

DOI: <https://doi.org/10.46296/gt.v4i8edesp.0035>

## ANSIEDAD SOCIAL: INTERVENCIÓN DESDE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO A PROPÓSITO DE UN CASO

## SOCIAL ANXIETY: INTERVENTION FROM ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY ABOUT A CASE

Ponce-Alencastro Jhon Alexander <sup>1</sup>; Arredondo-Aldana Karina <sup>2</sup>;  
Mera-Posligua Mauro Julio <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Estudiante de la Maestría Académica con Trayectoria de Investigación en Psicología, Mención Psicoterapia. Instituto de Posgrado de la Universidad Técnica de Manabí, UTM. Portoviejo, Ecuador. Correo: jhon.ponce@utm.edu.ec. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3666-7865>

<sup>2</sup> Estudiante de la Maestría Académica con Trayectoria de Investigación en Psicología, Mención Psicoterapia. Instituto de Posgrado de la Universidad Técnica de Manabí, UTM. Portoviejo, Ecuador. Correo: karyarredondoaldana@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9874-6657>

<sup>3</sup> Estudiante de la Maestría Académica con Trayectoria de Investigación en Psicología, Mención Psicoterapia. Instituto de Posgrado de la Universidad Técnica de Manabí, UTM. Portoviejo, Ecuador. Correo: mjmera95@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9560-6395>

### Resumen

El trastorno de ansiedad social (TAS) es un cuadro de gran activación cognitiva, emocional y física, que una persona padece como respuesta defensiva ante el intenso miedo de sentirse discriminado y humillado en su entorno social. Debido a la pobre valoración que tiene sobre sí mismo y el temor de ser evaluado por el otro, resultando en una constante evitación que consolida la ansiedad en una firme posición de no exponerse a situaciones sociales displacenteras. En el siguiente trabajo se presenta el caso de un paciente de 45 años con un diagnóstico de ansiedad social. Se aplicó un tratamiento de 12 sesiones individuales basadas en la terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). En los resultados se ha logrado cumplir con los objetivos terapéuticos centrados en la reducción de los niveles de ansiedad y de fobia social, aumentando la flexibilidad psicológica y disminuyendo la evitación experiencial. Finalmente se discuten las implicaciones clínicas del caso para la investigación y la práctica de esta terapia en los trastornos de ansiedad social.

**Palabras clave:** trastorno de ansiedad social fobia social, terapia de aceptación y compromiso, análisis funcional, evitación.

### Abstract

Social anxiety disorder is a picture of great cognitive, emotional and physical activation, which a person suffers as a defensive response to the intense fear of feeling discriminated against and humiliated in their social environment. Due to the poor assessment he has of himself and the fear of being evaluated by the other, resulting in a constant avoidance that consolidates anxiety in a firm position of not exposing himself to unpleasant social situations. The following work presents the case of a 45-year-old patient with a diagnosis of social anxiety. A treatment of 12 individual sessions based on Acceptance and Commitment (ACT) therapy was applied. In the results, it has been possible to meet the therapeutic objectives focused on reducing levels of anxiety and social phobia, increasing psychological flexibility and decreasing experiential avoidance. Finally, the

#### Información del manuscrito:

**Fecha de recepción:** 13 de julio de 2021.

**Fecha de aceptación:** 27 de septiembre de 2021.

**Fecha de publicación:** 12 de noviembre de 2021.

clinical implications of the case for the research and practice of this therapy in social anxiety disorders are discussed.

**Keywords:** social anxiety disorder, social phobia, acceptance and commitment therapy, functional analysis, avoidance.

## 1. Introducción

Para empezar, es importante destacar que la ansiedad es una experiencia inherente a la vida humana, teniendo como finalidad contribuir a la adaptación y el mejoramiento del rendimiento cotidiano; así mismo, esta experiencia tiene diferentes matices de carácter subjetivo, llegando también, a ser una de las principales causas de sufrimiento mental.

Según informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre 1990 y el 2013, el número de personas con depresión o ansiedad aumentó en cerca de un 50 %, pasando de 416 a 615 millones y cerca de un 10 % de la población mundial afectada, lo cual representa un 30 % de la carga mundial de enfermedad no mortal con un 24 % de la prevalencia y el 43% de discapacidades, pudiendo ser mayor en países de ingresos bajos y medios, respectivamente (Torres, 2018).

En el 2015, la proporción de la población mundial con trastornos de ansiedad fue de 3,6 % y para el 2020 ha sido evidente que durante la fase inicial de la pandemia de COVID-19 fue común la presencia de ansiedad en la población general. Repercutiendo sobretodo, en el personal de salud, especialmente en médicos, enfermeras y en quienes trabajan directamente con casos sospechosos o confirmados de COVID-19 (Huarcaya, 2020).

Es así que la pandemia de la COVID – 19 ha sido percibida como una amenaza real a la vida, activando todos nuestros medios existenciales. Emergiendo la ansiedad ante la muerte como una reacción emocional producida por la percepción de señales de amenazas, reales o imaginadas. Algo que normalmente puede aparecer en los contextos de pandemias como la actual (Brooks et al., 2020).

De manera que ante los efectos psicológicos de la pandemia de

COVID-19, a esta se la ha podido considerar un verdadero problema de salud mental pública emergente, por lo que su atención debe estar enfocada en los límites de la interacción social para evaluar el impacto psicosocial que ha generado (Galindo et al., 2020).

Entrando en contexto, los trastornos de ansiedad están clasificados como el sexto factor que contribuye a la pérdida de salud sin consecuencias mortales a nivel mundial y figura entre las diez causas principales de años vividos con discapacidad en todas las regiones de la OMS. Del mismo modo que en el caso de la depresión, los trastornos de ansiedad son más comunes en las mujeres que en los hombres (OPS, 2017).

La ansiedad va convirtiéndose en un sentimiento de malestar desagradable, generalmente de causa desconocida para el paciente. Pudiendo generalizarse en una respuesta rígida, que paraliza al sujeto, el cual experimenta desasosiego, inquietud, insatisfacción y expectación acompañada, de inhibición y/o evitación constante (Bulacio, 2018).

