trastorno depresivo mayor, trastorno dismórfico corporal, trastorno delirante, trastorno espectro autista y trastornos de personalidad” (Arias, 2016, p. 23).

Evaluación

Zubeidat, et al. (2003) plantea que existen tres formas para evaluar la AS en las personas teniendo en cuenta los aspectos cognitivos, somáticos y comportamentales. En primer lugar, se encuentran las medidas indirectas como los auto informes, auto registros y entrevistas. En segundo lugar se encuentran las medidas de observación donde se observa en comportamiento real de los pacientes, un ejemplo son las pruebas de observación conductual y en tercer lugar se encuentran los registros fisiológicos en los cuales se emplean instrumentos físicos y químicos.

Tratamiento

Existe gran variedad de protocolos utilizados para el tratamiento de los diferentes subtipos de ansiedad que han demostrado su eficacia. Es importante aclarar que cuando existen otros trastornos mentales o enfermedades, pueden influenciar en la efectividad de los tratamientos; en estos protocolos hacen énfasis en psicoeducación, entrenamiento de conciencia emocional, motivación, relajación, reestructuración cognitiva y exposición entre otras. (Bados, 2009).

El objetivo que buscan los tratamientos para la AS se centran en modificar las expectativas e interpretaciones y valoraciones que mantienen la ansiedad, potencializar la interacción social disminuyendo las conductas de evitación y las sensaciones internas de malestar que se producen cuando hay una interacción social e incluso cuando se anticipan, y brindarle las herramientas necesarias que le permitan al individuo desarrollar habilidades sociales y reducir la interferencia del trastorno en las otras áreas de ajuste (Bados, 2009).

Según la División 12 de la APA (2023), la Terapia Cognitivo Conductual (CBT por sus siglas en inglés), es a la fecha la que cuenta con mayor evidencia según los criterios de Chambless et al., por lo cual es el principal tratamiento recomendado para este diagnóstico. Para

Bados (2009) entre los tratamientos con mayor éxito para la A.S. se encuentra la terapia por exposición (en vivo o por exposición imaginaria) en actualidad también se está empezando a usar a través de realidad virtual. A través de la terapia de exposición se busca romper la asociación de la ansiedad frente a las situaciones en las cuales el individuo tiene que interactuar y se busca cambiar el comportamiento, brindarle técnicas de afrontamiento para tolerar la ansiedad y pánico. Cabe destacar que esta terapia tiene una duración de 10 sesiones y se realiza de forma gradual. Por otra parte, la CBT se centra en corregir errores cognitivos haciendo uso de la reestructuración cognitiva con la finalidad de brindar mayores recursos para el afrontamiento de situaciones. Inicialmente se trabaja en identificar las cogniciones negativas y posteriormente se realiza un análisis de estas, modificándolas por otras.

Método

La presente investigación se desarrolló a partir de una metodología cuantitativa. Consiste en una revisión sistematizada que buscó integrar información extractada de artículos científicos sobre las intervenciones más efectivas para la AS. Para efectuar la revisión se tuvieron en cuenta las pautas establecidas a partir de la colaboración de Cochrane y la guía de PRISMA (Yepes-Núñez et al., 2021), la cual es usada para revisar y resumir estudios que hagan énfasis en un área de estudio determinada, pues compendia los parámetros de análisis fundamentales para la construcción de una revisión sistemática. Los artículos de la presente investigación fueron seleccionados y cribados de las bases PubMed, Scopus y Web of Science (WOS) entre el mes de diciembre del 2022 a marzo del 2023.

Haciendo uso de la estrategia PICO la cual se caracteriza por ser un formato especializado para desarrollar una pregunta clínica caracterizado para definir P (población), I (intervención), C (comparación) y O (resultados) (Schardt et al., 2007). (Ver tabla 1). Se planteó

como pregunta de investigación: ¿Cuáles son las intervenciones existentes para la AS en población general?

Tabla 1

Diseño de pregunta de investigación

P - Población	Población en general
I – intervention	Intervenciones psicológicas para AS
C - comparador	Otras intervenciones
O - resultado	Efectos a nivel psicológico de los tratamientos de AS en la población general

Nota. Esta tabla es de elaboración propia.

Haciendo uso del diccionario de términos de la Asociación Americana de Psicología (APA por sus siglas en inglés, Thesaurus of Psychological Index Terms), se obtuvieron las palabras clave de la investigación a partir de los siguientes términos: “social phobia” OR “Social Anxiety” OR “Social anxiety disorder” AND “intervention” OR “Treatment” OR “Psychological intervention” OR “therapy”. (Ver Tabla 2.)

Tabla 2

Interpretación de términos

Conector	Término	Tipo de búsqueda
-	social phobia	keyword
OR	social anxiety	keyword
OR	social anxiety disorder	keyword
AND	intervention	keyword
OR	treatment	keyword
OR	psychological intervention	keyword
OR	therapy	keyword

Conector	Término	Tipo de búsqueda
AND	ansiedad social	keyword
OR	fobia social	keyword
OR	tratamientos	keyword
OR	intervención	keyword
OR	terapia	keyword

Nota. Adaptación y compilación de autores.

Criterios de Inclusión

- Estudios de intervención o tratamiento exclusivamente para el diagnóstico de AS y/o FS en población adulta.
- Artículos en idioma español e inglés de texto completo.
- Artículos publicados en los últimos 10 años.
- Artículos científicos revisados por pares y publicados en revistas científicas.

Criterios de exclusión

- Artículos de revisiones sistemáticas o sistematizadas asociados a la misma problemática
- Artículos que se encuentren por fuera del rango de años seleccionados.
- No aplicaran publicaciones relacionadas con entrevistas, que solo sean de literatura o resúmenes de congresos, artículos descriptivos o correlacionales
- Estudios o tratamientos los cuales no estén dirigidos a tratar la AS.
- Muestra compuesta por adolescentes o niños.

Proceso de selección y Análisis de Estudios

Inicialmente se eliminaron los registros duplicados y posteriormente se seleccionaron revisando el título o resumen los artículos que cumplieron con los criterios de inclusión. A los artículos seleccionados se les realizó un análisis de texto completo de forma independiente, el

cual consiste en organizarlos teniendo en cuenta el año, autor, tamaño y características de la muestra, tipo de tratamiento e intervención, diseño y metodología, resultados; esto con el fin de sintetizar la información disponible. Adicionalmente se hizo un análisis del riesgo de sesgo de cada uno de los estudios.

Evaluación de la Calidad de los Estudios Seleccionados

En la presente investigación se usó el análisis de riesgo de sesgo desarrollado por Cochrane Collaboration, que evalúa la metodología de cada artículo seleccionado y es muy útil en las revisiones sistemáticas y sistematizadas. Con esta herramienta se determinó la calidad de cada estudio. Para ello se tuvo en cuenta los ítems fundamentales: selección, realización, detección, desgaste, notificación, entre otros. Posteriormente se evaluaron individualmente los artículos y finalmente se asigna el nivel de sesgo que corresponde a alto, medio o bajo (Alarcón y Ojeda, 2015).

