



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Psicología Clínica

**Terapia de aceptación y compromiso (ACT) en adultos con
trastornos de Ansiedad Social**

Trabajo de Integración Curricular previo a
la obtención del título de Licenciado en
Psicología Clínica

AUTOR:

Oscar Fernando Calderón Pardo

DIRECTORA:

Psi. Cl. Mónica Elizabeth Carrión Reyes

Loja – Ecuador

2023

Certificación



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

Facultad
de la Salud
Humana

CERTIFICACIÓN DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Loja, 11 de Octubre de 2023

Psicóloga Clínica

Mónica E. Carrión Reyes. Mg. Sc.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Certifico:

Haber revisado, dirigido y orientado con pertinencia todo el proceso de la elaboración del trabajo de integración curricular titulado: **“Terapia de aceptación y compromiso (ACT) en adultos con trastornos de Ansiedad Social”** de autoría del estudiante **Oscar Fernando Calderón Pardo** con C.I. 1105759979 estudiante de 8vo ciclo de la carrera de Psicología Clínica, previo a la obtención del título de **Licenciado en Psicología Clínica**, el mismo cumple con las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica; consecuentemente, dicho trabajo de integración curricular se encuentra culminado y aprobado, por lo que autorizo la presentación para la respectiva sustentación y defensa.

Atentamente,



MÓNICA ELIZABETH
CARRION REYES

Psí. Cl. Mónica Elizabeth Carrión Reyes. Mg.Sc.

1104798846

monica.carrion@unl.edu.ec

PERSONAL ACADÉMICO OCASIONAL 1 DE LA UNL
DIRECTORA DE TESIS DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN.
c.c.: Archivo

Autoría

Autoría

Yo, **Oscar Fernando Calderón Pardo**, declaro ser autor del presente Trabajo de Integración Curricular y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos, de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido del mismo. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi Trabajo de Integración Curricular en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.

Firma: 

Cedula de Identidad: 1105759979

Fecha: 01 de noviembre de 2023

Correo Electrónico: oscar.calderon@unl.edu.ec

Teléfono Celular: 0939955504

Carta de Autorización

Carta de Autorización

Yo, **Oscar Fernando Calderón Pardo**, declaro ser autor del Trabajo de Integración Curricular denominado: **Terapia de aceptación y compromiso (ACT) en adultos con trastornos de Ansiedad Social**, como requisito para optar el título de **Licenciado en Psicología Clínica**, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido en el Repositorio Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del Trabajo de Integración Curricular que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, al primer día del mes de noviembre del año dos mil veintitrés.

Firma: 

Autor: Oscar Fernando Calderón Pardo

Cédula: 1105759979

Dirección: Loja, esquina calle Bakú y Kírov.

Teléfono o celular: 0939955504

Correo electrónico: oscar.calderon@unl.edu.ec

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Directora del Trabajo de Integración Curricular: Psic. Mónica Elizabeth Carrión Reyes, Mgtr.

Dedicatoria

A mis padres Klever y Rosita, quienes son mi soporte vital y gracias a sus grandes esfuerzos, me han brindado las facilidades de seguir mis aspiraciones académicas, siendo fundamentales en mi proceso de desarrollo personal. A mis hermanos y demás familiares, por demostrarme su apoyo constante, han sido una parte fundamental en la obtención de este logro.

Calderón Pardo Oscar Fernando

Agradecimientos

Primeramente, ofrezco un profundo y sincero agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, a su personal administrativo y docentes, especialmente de la Carrera de Psicología Clínica, por su disposición y voluntad de contribuir en mi formación académica y de cada uno de los futuros profesionales de la Psicología Clínica en la provincia y el país.

Agradezco también a mi tutora la Psi. Mónica Carrión, quien, por medio de sus indicaciones, recomendaciones e interés incondicional, la ejecución de la presente fue posible. Finalmente, me permito agradecer a cada una de las personas que directa o indirectamente han participado durante el desarrollo de este trabajo de integración curricular.