Dentro de los trastornos de ansiedad, tenemos al trastorno de ansiedad social (TAS) también conocido como fobia social (FS), que obedece a un gran grupo de alteraciones que se caracterizan por comportamientos de tipo anticipatorios hacia un posible daño real posterior o imaginario, que se acompaña de exageradas respuestas de tipo fisiológicas, cognitivas y conductuales. En las que el sujeto se ve expuesto a personas que no son del ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás; temiendo actuar de una manera humillante o vergonzosa y/o mostrar síntomas de ansiedad (APA, 2016).

Estas respuestas obedecen más a las preocupaciones sociales, a la hora de predecir la tendencia general a preocuparse a estímulos indicadores de peligro, que derivan de la percepción sesgada de falta de control sobre los eventos futuros, produciendo considerable desajustes personales y psicosociales (Quintero, 2015).

De manera que la persona teme ser observada, actuar de un modo que sea humillante o mostrar respuestas de ansiedad que también resulten

embarazosas. Estas situaciones sociales temidas se evitan o se soportan con ansiedad, llegando incluso a provocar ataques de pánico (Ortega et al., 2012).

Puede acompañarse o no de agorafobia; siendo esto una experiencia subjetiva de quedar atrapado en una situación de la que sería difícil escapar si volvería a presentar una amenaza su integridad. En la agorafobia se incluyen no solo los temores a lugares abiertos, sino también otros relacionados con ellos, como temores a las multitudes y a la dificultad para poder escapar inmediatamente a un lugar seguro (Fernández et al., 2012).

De acuerdo a Rebok y Marchant (2019) la ansiedad anticipatoria invade al paciente antes de enfrentar la situación temida, motivo por el cual éste registra su propia activación autonómica y ésta hace que el paciente piense que el ambiente lo está evaluando en forma negativa al poder el auditorio registrar sus síntomas de ansiedad.

Por lo general, se registra un antecedente temprano en la niñez o adolescencia de un síndrome de inhibición comportamental, que

posteriormente se acompaña de muchas fobias sociales, que pueden condicionar al sujeto a una desesperanza crónica, con aislamiento social y gran deterioro que lleva a la incapacidad funcional (Rebok & Marchant, 2019).

La FS provoca una gran interferencia en la vida de las personas en el área social, laboral, económica y personal al punto de que quienes la sufren reconocen el temor como excesivo o irracional. Existiendo a nivel mundial ligeramente más mujeres con FS que hombres, exponiéndose la desigualdad de género como un posible factor influyente debido a que socialmente se percibe al rol masculino como seres socialmente dominantes y el rol femenino como más introvertido y tímido y por lo tanto podría ser esta la razón de que pasa más tiempo dentro de su hogar y esto podría normalizarse (APA, 2016) (Flores, 2019).

La causa de la FS es múltiple, implica sistemas que controlan la respuesta al miedo en la corteza prefrontal y temporal y sus conexiones con el hipocampo y la amígdala, también se ha relacionado al sistema de noradrenalina, e incluso se la ha vinculado con el

temperamento inhibido en etapas infantiles (Vicuña, 2016).

Desde un modelo neurobiológico se identifica el tronco cerebral, específicamente, el locus coeruleus, como el centro generador de la crisis de ansiedad, convirtiéndose el sistema límbico en la zona donde se ubicaría la ansiedad anticipatoria (Gómez, 2012).

Pero hay que considerar que algunas estructuras centrales del sistema límbico como el hipocampo está menos implicado en las emociones, mientras circuitos que vinculan otras partes del cerebro, sobre todo los lóbulos prefrontales con la amígdala son más centrales, sobre todo en el cortex prefrontal en el que se originarían las conductas de evitación (Goleman, 2017) (Gómez, 2012).

En esta línea de teórica es importante acotar que el temor generado por la FS, no está puesto en un objeto sino en la evaluación que el otro puede pensar de él según las propias capacidades cognitivas, intelectuales, de razonamiento y conocimiento con las que cree contar. Así mismo tiene una pobre valoración de la imagen de sí mismo

y piensa que el otro lo va a valorar negativamente, por lo cual tiende a evitar, siendo esa evitación la que consolida el síntoma ansioso y conserva la tendencia a no exponerse, por lo tanto no logra desarrollar habilidades sociales, creándolas a medias y poder contar con lo que puede (Bulacio, 2018).

Estudios epidemiológicos señalan que se trata de un trastorno de inicio temprano y que presenta un curso crónico si no es tratado a tiempo, debido a que muchas investigaciones han informado que niños de tan sólo ocho años de edad ya cumplen criterios diagnósticos para este trastorno, y es en la adolescencia cuando se produce una mayor madurez cognitiva y también un incremento en los miedos a la evaluación social, en comparación con los niños. Lo que explicaría su detección entre los 12 y 17 años de edad como etapa inicial. Más allá de estas aseveraciones a medida que el niño adquiere la FS, esta es continua, pudiendo continuar durante toda la vida (García, 2013).

En cuanto al diagnóstico debemos tener presente las características que posee la FS sobre todo en su componente social descartando

otras patologías que generen sintomatología similar, y la alta comorbilidad con otros trastornos psicológicos, tanto en adultos como en niños y adolescentes, haciendo referencia a las conductas adictivas como una respuesta ante un entorno hostil, citando al acoso escolar especialmente de niños y adolescentes, donde la evitación de una situación que pueda ridiculizarlo, así como el juicio de los otros, pueden influir en recurrir a la ingesta de alcohol y los fármacos sedantes para aliviar el componente anticipatorio de este trastorno de ansiedad, hecho que a veces da lugar al abuso de sustancias psicotropas (Campo & Aparicio, 2017).

Así mismo pueden ser vistos como un ritual, un medio de comunicación, para que, el sujeto padeciente de este trastorno desarrolle un perfil suicida, para finalmente utilizar estos componentes culturales de despedida en armar su propio funeral (García, 2013).

Sin distanciarnos del tema que nos convoca, una anamnesis y exploración psicopatológica adecuada junto a los criterios diagnósticos del DSM V (APA, 2016)

van a darnos una clasificación categorial de síntomas para FS que incluyen:

A. 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.

B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente.

C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.

D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.

E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.

G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en los social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.



H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia ni a otra afección médica.

I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental como el trastorno de pánico.