Resultados

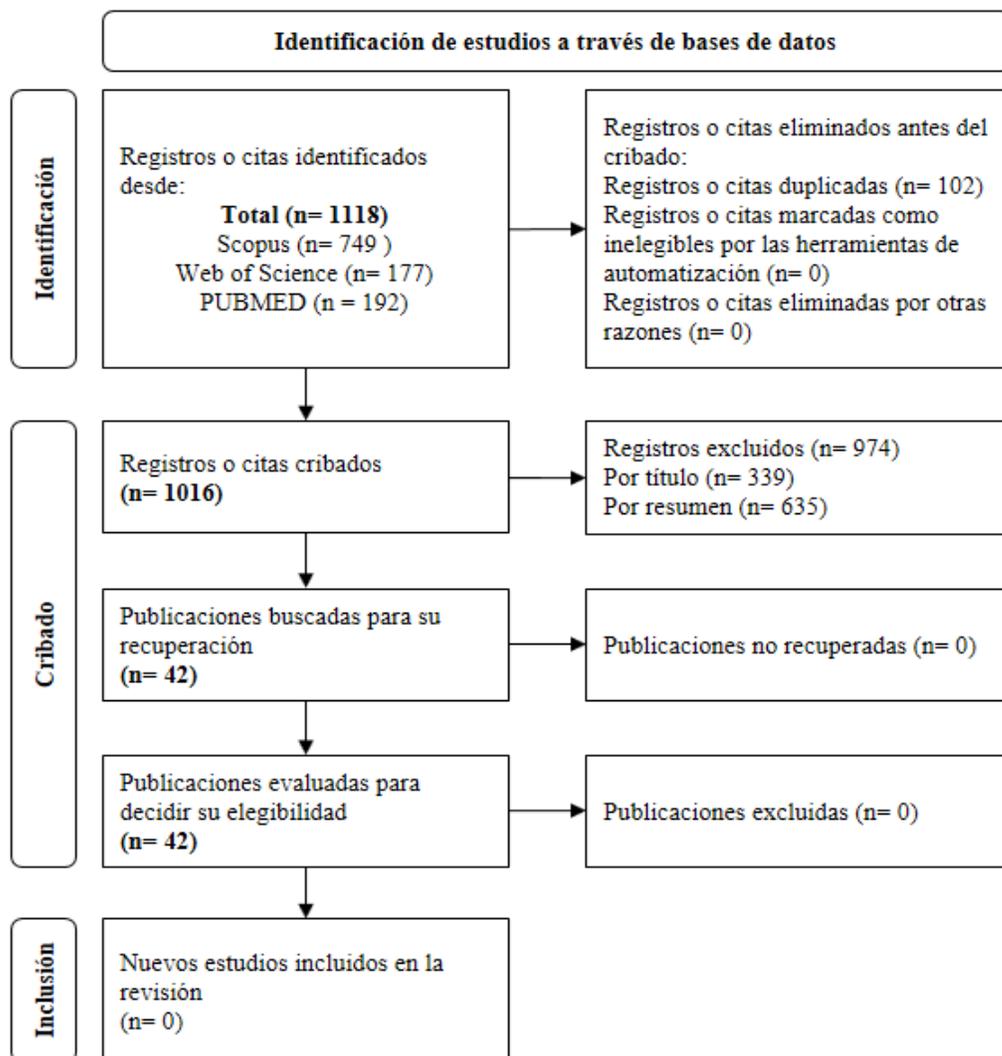
Selección de los estudios

Inicialmente se identificó un total de 1118 artículos entre las tres bases de datos, de los cuales se eliminaron 102 artículos que se encontraban duplicados entre bases de datos. Posteriormente se excluyeron 974 artículos (339 por el título y 635 por el resumen) Entre los artículos descartados se encontraban artículos que tenían como población niños o adolescentes, terapias con muestras pequeñas (menos de 10 participantes) o un tiempo de intervención corto (2 semanas), también se descartaron artículos que evaluaban otro tipo de ansiedad o trastorno y los usaban terapias que no eran psicológicas como con medicación o programas de autoayuda que no contaban con la intervención de un psicólogo , Finalmente queda un total de 42 artículos

elegidos que cumplían con todos los criterios de inclusión 12 artículos pertenecen a Pubmed, 30 de Scopus(ver figura 1).

Figura 1

Diagrama de flujo



Nota. Elaboración de autores basado en el modelo de Prisma de la Page et al. (2021)

Características de los estudios

Se buscó analizar los estudios seleccionados haciendo una descripción de sus principales características. Los 42 artículos seleccionados fueron publicados entre 2013 y 2023. 22 de ellos

fueron publicados los primeros 5 años, 20 de ellos fueron publicados al final del periodo revisado. El año donde más se publicaron fue el 2013, y el país que más publicó fue Estados Unidos con 11 artículos, en segundo lugar Países Bajos, Canadá e India con 4 artículos cada uno. En referencia a la zona geográfica donde se generaron este tipo de investigación, destaca la ausencia de Colombia. 40 de los artículos están basados en estudios de ensayo controlado aleatorizado. En relación al tamaño de la muestra de los estudios. La muestra con mayor número de participantes es de 770 (Knapstad y Smith, 2021). 34 artículos tienen grupo control. En 32 artículos se realizó seguimiento y en los 10 restantes no se realizó ningún tipo de seguimiento; respecto a la duración, 16 artículos describen intervenciones que constaban de 12 semanas para realizar la intervención. Se encontraron 42 tratamientos de psicología para AS y un total de 21 instrumentos usados para la medición de AS (ver Apéndice A).

Respecto a los instrumentos utilizados para la evaluación e identificación de AS, se encontraron 21 instrumentos. Entre los más utilizados corresponden a Liebowitz Social Anxiety Scale - Self-Report version) Tulbure et al. (2015); con 16 apariciones. En segundo lugar está El Social Interaction and Anxiety Scale (SIAS) Tulbure et al. (2015) con 13 apariciones y el tercer lugar Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) Lee y Kwon (2013); con 12 apariciones. Social Phobia Inventory (SPIN) se utilizó en 10 artículos revisados, por lo que ocupa el cuarto lugar, y Social Phobia Scale (SPS) está en quinto lugar con 7 apariciones. y Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI) se utilizaron en 3 artículos respectivamente.

Por su parte, Korean versions of the Social Avoidance and Distress Scale (K-SADS), Fear of Negative Evaluation—Brief Form (FNE- B), Social Phobia Weekly Summary Scale (SPWSS), Brief Social Phobia Scale (BSPS), y Social Anxiety Questionnaire for Adults (SAQ) fueron usadas en 2 artículos respectivamente. Finalmente, una única vez en toda la revisión,

Brief Fear of Negative Evaluation Scale (BFNE), Social Phobia Screening Questionnaire (SPSQ), Peak Anxiety Rating Scale (PARS), The Subtle Avoidance and Safety Behaviours (SAFE), The Negative Self-Portrayal Scale (NSPS), The Self-Beliefs Related to Social Anxiety Scale (SBSA), The Brief Fear of Negative Evaluation scale - straightforwardly worded (BFNE-S), Social Avoidance and Distress Scale (SADS), Social Phobia rating scale (SPRS), Social Anxiety of the Self-Consciousness Scale (SCS). Todos los artículos revisados hacían evaluaciones pre y post tratamiento con base en las mismas pruebas. (Ver Tabla 3)

Tabla 3*Instrumentos para medir AS*

Nombre del instrumento	Abreviatura	Autor y año	Frecuencia de uso
Liebowitz Social Anxiety Scale - Self-Report version	(LSAS-SR)	Tulbure et al. (2015)	16
Social Interaction and Anxiety Scale	(SIAS)	Tulbure et al. (2015)	13
Liebowitz Social Anxiety Scale	(LSAS)	Lee y Kwon, 2013	12
Social Phobia Inventory	(SPIN)	Tulbure et al. (2015)	10
Social Phobia Scale	(SPS)	Du Toit et al. (2020)	7
Social Phobia and Anxiety Inventory	(SPAI)	Bunnell et al. (2023)	3
Korean versions of the Social Avoidance and Distress Scale	(K-SADS)	Lee y Kwon, 2013	2
Fear of Negative Evaluation—Brief Form	FNE- B	Anderson et al. (2013)	2
Social Phobia Weekly Summary Scale	(SPWSS)	Stott et. al. 2013	2
Brief Social Phobia Scale	(BSPS)	Bunnell et al. (2023)	2
Social Anxiety Questionnaire for Adults	(SAQ)	Caballo et al., (2010)	2
Brief Fear of Negative Evaluation Scale	(BFNE)	Lee y Kwon, 2013	1
Social Phobia Screening Questionnaire	(SPSQ)	Tulbure et al. (2015)	1

Nombre del instrumento	Abreviatura	Autor y año	Frecuencia de uso
Peak Anxiety Rating Scale	(PARS)	Du Toit et al. (202)	1
The Subtle Avoidance and Safety Behaviours	(SAFE)	Kyron et al. (2023,)	1
The Negative Self-Portrayal Scale	(NSPS)	Kyron et al. (2023,)	1
The Self-Beliefs Related to Social Anxiety Scale	(SBSA)	Kyron et al. (2023)	1
The Brief Fear of Negative Evaluation scale - straightforwardly worded	(BFNE-S)	Kyron et al. (2023)	1
Social Avoidance and Distress Scale	(SADS)	Watson y Friend (1969)	1
Social Phobia rating scale	(SPRS)	Wells (1997)	1
Social Anxiety of the Self-Consciousness Scale	(SCS)	Fenigstein, Scheier y Buss, (1975)	1