Calderón Pardo Oscar Fernando

Índice de contenidos

Portada	i
Certificación.....	ii
Autoría	iii
Carta de Autorización	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimientos	vi
Índice de contenidos	vii
Índice de Tablas	ix
Índice de Anexos.....	ix
1. Título	1
2. Resumen	2
2.1 Abstract	3
3. Introducción.....	4
4. Marco Teórico.....	7
4.1 Capítulo 1: Terapia de aceptación y compromiso (ACT).....	7
4.1.1 Antecedentes Históricos.....	7
4.1.2 Fundamentos teóricos de ACT.....	8
4.1.3 Postulados teóricos de ACT	10
4.1.4 Proceso terapéutico que se presenta en ACT	12
4.1.5 Herramientas terapéuticas que ofrece ACT	14
4.1.6 Aplicaciones clínicas de ACT	16
4.1.7 Limitaciones y críticas al modelo ACT	17
4.2 Capítulo 2: Trastorno de Ansiedad Social.....	18
4.2.1 Conceptualización.....	18
4.2.2 Características	19
4.2.3 Sintomatología de la ansiedad social	20
4.2.4 Criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad social de acuerdo al DSM-V.....	20
4.2.5 Factores de riesgo asociados a la ansiedad social.....	21
4.2.6 Modelos teóricos explicativos de la ansiedad social.....	22
4.2.7 Tratamientos para el trastorno de ansiedad social	23
5. Metodología.....	25
5.1 Métodos de estudio.....	25
5.2 Enfoque y diseño de investigación.....	25

5.3	Tipo de investigación	25
5.4	Unidad de estudio.....	26
5.4.1	Población.....	26
5.4.2	Muestra	26
5.5	Criterios de Inclusión	26
5.6	Criterios de Exclusión.....	27
5.7	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	27
5.8	Procedimiento por Objetivos.....	28
5.8.1	Fase 1	28
5.8.2	Fase 2	28
5.8.3	Fase 3	28
5.8.4	Fase 4	28
6.	Resultados.....	30
6.1	Resultados para el Objetivo General.....	30
6.2	Resultados para el primer objetivo específico.....	38
6.3	Resultados para el segundo objetivo específico.....	44
7.	Discusión	48
8.	Conclusiones.....	51
9.	Recomendaciones	53
10.	Bibliografía	54
11.	Anexos	60

Índice de Tablas

Tabla 1. Matriz de resultados de los artículos analizados en la revisión.	30
Tabla 2. Resumen de las principales variables resultado encontradas en cada artículo..	38
Tabla 3. Resumen de las características sociodemográficas identificadas en cada artículo	44

Índice de Anexos

Anexo 1. Aprobación del Trabajo de Integración Curricular.....	60
Anexo 2. Oficio de Designación de la Directora de Integración Curricular.....	61
Anexo 3. Certificación del Abstract.....	62
Anexo 4. Diagrama PRISMA para la selección de la muestra.	63

1. Título

Terapia de aceptación y compromiso (ACT) en adultos con trastornos de Ansiedad Social.