J. Si existe otra afección médica el miedo, la ansiedad o la evitación está claramente no relacionada o es excesiva.

En referencia a los tratamientos psicológicos eficaces para la FS la mayor parte de las intervenciones exitosas y con mayor argumentación científica basada en resultados ha sido el enfoque cognitivo conductual, tomando como referencia los tratamientos basados en la evidencia recogidos por la Asociación Americana de Psicología, tanto en su división 12 (para adultos), llamada Sociedad de Psicología Clínica, como en su división 53 (para niños y adolescentes) denominada Sociedad de Psicología Clínica Infantil y Adolescente. (García, 2013).

La terapia cognitiva conductual (TCC) ayuda a los pacientes a identificar y a evaluar sus pensamientos y comportamientos disfuncionales y a actuar en consecuencia. Para este cometido se sirve de una variedad de técnicas para cambiar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta.

En referencia a esto, Beck (2011) postula que la terapia cognitiva conductual (TCC) tiene los siguientes principios:

- Se fundamenta en una formulación dinámica del paciente y sus problemas planteada en términos cognitivos.
- Requiere de una sólida alianza terapéutica.
- Enfatiza la colaboración y la participación activa.
- Está orientada hacia objetivos y centrada en problemas determinados.
- La terapia cognitiva inicialmente destaca el presente.
- Es educativa, tiene por objeto enseñar al paciente a ser su propio terapeuta y pone énfasis en la prevención de las recaídas.

- La terapia cognitiva tiende a ser limitada en el tiempo.
- Las sesiones de terapia cognitiva son estructuradas.

Esta terapia se orienta a modificar los pensamientos catastróficos del paciente, preparándolo para que pueda asimilar los síntomas que se le van a presentar, manteniendo la calma y sin exagerar ni aventurar interpretaciones, brindando el soporte necesario para sobrellevar y superar este trastorno (Escobar & Uribe, 2014).

Es así que sistemáticamente se encuentran cambios funcionales y morfológicos normalizadores tras la TCC en regiones corticales, principalmente prefrontales, cuyo cambio en los niveles de activación se asocia normalmente a un mayor control cognitivo de pensamientos, conductas y emociones negativas sobredimensionadas en los pacientes. También se dan cambios normalizadores en estructuras límbicas y de procesamiento emocional, relacionadas con la fisiopatología de la ansiedad con diferencias entre trastornos específicos. (Moreno, 2016)

Las principales técnicas que los tratamientos multicomponentes cognitivo-conductuales han incluido son la reestructuración cognitiva combinada con exposición, la desensibilización sistemática, el entrenamiento en habilidades sociales y las técnicas cognitivas Clark y Wells (Prieto, 2015) (Peyre et al., 2016).

Consecuentemente la TCC ha dado paso a terapias cada vez más sistematizadas, con posibilidad de ser más breves y sobre todo evidenciándose efectos a corto, mediano y largo plazo, manteniéndose de tres a seis meses después del final de la intervención, lo que confirma la efectividad de la TCC en el tratamiento de la FS (Principe et al., 2019).

En este sentido la tercera generación de las terapias cognitivas conductuales, aportan un sinnúmero de técnicas que no solo buscan la evitación y reducción de los síntomas, sino que facilita al paciente los recursos para que en forma responsable elija y acepte aquellos eventos que lo llevan a actuar de una manera que le ha sido contraproducente.



Por lo que la terapia de aceptación y compromiso (ACT) de Hayes, Stroschal y Wilson (1999) constituye una terapia de tercera generación dentro del modelo cognitivo conductual, que no se centra en la eliminación de los síntomas cognitivos para así alterar la conducta del paciente, sino que se orienta a la modificación de su función a través de la alteración del contexto en el que estos síntomas cognitivos resultan problemáticos (M. Luciano & Valdivia, 2006).

Estos contextos representan las condiciones necesarias para evaluar los eventos externos, así como, el propio comportamiento, como reacciones normales (aun cuando causen dolor a las personas) o como reacciones anormales y negativas (Vargas & Ramírez, 2012).

La ACT comparte principios filosóficos con la psicoterapia analítica funcional, encuadrándose ambas dentro del movimiento llamado Análisis de la Conducta Clínica, en lo que sería una evolución del análisis funcional de la conducta que toma en consideración las últimas novedades sobre el estudio funcional del lenguaje que constituye uno de los elementos de

trabajo de la ACT (Bermúdez et al., 2010).

Hayes (2004) plantea que la ACT es explícitamente contextualista y se basa en un análisis experimental básico del lenguaje y la cognición humana a través de la teoría del marco relacional. De manera general esta terapia se caracteriza por los siguientes elementos:

- a. Parte de un marco global de referencia sobre las ventajas y desventajas de la condición humana.
- b. Mantiene una filosofía contextual-funcional.
- c. Es coherente con un modelo funcional sobre la cognición y el lenguaje (la Teoría del Marco Relacional).
- d. Sustenta una perspectiva nueva de la psicopatología en la que resulta central el concepto funcional de evitación experiencial destructiva.

Siendo importante explicar el Trastorno de Evitación Experiencial (TEE), como una dimensión funcional que permite explicar el origen y mantenimiento de un amplio número de problemas psicológicos

formalmente diferenciados. Ocurre cuando la persona no está dispuesta a entrar en contacto con experiencias privadas aversivas, que pueden ser pensamientos, sentimientos, recuerdos, y se comporta deliberadamente para alterar la forma o la frecuencia de dichas experiencias, produciendo una importante limitación en la vida personal (Navarro & López, 2013).

De manera que la ACT está específicamente diseñada para alterar el patrón evitador. De acuerdo a su perspectiva funcional, no está orientada a un cambio del contenido psicológico y a la utilización para tal fin de estrategias de control, sino que su objetivo es un cambio del contexto en el que dichos contenidos psicológicos se dan, de modo que se altere la función de esos eventos privados (Schoendorff & Steinwachs, 2013).

Lo que contribuirá a que se de una mayor flexibilidad conductual, puesto que el sujeto no estará condicionado a actuar siempre para evitar y escapar de sus eventos privados desagradables, sino que podrá actuar en dirección a sus valores personales, aún cuando eso conlleve a experimentar mayor malestar a

corto plazo (Hayes et al., 2013). De manera que en vez de luchar contra las emociones, los pensamientos, los recuerdos y las sensaciones aversivas se promueve su aceptación de tal forma que uno esté dispuesto a sentir todo aquello que venga en cada momento (Hayes, 2004).