Nota: Elaboración propia

En cuanto a las intervenciones se encontraron 40 intervenciones psicológicas aplicadas y evaluadas para la AS. La intervención con mayor prevalencia corresponde a The cognitive-behavioral therapy (CBT) la cual fue evaluada en 13 estudios, seguida de Acceptance and Commitment Therapy (ACT) evaluada en 5 estudios y Mindfulness-based intervention for social anxiety disorder evaluada en 4 estudios. La intervención más larga fue psychodynamic psychotherapy (PDP) que consta de 36 semanas (Bogels et al., 2014) y la más corta corresponde a Imagery Rescripting (IR) con una duración de 3 semanas (Lee y Kwon, 2013). Por otra parte, las técnicas más utilizadas corresponden a reestructuración cognitiva, técnicas de exposición, entrenamiento en habilidades sociales, atención plena y atención centrada en uno mismo y psicoeducación. finalmente la mayoría de las intervenciones eran de forma individual y en solo cuatro se realizó intervención grupal (ver Tabla 4; Strege et al., 2018; Salazar et al., 2022).

Tabla 4*Intervenciones aplicadas*

Sigla	Nombre completo	Descripción	AUTOR	No. Veces
(CBT)	The cognitive-behavioral therapy (CBT)	25 sesiones donde se utilizaron: juegos de rol, práctica de enfoque externo de atención y la atención centrada en uno mismo	(Leichsenring et al., 2014)	13
(ACT)	Acceptance and Commitment Therapy	Es un Protocolo basado en ACT para el trabajo de ansiedad con una duración de 12 semanas	(Khoramnia et al., 2020)	5
(CBGT)	Cognitive behavior group therapy	El protocolo de CBT incluyó técnicas como psicoeducación, habilidades de reestructuración cognitiva, exposición graduada a situaciones sociales temidas, tanto dentro como fuera de las sesiones, y prevención de recaídas y terminación	(Thurston et al., 2017)	4
(TAU)	Treatment-as-usual	12 sesiones Se implementó una terapia transdiagnóstica cognitivo conductual para desórdenes de ansiedad.	(Roberge et al., 2022)	3
(iSOFIE).	iSOFIE	Es un programa de 9 sesiones con técnicas de: técnicas de exposición, entrenamiento en habilidades sociales y terapia cognitiva	(Tulbure et al., 2015)	2
(MBI - SAD)	Mindfulness-based intervention for social anxiety disorder	12 Sesiones se basó en la atención plena y la aceptación de la experiencia presente	(Koszycki et al., 2017)	2
(bCBT)	brief cognitive behavioral therapy	8 sesiones Cada módulo contenía psicoeducación y tareas vinculadas a un tema general	(Käll et al., 2020)	2
(TBC T)	Trial-Based Cognitive Therapy	L Terapia Cognitiva Basada en Ensayos (TBCT) desarrollada por De-Oliveira, una técnica novedosa en la que el terapeuta involucra al paciente en un juicio simulado con el objetivo de identificar y cambiar las creencias disfuncionales centrales	(Thurston et al., 2017)	2
(ICBT)	Attention training and control training - Cognitive-behavioral	Protocolo de 11 semanas. Durante las primeras dos semanas, se realizan ejercicios de entrenamiento de atención o control una vez al día. Posteriormente el tratamiento fue combinado con un protocolo de autoayuda terapia cognitivo-conductual (TCC).	(Boettchere, et al., 2014)	2
(MISA)	Multidimensional Intervention for Social Anxiety	Intervención grupal de ocho componentes básicos: psicoeducación, valores, educación, entrenamiento de aceptación, entrenamiento de atención plena, reestructuración del pensamiento y defusión, entrenamiento en habilidades sociales, exposición y tareas.	(Salazar et al)	2
(SET)	Social Effectiveness Therapy	Se compone de cuatro componentes: psicoeducación, capacitación en habilidades sociales, exposición y práctica programada.	(Olivares et al., 2016)	2
(IR)	Imagery Rescripting	E3 semanas de sesiones y usa técnicas como reestructuración cognitiva y Imagery Rescripting	(Lee et al., 2013)	1
(IVET)	In Vivo Exposure Therapy	Consta de 10 sesiones en las cuales se usaron técnicas de exposición en vivo y prevención de recaídas	(Kampmann et al, 2016)	1
(VERT)	Virtual Reality Exposure Therapy	Consta de 10 sesiones en las cuales se usaron técnicas de exposición en vivo y prevención de recaídas	(Kampmann et al, 2016)	1

Sigla	Nombre completo	Descripción	AUTOR	No. Veces
(eW MT)	Emotional Working Memory Training	Entrenamiento de memoria emocional de trabajo y el entrenamiento cognitivo,	(Du Toit et al, 2020)	1
(CT)	Control Training	Es un Protocolo basado en ACT para el trabajo de ansiedad con una duración de 12 semanas	(Boettcher et al, 2014)	1
(VRE)	Virtual Reality Exposure Therapy	8 sesiones se usaron técnicas para la atención auto enfocada, las percepciones de uno mismo y de los demás, el control emocional, la rumiación, la fijación de objetivos realistas para situaciones sociales	(Anderson et al, 2013)	1
(EGT)	Exposure group therapy	8 sesiones se usaron técnicas para la atención auto enfocada, las percepciones de uno mismo y de los demás, el control emocional, la rumiación, la fijación de objetivos realistas para situaciones sociales y la identificación de sesgos cognitivos	(Anderson et al, 2013)	1
(IE-CBT)	Imagery enhanced cognitive-behavioral therapy	12 sesiones semanales de 2 horas protocolo dirigido a factores teorizados de mantenimiento. modo cognitivo predominante: IE-CBT incorporó técnicas basadas en imágenes mentales.	(Kyron et al, 2023)	1
(IE-CBG T)	Imagery-enhanced cognitive behavioral group therapy	El protocolo fue diseñado para enfocarse en seis mecanismos principales: imágenes sociales negativas, evitación, conductas de seguridad, auto imágenes negativas, atención centrada en uno mismo y creencias fundamentales negativas.	(McEvoy et al, 2015)	1
(VB-CBT)	Verbally Based cognitive-behavioral therapy	12 sesiones semanales de 2 horas protocolo dirigido a factores teorizados de mantenimiento. modo cognitivo predominante: VB-CBT se enfocó en "pensamientos" sin mencionar imágenes o usar técnicas basadas en imágenes.	(Kyron et al, 2023)	1
(PT)	Psychodynamic therapy.	25 sesiones donde se utilizaron intervenciones de apoyo y expresivas para los síntomas de AS	(Leichsenring et al., 2014)	2
(bCB GT)	brief cognitive behavioral group therapy	La intervención bCBGT se adaptó del protocolo de grupo de Heimberg y Becker ²⁴ y normalmente se administra durante 12 semanas: se conceptualizan los factores mantenedores y se realizaron exposiciones a través de ensayos conductuales.	(Singh et a, 2014)	1
(CBP T)	Cognitive Behavioral Group Therapy combined treatment	Con un enfoque en las técnicas cognitivas y conductuales, y el psicodrama, que se enfoca más en las técnicas experienciales en un tratamiento combinado (CBPT) para pacientes con AS en un formato grupal.	(Abeditehrani et al, 2020)	1
(MBS R)	Mindfulness-based stress reduction	consta de 12 sesiones MBSR de Kabat-Zinn (1990) usando las prácticas de atención plena	(Thurston et al, 2017)	1
(MB CT)	Mindfulness-based cognitive therapy	Consta de 8 sesiones El protocolo siguió a el manual de Segal et al. (2012) de MBCT para la depresión. Bajo este protocolo, se pidió a los participantes que asistieron a 8 reuniones grupales semanales de 2 horas	(Strege et al, 2018)	1
(SFA -SB)	self-focused attention and safety behaviours experiment	16 sesiones, se aplicaron diversas estrategias para identificar y modificar las creencias negativas de los pacientes, enfocar su atención en sí mismos y usar comportamientos de seguridad	(Schreiber et al, 2015)	1
(AT)	Attention Training	Ocho sesiones realizadas en 4 semanas. Durante estas sesiones, los participantes recibieron entrenamiento de atención	(Bunnell et al, 2013)	1
(iCT)	Internet-delivered Cognitive Therapy	Con una duración de doce semanas, se realizaron técnicas como retroalimentación en video, entrenamiento de atención, experimentos conductuales y técnicas enfocadas en la memoria.	(Stott et al, 2013)	1

