

EFICACIA DE LAS TERAPIAS CONTEXTUALES EN LA FOBIA SOCIAL

Alumnas:

Fabiola Valentina Cabral García

Ana Valentina Mayor Diaz

Carlota Felicia Morales Bacallado

Tutores:

Pedro Avero Delgado

Manuel Herrero Fernández

Trabajo de fin de grado

Grado en Psicología

Curso académico: 2021-2022

Índice

| | |
|--|----|
| Resumen..... | 3 |
| Abstract..... | 4 |
| Introducción..... | 5 |
| Método..... | 7 |
| • Criterios de inclusión y exclusión..... | 7 |
| • Fuentes de información y búsqueda..... | 8 |
| • Selección de los estudios..... | 8 |
| • Proceso de extracción de datos y riesgo de sesgos..... | 9 |
| Resultados..... | 9 |
| • Selección de los estudios incluidos..... | 9 |
| • Características de los estudios..... | 12 |
| • Riesgo de sesgos..... | 17 |
| Discusión..... | 20 |
| • Resumen de la evidencia..... | 20 |
| • Limitaciones..... | 22 |
| Conclusiones..... | 23 |
| Referencias..... | 24 |
| Anexos..... | 30 |
| • Anexo 1..... | 30 |
| • Anexo 2..... | 30 |
| • Anexo 3..... | 31 |

Tablas

- Tabla 1.....14
- Tabla 2.....19
- Tabla 3.....22

Figuras

- Figura 1.....11

Resumen

El Trastorno de Ansiedad Social se caracteriza por el miedo intenso a situaciones en las que el sujeto que lo padece está expuesto a algún tipo de examen o juicio por parte de otras personas. Es por ello que los individuos que lo padecen ven su vida laboral, social, familiar y personal deterioradas por el mismo. Sin embargo, hay diferentes métodos para tratar sus síntomas, ya sea con psicoterapia y/o psicofármacos. Esta revisión pretende evaluar la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso, una Terapia Contextual, para reducir los síntomas de la Fobia Social. Para ello se llevó a cabo una búsqueda sistemática de ensayos controlados aleatorizados en diferentes bases de datos, como PsycINFO y PsycArticles. Se incluyeron ocho estudios con diferentes niveles de riesgo de sesgo en varias dimensiones. La evidencia encontrada en dichos artículos sugiere que la ACT es eficaz para el tratamiento de este trastorno, de hecho, no se encuentran diferencias significativas entre esta terapia y la Terapia Cognitivo Conductual. Aun así, sería de especial interés la realización de un mayor número de ECAs sobre el tema y que estos mismos cumplieren con una mayor rigurosidad metodológica cara a una futura revisión sistemática.

Palabras clave: Ansiedad social, Terapia de Aceptación y Compromiso, Terapia Cognitiva Conductual, ECA, Terapias Contextuales, revisión sistemática.

Abstract

Social Anxiety Disorder is characterized by intense fear of situations in which the sufferer is exposed to some kind of examination or judgment by other people. That is why individuals who suffer from it see their work, social, family and personal lives deteriorated by it. However, there are different methods to treat the symptoms, either with psychotherapy and/or psychotropic drugs. This review aims to evaluate the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy, a Contextual Therapy, to reduce the symptoms of Social Phobia. For this purpose, a systematic search of randomized controlled trials was carried out in different databases, such as PsycINFO and PsycARTICLES. Eight studies with different levels of risk of bias in various dimensions were included. The evidence found in these articles suggests that Acceptance and Commitment Therapy is effective for the treatment of this disorder, in fact, no significant differences are found between this therapy and Cognitive Behavioral Therapy. Even so, it would be of special interest to carry out a greater number of RCTs on the subject and that they comply with greater methodological rigor for a future systematic review.

Keywords: Social anxiety, Acceptance and Commitment Therapy, Cognitive Behavioral Therapy, RCT, Contextual Therapies, systematic review.

Introducción

El trastorno de Ansiedad Social (TAS) o fobia social es el tercer trastorno psiquiátrico de mayor prevalencia después del abuso de sustancias y la depresión (Kessler RC et al., (1994)), siendo la etapa de comienzo más común en la infancia y en la adolescencia, cuando empieza a aumentar la comunicación con grupos de iguales, a su vez se da con mayor frecuencia en mujeres que en hombres (Gharraee, B. et al., (2018)). Es un trastorno que puede coexistir con la persona y pasar desapercibido hasta enfrentarse a una nueva demanda social, como por ejemplo empezar en el mundo laboral.

Según la revisión de la cuarta edición del DSM (2008), el TAS se entiende como la experimentación de miedo intenso, irracional y desproporcionado ante una o más situaciones sociales en las que el individuo puede estar expuesto a un posible examen o juicio por parte del resto. Este miedo se traduce en altos niveles de ansiedad, donde el propio individuo teme a que el resto lo rechace o juzgue negativamente, por lo que el sujeto que lo padece tiende a la evitación de las situaciones sociales.

Asimismo, el TAS puede ser de tipo específico o de tipo generalizado. Con lo que se puede observar personas que solo temen a una situación concreta (por ejemplo, reunirse con personas extrañas) frente a otras que temen a casi todo lo que suponga una interacción con otra persona. De la misma forma, una persona puede experimentar síntomas típicos de este trastorno al enfrentarse a situaciones sociales, sin padecer el mismo ya que se requiere un malestar clínicamente significativo como para causar un deterioro en su desarrollo personal, familiar, social, académico, laboral.

Hasta la actualidad, el tratamiento para el TAS de primera elección ha estado basado en la TCC, mostrando una eficacia similar que el tratamiento farmacológico (Heimberg et al. 1988). Esta terapia se basa en el procesamiento de la información, la cual crea una relación causativa directa entre las cogniciones (pensamientos, imágenes, percepciones, suposiciones o creencias) y las respuestas emocionales y comportamentales. Como bien indica el nombre de la terapia, encontramos un objetivo cognitivo y otro conductual dentro de este tratamiento. Comenzando por el objetivo cognitivo, discernimos la

intencionalidad de crear en el paciente la capacidad de disminuir o modificar, la frecuencia de los pensamientos, creencias e ideas disfuncionales que son considerados como antecedentes del malestar que caracteriza a la problemática a tratar. Por otro lado, el objetivo de la parte conductual tendría como fin, complementando el objetivo anterior, el desarrollo de estrategias de afrontamiento que produzcan el cambio de los comportamientos que favorecen la aparición y mantenimiento del malestar emocional. Dentro de estas estrategias de afrontamiento se encuentran las técnicas de relajación, además del incremento de la frecuencia de las actividades gratificantes que favorecen el reforzamiento vital (Losada, Márquez-Gonzalez, Romero-Moreno, Lopez, Fernandez-Fernandez y Nogales-Gonzalez, 2014).