Teniendo la ACT, como objetivo el desarrollo de la aceptación psicológica, es decir, el estar dispuesto a entrar en contacto con la estimulación aversiva, siempre y cuando hacerlo esté en relación con actuar en una dirección valiosa para la persona (Luciano et al., 2010).

Enseñándole de esta manera, al sujeto, a lidiar con sus asuntos personales y a relacionarse de manera diferente con el inevitable malestar. Favoreciendo el aprendizaje de que los pensamientos, sensaciones, recuerdos, son solo eso y no deben ser considerados como barreras físicas, para tomar perspectivas o distancias en relación a ellos.

## 2. Metodología

### 2.1. Presentación del caso

Para proteger los datos del consultante se han alterado la información personal incluyendo el nombre con la finalidad de impedir la identificación de la persona.

Varón de 44 años de edad casado hace 5 años con su pareja, con quien tiene una niña de 3 años de edad. De su relación cuenta que su esposa ha sido muy paciente con él, debido a su forma de comportarse, de no hablar mucho, de no salir mucho a paseos ni asistir a fiestas. Aun siendo ella paciente, han tenido discusiones a lo largo de estos años en la forma de ser él poco expresivo con ella.

En el área familiar proviene de un hogar conformado por padre y madre actualmente vivos de 72 años y 75 años respectivamente. Comenta que el embarazo de su mamá se desarrolló de manera normal y en cuanto a su nacimiento fue a término, parto vaginal eutócico (sin complicaciones). Recibió lactancia materna hasta cerca de los dos años de edad, y se le aplicaron todas las vacunas según el recuerda.

No refiere enfermedades notables en la infancia y adolescencia.

Su desempeño escolar fue bueno, destacándose como buen alumno en el colegio, lo que hizo que se proyectara a estudiar una carrera universitaria, que no pudo realizarla por cuestión de preferir tener un negocio propio.

A la edad de 18 años empezó a trabajar y eso hizo que fuera teniendo su propio dinero y dedicarse la mayor parte del tiempo a seguir trabajando en el comercio en general, los últimos años se ha dedicado al comercio de ropa.

Respecto a su vida personal él se consideraba una persona eficaz en su trabajo como comerciante de ropa, pero que a raíz de la pandemia sus ventas disminuyeron considerablemente, hasta que decidió quedarse en su casa para evitar algún tipo de contagio. En el área interpersonal siente que ha tenido pocas amistades valiosas, debido a su poca capacidad de entablar vínculos con familiares y en mayor medida con extraños, señalando que ciertas personas que él consideraba amigos lo han defraudado, reconoce que siempre

ha sido reservado en su vida, dedicándose a su trabajo sin pedir dinero a otras personas.

## **2.2. Motivo de consulta**

Acude a consulta externa de salud mental en centro médico particular derivado por médico psiquiatra bajo tratamiento psicofarmacológico con pregabalina, amitriptilina y alprazolam. Este profesional le ha recomendado que debe tener tratamiento psicoterapéutico para que la sintomatología logre disminuir completamente y pueda reducir la medicación debido a ciertos efectos secundarios sobreagregados. En las dos primeras entrevistas se presenta intranquilo, obedece órdenes, mostrando cierto grado de reticencia al responder algunas preguntas sobre todo de su entorno familiar, poco conversador, reservado en temas sobre la relación con su pareja.

## **2.3. Historia del problema**

El inicio de los síntomas se da aproximadamente hace cinco meses, en el contexto de la actual pandemia por Covid 19, con las medidas de distanciamiento establecidas para disminuir los contagios. Empieza a sentir mucho

miedo y angustia, con sensación de ahogos, temblor en el cuerpo, sudor frío y dolor en el estómago. Entonces consulta con su médico de confianza quien lo evaluó en el domicilio prescribiendo unas medicinas que lo aliviaron un poco. Días después seguían las sensaciones de miedo y angustia que no lo dejaban dormir, destacan los pensamientos de que se podía morir durante la pandemia y permanecía despierto en la cama sin poder conciliar el sueño. Lo cual hace que a través de su esposa se ponga en contacto con el psiquiatra mediante telemedicina, siendo atendido, recetándole medicinas que lograron que mejorara un poco sobre todo los síntomas físicos, pero los pensamientos de muerte y las angustias iban y venían muchas veces con mucha intensidad.

El reconoce que la medicación le ayudaba a reducir el miedo y temblores en el cuerpo, sin embargo, no lograba estar tranquilo. Esto lo desespera, poniéndolo triste, debido a que su percepción de la intensidad del problema fluctúa a lo largo de las semanas e incluso a lo largo de un mismo día, sin lograr identificar a qué se deben estas variaciones. A nivel de antecedentes previos recuerda

que a los 17 años tuvo problemas de insomnio porque se preocupaba mucho por su futuro, quería ser independiente y no ser mantenido por sus padres. Lo que requirió tratamiento psiquiátrico, el cual fue interrumpido por falta de interés de sus padres. Desde entonces no había tenido ningún otro episodio hasta los actuales momentos.

Ambos padres tienen una buena relación, el papá tiene una relación enfocada en su hijo mayor, este a su vez tiene mayor cercanía con el paciente, quien tiene una mayor afinidad con su madre. Los dos hermanos menores tienen relación normal con los demás miembros de la familia y entre ellos hay una mayor cercanía. Actualmente vive con su esposa en la misma casa, pero en habitaciones separadas desde que el empezó con su situación actual.

#### **2.4. Procedimiento**

Se llevaron a cabo dos entrevistas clínicas semi – dirigidas presenciales en el consultorio del centro médico privado, solo sin la presencia de familiares, acude a la consulta derivado por médico psiquiatra y no por voluntad propia.

El paciente se ubica en posición sentado con presentación desprolija, higiene cuidada, forma de vestir adecuada para la consulta. Vigil, orientado auto y alopsíquicamente, niega hábitos perniciosos.