Sigla	Nombre completo	Descripción	AUTOR	No. Veces
	(iCT) for Social Anxiety Disorder			
(ISFT)	Integrative Systemic and Family Therapy	Se utilizó la reestructuración cognitiva a través de la técnica de la oratoria coral y la confrontación. Se realizaron ensayos conductuales en los que se pide de forma directiva algo inesperado y se buscaba la diversión y el absurdo al jugar con los síntomas.	(Hunger-Schoppe et al, 2022)	1
(BAI VR)	behavior-analytic intervention with exposure to VR	12 meses El programa constó de: (a) sesión inicial, (b) basal, (c) sesiones de intervención con exposición a RV, (d) sesión de cierre, (e) seguimiento (hasta uno y tres meses después del tratamiento).	(Perandré et al, 2018)	1
(VE-CBT)	verbal exposure augmented CBT	Variante de CBT basada en el protocolo de Kumar, administrado durante seis sesiones semanales de dos horas en dos grupos	(Singh et al, 2022)	1
(tCBT)	Transdiagnostic group cognitive-behavioral therapy	12 sesiones Se implementó una terapia transdiagnóstica cognitivo conductual para desórdenes de ansiedad.	(Roberge et al, 2022)	1
(PMHC)	Prompt Mental Health Care	La mayoría de los participantes comenzaron con un curso psicoeducativo de cuatro sesiones. Los programas de autoayuda guiados estuvieron disponibles en menor medida durante la mayor parte del período de prueba.	(Knapstad et al, 2021)	1
(ir-CBT)	Imagery rescripting cognitive-behavioral therapy	En la primera fase se describe un recuerdo desde la mirada de su yo del pasado, en la segunda se observa la secuencia de eventos desde la mirada de su yo actual como espectador y se imaginan modificaciones a la escena. En la fase tres se revive el recuerdo desde la perspectiva del yo más joven, se incorpora el nuevo contenido hasta que lograron una sensación de finalización.	(Knapstad et al, 2021)	1
(ie-CBT)	Imaginal exposure cognitive-behavioral therapy	Utiliza la imaginación de los participantes para instarlos a recordar una memoria social relevante asociada con sentimientos desagradables, luego las emociones y sensaciones asociadas al recuerdo.	(Romano)	1
(VR-CBT)	Virtual reality-based cognitive behavioral therapy	16 sesiones individuales de una hora. Se disponía de entornos virtuales de calle, autobús, cafetería y supermercado. Se adoptaron los protocolos de TCC existentes (Pot-Kolder et al., 2018).	(Pot-Kolder et al., 2018).	1
(MCT)	Metacognitive therapy	8 -10 sesiones El programa de tratamiento se basó en el modelo descrito por Wells para los trastornos emocionales. Como no existe un programa específico para la AS, se adoptó el modelo transdiagnóstico	(Lakshmi et al, 2016)	1
(AR)	Applied relaxation	Consta de 8 a 10 sesiones AR incluyó educación sobre la AS, entrenamiento en relajación muscular progresiva, solo liberación, relajación controlada por señal, relajación diferencial y relajación rápida.	(Lakshmi et al, 2016)	1
(GPT)	Group psychotherapy	8 sesiones se basaron en Yalom y Leszcz (2005) y se adaptó específicamente a SAD.	(Thorgeirsdottir)	1

Análisis de sesgos

A partir de la verificación de Cochrane, los autores realizaron un análisis de riesgo de sesgos independiente en cada artículo. La calificación asignada depende de que la información estuviera disponible completamente, en cuyo caso era posible evaluar mejor el sesgo o puntuaba bajo; medianamente disponible, en cuyo caso se puntuaba como medio riesgo de sesgo; o insuficientemente disponible, por lo que se puntuó como alto. Los resultados obtenidos se detallan en la siguiente tabla (ver tabla 5). La evidencia muestra que la mayoría de los artículos tenían riesgo medio de sesgo, bien sea porque la información ofrecida estaba incompleta o era insuficiente. 25 artículos revisados fueron de sesgo medio, mientras que 9 fueron de riesgo bajo y 7 de riesgo alto (ver Tabla 5).

Tabla 5

Análisis de sesgos

No.	Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de información	Sesgo de notificación	Otros sesgos	Evaluación global de la calidad de los estudios
	Generación de secuencia aleatoria	Ocultación de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento para la evaluación de resultados	Datos incompletos de los resultados	Notificación selectiva	Otras fuentes de sesgo	
1	D	D	D	A	A	A	D	D
2	MI	A	A	A	A	MI	D	D
3	D	D	A	A	D	D	D	MI
4	MI	D	MI	A	A	D	D	MI
5	MI	D	MI	A	MI	D	D	MI
6	D	D	MI	MI	MI	D	D	A
7	D	D	MI	D	D	D	D	A
8	A	MI	MI	MI	MI	D	D	MI
9	MI	D	D	MI	A	A	D	A
10	MI	A	A	A	A	MI	D	D
11	MI	MI	A	A	MI	MI	D	MI
12	D	D	MI	D	D	D	D	A
13	MI	D	MI	A	D	D	D	MI
14	D	D	D	D	MI	D	MI	A
15	D	MI	D	MI	A	MI	D	MI

No,	Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de información	Sesgo de notificación	Otros sesgos	Evaluación global de la calidad de los estudios
	Generación de secuencia aleatoria	Ocultación de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento para la evaluación de resultados	Datos incompletos de los resultados	Notificación selectiva	Otras fuentes de sesgo	
10	D	D	VI	D	VI	D	D	A
11	VI	D	D	VI	D	VI	D	VI
18	VI	D	D	VI	D	A	VI	VI
17	VI	VI	D	D	A	VI	D	D
20	D	VI	D	VI	VI	A	D	VI
21	VI	VI	D	VI	D	A	D	VI
22	VI	D	D	A	D	VI	D	VI
23	VI	D	D	A	VI	D	D	VI
24	VI	A	D	D	VI	D	VI	VI
25	VI	D	D	VI	D	D	A	VI
26	---	---	---	---	---	---	---	---
27	---	---	---	---	---	---	---	---
28	---	---	---	---	---	---	---	---
29	---	---	---	---	---	---	---	---
30	---	---	---	---	---	---	---	---
31	---	---	---	---	---	---	---	---
32	---	---	---	---	---	---	---	---
33	---	---	---	---	---	---	---	---
34	---	---	---	---	---	---	---	---
35	---	---	---	---	---	---	---	---
36	---	---	---	---	---	---	---	---
37	---	---	---	---	---	---	---	---
38	---	---	---	---	---	---	---	---
39	---	---	---	---	---	---	---	---
40	---	---	---	---	---	---	---	---
41	---	---	---	---	---	---	---	---
42	---	---	---	---	---	---	---	---
43	---	---	---	---	---	---	---	---
44	---	---	---	---	---	---	---	---
45	---	---	---	---	---	---	---	---
46	---	---	---	---	---	---	---	---
47	---	---	---	---	---	---	---	---
48	---	---	---	---	---	---	---	---
49	---	---	---	---	---	---	---	---
50	---	---	---	---	---	---	---	---

Discusión

Principales aportaciones de los estudios analizados

Durante la búsqueda de artículos que cumplieran con los criterios seleccionados, fue evidente que en la última década se ha investigado significativamente en torno al impacto del avance tecnológico y el uso del internet como medio para entregar terapia psicológica. Después de analizar los resultados de los estudios seleccionados para la revisión, destaca el uso de la

realidad virtual como elemento potenciador de los ejercicios de exposición, en donde aportó a la reducción de la sintomatología de AS, mostrándose efectiva para reducir la evitación a situaciones sociales (Kampmann et al., 2016), el miedo a hablar en público (Anderson et al., 2013), aumentar la calidad de vida y mejorar la tolerancia de exposiciones posteriores en vivo (Geraets et al., 2019), pues fomenta la generación de repertorio para el afrontamiento de situaciones sociales (Perandr  y Haydu, 2018).