La TCC incluye técnicas como la reestructuración cognitiva y los experimentos conductuales con ejercicios de exposición, con el objetivo explícito de reducir la ansiedad subjetiva en situaciones sociales y el afecto negativo (AN, procesos relacionados con la defensa). Además, se posiciona como un tratamiento totalmente adecuado para este trastorno debido a que genera una disminución de las cogniciones negativas en relación con las situaciones sociales, hecho que antecede y explica el decaimiento de la sintomatología del trastorno (Craske, 2010; Craske et al., 2008). Reducir desde el objetivo cognitivo, las valoraciones del coste social de la realización de conductas generan, por sí mismo, una reducción de los síntomas, antes y después del tratamiento. La TCC dirigida al trastorno de ansiedad difiere al protocolo estándar por la inclusión de la exposición interoceptiva (p. ej., Hope, Heimberg, Juster y Turk, 2000).

Aunque la eficacia de la TCC no pueda negarse y sea útil en gran cantidad de casos, existen pacientes que no logran beneficiarse de este tratamiento. De esta situación nace una nueva generación de terapias que se focaliza en un nuevo análisis y consideración del papel del lenguaje en el tratamiento de los trastornos mentales (Hayes, 2004), pudiendo así generar una nueva atmósfera de comprensión del sufrimiento del sujeto demandante de ayuda terapéutica. La ACT perteneciente a las terapias contextuales, se presenta como una terapia alternativa a la TCC para el tratamiento del TAS.

En este sentido, la base científica de la ACT se desarrolla incluyendo el contextualismo funcional, el lenguaje y la cognición, haciendo énfasis en el análisis funcional y en la alianza terapéutica. En general, esta terapia parte de un enfoque contextual, en el que se promueve que los pacientes desarrollen procesos de adaptación positiva a sus pensamientos, en lugar de controlarlos o suprimirlos, fomentando por tanto el afecto positivo (AP). Además, el bajo AP parece ser particularmente característico en el TAS (Watson y Naragon-Gainey, 2010). Desde el enfoque del contextualismo funcional, la unidad de análisis son los actos dentro de un contexto, por lo que se le otorga gran peso al contexto ambiental y en la utilidad funcional de la conducta.

La ACT ha demostrado ser eficaz para los trastornos de ansiedad siendo una aproximación general al sufrimiento y a los problemas humanos, especialmente para el trastorno de fobia social. Integra distintos conocimientos sobre conductas dirigidas por contingencias directas y procesos de regulación verbal. Además, involucra prácticas de atención plena, aceptación y defusión cognitiva, con lo que intenta alterar el contexto del tipo de relación con las experiencias internas, de forma que tengan menos influencia en el comportamiento. Todo esto, con la intención de generar mayor flexibilidad psicológica, para conformar un cambio en la persona que genere concordancia con los valores propios.

El objetivo del presente estudio es el de sugerir a la ACT como terapia eficaz y, posiblemente, alternativa a la TCC en el tratamiento del TAS debido a las diferencias interpersonales que pueden influir en la eficacia de las terapias.

Método

Criterios de inclusión y exclusión

Diseño: los estudios seleccionados se limitan a los ECA, en ellos la población ha sido asignada a distintos grupos: grupo control o grupo ACT. Se excluyen los estudios pre-experimentales, cuasi-experimentales, observacionales, revisiones, metaanálisis y editoriales.

Población: Se incluyeron estudios cuya población tenía desde 12 años en adelante, de ambos sexos. La población debía cumplir los criterios del DSM

(cualquier versión) o tener, en su mayoría, altas puntuaciones en alguna escala de ansiedad social.

Intervención: Los estudios incluyen un grupo que recibe intervención con ACT. Se excluyen los estudios que carecen de este grupo de tratamiento.

Comparador: Se incluyen los estudios en los que el grupo control no recibió tratamiento o recibió intervención con la TCC

Medidas de resultado: La medida de resultado fue principalmente, la mejoría o reducción de la sintomatología.

Fuentes de información y búsqueda

La búsqueda de información de la presente revisión sistemática se inició en febrero de 2022. Se llevó a cabo mediante el Punto Q de la Universidad de La Laguna, portal de búsqueda de información científica disponible para el alumnado. Se utilizaron bases de datos tales como PsycINFO y PsycArticles en primer lugar. En la segunda búsqueda se llevó a cabo por medio de las bases de datos PsycINFO, PsycArticles, Dialnet, Wos, Scopus, Medline y EbscoHost, además del buscador Google Académico.

Se emplearon como palabras clave de la búsqueda: (1) referidas al trastorno: "social anxiety disorder", "social anxiety", "social phobia", "ansiedad social", "fobia social", "trastorno de ansiedad social"; (2) referidas a la terapia: "acceptance and commitment therapy", "ACT", "aceptación y compromiso", "terapia de aceptación y compromiso"; (3) tipo de asignación: "Randomized Controlled Trial", "Asignación aleatoria", "ensayo controlado aleatorizado", "randomized".

Selección de los estudios

Se realizó, siguiendo una lista de criterios de inclusión y exclusión, la selección de los estudios para su posterior análisis (Anexo 2). Cada revisora, siguiendo los criterios, clasificó como apto o no sus resultados de búsqueda mediante la revisión del título y posteriormente el resumen, para presentarlo al resto del equipo. Una vez revisados los artículos enteramente por todas las

integrantes se llevó a cabo la eliminación de los no válidos. Tras este paso se llevó a cabo una nueva búsqueda con la misma dinámica que la primera.

Proceso de extracción de datos y riesgo de sesgos

Tras la finalización de la búsqueda y análisis de los artículos definitivos, se generó un documento compartido por las tres integrantes del grupo para realizar una tabla con los datos más destacables de cada investigación: título y autor del artículo, población (tamaño de la muestra, edad media, porcentajes género), intervención y comparador, proceso central del ACT, medidas de resultado e instrumentos.

Tras este paso, con el objetivo de revisar y evaluar la calidad metodológica, se hizo uso de la Herramienta de la Colaboración Cochrane para evaluar el riesgo de sesgo (Higgins, Altman & Sterne, 2011). Esta herramienta evalúa en una escala de 'alto', 'bajo' o 'poco claro' el riesgo de sesgo en 7 dimensiones: selección de secuencia, ocultamiento de asignación, cegamiento de los participantes y del personal del estudio, cegamiento de evaluadores de resultados, datos de resultados incompletos, notificación selectiva de los resultados y otras fuentes de riesgo. Posteriormente se llevó a cabo la síntesis de carácter cualitativo de los datos recabados.

Los procesos de selección, extracción de datos y evaluación de sesgos fueron realizados por tres revisoras.

Resultados

Selección de los estudios incluidos

Se extrajeron 17 estudios, de los cuales únicamente 6 cumplían todos los criterios de inclusión y pertenecían a la ACT. Se escogió esta terapia dada a la existencia de mayor evidencia científica sobre ella.