Presenta aspecto psíquico inhibido con actitud de lentitud en sus expresiones, leve amimia, colaborador pasivo con cierta reticencia a la entrevista. Actitud pasiva durante toda la entrevista, teniendo el entrevistador que dirigir la mayor parte de la misma. Una vez realizada la historia clínica y el respectivo examen mental destacando elementos psicopatológicos como hiperprosexia, bradipsiquia, ideas fóbicas, hipomnesia, hipertimia displacentera, hipobulia y juicio debilitado.

Se realiza la agrupación sindrómica para el diagnóstico diferencial de la siguiente manera:

- Síndrome ansioso.
- Síndrome fóbico.
- Síndrome de somatización.
- Trastorno de personalidad por evitación.

De los síndromes mencionados se llega al diagnóstico presuntivo de trastorno de ansiedad social o fobia social (F40.10) de acuerdo a la presentación psicopatológica del miedo irracional ante situaciones sociales que involucran la valoración del otro, ante las cuales, el sujeto se comporta de forma evitativa y ansiosa, lo que le dificulta la interacción con otras personas, a tal punto que puede influir de manera discapacitante en su vida cotidiana.

Paralelamente se administró una batería de pruebas con los siguientes elementos:

- Inventario de ansiedad de Beck (BAI), es un instrumento psicométrico que mide la variable ansiedad mediante 21 reactivos. Al aplicarse, se pide al consultante que indique cuánto han sido afectados por una serie de síntomas durante la última semana. La calificación se hace a través de una escala tipo Likert de 0 a 3, donde 0 significa la ausencia del síntoma y 3 su severidad máxima. El puntaje total se obtiene de la suma de cada uno de los reactivos, siendo 0 el puntaje mínimo y 63 el máximo.

(Guillén Díaz-Barriga & González-Celis Rangel, 2018)

- Escala de Fobia Social (SPS), es un instrumento que contiene 17 ítems de los cuales miden ansiedad social en cuatro contextos: presencia de extraños, figuras de autoridad, personas del sexo opuesto y gente en general. (García-López et al., 2003)
- Escala de ansiedad ante la interacción social (SIAS), está integrada por 20 ítems tipo Likert con un rango de respuesta de cinco puntos (de cero a cuatro). De sus 20 ítems, 17 están redactados en forma positiva para dar cuenta de ansiedad social, mientras que los otros tres están redactados en sentido inverso (ítems 5, 9 y 11). Mayores puntuaciones en el SIAS-20 reflejan mayor ansiedad social. (De la Rubia et al., 2013)

Los instrumentos antes mencionados se han evaluado en dos momentos separados entre sí por una semana y media variando el orden de aplicación, manteniendo siempre los más extensos en sesiones separadas. Cada sesión fue de sesenta minutos en frecuencia de dos sesiones a la



semana, para lo que ya se ha acordado un programa psicoterapéutico de tres meses con un total de veinte y cuatro sesiones, presentándose los resultados de las primeras doce sesiones.

Encontrando cambios significativos en las puntuaciones de los instrumentos de evaluación de la ansiedad social, logrando

acercarnos al objetivo terapéutico inicial de reducir los niveles de ansiedad y de fobia social así como la evitación experiencial, al salir de su domicilio acudiendo al centro médico para realizar sus sesiones de psicoterapia, mostrando más predisposición a hablar de lo que le va sucediendo día a día.

**Tabla 1.** Resultados de la batería de pruebas

RESULTADOS DE LA BATERÍA DE PRUEBAS					
Instrumento	Subescala	Puntuación inicial	Fecha	Puntuación control	Fecha
BAI	Ansiedad Severa	39	5/10/2020	24	19/10/2020
SPS	Fobia Social	54	5/10/2020	46	21/10/2020
SIAS	Ansiedad Social	49	7/10/2020	42	21/10/2020

Con respecto a esto la verbalización de las angustias, de las situaciones vinculadas con ellas y de las fantasías derivadas posibilitan establecer un vínculo con palabras y expresiones verbales que pueden ser manejadas de modo más objetivo que aquellas tormentas emotivas que conmueven al paciente, dejándolo sin palabras y tal vez impactando al psicoterapeuta, lo cual podría llegar a perturbar la relación terapéutica establecida. Por

lo tanto el poner en palabras su sufrimiento para procesarlo de una manera que pueda afrontarlo va siendo uno de los resultados del proceso terapéutico establecido. (Insua & Musacchio, 2006)

## 2.5. Análisis funcional

El problema actual del paciente parece iniciarse al poco tiempo de iniciarse el estado de excepción con el distanciamiento obligatorio por la pandemia de Covid 19. Ante esta situación empieza a tener

pensamientos de muerte y la sensación de angustias que iban y venían muchas veces con mucha intensidad, las cuales van dominando cada vez más espacio en su mente.

Siente ansiedad en forma de presión en el pecho y dificultades para respirar. Atendiendo a estas descripciones que él hace, desde el análisis funcional se plantea que los pensamientos actúan como estímulos antecedentes que disparan las respuestas emocionales de ansiedad.

La respuesta de ansiedad empieza a extenderse a otros estímulos relacionados de tal forma que se condicionan estímulos como el alejarse de las demás personas por miedo a contagiarse, pero también por un antecedente ya preexistente de ansiedad social, por lo manifestado sobre lo difícil que le resulta entablar amistad con desconocidos, el no concurrir a fiestas y el no poder ser expresivo con su esposa.

Al explorar el tema con él se comprueba que las dudas sobre su propia capacidad de hablar con otras personas son estímulos especialmente potentes y generan

respuestas intensas de miedo y angustia que van a permitir conductas de evitación, autovaloración negativa y aumento de atención en respuestas corporales como el temblor del cuerpo, la sudoración fría, el dolor del estómago y la dificultad para conciliar el sueño. De esta manera se plantea que el temor a que le pase lo peor lo asocia con los pensamientos de muerte, los que actúan como estímulo no condicionado, generando respuestas propias de ansiedad asociadas con la respuesta del miedo.

El paciente continúa con estrategias de evitación como el no salir de su domicilio y sobre todo de la habitación en la cual se encerró desde hace 5 meses, y al pasar por su mente el tener que salir y estar en contacto con otras personas con las que tendrá que hablar o lo miraran para emitir juicios sobre el, le hace de nuevo aparecer una situación generadora de ansiedad a lo que responde con nuevas conductas de evitación. Prefiriendo quedarse encerrado sin que nadie lo mire, ni le hable, con esto se siente aliviado, porque se anticipa de esta manera a

no sentir ansiedad, con lo cual se reforzará su conducta de forma negativa.