2. Resumen

La Terapia de aceptación y compromiso (ACT) corresponde a un sistema de intervención psicoterapéutica de enfoque contextual, desarrollándose como una alternativa innovadora, con una proliferación investigativa que pretende demostrar una base sólida de evidencia para el tratamiento de distintos problemas de salud mental. Uno de ellos puede ser, el trastorno de ansiedad social, que se caracteriza por un patrón de alteraciones de miedo y evitación recurrentes durante la interacción con situaciones sociales, afectando la funcionalidad del individuo en diferentes ámbitos de su vida. Debido a que este trastorno requiere de estrategias y procesos que aborden su tratamiento apropiadamente, se plantea la idea de comprender sobre la evidencia científica disponible de este tipo de terapia en la intervención del mismo. A razón de esto, el presente trabajo tiene como fin el describir la evidencia científica e identificar las variables que demuestran la eficacia de la ACT en el trastorno de ansiedad social en adultos, además se busca reconocer las características sociodemográficas prevalentes del trastorno. En la metodología, se utilizó un diseño no experimental, con enfoque cualitativo de tipo descriptivo y corte transversal, en el que se desarrolló una revisión bibliográfica, seleccionándose una muestra de doce (N=12) artículos científicos. Los resultados indicaron que la terapia es capaz de producir cambios significativos en los adultos que recibieron el tratamiento, así como se identifica al puntaje de síntomas informados de ansiedad social, flexibilidad psicológica, calidad de vida y mejoría clínica como las principales variables indicadoras del efecto de la terapia. Además, se encontró que el género femenino, y una edad en promedio menor como las características sociodemográficas prevalentes. En conclusión, ACT tiene las propiedades teóricas y fundamento empírico para que aplique al tratamiento de ansiedad social en adultos, pero también requiere de más estudios en otros contextos.

Palabras clave: *Psicoterapia, Terapia contextual, Fobia social, Evidencia científica, Ensayos aleatorizados, Variables resultado.*

2.1 Abstract

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) corresponds to a psychotherapeutic intervention system with a contextual approach, developing as an innovative alternative with a research proliferation that aims to demonstrate a solid evidence base for treating different mental health problems. One of them may be social anxiety disorder, characterized by a pattern of recurrent fear and avoidance disturbances during interaction with social situations, affecting the functionality of the individual in different areas of their life. Because this disorder requires strategies and processes that address its treatment appropriately, the idea of understanding the available scientific evidence of this type of therapy in the intervention of this disorder arises. Therefore, the present work aims to describe the scientific evidence and identify the variables that demonstrate the efficacy of ACT in social anxiety disorder in adults and seeks to recognize the prevalent sociodemographic characteristics of the condition. In the methodology, we used a non-experimental design with a qualitative descriptive and cross-sectional approach, in which we developed a bibliographic review, selecting a sample of twelve (N=12) scientific articles. The results indicated that the therapy produced significant changes in the adults who received the treatment, as well as identifying the reported symptom score of social anxiety, psychological flexibility, quality of life, and clinical improvement as the main variables indicating the effect of the therapy. In addition, we found female gender and younger average age to be the prevalent sociodemographic characteristics. In conclusion, ACT has the theoretical properties and empirical foundation to apply to the therapeutic treatment of social anxiety in adults, but it also requires further studies in other contexts.

Keywords: *Psychotherapy, Contextual therapy, Social phobia, Scientific evidence, Randomized trials, Outcome variables.*

3. Introducción

El sustento empírico y evidencia científica que demuestra determinada terapia psicológica, la determina como una opción psicoterapéutica cuyos resultados permiten que sea catalogada como confiable en la práctica clínica, significando una merecida relevancia en el desarrollo y mejoramiento de la ciencia aplicada a la Psicología Clínica (Echeburúa y Salaberría, 2010). Así, la Terapia de aceptación y compromiso (ACT) se consolida como un procedimiento de intervención que reúne los aspectos de una terapia basada en la evidencia, encontrándose por ejemplo, que dentro de la revisión de metaanálisis de Gloster et al. (2020), ACT demuestra ser eficaz en el tratamiento de un conjunto de afecciones psicológicas como la ansiedad, la depresión, el uso de sustancias, el dolor y los grupos transdiagnóstico. Es por eso que el presente trabajo tiene como objeto de estudio, analizar el estado empírico de ACT, específicamente en relación con el trastorno de ansiedad social de la población adulta, mediante una revisión bibliográfica, debido a la importancia e implicaciones que este trastorno ha tenido en los últimos años.