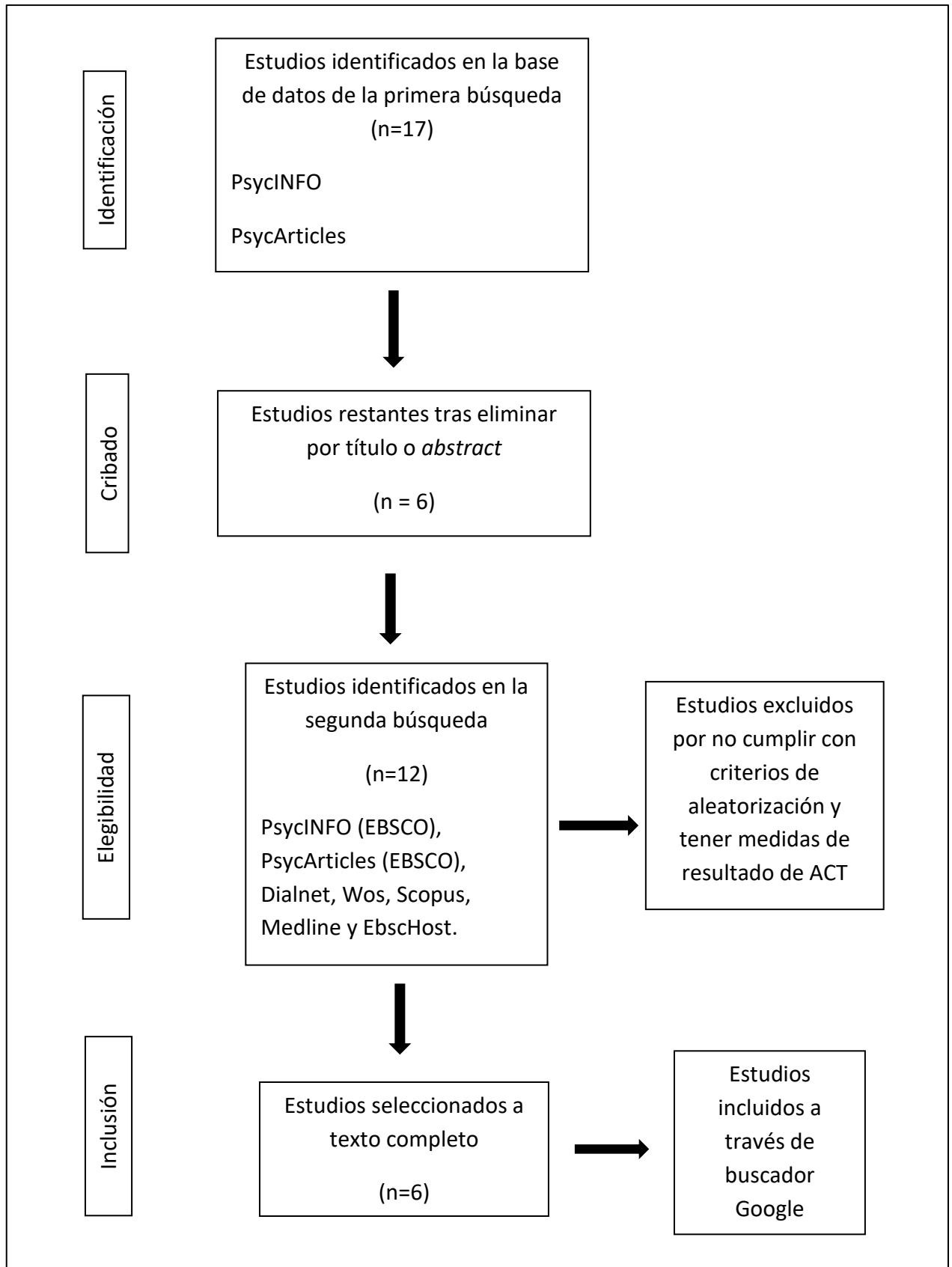
En la segunda búsqueda se extrajeron 12 artículos, de los cuales se excluyeron 8 por no ser ECAs y no incluir medidas de resultado.

Se habían recabado un total de 10 artículos, de los cuales se excluyeron 6 por las mismas razones anteriormente mencionadas al leer los artículos

completamente. Por ello se realizó una tercera búsqueda para llegar al total de 8 artículos que cumplieren los criterios estipulados para generar esta revisión sistemática. Además, se añadieron revisiones sistemáticas analizadas para rescatar información sobre la terapia y trastorno de estudio. En la Figura 1 se observa el diagrama de flujo llevado a cabo según la declaración PRISMA (Urrútia & Bonfill, 2010).

Figura 1

Diagrama de flujo.



Características de los estudios

Las características de los estudios se encuentran recogidas en la Tabla 1. El número de participantes se encuentra entre 30 y 137, mayoritariamente mayores de edad y mitad hombres y mitad mujeres, excepto Rostami, M. et al, (2014) donde se seleccionaron varones y menores de edad y Kocovski, N. L et al. (2019) donde el 74% eran mujeres. Asimismo, cumplen con los criterios diagnósticos de TAS por el DSM-IV, exceptuando Rostami, M. et al, (2014) que presentan una discapacidad de aprendizaje y Kocovski, N. L et al (2019) que no exigía cumplir con los criterios diagnósticos, pero eran personas que buscaban ayuda para la timidez / TAS. En cuanto a las intervenciones, siempre se comparó la ACT bien con un grupo no tratamiento, o con la TCC, o con TCC y no tratamiento; donde el periodo de seguimiento oscila entre los 2 y 6 meses, a diferencia de Herbert, J. D. et al., (2018) y de Rostami, M. et al, (2014) que no lo llevaron a cabo. En lo que a las medidas de resultado se refiere, se engloban la reducción de los síntomas de la ansiedad social y la mejora de la calidad de vida.

Los instrumentos de medida utilizados varían en cada estudio, sin embargo se ha encontrado coincidencias, en cuatro artículos se utiliza la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS) de 1987 y la versión de autoinforme de Fresco et al., 2001, que evalúa el nivel de miedo y evitación de situaciones sociales; en tres artículos se usan el Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ) de Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006, y su segunda versión de Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006, que evalúa la aceptación, la evitación empírica y la inflexibilidad psicológica; luego el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) de Beck, Steer y Brown, 1996, que mide la gravedad de los síntomas depresivos, y le sigue la Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID) MohammadKhani, P., Jahani, A., & Far, S. T. (2005) que se aplica para evaluar los trastornos psiquiátricos mayores basado en las definiciones y criterios del DSM-IV diseñados para fines clínicos y de investigación; A continuación se repiten en dos estudios diferentes el Programa de Entrevistas para Trastornos de Ansiedad-IV (ADIS-IV) de Brown, Di Nardo y Barlow, 1994 , que se emplea para hacer el diagnóstico clínico ya que evalúa los

niveles de miedo y evitación de los individuos; luego las Escalas de Gravedad y Mejora de la Impresión Clínica Global (CGI) en la versión de Guy, 1976 y la de Guy, 2000, que evalúa la eficacia del tratamiento a través de las medidas de la gravedad y de la mejoría clínicas; luego el Inventario de Atención Plena / Mindfulness (FMI) de Freiburg, del 2006 de Walach, Buccheld, Buttenmüller, Kleinknecht y Schmidt, que evalúa el nivel de conciencia; el Cuestionario de Ansiedad Social y Aceptación y Acción (SAAAQ) de MacKenzie & Kocovski, 2010, que mide la aceptación y la acción específicas del TAS; la Escala de Autocompasión (SCS) de Neff, 2003, que mide los tres aspectos bipolares de la autocompasión (autojuicio-autocompasión, aislamiento-humanidad común y sobreidentificación-atención plena); el Inventario de Fobia Social (SPIN) de Connor et al., 2000, que mide la ansiedad social; y por último el Inventario de Calidad de Vida (QUOLI) de Frisch 1994 que evalúa diferentes dominios de la vida para medir la calidad de la misma.