Los tratamientos de entrega a través de internet demostraron resultados favorables en tanto a la reducción de síntomas en medidas primarias y secundarias (Tulbure et al., 2015), mostrando una efectividad comparable con la de las terapias presenciales (Stott et al., 2013). Esto aporta a demostrar que las intervenciones dadas a través del internet representan un alto potencial para diseminar rápida y efectivamente programas de tratamiento basado en la evidencia, siempre y cuando estas tengan un acompañamiento terapéutico regular y no sean de aplicación autoadministrada (Tulbure et al., 2015), lo cual es beneficioso en la actualidad teniendo en cuenta el rápido avance de la tecnología y la prevalencia del diagnóstico. Es necesario ampliar el campo de investigación que utilice medios tecnológicos como la realidad virtual o la entrega por telesalud, especialmente en aras de conocer su impacto y limitaciones.

Entre los hallazgos destacables se encontró que las intervenciones que utilizan técnicas de imagin ria ya sea en contexto de exposición o para la re-consolidación de un recuerdo tuvieron mejores resultados en la disminución de síntomas de AS (Beidel et al., 2014; Romano et al., 2020; Lee y Kwon, 2013). Específicamente, la re-consolidación por imagin ria podría ser usada como una intervención rentable para la AS (Lee y Kwon, 2013) puesto que además de la reducción de síntomas y de la autoimagen negativa, también facilita la transformación de recuerdos traumáticos y la actualización de creencias centrales negativas que se derivan de la

memoria (Romano et al., 2020; Lee y Kwon, 2013), pero se necesitan más evidencias para afirmar esto. Lo anterior está en concordancia con el modelo de Clark y Wells (1995, citado por Pinjarkar et al., 2015) que afirma que el procesamiento post-evento es un factor importante que puede mantener la evitación social cuando se relaciona con estrés anticipatorio, por lo que los proponentes de modelos de re consolidación de la memoria citados en Romano et al. (2020) estarán de acuerdo en que la reactivación de la memoria emocional durante procesos imaginarios favorece su reestructuración de maneras beneficiosas para el tratamiento, lo cual es complementario con la perspectiva de Lang (1968, citado por Beidel et al., 2014) que asevera que los tratamientos de exposición eficaces son aquellos que permiten que se revivan todos los aspectos sensoriales del evento. Esto no siempre es alcanzable, por lo que valerse de la imaginación no es solo opcional sino que llega a ser preferible y hasta necesario en ciertas ocasiones (Beidel et al., 2014).

El entrenamiento de memoria emocional de trabajo en conjunción a la CBT se relacionó con la disminución de la ansiedad durante actividad social-evaluativa en un estudio, lo cual demuestra que, aunque puede ser beneficioso para la intervención del diagnóstico, se requiere más investigación para entender su potencial (Du Toit et al., (2020). Ampliar este campo de investigación es importante ya que se conoce el impacto de los procesos de memoria en relación a la forma en que se almacena la información en personas con AS, normalmente cargada de contenido emocional que genera una activación poco adaptativa en situaciones gatillantes de los síntomas (Romano et al., 2020).

En cuanto al diseño de los estudios, se encontraron 36 que fueron ensayos controlados aleatorizados, de los cuales 4 fueron estudios piloto. 1 de los artículos fue de grupos paralelos, 1 fue ensayo paralelo aleatorizado, 1 fue un ensayo no controlado y 1 fue de análisis de series

temporales con un grupo de tratamiento. Esto es importante en el campo de la investigación de la AS teniendo en cuenta que los ensayos controlados aleatorizados permiten determinar con rigurosidad la efectividad de las intervenciones (Zurita-Cruz et al., 2018).

En cuanto a los grupos de comparación, se identificó que 13 de los artículos usaron grupo control, con la CBT como principal comparador, en los cuales repetidas veces se incluían elementos de exposición ante eventos temidos, lo cual está en concordancia con los lineamientos de la APA (2023) y lo planteado por Bados (2009) en cuanto a ser la terapia que actualmente tiene más evidencia. Adicionalmente, de los 40 tratamientos revisados a partir de los artículos seleccionados, es evidente que varios utilizan versiones modificadas o ampliadas de la CBT tradicional, ya sea porque se aplican en protocolos grupales, breves, o con técnicas añadidas que buscan potencializar sus efectos.

Por otro lado, 19 de los artículos utilizaron como grupo control a los individuos incluidos en lista de espera, mientras que 11 de los estudios se realizaron sin grupo control. Por lo general, el seguimiento realizado a las intervenciones se dio a los 6 meses, como se ve en 12 de los artículos; mientras en 5 artículos el seguimiento se dio a los 3 meses, y en 5 artículos se dio seguimiento pasado un año. Un total de 36 de los estudios hicieron seguimiento, mientras en 7 de ellos no se realizó. En tanto a la población de los estudios, en 4 de ellos hubo menos de 10 participantes, en 14 la población osciló entre los 10 y los 50 participantes, en 15 la población osciló entre los 50 a 100 participantes, y en 10 habían más de 100 participantes.

En relación a los tratamientos que se utilizaron en los estudios, se encontró con mayor prevaencia la CBT, con 13 apariciones. En dos de estos estudios, la terapia se evaluó sin tener grupo de comparación, demostrando mejora de síntomas en todos los casos (Goldin et al., 2013; Goldin et al., 2014). En 3 artículos la CBT demostró ser superior en términos de remisión de los

síntomas como respuesta al tratamiento (Goldin et al., 2014; Leichsenring et al., 2014;) y reducción de síntomas (Koszycki et al., 2021); mientras en seis estudios se comprobó que no existieron diferencias significativas en relación a los cambios producidos por la terapia de comparación (Sewart et al., 2019, Sandman et al., 2020; Neufeld et al., 2020; Craske et al., 2014; Bogels et al., 2014; y Boettcher et al., 2014) demostrando que ACT, la terapia CBT basada en Juicio (TBCT), la Terapia Psicodinámica (PDT) y el entrenamiento del control y la atención podrían ser efectivos en el tratamiento de AS, para lo cual se requiere más investigación que verifique estos hallazgos. Por otro lado, en 3 artículos (Caballo et al., 2022; Hunger-Schoppe et al., 2022; Salazar et al., 2022) se reportó que la Terapia Familiar Sistémica Integrativa (ISFT) y el programa Multidimensional Intervention for Social Anxiety (MISAG), aunque eficaces como la CBT, mostraron tener un efecto superior frente a la misma. Cabe también destacar que, una versión breve de la Terapia Cognitivo Conductual (bCBT) se utilizó en 1 artículo (Beidel et al., 2014), donde se evidencia qué cuando la terapia se combina con entrenamiento específico en habilidades sociales, incluso si es una versión reducida de la misma, partiendo de los mismos principios, da resultados de eficacia. Así mismo, una versión grupal de la misma terapia (CBGT), se utilizó en 4 de las investigaciones (McEvoy et al., 2015; Thorgeirsdottir et al., 2015; Thurston et al., 2017; Koszycki et al., 2021), mostrando resultados eficaces.

La terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) se utilizó en 4 de las investigaciones revisadas, gracias a lo cual se comprobó que en comparación a CBT y lista de espera como grupos control, ACT prueba ser efectiva frente al diagnóstico, sin diferencias significativas con CBT (Khoramnia et al., 2020; Sewart et al., 2019; Sandman et al., 2020;); incluso, en un estudio probó ser más efectiva para reducir la evitación social (Niles et al., 2013). Esto sugiere que podría ser una terapia efectiva, pero se requiere más evidencia empírica que le respalde. Todas

las demás terapias que se detallan en los resultados fueron usadas de 1 a 3 veces en los documentos revisados.