Otro recurso que utiliza el paciente como estrategia de evitación es el uso de la medicina, la cual, a pesar de no calmar por completo sus síntomas, puede la somatización superarse, dándole una falsa sensación de control de la ansiedad. Pero los síntomas psicológicos sobre todo los pensamientos hacen presencia por las noches, distrayéndolo y esperanzado de tomar medicación, lo hace caer en una situación de ansiedad porque no logra conciliar el sueño alterando su estado de ánimo, sumiéndolo en conductas negativistas y autopercepciones peyorativas.

En este caso se puede evidenciar un patrón de evitación experiencial con inflexibilidad psicológica en la medida en que, ante la experiencia adversa como el miedo o los pensamientos de muerte, va a responder de manera rígida con conductas de evitar exponerse ante las demás personas, estar en contacto con ellas y emitir algún comentario, todo lo cual tiene un principio económico de reducir el sufrimiento. Por lo tanto, como la

hipótesis más acorde se plantea que el paciente utiliza la estrategia de evitación experiencial como una forma de regular este sufrimiento, obteniendo un refuerzo negativo que evita pasar por una situación de vulnerabilidad.

Este tipo de comportamientos obedecen a reglas verbales, que sigue como un instructivo de presentar el comportamiento de evitación como una solución adecuada para afrontar los eventos internos que lo pueden desestabilizar. Estas reglas verbales de lo que se ha podido hablar en las sesiones, son "mientras no salgas no pasa nada" "controla tus palabras y controlaré mi angustia" y "como estamos en pandemia vivir encerrado ya es normal". Así mismo el refuerza estas palabras al darle cierto grado de coherencia pensando que está haciendo lo correcto, luchando contra aquello que lo incomoda y lo hace sufrir.

De acuerdo a lo analizado en el caso, se plantea desde la ACT aquellas hipótesis más relevantes, como aquellas que mantienen el sufrimiento y hacia las que se va a orientar el plan psicoterapéutico, con el objetivo de abordar la evitación

experiencial de ciertos estados emocionales que están causando en el paciente una lucha infructuosa que amplia progresivamente su

problema a más áreas de su vida como la relación con su pareja y su familia.

## 2.6. Plan psicoterapéutico

**Tabla 2.** Plan psicoterapéutico.

Sesiones realizadas	Objetivo	Técnica	Instrumento	Observaciones
1 2	Establecer una línea de base mediante la evaluación de los síntomas del consultante.	-Entrevista Clínica.  -Batería psicométrica.	-Historia clínica  -Inventario de Ansiedad de Beck  -Escala de Fobia Social.  -Escala de Ansiedad ante la Interacción Social.	-Ansiedad social.  -Evitación experiencial.  -Contextos verbales erróneos.  -Consentimiento informado.  -Encuadre.
3 4	Abordaje del sufrimiento.	-Registro de sufrimiento personal.	-Inventario de sufrimiento personal.	-Identificación de pensamientos negativos.
5 6	Afrontar los pensamientos que condicionan el sufrimiento.  Seguimiento de los efectos de la psicoterapia a corto plazo.	- Reestructuración cognitiva.  -Metáfora.  -Batería psicométrica.	-Argumentar con la evidencia de que pasa lo contrario a lo que pensamos que nos hace sufrir.  -Relacionar el sufrimiento posible durante la terapia con la recuperación  -Inventario de Ansiedad de Beck  -Escala de Fobia Social.  -Escala de Ansiedad ante la Interacción Social.	-Disonancia cognitiva.  -Compromiso de acudir a las sesiones sin faltar (afrontar salir de casa)  -Cambios notables en la disminución de: *Ansiedad social. *Evitación experiencial. *Contextos verbales erróneos.
7 8 9 10	-Reconocer eventos, creencias y consecuencias.	Técnica del A – B – C.	-Formulario para autorregistro de evento activador, pensamiento, sentimientos y conductas.  -Registro Diario de Emociones.	-Identifica eventos que activan un pensamiento o distintos pensamientos, generando sentimientos y conductas.

11 12	<p>-Reconocer eventos, creencias y consecuencias.</p> <p>-Generar conciencia de enfermedad y motivación para el cambio.</p>	<p>Técnica del A – B – C.</p> <p>- Psicoeducación.</p>	<p>-Formulario para autorregistro de evento activador, pensamiento, sentimientos y conductas.</p> <p>-Registro Diario de Emociones.</p> <p>-Explicar que es la Ansiedad y como altera los pensamientos.</p>	<p>-Identifica eventos que activan un pensamiento o distintos pensamientos, generando sentimientos y conductas.</p> <p>-Logra ver a la ansiedad como una enfermedad a tratar y no como un castigo a pagar.</p>
----------	---	--	---	--

### 3. Resultados

#### 3.1. Niveles de intervención

##### 3.1.1. Nivel 1

En la primera sesión se realiza la evaluación del caso mediante la entrevista clínica semi dirigida. También se aplican dos instrumentos con el objetivo de valorar el nivel de ansiedad para tener una línea base para ir viendo los progresos en la eficacia del tratamiento. Por un lado se emplea el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y por otro lado se aplica la Escala de Fobia Social (SPS) con esto vamos apreciando el grado de evitación experiencial y las respuestas que le genera estar en situaciones que le hacen vulnerable.

La segunda sesión se dirige a continuar la entrevista clínica y aclarar los objetivos de la

psicoterapia, presentándose el consentimiento informado, al cual se le da lectura en voz alta explicando todo lo que genere dudas en el consultante. Se realiza el encuadre de los servicios proporcionados.