Tabla 1

Características de los estudios incluidos.

| Artículo / Autor | Tamaño muestra, rango de edad y % de mujeres | Población | Intervención y comparadores | Seguimiento (Meses) | Medidas de resultado | Instrumentos | Conclusiones del estudio |
|------------------------------|--|--|-----------------------------|---------------------|---|---|---|
| Niles, A. N. et al., (2014). | n= 71 Rango de edad: 18-44 43% mujeres | Diagnóstico Fobia Social por DSM-IV | ACT y CBT | 6 | RCN Evitación experiencial | AAQ SSPS | Evitación experiencial mejor en ACT. Cogniciones ACT y TCC eficacia similar |
| Gharraee, B. et al., (2018) | n=31 Edad media=21.75 48,39 % mujeres | Propensos a cumplir criterios DSM- IV para el diagnóstico de Ansiedad Social | ACT y no tratamiento | 2 | Salud física, psicológica, relaciones sociales y salud ambiental. Función e interacciones sociales AC, EE y FP Autocompasión Nivel de experiencias en la vida diaria Autocrítica | AAQ-II MAAS LOSC SCS WHOQOL-BREF LSAS SCID-I / CV | ACT eficaz en la reducción de los síntomas, de la inflexibilidad psicológica, y aumentar su calidad de vida, aumentar la atención plena, la autocompasión y la autocrítica. |
| Sewart, A. R. et al., (2019) | n=111 Rango de edad: 18-60 años | Diagnóstico Fobia Social por DSM-IV | ACT, CBT y Lista de espera | 6 | CV RS | PANAS-P MASQ-AD MASQ-GDM | TCC y ACT: no aumentan el AF ACT: efectivo en AN |

Tabla 1. (Continuación)

| Artículo / Autor | Tamaño muestra, rango de edad y % de mujeres | Población | Intervención y comparadores | Seguimiento | Medidas de resultado | Instrumentos | Conclusiones del estudio |
|-------------------------------|---|---|-----------------------------|---------------|---|--|---|
| Herbert, J. D. et al., (2018) | n= 88 Rango de edad: 18-65 años | Diagnóstico primario de TAE por DSM-IV-TR | ACT y TCC | No se realiza | Síntomas, CV, el funcionamiento general y el rendimiento conductual | SCID-IV ADIS-IV LSAS SPAI-SP CGI-S y CGI-I QOLI BAI BDI-II WAI-S | ACT y TCC: eficacia similar ACT: mejora en las habilidades sociales globales |
| Rostami, M. et al, (2014) | n=40 Solo varones Rango de edad: 12-16 años | Jóvenes con discapacidad de aprendizaje. CI promedio. | ACT y no tratamiento | No se realiza | EE y angustia | SCID Prueba de inteligencia de Raven FNE TMAS | ACT: reducción de la ansiedad social total. |
| Kocovsk, N. L et al (2013) | n= 137 Rango edad= 18 y 62 años. Mujeres: 54% | Diagnóstico TAE por el DSM-IV-TR | ACT, TCC y Lista de espera | 3 | RSI RC, atención plena AC y rumiación, depresión, la vida valorada y la cohesión grupal | BDI-II VLQ GCS-R CGI -LSAS ERQ FMI SA-AAQ | ACT y TCC: eficacia similar. . ACT: no aumentó el AP. TCC: aumento de atención plena y aceptación. |

Tabla 1. (Continuación)

| Artículo / Autor | Tamaño muestra, rango de edad y % de mujeres | Población | Intervención y comparadores | Seguimiento | Medidas de resultado | Instrumentos | Conclusiones del estudio |
|----------------------------|---|--|-----------------------------|-------------|--|---|---|
| Kocovsk, N. L et al (2018) | n=117 Mujeres (73.68%) Rango de edad: A partir de los 17 años | Buscaban ayudan para la timidez/ ansiedad social | ACT y Lista de espera | 2 meses | Atención plena, AC autocompasión y satisfacción con la vida DC, rumiación posterior al evento y la depresión | SPIN BDI-II PEPI FMI SCS CFQ SWLS | ACT y TCC: eficacia similar. Libro de autoayuda de ACT funciona, pero hay limitaciones. |
| Craske, M. G. et al (2014) | n=100 | Diagnóstico fobia social según el DSM-IV | ACT, TCC y lista de espera | 6-12 meses | FP y valoración de la vida RS. | CSR ADIS-IV LSAS-SR SIAS SSPS QOLI SUDS AAQ EPQ | ACT y TCC:eficacia similar. TCC: mejor en personas con mayor evitación experiencial y en los extremos del miedo a la evaluación negativa ACT: mejor en el miedo al hablar en público. |

RC: reevaluación cognitiva; RCN: reducción de las cogniciones negativas; CV: calidad de vida; EE: evitación experiencial; AC: aceptación; FP: flexibilidad psicológica; DF: defusión cognitiva RS: Reducción de síntomas; AP: atención plena

Riesgo de sesgos

En la Tabla 2, se encuentran los resultados de la evaluación de riesgo de sesgos obtenidos a través de la Herramienta de Colaboración Cochrane (Higgins et al., 2011). Cinco de los estudios se han clasificado con “riesgo poco claro” en cuanto al sesgo de selección ya que no aportan información sobre cómo se ha desarrollado la secuenciación de la asignación de los participantes (Gharraee, B. et al., (2018); Sewart, A. R. et al., (2019); Herbert, J. D. et al., (2018); Rostami, M. et al, (2014); Craske, M. G. et al (2014)). Dos han sido calificados con “riesgo bajo” ya que hay constancia del uso de herramientas para crear una asignación aleatoria (uso del MINIM software y un generador de números aleatorios) (Niles, A. N. et al., (2014); Kocovski, N. L et al (2013)). En Kocovski et al (2019) aunque se define el estudio llevado a cabo como un ECA, y el método de secuenciación de la muestra, más tarde se comenta que, parte de la población asignada al grupo tratamiento no ha sido asignada de forma aleatoria sino por similitud de la población con el fin de combatir el desgaste, es por esto que se ha valorado con un “riesgo alto”.