En primera instancia se entiende que ACT, está referida a un tipo de intervención psicoterapéutica, de tipo contextual, enfocada en la activación y aceptación psicológica, la cual busca que el individuo disponga de un conjunto de conductas más flexibles y amplias, mientras trabaja en la conciencia del momento presente y los valores, sin eliminar, luchar o reducir los eventos privados que le provocan malestar (Luciano y Valdivia, 2006). Representa una propuesta relativamente innovadora para el tratamiento de diferentes problemas y afecciones en salud mental, que según (Hayes, 2016), se clasifica dentro una tercera ola o generación de terapias de la conducta, siendo una de las nuevas intervenciones que parecen acentuar un cambio de dirección paradigmática en la práctica psicoterapéutica.

Consecuentemente, en cuanto al trastorno de ansiedad social, también conocido como fobia social, el mismo es descrito como una categoría diagnóstica, cuya característica principal radica en la presencia de un intenso miedo o ansiedad en situaciones donde el individuo puede ser evaluado negativamente por los demás, generándole problemas y malestar en la funcionalidad de su vida social y profesional (Arias y Sinergia, 2016). Epidemiológicamente se encuentra dentro de los trastornos más frecuentes, pues de acuerdo a los datos de la iniciativa de la “Encuesta Mundial de Salud Mental”, de la OMS, se estima que el trastorno de ansiedad social tiene una prevalencia a lo largo de la vida que oscila entre 1,3% y 4,0% en 28 países que formaron parte de la iniciativa, con 142,405 encuestados (Stein et al., 2017). Constituye por tanto, como uno de los tres trastornos psiquiátricos más prevalentes después de la depresión y

el abuso de sustancias, y el más común dentro de los trastornos de ansiedad (Sareen y Stein, 2000).

Se ha encontrado igualmente que la población joven que contempla la adolescencia y la adultez temprana, se encuentra mayormente asociada a esta afección, presentándose que en un estudio de prevalencia de ansiedad en siete países de Jefferies y Ungar (2020), sus hallazgos sugieren un aumento de los niveles de ansiedad social en adultos jóvenes, y las personas de entre 18 y 24 años serían las que pueden estar en mayor riesgo de padecer este trastorno. Por tal razón, el mismo puede constituir un problema de salud pública, en el que lamentablemente no se le ha brindado el suficiente interés. Por eso, se reconoce por tanto, que el trastorno de ansiedad social, adquiere la suficiente importancia como para ser considerado de forma investigativa, ya que la información con la que se cuenta de esta patología no es significativa en comparación con otros trastornos.

De acuerdo a la información disponible, los modelos de tratamiento de la ansiedad social provienen principalmente desde la terapia cognitiva-conductual, siendo los más preferidos y utilizados (Baeza, 2007). Sin embargo, la terapia cognitiva-conductual no se encuentra exenta de limitaciones y críticas propias de su enfoque, por lo que en este aspecto es posible identificar la propuesta de la Terapia de Aceptación y Compromiso que para Rey (2004) se ha mostrado como una alternativa que se caracteriza por su perspectiva psicopatológica innovadora que permite un mejoramiento de las prácticas psicoterapéuticas en contextos clínicos, con eficacia en el tratamiento de un gran número de desórdenes psicológicos y condiciones que afectan la salud mental, como podría ser el trastorno de ansiedad social.

A partir de lo expuesto, se subraya la necesidad de articular y analizar la evidencia documental disponible referente a los resultados de la aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en el tratamiento de adultos con ansiedad social. De tal forma el objetivo general que orienta el trabajo investigativo, se plantea como: Describir la evidencia científica sobre la Terapia de aceptación y compromiso en el trastorno de ansiedad social en adultos. Adicionalmente, se formulan dos objetivos específicos enfocados en aspectos clave que complementan el alcance del tema definido, el primero postula el identificar las principales variables que se miden como indicadores de la eficacia de la Terapia de aceptación y compromiso, en cambio el segundo pretende identificar las características prevalentes del trastorno de ansiedad social en adultos.