En relación a los instrumentos más utilizados, se encuentra que en Colombia solo están validados a la fecha el Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos (SAQ por sus siglas en inglés) (Salazar et al., 2016) y la Escala de Temor a la Evaluación Negativa (FNE por sus siglas en inglés) (Chávez y Castaño, 2008), por lo que dirigir el trabajo científico en territorio colombiano a ampliar la oferta de instrumentos de medición para AS validados es requerido en relación a la frecuencia internacional con que se investiga el tema.

Limitaciones y futuras líneas de investigación

En cuanto a las limitaciones identificadas se destaca como factor principal la escasez de estudios adaptados a muestras procedentes de Latinoamérica, dado que la mayoría de las publicaciones se centran en otros contextos geográficos y solo un artículo se realizó en Brasil.

Se reconoce que en 21 estudios se reportó que la muestra era considerablemente limitada, lo que afecta la generalización (Lee y Kwon, 2013; Koszycki et al., 2016; Kyron et al., 2023; Salazar et al., 2022; Caballo et al., 2022; Sandman et al., 2020; Abeditehrani et al., 2020; Neufeld et al., 2020; Romano et al., 2020; Pinjankar et al., 2018; Strege et al., 2018; Lakshmi et al., 2016; Olivares et al., 2016; Thorgeirsdottir et al., 2015; Pinjarkar et al., 2015; Craske et al., 2014; Boettcher et al., 2014; Bunnell et al., 2013; Goldin et al., 2013; Stott et al., 2013; Niles et al., 2013). Por lo tanto es probable que los resultados obtenidos en estas investigaciones no sean representativos en la población general y pueden tener menor precisión en los resultados obtenidos.

Por otra parte, se observó la falta de seguimiento a largo plazo en varios artículos. (Koszycki et al., 2016; Singh y Samantaray (2022); Salazar et al., 2022; Knapstad y Smith

(2021); Pinjarkar et al., 2015; Stott et al. (2013) y Du Toit et al. (2020). Lo cual impidió evaluar el mantenimiento de los resultados a largo plazo.

También se observó gran tasa de abandono de tratamiento en algunos artículos lo cual se puede considerar una limitante (Anderson et al., 2013; Koszycki et al., 2021, Koszycki et al., 2016 y Craske et al., 2014). Varias investigaciones carecían de grupo de control (Caballo et al., 2022; Salazar et al, 2022; Abeditehrani et al., 2020; Stott et al., 2013; Pinjankar et al., 2018) dificultando el análisis de resultados.

Para contribuir y mejorar la calidad de las investigaciones futuras, se sugiere realizar más estudios adaptados a Latinoamérica. Esto permitirá obtener datos más representativos de esta región, dado que se identificó que la mayoría de las publicaciones se centran en otros contextos geográficos. Al enfocarse en Latinoamérica, se podrán abordar de manera más precisa las características y particularidades de esta población, lo cual enriquecerá el conocimiento científico. Es importante fomentar la diversidad geográfica en la investigación para garantizar una representación más amplia y precisa de la realidad latinoamericana.

A su vez, es importante tener en cuenta el tamaño de la muestra para mejorar la generalización de los resultados y aumentar su precisión. Por otra parte, considerando la falta de seguimiento en varios artículos se sugiere incluir un seguimiento adecuado para evaluar los efectos de las intervenciones usadas a largo plazo. Asimismo es importante investigar estrategias que ayuden a reducir la tasa de abandono en los tratamientos y que dichas estrategias puedan promover la adherencia de los participantes al tratamiento.

Conclusiones

El objetivo de esta investigación fue realizar una revisión sistematizada de los tratamientos psicológicos para la AS en adultos. Después de una exhaustiva búsqueda en

diversas bases de datos, se identificaron inicialmente 1118 artículos. Mediante una selección más específica basada en los criterios de inclusión establecidos, se logró seleccionar un total de 42 artículos que evidenciaron la existencia de intervenciones efectivas para el tratamiento de la AS en adultos. Estos hallazgos resaltan la importancia de utilizar múltiples fuentes y llevar a cabo un proceso riguroso de selección para garantizar la calidad y relevancia de los documentos incluidos en la revisión. Este estudio contribuye al conocimiento actual sobre los tratamientos psicológicos para la AS y brinda información valiosa para los profesionales de la salud mental en la toma de decisiones clínicas.

A través del análisis de las intervenciones realizadas se logró identificar la existencia de al menos 43 intervenciones psicológicas para la AS. Se destaca que la intervención The cognitive-behavioral therapy (CBT) fue objeto de estudio en 13 artículos. En segundo lugar, Acceptance and Commitment Therapy ACT ha sido evaluada en 5 artículos y en tercer lugar la CBT versión grupal (CBGT) evaluada en 4 artículos. Finalmente, Treatment-as-usual (TAU) obtuvo un porcentaje de 6.82%. Por lo que se puede considerar que la CBT y ACT son unas de las intervenciones con mayor evidencia científica y donde numerosos estudios han demostrado su eficacia para el tratamiento de AS. Vale la pena mencionar que la CBT utiliza técnicas efectivas como la reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales y exposición gradual de situaciones temidas. Por su parte el ACT se destaca por fomentar aceptación en pensamientos y emociones, así como utilizar técnicas para desarrollar atención plena. También existen varias versiones breves y grupales de la CBT. Por lo cual se evidencia la gran variedad de técnicas y tratamientos que se pueden adaptar a las necesidades de los pacientes y de esta forma aumentando el bienestar y disminución de síntomas.

Por otra parte, en las investigaciones se destaca hacer uso de instrumentos como AS de Liebowitz - Versión de Autoinforme (LSAS-SR), y la Escala de Interacción Social y Ansiedad y la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (SIAS) para la medición de AS. Pre y post tratamiento ya que permiten llevar una medición más precisa, seguimiento del proceso y hacer una comparación con mayor objetividad de tratamiento y puede mejorar la calidad de este. Con base a estos hallazgos encontrados se pueden plantear diversas líneas de investigación futura. La primera es realizar investigaciones en las cuales se haga una comparación entre los diferentes enfoques y hacer énfasis en las técnicas que brindan mayor aportes al tratamiento. También es importante seguir explorando y profundizando en las nuevas intervenciones como Terapia Familiar Sistémica Integrativa (ISFT) y el programa Multidimensional Intervention for Social Anxiety (MISAG), o Virtual Reality Exposure Therapy, las cuales han arrojado buenos resultados. Finalmente es importante que en futuras intervenciones se hagan con un mayor seguimiento prolongado en el tiempo y que sea aplicable en diferentes contextos, y poblaciones principalmente en Colombia y Latinoamérica. ya que ninguno de los estudios evaluados fue realizado en dichas poblaciones.

Referencias

- Abeditehrani, H., Dijk, C., Sahragard, M. y Arntz, A. (2020). Integrating cognitive behavioral group therapy and psychodrama for social anxiety disorder: An intervention description and an uncontrolled pilot trial. *Clinical Psychology in Europe*, 2(1).
<https://doi.org/10.32872/cpe.v2i1.2693>
- Alarcón, M. y Ojeda, R. (2015). Análisis crítico de ensayos clínicos aleatorizados: riesgo de sesgo. *Revista Estomatológica Herediana*, 25(4), 304-308.