En lo referido al ocultamiento de la asignación de los participantes, únicamente Herbert, J. D. et al., (2018) ha sido categorizado como “riesgo bajo” ya que, a la hora de asignar a la población a las condiciones, se hace a través de llamada telefónica y no se le dan detalles acerca de las condiciones. Los siete artículos restantes fueron categorizados con “riesgo poco claro” al no entrar en detalles del procedimiento (Gharraee, B. et al., (2018); Sewart, A. R. et al., (2019); Rostami, M. et al, (2014); Craske, M. G. et al (2014); Niles, A. N. et al., (2014); Kocovski, N. L et al (2013); Kocovski et al (2019)).

En cuanto al sesgo de realización, los artículos seleccionados no detallan si existe ocultamiento de las condiciones a los participantes, por lo que se han clasificado con “riesgo poco claro”.

En su mayoría, los artículos seleccionados tampoco describen el ocultamiento de la asignación de la población a los evaluadores, por lo que 6 de los artículos han sido evaluados con “riesgo poco claro” en cuanto al sesgo de detección (Niles, A. N. et al., (2014); Gharraee, B. et al., (2018); Sewart, A. R. et al.,(2019); Rostami, M. et al, (2014); Kocovski, N. L et al (2013)). En los artículos de Herbert, J. D. et al., (2018) y Kocovski, N. L et al (2013), sí se encuentran evaluadores ciegos que evalúan y transcriben pruebas, por lo que el riesgo es “bajo”. Por último, Kocovski, N. L et al (2019) presenta “riesgo alto” debido a que deja constancia de que no hubo evaluador ciego en el estudio por la falta de fondos.

Referido al sesgo de desgaste, cuatro de los artículos fueron clasificados con “riesgo bajo” (Niles, A. N. et al., (2014); Sewart, A. R. et al., (2019); Herbert, J. D. et al., (2018); Craske, M. G. et al (2014)), se especifican los abandonos y exclusiones de los participantes. Dos estudios presentaron “riesgo poco claro” (Rostami, M. et al, (2014); Gharraee, B., et al., (2018)) debido a la falta de información sobre el desgaste de la población. Por otra parte, el artículo de Kocovski, N. L et al (2019) presenta “riesgo alto” al no describir los motivos de exclusión, además de que fue incluido un grupo de personas al grupo tratamiento para combatir un “desgaste” que no se describió. A su vez, en Kocovski, N. L et al (2013), encontramos un “riesgo alto”, el cual puede haber afectado a los resultados obtenidos.

Respecto al sesgo de notificación, los ocho artículos presentan “riesgo bajo” ya que comentan los resultados primarios y secundarios, o desglosan los resultados obtenidos en base a las variables de estudio descritas en la introducción.

En otros sesgos, Kocovski, N. L., et al (2019) ha sido clasificado como “riesgo alto” ya que comunica que parte de la subvención de este ha sido otorgada al primer autor por parte de una empresa, ajena al resto de investigadores, pudiendo afectar esto mismo a la investigació

Tabla 2*Resumen del riesgo de sesgos de los estudios incluidos*

| | | Niles, A. N., et al., (2014). | Gharraee, B., et al., (2018) | Sewart, A. R. et al.,(2019) | Herbert, J. D. et al., (2018) | Rostami, M. et al, (2014) | Kocovski, N. L et al (2013) | Kocovski, N. L., et al (2019) | Craske, M. G., et al (2014) |
|-----------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Sesgo de selección | Generación de la secuencia | - | ? | ? | ? | ? | - | + | ? |
| | Ocultamiento de la asignación | ? | ? | ? | - | ? | ? | ? | ? |
| Sesgo de realización | | ? | ? | ? | ? | ? | ? | ? | ? |
| Sesgo de detección | | ? | ? | ? | - | ? | - | + | ? |
| Sesgo de desgaste | | - | ? | - | - | ? | + | + | - |
| Sesgo de notificación | | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Otros sesgos | | ? | ? | ? | ? | ? | ? | + | ? |

Nota: - : bajo riesgo; + : alto riesgo; ? : riesgo poco claro

Discusión

Resumen de la evidencia

La presente revisión está formada por ocho ECAs con una muestra de personas que cumple con los criterios del DSM (cualquier versión) o que tienen, en su mayoría, altas puntuaciones en alguna escala de ansiedad social, abarcando Canadá, Estados Unidos e Irán. En la revisión de la evidencia científica se encuentran resultados significativos para poder afirmar que, de las Terapias Contextuales, la ACT es eficaz en el Tratamiento del TAS. De hecho, en los artículos recabados se concluye, en su mayoría, que no existen diferencias significativas de esta terapia con la TCC, terapia modelo, hasta el momento.

De acuerdo con la afirmación sobre la eficacia de la ACT en el TAS, se encontraron resultados significativos de su eficacia en comparación con el grupo control no tratamiento (Kocovski, N. L et al (2019)). En este artículo aquellos participantes con una mayor ansiedad social inicial experimentaron normalmente una mayor reducción de los síntomas en comparación con aquellos que no recibieron ninguna terapia. Además, en el artículo de Gharraee, B. et al., (2018), la ACT mostró resultados significativos en la reducción de la inflexibilidad psicológica, la autocrítica y la intensidad de los síntomas de ansiedad social tanto en el post-test como en el transcurso del seguimiento. A su vez, en el artículo de Rostami, M. et al, (2014), los resultados obtenidos muestran esta eficacia significativa a través de las puntuaciones en componentes como la evitación, la angustia social, el miedo a la evaluación negativa y la ansiedad social total.

Asimismo, respecto a los estudios que comparan ambos tratamientos (ACT y TCC), se ha encontrado que los procesos centrales de la ACT conducen a una mayor flexibilidad psicológica, esto conlleva a una reducción de los síntomas, el aumento de la calidad de vida, y la mejora de la atención plena, autocompasión y autocrítica (Sewart, A. R. et al.,(2019)). Incluso en el estudio de Niles, A. N. et al., (2014), se asocia una mayor reducción de síntomas en la ACT respecto a la TCC. Sin embargo, a pesar de que ambas terapias fueron más efectivas que el grupo no tratamiento, no resultaron significativamente diferentes

entre sí en la reducción de la ansiedad social ni en la mayoría de las otras variables evaluadas (Kocovski, N. L et al (2013)).

Entrando más en detalle, parece interesante mencionar que en la mayoría de los artículos se hipotetiza que uno de los mediadores de la terapia de ACT es la evitación experiencial, mientras que de la TCC serían las cogniciones negativas. Se han obtenido resultados contradictorios a la segunda hipótesis, en donde la ACT tiene el mismo impacto que la TCC en las cogniciones negativas a pesar de no ser uno de sus objetivos. Esta idea se ve respaldada en el estudio de Sewart, A. R. et al., (2019) donde se verifica la efectividad de la ACT en cuanto a la disminución del AN o de la misma forma que la TCC. Adicionalmente, se encontró que ninguna de las terapias resultaba eficaz para aumentar el AP como se hipotetizó.