Con los resultados obtenidos de la revisión bibliográfica realizada, se proporcionará de datos relevantes que profundicen el conocimiento existente en cuanto a la disponibilidad de tratamientos con mejor evidencia para el trastorno de ansiedad social. El profesional en Psicología Clínica o personal en Salud mental, pueden utilizar esta información para la consideración de modelos de intervención psicoterapéutica, basados en ACT, que brinden una mejor alternativa de abordaje para las personas quienes manifiestan Ansiedad Social. De igual manera, a través del presente estudio se dispondrá de las directrices para la formulación de nuevas líneas de investigación, aplicadas especialmente a la cuestión clínica y de campo que concierne al tema en cuestión.

Es ineludible no mencionar que esta investigación presenta ciertas limitaciones durante su desarrollo, las cuales deben ser tomadas en cuenta al interpretar lo determinado en los resultados. Primeramente, se destaca la heterogeneidad de los artículos en la muestra seleccionada, mostrando diferentes variables, procesos y características que dificultan el establecimiento de conclusiones con mayor validez. También está el tamaño de la muestra que puede ser relativamente pequeño, con doce artículos incluidos, debido a lo limitante que fue encontrarse con la falta de evidencia que acumula estudios de ACT sobre la ansiedad social, llegando a seleccionar la mayoría de artículos provenientes de la región anglófona. Esto significaría un sesgo al generalizar los resultados obtenidos a otras regiones y más concretamente a países de habla hispana.

4. Marco Teórico

4.1 Capítulo 1: Terapia de aceptación y compromiso (ACT)

4.1.1 Antecedentes Históricos.

Para considerar el origen de la Terapia de aceptación y compromiso, en primera instancia, conviene realizar un repaso histórico del desarrollo de las tres generaciones u olas de terapias conductuales, cuya distinción fue planteada por Hayes (2016), máximo representante de ACT, quien señala los elementos característicos de cada y su impacto en el proceso evolutivo que permitió la conformación de esta terapia. La primera ola supondría una rebelión encargada de contrarrestar las tradiciones clínicas no empíricas y débiles científicamente, fundándose sobre los principios conductuales validados empíricamente, con objetivos clínicamente relevantes (Hayes, 2016). De acuerdo a Pérez (2006), en esta generación convergieron los paradigmas del condicionamiento clásico o pavloviano y el condicionamiento operante o skineriano, en el primero se expondrían técnicas como la desensibilización sistemática de Wolpe y la de exposición Eysenck, seguidamente en el paradigma operante se expone una línea identificada como análisis aplicado de la conducta.

Posterior a ello surge una segunda generación de terapias, producto de la revolución cognitiva de los años 60, como respuesta a la dominancia del modelo conductual y representando una forma progreso clínico-conceptual, que se focaliza en incluir una dimensión cognitiva en el ámbito terapéutico. Esta generación fue formalizada como Terapia Cognitivo Conductual (CBT/TCC), en el que se incluye el entendimiento de esquemas de pensamiento distorsionados y disfuncionales que generan sufrimiento en la persona, tratándose a partir de su técnica más reconocida; la reestructuración cognitiva, que consiste en la modificación de aquellos pensamientos desadaptativos por medio del diálogo y debate socrático. Durante su consolidación se destacan por ser las más reconocidas la Terapia Racional Emotiva, de Albert Ellis, y la Terapia Cognitiva, de Aaron T. Beck (Rodríguez et al., 2022). Esta segunda generación sería la más exitosa y con mayor difusión, gozando con una gran acogida en el ámbito, no obstante, también se han encontrado limitaciones en la mayoría de ellas, remitiéndose a que se desconoce sus principios activos, o lo que es igual, cuando producen cambios significativos no se sabe realmente qué lo causó ni el porqué de ello (Luciano y Valdivia, 2006).