- American Psychological Association [APA]. (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist*, *61*, 271-285. <https://www.apa.org/pubs/journals/features/evidence-based-statement.pdf>
- American Psychological Association [APA]. (23 de mayo de 2023). DIAGNOSIS: Social Anxiety Disorder and Public Speaking Anxiety - TREATMENT: Cognitive Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder. Society Of Clinical Psychology, Division 12. <https://div12.org/treatment/cognitive-behavioral-therapy-for-social-anxiety-disorder/>
- Anderson, P. L., Price, M., Edwards, S. M., Obasaju, M. A., Schmertz, S. K., Zimand, E., & Calamaras, M. R. (2013). Virtual reality exposure therapy for social anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, *81*(5), 751–760. <https://doi.org/10.1037/a0033559>
- Arias, E. (2016). Trastorno de ansiedad social (fobia social). *Revista Médica Sinergia*, *1*(4), 20-24. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7070342.pdf>
- Bados, A. (2009), *Fobia social*. Facultad de psicología: Bcelona, <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/6321/1/Fobia%20social.pdf>
- Barnhill, J.W. (abril del 2020). *Fobia social*. Manual MSD - versión para público general. Recuperado el 17 de noviembre de 2022 de <https://www.msdmanuals.com/es-co/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/fobia-social>
- Beidel, D., Alfano, C., Kofler, M., Rao, P., Scharfstein, L. y Wong, N. (2014). The impact of social skills training for social anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, *28*(8), 908-918. 10.1016/j.janxdis.2014.09.016

- Boettcher, J., Hasselrot, J., Sund, E., Andersson, G., & Carlbring, P. (2014). Combining attention training with internet-based cognitive-behavioral self-help for social anxiety: A randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, *43*(1), 34-48. doi: 10.1080/16506073.2013.822766
- Bogels, S., Wijts, P., Oort, F.J. y Sallaerts, S.J.M. (2014). Psychodynamic psychotherapy versus cognitive behavior therapy for social anxiety disorder: An efficacy and partial effectiveness trial. *Depression and Anxiety*, *31*(5), 363-373. <https://doi.org/10.1002/da.22246>
- Bunnell, B., Beidel, D. y Mesa, F. (2013). A randomized trial of attention training for generalized social phobia: does attention training change social behavior? *Behavior Therapy*, *44*(4):662-73. <https://doi:10.1016/j.beth.2013.04.010>
- Caballo, V., Salazar, I.C., Curtiss, J., Gómez, R.B., Rossitto, A.M., Coello, M.F., Herrera, J.S., Gamarra, O., Sanguino, R., Arias, V.B., Hofmann, S.G. y MISA Research Team. (2022). International application of the “multidimensional intervention for social anxiety” (Misa) program: I. treatment effectiveness in patients with social anxiety. *Behavioral Psychology*, *29*(3), 517-547. <https://doi.org/10.51668/bp.8321301n>
- Caetano, K., Depreeuw, B., Papenfuss, I., Curtiss, J., Langwerden, R.J., Hofmann, S.G. y Neufeld, C.B. (2018). Trial-Based Cognitive Therapy: Efficacy of a New CBT Approach for Treating Social Anxiety Disorder with Comorbid Depression. *International Journal of Cognitive Therapy*, *22*, 325-342. <https://doi.org/10.1007/s41811-018-0028-7>
- Cantón, J., Scott, K., y Glue, P., (2012) Optimal treatment of social phobia: systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *8*, 203-215. <https://doi.org/10.2147/ndt.s23317>

Carrión, O.R. y Bustamante, G. (2005). *Ataques de pánico y trastornos de fobia y ansiedad*.

Galerna.

Chávez, L. y Castaño, M. (2008). Validación de las escalas de evitación, ansiedad social y temor a la evaluación negativa en población colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*, 11(2), 65-76. <https://actacolombianapsicologia.ucatolica.edu.co/article/view/302/307>

Cifuentes, A., Rivera, D., Vera, C., Murad, R., Sánchez, S., Castaño, L., Royo, M. y Rivillas, J. (2020). *Ansiedad, depresión y miedo: Impulsores de la mala salud mental durante el distanciamiento físico en Colombia*. Asociación Profamilia, Bogotá.

Craske, M.G., Niles, A.N. y Burklund, L.J. (2014). Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for social phobia: outcomes and moderators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(6), 1034-1048. <http://dx.doi.org/10.1037/a0037212>

Du Toit, S. A., Kade, S. A., Danielson, C. T., Schweizer, S., Han, J., Torok, M. y Wong, Q. J. J. (2020). The effect of emotional working memory training on emotional and cognitive outcomes in individuals with elevated social anxiety. *Journal of affective disorders*, 261, 76–83. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.085>

Franco, X. E., Sánchez, P. P. y Torres, R. J. (2021). Claves para el tratamiento de la ansiedad, en tiempos de Covid-19. *Revista Universidad y Sociedad*, 13(3), 271-279.

Geraets, C.N.W., Veling, W., Witlox, M., Starling, A.B.P., Matthijssen, S. y Cath, D. (2019). Virtual reality-based cognitive behavioral therapy for patients with generalized social anxiety disorder: a pilot study. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 1–6.

<https://doi.org/10.1017/S1352465819000225>

- Goldin, P. R., Jazaieri, H., Ziv, M., Kraemer, H., Heimberg, R. G. y Gross, J. J. (2013). Changes in Positive Self-Views Mediate the Effect of Cognitive-Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder. *Clinical Psychological Science*, *1*(3), 301–310. <https://doi-org.ezproxy.unbosque.edu.co/10.1177/2167702613476867>
- Goldin, P. R., Ziv, M., Jazaieri, H., Hahn, K. S., & Gross, J. J. (2014). MBSR versus CBT for social anxiety disorder: Effects on emotion regulation, social functioning, and mindfulness skills. *Behaviour Research and Therapy*, *57*, 1-13. doi: 10.1016/j.brat.2014.03.004
- Hunger-Schoppe, C., Schweitzer, J., Hilzinger, R., Krempel, L., Deußner, L., Sander, A., Bents, H., Mander, J. y Lieb, H. (2022). Integrative systemic and family therapy for social anxiety disorder: manual and practice in a pilot randomized controlled trial (SOPHO-CBT/ST). *Frontiers in Psychology*, *13*. Doi:10.3389/fpsyg.2022.867246
- Kampmann, I. L., Emmelkamp, P. M., Hartanto, D., Brinkman, W. P., Zijlstra, B. J., & Morina, N. (2016). Exposure to virtual social interactions in the treatment of social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Behavior research and therapy*, *77*, 147–156. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.016>
- 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 in psychiatry and psychotherapy*, *42*(1), 30–38. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2019-0003>
- Knapstad, M. y Smith, O.R.F. (2021). Social anxiety and agoraphobia symptoms effectively treated by Prompt Mental Health Care versus TAU at 6- and 12-month follow-up: secondary analysis from a randomized controlled trial. *Depression and Anxiety*, *38*, 351-360. 10.1002/da.23132

- Koszycki, D., Guérin, E., DiMillo, J., & Bradwejn, J. (2021). Randomized trial of cognitive behavior group therapy and a mindfulness-based intervention for social anxiety disorder: Preliminary findings. *Clinical psychology & psychotherapy*, 28(1), 200–218. <https://doi.org/10.1002/cpp.2502>
- Koszycki, D., Thake, J., Mavounza, C., Daoust, J. P., Taljaard, M. y Bradwejn, J. (2016). Preliminary investigation of a Mindfulness-Based Intervention for social anxiety disorder that integrates Compassion Meditation and Mindful Exposure. *Journal of alternative and complementary medicine*, 22(5), 363–374. <https://doi.org/10.1089/acm.2015.0108>
- Kyron, M., Johnson, A., Hyett, M., Moscovitch, D., Wong, Q., Bank, S.R., Erceg-Hurn, D. y McEvoy, P. (2023). Concurrent and prospective associations between negative social-evaluative beliefs, safety behaviors, and symptoms during and following cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 161, 10.1016/j.brat.2023.104253
- Labrador, F.J. y Ballesteros, F. (2011). Efectividad de los tratamientos para la fobia social en el ámbito aplicado. *Psicothema*, 23(4), 560-565. <https://www.ucm.es/data/cont/docs/315-2015-04-29-Efectividad%20de%20los%20tratamientos%20para%20la%20fobia%20social%20en%20el%20%C3%A1mbito%20aplicado.pdf>
- Lakshmi, J., Sudhir, P., Sharma, M. y Math, S. (2016). Effectiveness of metacognitive therapy in patients with social anxiety disorder: a pilot investigation. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 38(5). DOI:10.4103/0253-7176.191385