Sin embargo, en el estudio de Craske, M. G. et al (2014) se muestra que, en la misma dirección que su hipótesis inicial, la superioridad de la TCC en personas con mayor evitación experiencial, esto se justifica ya que estas presentan una mayor motivación por la disminución del AN además, es posible que para aquellos participantes que presentaban mayor evitación experiencial, la TCC permitió una mejora de la flexibilidad psicológica, la cual pudo desembocar en una mayor participación en la exposición autodirigida.

Aun así, existen limitaciones en los artículos mencionados, como el uso de una única modalidad de respuesta al tratamiento (Sewart, A. R. et al., (2019); Niles, A. N. et al., (2014); Kocovski, N. L et al (2019)), tamaños de la muestra limitados (Gharraee, B. et al., (2018); Herbert, J. D. et al., (2018)) o en el artículo de Kocovski, N. L et al (2019), los participantes no estaban diagnosticados y, además, es posible que la manera de emplear la ACT, con un libro de autoayuda, sea menos eficaz en los niveles más graves del trastorno.

Tabla 3*Resumen eficacia de las intervenciones incluidas en la revisión*

| | ACT | TCC | No tratamiento |
|-------------------------------|-----|-----|----------------|
| Niles, A. N. et al., (2014) | si | si | - |
| Gharraee, B. et al., (2018) | si | - | no |
| Sewart, A. R. et al.,(2019) | si | si | no |
| Herbert, J. D. et al., (2018) | si | si | - |
| Rostami, M. et al, (2014) | si | - | no |
| Kocovski, N. L et al (2013) | si | si | no |
| Kocovski, N. L et al (2019) | si | - | no |
| Craske, M. G. et al (2014) | si | si | no |

Nota: Sí = la intervención fue eficaz reduciendo síntomas de Fobia Social. No = la intervención no fue eficaz reduciendo síntomas de Fobia Social. - = el estudio no trabajó esta modalidad.

Limitaciones encontradas en nuestra revisión

Las principales limitaciones de esta revisión sistemática han sido: la escasez de ensayos controlados aleatorizados sobre la temática planteada; que la búsqueda llevada a cabo fue únicamente realizada en inglés y español; y el análisis de datos ha tenido carácter únicamente cualitativo.

Conclusiones

Durante las labores de revisión nos enfrentamos a ciertas dificultades para encontrar ECAs. Al recabar los disponibles en las diferentes bases de datos consultadas y su posterior análisis, detectamos la necesidad de realizar futuros ECAs que contasen con una mayor rigurosidad científica en la metodología empleada.

Tras el análisis de los resultados de los diferentes estudios, coinciden en que la ACT en comparación con un grupo control no tratamiento presenta resultados significativos en la eficacia del tratamiento. Además, no presentan diferencias significativas en cuanto a eficacia con la TCC. De hecho, se solapan en cuanto efectos a nivel cognitivo. Aunque ambos procedimientos terapéuticos persiguen diferentes objetivos, alcanzan el mismo fin de reducir la ansiedad social. Es por ello que consideramos interesante que se lleven a cabo futuras investigaciones que se enfoquen en las diferentes características del paciente, las cuales pueden determinar qué terapia puede resultar más adecuada y beneficiosa. Por ejemplo, el tipo de cultura puede afectar al entendimiento de las técnicas aplicadas de cada terapia. En este sentido, nuestra cultura puede facilitar a la comprensión de aquellas técnicas que “eliminan o cambian” lo negativo, como la TCC, en comparación con aquellas que fomentan la aceptación y disminución indirecta de los síntomas, como la ACT.

Por otro lado, ya que gran parte de las investigaciones se han centrado en modificar principalmente el AN en los trastornos de ansiedad, nuestra última propuesta para los futuros estudios es ahondar en el análisis del aumento del AP, ya que este puntúa bajo en este tipo de trastorno.

Referencias

- Abbaszadeh, M. S., Ganji, M., & Shirzad, A. (2003). [Relationship between intelligence and academic achievement in 3rd grade middle school students in NODET schools of Ardebil County. (Unpublished Master thesis), (Persian)], Mohaghegh Ardebili University, Ardabil, Iran.
- Apa, B. M., Pincus, H. A., & Frances, A. (2008). *Dsm-IV-Tr. Manual Diagnóstico Y Estadístico de Los Trastornos Mentales - IV - Texto Revisado*. Elsevier Masson.
- A., Weisler, R. H., & Foa, E. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). *British Journal of Psychiatry*, 176, 379–386.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.6.893>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G.K. (1996). *BDI-II manual*. San Antonio, Tx: The Psychological Corporation.
- Blackie, R. A., & Kocovski, N. L. (2017). Development and validation of the trait and state versions of the Post-Event Processing Inventory. *Anxiety, Stress, and Coping*, 30, 202–218.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676–688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). *Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t04259-000>
- Brown, T. A., Barlow, D. H., & Di Nardo, P. A. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV.: Clinician Manual*. Graywind Publications.
- Brown TA, Di Nardo PA, Barlow DH. *Programa de entrevistas sobre trastornos de ansiedad para el DSM IV (ADIS IV)* San Antonio, TX: Psychological Corporation/Graywind Publications Inc; 1994.

- Bruce, T. J., & Saeed, S. A. (1999). Social anxiety disorder: a common, underrecognized mental disorder. *American Family Physician*, 60(8), 2311–2320, 2322. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/1999/1115/p2311.html>
- Connor, K. M., Davidson, J. R. T., Churchill, L. E., Sherwood, A., Foa, E., & Weisler, R. H. (2000). Psychometric properties of the social phobia inventory (SPIN): a new self-rating scale. *British Journal of Psychiatry*, 176, 379e386.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71–75.
- Eysenck HJ, Eysenck SBG. *Manual del Cuestionario de Personalidad de Eysenck*. Londres: Hodder y Stoughton; 1975.
- First, M. B., & Gibbon, S. (2002). *Williams. Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Non-Patient Edition*. SCID-I/NP) New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute.
- Fresco, D. M., Coles, M. E., Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hami, S., Stein, M. B., & Goetz, D. (2001). The Liebowitz Social Anxiety Scale: a comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-administered formats. *Psychological Medicine*, 31(6), 1025–1035. <https://doi.org/10.1017/s0033291701004056>
- Frisch, M. B. (1994). *Manual and treatment guide for the Quality of Life Inventory*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Gharraee, B., Tajrishi, K. Z., Farani, A. R., Bolhari, A., & Farahani, H. (2018). The effectiveness of acceptance and commitment therapy for social anxiety disorder. *International journal of life science and pharma research*, 8(4). <https://doi.org/10.22376/ijpbs/lpr.2018.8.4.11-9>
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, S., & Remington, B. (2014). The development and initial validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, 45, 83–101.

- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348e362.
- Guy, W. (2000). Clinical Global Impressions Scale (SGI). In A. J. Rush (Ed.). *Handbook of psychiatric measures* (pp.100-102). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Guy, W. (Ed.). (1976). ECDEU assessment for psychopharmacology (rev. ed.). Rockville, MD: NIMH Publication.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M. A., Dykstra, T. A., Batten, S. V., Bergan, J., Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., Bond, F. W., Forsyth, J. P., Karekla, M., & McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological record*, 54(4), 553–578. <https://doi.org/10.1007/bf03395492>
- Heimberg, R. G., Horner, K. J., Juster, H. R., Safren, S. A., Brown, E. J., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (1999). Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Psychological Medicine*, 29(1), 199–212. <https://doi.org/10.1017/s0033291798007879>
- Herbert, J. D., Forman, E. M., Kaye, J. L., Gershkovich, M., Goetter, E., Yuen, E. K., Glassman, L., Goldstein, S., Hitchcock, P., Tronieri, J. S., Berkowitz, S., & Marando-Blanck, S. (2018). Randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavior therapy for social anxiety disorder: Symptomatic **and behavioral** outcomes. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 9, 88–96. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.07.008>
- Higgins, J. P. T., Altman, D. G., Sterne, J. A. C. (editors). Chapter 8: Assessing risk of bias in included studies. En J. P. T. Higgins, & S. Green (Eds.). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Version 5.1.0 (updated March 2011). The Cochrane Collaboration, 2011.

- Hofmann, S. G., & DiBartolo, P. M. (2000). An instrument to assess self-statements during public speaking: Scale development and preliminary psychometric properties. *Behavior Therapy*, 31(3), 499–515. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(00\)80027-1](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(00)80027-1)
- Hope, D. A., Heimberg, R. G., Juster, H. A., & Turk, C. L. (2000). *Managing social anxiety: A cognitive-behavioral therapy approach client workbook*. New York, NY: Oxford University Press
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8–19. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950010008002>
- Kocovski, N. L., Fleming, J. E., Hawley, L. L., Huta, V., & Antony, M. M. (2013). Mindfulness and acceptance-based group therapy versus traditional cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 51(12), 889–898. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.10.007>
- Kocovski, N. L., Fleming, J. E., Blackie, R. A., MacKenzie, M. B., & Rose, A. L. (2019). Self-help for social anxiety: Randomized controlled trial comparing a mindfulness and acceptance-based approach with a control group. *Behavior Therapy*, 50(4), 696–709. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.10.007>
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems in Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173
- MacKenzie, M. B., & Kocovski, N. L. (2010). Self-reported acceptance of socially anxious symptoms: Development and validation of the social anxiety – acceptance and action questionnaire. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 6, 214–232.
- MohammadKhani, P., Jahani, A., & Far, S. T. (2005). [Structured clinical interview for DSM disorders (Persian)]. Tehran: Faradid Publication; p. 12-85.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity: The Journal of the International Society*

- for Self and Identity*, 2(3), 223–250.
<https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- 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>
 - Perestelo-Pérez, L. (2013). Standards on how to develop and report systematic reviews in Psychology and Health. *International Journal of Clinical and Health Psychology: IJCHP*, 13(1), 49–57.
[https://doi.org/10.1016/s1697-2600\(13\)70007-3](https://doi.org/10.1016/s1697-2600(13)70007-3)
 - Rostami, M., Veisi, N., Jafarian Dehkordi, F., & Alkasir, E. (2014). Social anxiety in students with learning disability: Benefits of Acceptance and Commitment Therapy. *Practice in Clinical Psychology*, 2(4), 277–284.
http://jpcp.uswr.ac.ir/browse.php?a_code=A-10-197-1
 - 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>
 - Taylor, J. A. (1953). A personality scale of manifest anxiety. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 48(2), 285.
 - Thompson, R., & Zuroff, D. C. (2004). The Levels of Self-Criticism Scale: comparative self-criticism and internalized self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 36(2), 419–430. [https://doi.org/10.1016/s0191-8869\(03\)00106-5](https://doi.org/10.1016/s0191-8869(03)00106-5)
 - Trapnell, P.D & Campbell, J.D. (1999). Private self-consciousness and the five-factor model of personality: distinguishing rumination from reflection. *Journal of personality and social Psychology*, 76, 284-304
 - Treadwell, T., Laverture, N., Kumar V.K., & Veeraraghavan, V. (2002). The group cohesion scale- revised: reliability and validity. *International journal of action Methods*. 54, 3-11.

- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V., & Stanley, M. A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment*, 1(1), 35–40. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.1.1.35>
- Urrútia, G., & Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina clínica*, 135(11), 507–511. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.01.015>
- Walach, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V., Kleinknecht, N., & Schmidt, S. (2006). Measuring mindfulness: the Freiburg mindfulness inventory (FMI). *Personality and Individual Differences*, 40, 1543 - 1555.
- Watson, D., & Clark, L. A. (1991). The Mood and Anxiety Symptom Questionnaire. Unpublished manuscript, Department of Psychology, University of Iowa, Iowa City
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063–1070. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.54.6.1063>
- Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33(4)

Anexos

Anexo 1. Estrategias de búsqueda

**PsycINFO (EBSCO)- PsycArticles (EBSCO)- Dialnet - Wos- Scopus- Medline
- EbscoHost- Google Académico**

("social anxiety disorder" OR "social anxiety" OR "social phobia" OR "ansiedad social" OR "fobia social" OR "trastorno de ansiedad social") AND ("acceptance and commitment therapy" OR "ACT", "aceptación y compromiso" OR "terapia de aceptación y compromiso") AND ("Randomized Controlled Trial" OR "Asignación aleatoria" OR "ensayo controlado aleatorizado" OR "Randomized" OR "ECA")

Anexo 2. Criterios de selección

Población:

- Personas con Trastorno de Ansiedad Social o Fobia Social diagnosticadas según criterios de DSM-IV o DSM V.
- Población mayoritariamente con altas puntuaciones en escalas de Ansiedad Social.
- Personas con predisposición a tener Trastorno de Ansiedad Social.

Intervención:

- ACT

Comparador:

- TCC
- Grupo control no tratamiento

Medidas de resultado:

- Disminución de la sintomatología de la Fobia Social.