A partir de lo sucedido y siguiendo con la evolución del conocimiento psicoterapéutico, se agruparía una tercera generación, la cual su origen estaría influenciado de tomar como

referencia los antecedentes de sus generaciones anteriores, pero sobre todo se fundaría debido al efecto de tres realidades: la primera referente a la incomprensión de por qué funciona o fracasa la terapia cognitiva; la segunda destaca por la proliferación de enfoques radicalmente funcionales del comportamiento humano; y la tercera es sobre una curva acelerada de investigaciones básicas en lenguaje y cognición desde una perspectiva funcional (Luciano y Valdivia, 2006). Es por esto que se incorpora un planteamiento contextual, enfocado en el análisis funcional de la conducta dentro de la relación terapeuta y paciente (Zych et al., 2012). De hecho Pérez (2006), explica que el establecimiento del análisis funcional en esta nueva generación supuso una refundación de la terapia de la conducta.

Esta generación quedaría conformada por: ACT, Terapia Dialéctico - Conductual, Terapia de Activación Conductual, Psicoterapia Analítico Funcional, Terapia Conductual Integral de Pareja y Terapia Cognitiva con base en Mindfulness. Precisamente ACT sería el mayor exponente de estas, centrándose en el análisis funcional de la conducta verbal, que es proveniente de los estudios y postulados de Skinner (Rodríguez et al., 2022).

4.1.2 Fundamentos teóricos de ACT

Como todo enfoque psicoterapéutico validado científicamente, la Terapia de aceptación y compromiso también se construyó bajo los fundamentos de un conjunto de principios filosóficos y sistemas teóricos de la Psicología, así lo establecen Hayes et al. (2004), exponiendo que ACT se basa epistemológicamente en el contextualismo funcional y teóricamente en la Teoría del Marco Relacional (RFT).

Con referencia al contextualismo funcional, este es una filosofía de la ciencia que posiciona conceptualmente los postulados de ACT, en el que se sostiene que el contexto se configura como el punto de partida para obtener una explicación de la conducta, considerando que se ésta se encuentra determinada por contingencias ambientales y la historia de aprendizaje. De tal forma el contextualismo pretende la predicción y la influencia de eventos con un amplio nivel de precisión, alcance y profundidad, comprendiendo que cada elemento conductual debe explicarse en términos de variables contextuales (Madriz y Henderson, 2012).

De acuerdo a este planteamiento, solo se estudia un comportamiento situándolo desde su propio contexto, orientándose holísticamente en todo el evento y sobre todo en el rol que ejerce el contexto para entender su naturaleza y función. Por esta razón, si no se sitúan en su propio contexto, es imposible comprender todo tipo de evento psicológico, ya que el individuo interactúa como un todo que es indivisible de su contexto (Barraca, 2007). Lo mencionado

Implica que en lugar de pensar que los pensamientos causan comportamientos, el enfoque sostiene que pensamientos, sentimientos y respuestas fisiológicas son partes de una reacción compleja de todo el organismo a un contexto particular. Por lo tanto, es importante explicarlos en conjunto, ya que utilizarlos como variables independientes sólo representa una descripción circular del fenómeno, pero nunca su explicación causal (Páez et al., 2006).

Respecto a la Teoría del Marco Relacional, se la entiende como la teoría conductual del análisis del lenguaje y la cognición con una “aproximación naturalista, monista, no reduccionista y funcional al estudio del comportamiento complejo humano” (Barnes et al., 2005, p.256). Se plantea que los seres humanos son capaces de establecer equivalencias entre diferentes estímulos, lo que les permite reaccionar de la misma manera ante estímulos diferentes debido a que han adquirido un aprendizaje operante generalizado, denominado aprendizaje relacional (Barraca, 2007).