- Lee, S.W. y Kwon, J.H. (2013). The efficacy of imagery rescripting (IR) for social phobia: a randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(4), 351-60. doi: 10.1016/j.jbtep.2013.03.001. Epub 2013 Mar 15. PMID: 23563218.
- Leichsenring, F., Salzer, S., Beutel, M. E., Herpertz, S., Hiller, W., Hoyer, J., Huesing, J., Joraschky, P., Nolting, B., Poehlmann, K., Ritter, V., Stangier, U., Strauss, B., Tefikow, S., Teismann, T., Willutzki, U., Wiltink, J., y Leibing, E. (2014). Long-term outcome of psychodynamic therapy and cognitive-behavioral therapy in social anxiety disorder. *The American journal of psychiatry*, 171(10), 1074–1082.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.1311151>
- McEvoy, P., Erceg-Hurn, D., Saulsman, L.M. y Thibodeau, M.A. (2015). Imagery enhancements increase the effectiveness of cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: a benchmarking study. *Behaviour Research and Therapy*, 65, 42-51.
10.1016/j.brat.2014.12.011
- Ministerio de Salud. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental (tomo 1)*. Colciencias.
https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf#search=salud%20mental
- Mohammadi, M.R., Salehia, M., Khaleghia, A., Hooshyaria, Z., Mostafavia, S., Ahmadib, N., Hojjatc, S.K., Safavid, P. y Amanate, M. (2020). Social anxiety disorder among children and adolescents: A nationwide survey of prevalence, socio-demographic characteristics, risk factors and comorbidities. *Journal of Affective Disorders*, 263, 450-457.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.12.015>

- Moriana, J.A. y Martínez, V.A. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(2), 81-100. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.16.num.2.2011.10353>
- Morrison, J. (2015). *DSM-5, Guía para el diagnóstico clínico*. Editorial el Manual Moderno: Bogotá.
- Neufeld, C.B., Palma, P.C., Caetano, K.A.S., Brust-Renck, P.G., Curtiss, J. y Hofmann, S. (2020). A randomized clinical trial of group and individual Cognitive-Behavioral Therapy approaches for Social Anxiety Disorder. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 20, 29-37. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.11.004>
- Niles, A., Mersi, B., Burklund, L., Liberman, M.D. y Craske, M.G. (2013). Attentional bias and emotional reactivity as predictors and moderators of behavioral treatment for social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 669-679. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.06.005>.
- Olivares P.J. Macià, D., Macià, A. y Montesinos, L. (2016). Community versus clinical cognitive-behavioral intervention in young-adult spanish population with generalized social phobia. *Terapia psicológica*, 34(1), 23-30.
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v34n1/art03.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022). *Salud mental y COVID-19: datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia: resumen científico*.
https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1
- Orozco, W. y Vargas, M. J. (2012). *Tratarnos de ansiedad dirigida para la atención primaria en Costa Rica*. <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/604/art11.pdf>

- Perandr , Y.H.T. y Haydu, V.B. (2018). A treatment program for social anxiety disorder by using virtual reality. *Trends in Psychology*, 26(2), 867-882. 10.9788/TP2018.2-12En
- Pinjarkar, R.G., Sadhir, P.M. y Math, S.B. (2015). Brief cognitive behavior therapy in patients with social anxiety disorder: A preliminary investigation. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 37(1), 20-25. <https://journals-sagepub-com.ezproxy.unbosque.edu.co/doi/epdf/10.4103/0253-7176.150808>
- Pinjarkar, G.R., Sudhir, P., Mariamma, P., Math, S.B. y Wells, A. (2018). Brief Cognitive Therapy plus treatment as usual for social anxiety disorder: a randomized trial of adults in India. *International Journal of Cognitive Therapy*, 11, 299–310. <https://doi.org/10.1007/s41811-018-0025-x>
- Rey, C.A., Aldana, D.R. y Hernández, S. (2006). Estado del Arte sobre el Tratamiento de la Fobia Social. *Terapia psicológica*, 24(2), 191-200.
- Roberge, P., Provencher, M., Gaboury, I., Gosselin, P., Vasiliadis, H.M., Benoît, A., Carrier, N., Antony, M.M., Chaillet, N., Houle, J., Hudon, C. y Norton, P.J. (2022). Group transdiagnostic cognitive-behavior therapy for anxiety disorders: a pragmatic randomized clinical trial. *Psychological Medicine*, 52, 2460–2470. <https://doi.org/10.1017/S0033291720004316>
- Romano, M., Moscovitch, D.A., Huppert, J.D., Reimer, S.G. y Moscovitch, M. (2020). The effects of imagery rescripting on memory outcomes in social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 69. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.102169>
- Salazar, I., Caballo, V.E., Arias, V., Curtiss, J., Rossitto, A.M., Gómez, R.B., Herrera, J.S., Coello, M.F., Gamarra, O., Sanguino, R., Hofmann, S.G. y MISA Research Team. International application of the “multidimensional intervention for social anxiety” (misa)

program: II. treatment effectiveness for social anxiety-related problems. *Behavioral Psychology*, 30(1), 19-49. <https://doi.org/10.51668/bp.8322102n>

Salazar, I.C., Caballo, V.E., Arias, B. y el Equipo de Investigación CISO-A Colombia. (2016).

Validez de constructo y fiabilidad del «Cuestionario de ansiedad social para adultos» (CASO) en Colombia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48(2), 98-107.

<https://doi.org/10.1016/j.rlp.2015.07.001>

Sandman, C.F., Young, K.S., Burklund, L.J., Saxbec, D.E., Lieberman, M.D. y 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>

Schardt, C., Adams, M. B., Owens, T., Keitz, S. y Fontelo, P. (2007). Utilization of the PICO

framework to improve searching PubMed for clinical questions. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 7(16). <https://doi.org/10.1186/1472-6947-7-16>

Schreiber, F., Heimlich, C., Schweitzer, C., y Stangier, U. (2015). Cognitive therapy for social

anxiety disorder: the impact of the "self-focused attention and safety behaviors experiment" on the course of treatment. *Behavioral and cognitive psychotherapy*, 43(2),

158–166. <https://doi.org/10.1017/S1352465813000672>

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>

- Singh, P. y Samantaray, N. (2022). Brief Cognitive Behavioral Group Therapy and Verbal-Exposure-Augmented Cognitive Behavioral Therapy for social anxiety disorder in university students: a Randomized Controlled Feasibility Trial. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 44(6), 552-557. [10.1177/02537176211026250](https://doi.org/10.1177/02537176211026250)
- Stott, R., Wild, J., Grey, N., Liness, S., Warnock-Parkes, E., Commins, S., Readings, J., Bremner, G., Woodward, E., Ehlers, A. y Clark, D. (2013). Terapia cognitiva proporcionada por Internet para el trastorno de ansiedad social: una serie piloto de desarrollo. *Psicoterapia conductual y cognitiva*, 41 (4), 383-397.
[doi:10.1017/S1352465813000404](https://doi.org/10.1017/S1352465813000404)
- Strege, M., Swain, D., Bochicchio, L., Valdespino, A. y Richey, J.A. (2018). A pilot study of the effects of mindfulness-based cognitive therapy on positive affect and social anxiety symptoms. *Frontiers in Psychology*, 9. [doi: 10.3389/fpsyg.2018.00866](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00866)
- Thorgeirsdottir, M.T., Bjornsson, A.S. y Arnkelsson, G.B. (2015). Group climate development in brief group therapies: A comparison between cognitive-behavioral group therapy and group psychotherapy for social anxiety disorder. *Group Dynamics: Theory, Research and Practice*, 19(3), 200-209. <http://dx.doi.org/10.1037/gdn0000029>
- Thurston, M. D., Goldin, P., Heimberg, R., & Gross, J. J. (2017). Self-views in social anxiety disorder: The impact of CBT versus MBSR. *Journal of anxiety disorders*, 47, 83–90.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.01.00>
- Tortella, M. (2014). Los trastornos de ansiedad en el DSM-5. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 110, 62-69.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4803018.pdf>

Tulbure, B.T., Szentagotai, A., David, O., Ștefan, S., Månsson, K.N., David, D. y Andersson, G.

(2015). Internet-delivered cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder in

Romania: a randomized controlled trial. *PLoS One*, *10*(5). doi:

10.1371/journal.pone.0123997

Yepes-Nuñez, J.J., Urrútia, G., Romero-García, M. y Alonso-Fernández, S. (2021). Declaración

PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista*

Española de Cardiología. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>

Zubeidat, I., Fernández, A. y Sierra, J. (2006). Ansiedad y fobia social: revisión de los

autoinformes más utilizados en población adulta e infanto – juvenil. *Terapia psicológica*,