Anexo 3. Estudios excluidos y motivos de exclusión

| Referencia del artículo | Motivo de exclusión |
|---|------------------------|
| Ossman, W. A., Wilson, K. G., Storaasli, R. D., & McNeill, J. W. (2006). A preliminary investigation of the use of Acceptance and Commitment Therapy in a group treatment for social phobia. | Diseño |
| Codd, R. T., III, Twohig, M. P., Crosby, J. M., & Enno, A. (2011). Treatment of three anxiety disorder cases with acceptance and commitment therapy in a private practice. <i>Journal of Cognitive Psychotherapy</i> , 25(3), 203–217. https://doi-org.accedys2.bbtk.ull.es/10.1891/0889-8391.25.3.203 | No disponible completo |
| Ivanova, E., Lindner, P., Ly, K. H., Dahlin, M., Vernmark, K., Andersson, G., & Carlbring, P. (2016). Guided and unguided Acceptance and Commitment Therapy for social anxiety disorder and/or panic disorder provided via the Internet and a smartphone application: A randomized controlled trial. <i>Journal of Anxiety Disorders</i> , 44, 27–35. https://doi-org.accedys2.bbtk.ull.es/10.1016/j.janxdis.2016.09.012 | Tema |
| Burklund, L. J., Torre, J. B., Lieberman, M. D., Taylor, S. E., & Craske, M. G. (2017). Neural responses to social threat and predictors of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy in social anxiety disorder. <i>Psychiatry Research: Neuroimaging</i> , 261, 52–64. https://doi-org.accedys2.bbtk.ull.es/10.1016/j.psychresns.2016.12.012 | Medidas de resultado |
| 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. <i>Trends in Psychiatry and Psychotherapy</i> , 42(1), 30–38. https://doi-org.accedys2.bbtk.ull.es/10.1590/2237-6089-2019-0003 | Diseño |

Anexo 3. Estudios excluidos y motivos de exclusión (Cont.)

| Referencia del artículo | Motivo de exclusión |
|--|------------------------|
| <p>Arch, J. J., Eifert, G. H., Davies, C., Vilardaga, J. C. P., Rose, R. D., & Craske, M. G. (2017). Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. In B. A. Gaudiano (Ed.), <i>Mindfulness: Clinical applications of mindfulness and acceptance: Specific interventions for psychiatric, behavioural, and physical health conditions.</i>, Vol. III. (pp. 49–82). Routledge/Taylor & Francis Group</p> | Tema |
| <p>Dalrymple, K. L., & Herbert, J. D. (2007). Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder: A pilot study. <i>Behavior Modification</i>, 31(5), 543–568. https://doi-org.accedys2.bbtck.uill.es/10.1177/0145445507302037</p> | No disponible completo |
| <p>England, E. L., Herbert, J. D., Forman, E. M., Rabin, S. J., Juarascio, A., & Goldstein, S. P. (2012). Acceptance-based exposure therapy for public speaking anxiety. <i>Journal of Contextual Behavioral Science</i>, 1(1–2), 66–72. https://doi-org.accedys2.bbtck.uill.es/10.1016/j.jcbs.2012.07.001</p> | No disponible completo |
| <p>Glassman, L. H., Forman, E. M., Herbert, J. D., Bradley, L. E., Foster, E. E., Izzetoglu, M., & Ruocco, A. C. (2016). The Effects of a Brief Acceptance-Based Behavioral Treatment Versus Traditional Cognitive-Behavioral Treatment for Public Speaking Anxiety: An Exploratory Trial Examining Differential Effects on Performance and Neurophysiology. <i>Behavior Modification</i>, 40(5), 748–776. https://doi.org/10.1177/0145445516629939</p> | No disponible completo |

Anexo 3. Estudios excluidos y motivos de exclusión (Cont.)

| Referencia del artículo | Motivo de exclusión |
|---|---------------------|
| Block, J. A., y Wulfert, E. (2000). Acceptance or change: Treating socially anxious college students with ACT or CBGT. <i>The Behavior Analyst Today</i> , 1, 3-10. | Diseño |
| Kocovski, N. L, Fleming, J. E., y Rector, N. A. (2009). Mindfulness and AcceptanceBased Group Therapy for Social Anxiety Disorder: An open trial. <i>Cognitive and Behavioral Practice</i> , 16, 276-289 | Diseño |
| Boersma, K., Håkanson, A., Salomonsson, E., & Johansson, I. (2015). Compassion focused therapy to counteract shame, self-criticism and isolation A replicated single case experimental study for individuals with social anxiety. <i>Journal of Contemporary Psychotherapy: On the Cutting Edge of Modern Developments in Psychotherapy</i> , 45(2), 89–98. https://doi-org.accedys2.bbtb.ull.es/10.1007/s10879-014-9286-8 | Intervención |
| Accardo, M. S. (2021). DBT interpersonal effectiveness skills as social anxiety intervention in college students [ProQuest Information & Learning]. In <i>Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering</i> (Vol. 82, Issue 3–B). | Intervención |
| Codd, R. T., III, Twohig, M. P., Crosby, J. M., & Enno, A. (2011). Treatment of three anxiety disorder cases with acceptance and commitment therapy in a private practice. <i>Journal of Cognitive Psychotherapy</i> , 25(3), 203–217. https://doi-org.accedys2.bbtb.ull.es/10.1891/0889-8391.25.3.203 | Tema |
| Brady, V. P., & Whitman, S. M. (2012). An acceptance and mindfulness-based approach to social phobia: A case study. <i>Journal of College Counseling</i> , 15(1), 81– | Diseño |

Anexo 3. Estudios excluidos y motivos de exclusión (Cont.)

| Referencia del artículo | Motivo de exclusión |
|--|---------------------|
| <p>96. https://doi-org.accedys2.bbtck.ull.es/10.1002/j.2161-1882.2012.00007.x</p> | |
| <p>Norton, A. R., Abbott, M. J., Norberg, M. M., & Hunt, C. (2015). A systematic review of mindfulness and acceptance-based treatments for social anxiety disorder. <i>Journal of Clinical Psychology, 71</i>(4), 283–301. https://doi-org.accedys2.bbtck.ull.es/10.1002/jclp.22144</p> | Diseño |
| <p>Rezaei, F., & Ramaghani, N. A. H. (2018). Experiential avoidance and cognitive emotion regulation strategies as the mediators in the relationship between mindfulness and social anxiety disorder symptoms. <i>Journal of Practice in Clinical Psychology, 6</i>(2), 63–72. https://doi-org.accedys2.bbtck.ull.es/10.29252/nirp.jpcp.6.2.63</p> | Intervención |
| <p>Rezaei, F., & Ramaghani, N. A. H. (2018). Experiential avoidance and cognitive emotion regulation strategies as the mediators in the relationship between mindfulness and social anxiety disorder symptoms. <i>Journal of Practice in Clinical Psychology, 6</i>(2), 63–72. https://doi-org.accedys2.bbtck.ull.es/10.29252/nirp.jpcp.6.2.63</p> | Intervención |
| <p>Hjeltnes, A., Moltu, C., Schanche, E., Jansen, Y., & Binder, P. (2019). Facing social fears: How do improved participants experience change in mindfulness-based stress reduction for social anxiety disorder? <i>Counselling & Psychotherapy Research, 19</i>(1), 35–44. https://doi-org.accedys2.bbtck.ull.es/10.1002/capr.12200</p> | Intervención |