Es importante comentar que cuando llega a consulta, el paciente manifiesta en forma libre y espontánea "He venido a su consulta para que me ayude a motivarme, cambiar mi manera de pensar negativamente, estos pensamientos me distraen constantemente, no me dejan concentrar, me dan angustias y se me quita hasta el sueño en las noches, pero no quiero sentir más cosas feas al hacer terapia"

##### 3.1.2. Nivel 2

A raíz de lo manifestado en la sesión anterior se empieza a trabajar en la tercera y cuarta sesión con un

inventario de sufrimiento personal (Hayes & Smith, 2013) escribiendo aquello que le preocupa y le produce dolor, una vez que completo la lista, pensó durante cuánto tiempo han sido también un problema estos temas. Se organizó esta lista, repasándola y ordenándola con los elementos en función del impacto que han tenido sobre su vida, uniendo con flechas los temas que se fueron relacionando para hacer una lista de situaciones que generan sufrimiento, resaltando el miedo a salir a la calle porque me van a criticar que estoy muy pálido por no recibir sol.

### **3.1.3. Nivel 3**

En la quinta y sexta sesión abordamos el sufrimiento con metáforas como el ejemplo de acudir a un dentista (Wilson & Luciano, 2002), en donde se le comenta que cuando vamos a un dentista se debe trabajar tanto en las piezas dentales sanas como en las dañadas, porque no se arreglará nada si no se siente un poco de malestar, el dentista tocará aquellas piezas para repararlas y mejorar la vida del paciente. De esta manera se empieza a relacionar el sufrimiento que pueda tener durante la terapia

con la recuperación. Posterior a este ejemplo AZC se compromete a asistir a las sesiones sin faltar, lo que conlleva a salir de su casa y exponerse ante los demás.

### **3.1.4. Nivel 4**

Comprende las sesiones séptima, octava, novena y décima, donde se trabajó en el reconocimiento de eventos, creencias y consecuencias a través de la técnica del A – B – C empleando el formulario para autorregistro de eventos activadores, pensamientos, sentimientos y conductas. Identificando a través de esto eventos que activan un pensamiento o distintos pensamientos, generando sentimientos y conductas. (Leahy, 2018)

### **3.1.5. Nivel 5**

Comprende las sesiones once y doce reconociendo eventos, creencias y consecuencias, a través de la técnica del A – B – C antes mencionada. Además se generará conciencia de enfermedad y motivación para el cambio por medio de la psicoeducación explicando que es la ansiedad y como altera los pensamientos. En este nivel se logró identificar eventos que activan un



pensamiento o distintos pensamientos, generando sentimientos y conductas, así mismo se logra ver a la ansiedad como una enfermedad a tratar y no como un castigo a pagar. Recalcando que la psicoeducación es una herramienta que busca que pacientes y familias conozcan la naturaleza de la enfermedad, promoviendo la autonomía, el empoderamiento y la reintegración social. (Godoy et al., 2020)

#### 4. Conclusiones

La ACT se matiza en la experiencia del consultante desde lo subjetivo, siendo esto el principal elemento que pone en marcha el tratamiento psicoterapéutico. Por lo que es primordial destacar que desde la experiencia personal de las vivencias y aquellas estrategias que en este caso el consultante fue desarrollando para evitar exponerse a las situaciones consideradas de riesgo, todo lo cual sirve de material para poder llevar a cabo intervenciones profundas y validadas científicamente en el abordaje sobre todo de los trastornos de ansiedad como el caso que se ha trabajado.

Siendo la situación actual del consultante la que nos proporciona elementos notables para generar cambios en los pensamientos y conductas, flexibilizando las opciones para afrontar las diferentes situaciones problemáticas que previamente acarreaban mucho sufrimiento. Que, si bien es normal y transitable el sufrimiento humano, este también da luces para señalarnos que el paciente está en los límites de lo que moviliza para alcanzar un mejor estilo de vida.

En concordancia con todo esto, el abordaje de un caso de ansiedad social desde el enfoque cognitivo conductual a través de la terapia de aceptación y compromiso, ha permitido conocer una gama de recursos ilimitados para correlacionar las variables subjetivas con los progresos de las intervenciones en cada sesión. Logrando alcanzar el objetivo del estudio de este caso clínico, al evidenciar a través de las pruebas psicométricas, como se van cambiando patrones cognitivos y conductuales en un período de tiempo considerable, que juega a favor de la adherencia terapéutica, estimulando al paciente a seguir

adelante en los objetivos terapéuticos propuestos.

Finalmente debemos tener en cuenta que, al tratarse de un caso particular, quizás este enfoque se limite a resultados extrapolables en poblaciones de mayor tamaño a través de estudios descriptivos y/o correlacionales que sustenten nuevas estrategias de intervención en los trastornos de ansiedad, sobre todo la ansiedad social como se ha planteado en el caso expuesto.

## Bibliografía

- Alcácer, A. (2016). ACT. Psicólogo Barcelona.  
<https://psicologo.barcelona/wp-content/uploads/2016/10/Terapia-de-Aceptaci%C3%B3n-y-Compromiso-ACT-psicologo-barcelona-actuo.pdf>
- APA. (2016). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5a ed rev). American Psychiatric Association.  
[https://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/Spanish\\_DSM5Update2016.pdf](https://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/Spanish_DSM5Update2016.pdf)
- Beck, J. (2011). Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización. Gedisa, S.A.
- Bermúdez, M. Á. L., García, R. F., & Aguayo, L. V. (2010). Intervención en un trastorno depresivo mediante la Psicoterapia Analítica Funcional. *Psicothema*, 22(1), 92-98.
- Brooks, S., Webster, R., Smith, L., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & James, G. (2020). El impacto psicológico de la cuarentena y cómo reducirla: Revisión rápida de las pruebas. *Lancet*, 395, 912-920. <https://doi.org/10.1016/S0140-6736>
- Bulacio, J. (2018). Ansiedad, estrés y práctica clínica. Un enfoque moderno, humanista e integral. (Tercera). AKADIA.
- Campo, L., & Aparicio, M. (2017). Etnografías del suicidio en América del Sur. (Primera). Editorial Universitaria Abya-Yala.
- De la Rubia, J. M., García Cadena, C. H., & Antona Casas, C. J. (2013). Validation of the Social Interaction Anxiety Scale among Mexican College Students. *Pensamiento Psicológico*, 11(1), 27-42.
- Escobar, J., & Uribe, M. (2014). Avances en psiquiatría desde un modelo biopsicosocial (Universidad de los Andes Facultad de Medicina). Ediciones Uniandes-Universidad de los Andes. <https://tinyurl.com/pn999zjr>

- Fernández, O., Jiménez, B., Alfonso, R., Sabina, D., & Cruz, J. (2012). Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *MediSur*, 10(5), 466-479.
- Flores, M. (2019). Intervención de Terapia de Rechazo en Adultos Jóvenes de 21 a 25 años con Ansiedad Social. [Proyecto de investigación, San Francisco de Quito]. <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/8186/1/142116.pdf>
- Galindo, O., Ramírez, M., Costas, R., Mendoza, L., Calderillo, G., & Meneses, A. (2020). Síntomas de ansiedad, depresión y conductas de autocuidado durante la pandemia de COVID-19 en la población general | *Gaceta Médica de México*. *Gaceta Médica Mexicana*, 156, 298-305. <https://doi.org/10.24875/GMM.20000266>
- García, L. (2013). Tratando trastorno de ansiedad social (Primera). Pirámide.
- García-López, L. J., Olivares, J., & Vera-Villaruel, P. E. (2003). FOBIA SOCIAL: REVISIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN VALIDADOS PARA POBLACIÓN DE LENGUA ESPAÑOLA. *REVISTA LATINOAMERICANA DE PSICOLOGÍA*, 35(2), 151-160.
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., & Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: Una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169-173. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.005>
- Goleman, D. (2017). *La Inteligencia Emocional. Por qué es más importante que el cociente intelectual.* (Primera edición Tercera reimpresión). Ediciones B Argentina.
- Gómez, A. (2012). Trastornos de ansiedad. Agorafobia y crisis de pánico. *Farmacia Profesional*, 26(6), 32-39.
- Guillén Díaz-Barriga, C., & González-Celis Rangel, A. L. (2018). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck en adultos asmáticos mexicanos. *Psicología y Salud*, 29(1), 5-16. <https://doi.org/10.25009/pys.v29i1.2563>
- Hayes, S. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S., & Smith, S. (2013). *Sal de tu mente, entra en tu vida.* La

- nueva terapia de aceptación y compromiso. Desclée de Brouwer, S.A.
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (2013). Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. (Segunda, Vol. 2). The Guilford Press. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3635495/>
- Huarcaya, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2), 327-334. <https://doi.org/10.17843/rpme.sp.2020.372.5419>
- Insua, J., & Musacchio, A. (2006). *Psicología Médica Psicosemiología y Psicopatología* (Primera). AKADIA. <https://www.casadellibro.com/libro-psicologia-medica-psicosemiologia-y-psicopatologia/9789875700291/1887860>
- Leahy, R. (2018). *Técnicas de Terapia Cognitiva* (Segunda). AKADIA.
- Luciano, C., Páez, M., & Valdivia, S. (2010). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el consumo de sustancias como estrategia de Evitación Experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(1), 141-165.
- Luciano, M., & Valdivia, M. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (Act). *Fundamentos, características y evidencia*. *Papeles del Psicólogo*, Vol. 27(2), 79-91.
- Moreno, V. (2016). Evidencia de la eficacia de la terapia cognitivo conductual, mediante neuroimagen, en trastornos de ansiedad. Universidad Nacional de Educación a Distancia. <http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/article/view/523/463>
- Navarro, M., & López, M. (2013). Terapias cognitivo conductuales para el tratamiento de los trastornos de personalidad. *Acción Psicológica*, 10(1), 33-44. <https://doi.org/10.5944/ap.10.1.7031>
- OPS. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHO-NMH17005-spa.pdf>
- Ortega, I., López, A. B., & García, C. S. (2012). Un caso de fobia social con predominio de ataques de pánico. *Anuario de Psicología/The UB Journal of Psychology*, 42(2), 231-244.

- Peyre, H., Hoertel, N., Rivollier, F., Landman, B., McMahon, K., Chevance, A., Lemogne, C., Delorme, R., Blanco, C., & Limosin, F. (2016). Latent class analysis of the feared situations of social anxiety disorder: A population-based study. *Depression and Anxiety*, 33(12), 1178-1187. <https://doi.org/10.1002/da.22547>
- Prieto, M. (2015). Eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y de la TCC-Focalizada en el Trauma en Infancia Maltratada. [Tesis de Doctorado, Universidad de Murcia]. <https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/373197/TMPL.pdf?sequence=1>
- Principe, E., Vincelli, F., & Capoderose, G. (2019). Psicoterapia cognitivo-comportamentale di un caso di Fobia Sociale. [EBSCO Industries, Inc.]. *Psicoterapia cognitivo-comportamentale di un caso di Fobia Sociale*. <https://bit.ly/3y9RkeU>
- Quintero, C. (2015). Variables Cognitivas en Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastorno de Ansiedad Generalizada Infantojuvenil [Tesis de Doctorado, Universidad de Málaga]. [https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/12152/TD\\_QUINTERO\\_NAVARRO\\_Carolina.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/12152/TD_QUINTERO_NAVARRO_Carolina.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Rebok, & Marchant. (2019). *Introducción y Semiología Psiquiátrica*. En *Psiquiatría para el estudiante de Medicina*. (Primera, p. 160). Salerno.
- Rebok, Federico; Marchant, Néstor. (2019). *Introducción y Semiología Psiquiátrica*. En *Psiquiatría para el estudiante de Medicina*. (Primera, p. 20). Salerno.
- Schoendorff, B., & Steinwachs, J. (2013). Using Functional Analytic Therapy to train therapists in Acceptance and Commitment Therapy, a conceptual and practical framework. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2-3), 135. <https://doi.org/10.1037/h0100948>
- Torres, Y. (2018). Costos asociados con la salud mental. *Revista Ciencias de la Salud*, 16(2), 182-187.
- Vargas, L., & Ramírez, R. (2012). Terapia de aceptación y compromiso: Descripción general de una aproximación con énfasis en los valores personales. *Revista de Ciencias Sociales*, IV(138), 101-110.
- Vicuña, P. (2016). "Prevalencia de ansiedad y depresión en la población no heterosexual del

cantón Quito. 2016".  
Universidad Central del  
Ecuador, Tesis de posgrado  
de Psiquiatría, 76.

Wilson, K., & Luciano, M. C. (2002).  
Terapia de aceptación y  
compromiso (ACT).  
[http://www.edicionespiramide.  
es:80/libro.php?id=562242](http://www.edicionespiramide.es:80/libro.php?id=562242)