Según la RFT, el aprendizaje relacional es similar a otras clases funcionales generalizadas como la imitación generalizada, y se basa en relaciones establecidas o derivadas entre estímulos que no dependen de sus propiedades formales, sino de claves contextuales, las cuales señalan qué tipo de relación es aplicable. Mediante una historia de reforzamiento ejemplificada en múltiples situaciones, se puede obtener el valor funcional de estas claves contextuales, permitiendo establecer y derivar relaciones entre estímulos que no están basadas solo en propiedades formales. Cuando una conducta de establecer y derivar relaciones se aprende dentro de un marco relacional, se tiene la posibilidad de relacionar infinitamente los estímulos a pesar de sus propiedades formales, siempre y cuando se utilicen las claves contextuales adecuadas (Gómez et al., 2007). Para la conformación de un marco relacional, existen tres formas en las que se definen las relaciones entre estímulos, que incluyen:

1.- La implicación mutua entre dos estímulos relacionados (si A entonces B, y si B entonces A); 2.- la implicación combinatoria (si A está relacionado con B y B está relacionado con C, entonces A está relacionado con C); y 3.- Transferencia o transformación de funciones (si A da miedo y luego se informa de que B es más intenso que A, entonces B dará más miedo que A) (Barraca, 2007, p. 763).

Estos marcos de relación explican por qué los seres humanos con lenguaje pueden tener respuestas similares o más temerosas ante estímulos distintos a los que se expusieron originalmente, lo que puede explicar muchas reacciones emocionales disfuncionales que

aparentemente son controladas por estímulos que no guardan relación con los estímulos originales (Rey, 2004).

4.1.3 *Postulados teóricos de ACT*

Planteada por Steve Hayes en 1999, la Terapia de aceptación y compromiso se define como un modelo de tratamiento terapéutico que se enfoca en los valores y metas de la persona en lugar de centrarse en los síntomas específicos, ayuda a la persona a distanciarse de sus pensamientos y emociones negativas para poder comprometerse en acciones que estén en línea con sus valores. De esta manera, se promueve un cambio conductual más profundo y duradero que se traduce en una mejoría clínica significativa (Willson y Luciano, 2002).

Perspectiva del sufrimiento humano. En esta terapia se reconoce que el sufrimiento humano es algo que forma parte de la vida y es inherente a la condición humana. En este sentido, se aceptan las condiciones que se han aprendido como seres verbales y se reconoce que la comunidad verbal ha enseñado a pensar, sentir, recordar y planificar. En lugar de enfocarse en eliminar el sufrimiento o los síntomas, ACT se enfoca en ayudar a las personas a aceptar su experiencia y tomar medidas en la dirección de sus valores y objetivos importantes (Paliza, 2023).

Trastorno de evitación experiencial (TEE). La evitación experiencial o también denominada como inflexibilidad psicológica, corresponde a un término formulado como uno de los principales componentes teóricos que se ofrecen en la Terapia de aceptación y compromiso. Procedente desde la Teoría de Marcos relacionales, se conforma como una dimensión funcional, que es utilizada como la base explicativa del origen y mantenimiento de varios trastornos, conceptualizándolos de forma diferente, que se aleja de concepciones reduccionistas y biológicas. Ofrece por tanto una aproximación psicopatológica a partir de una perspectiva puramente psicológica (Patrón, 2013).

El Trastorno de evitación experiencial como es mejor conocido, se define, como un patrón conductual de acciones intencionales orientadas a evitar o escapar de experiencias privadas, tales como pensamientos, emociones, recuerdos y sensaciones corporales, que la persona percibe como desagradables o aversivas. Estas conductas son reforzadas negativamente por el alivio o disminución de la incomodidad que estas experiencias les generan (Madriz y Henderson, 2012).

Por medio de un análisis funcional sobre el origen y mantenimiento de muchos problemas psicológicos, la evitación experiencial explicaría todos aquellos problemas donde

el individuo no parece dispuesto a ponerse en contacto con experiencias privadas particulares (por ejemplo, sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos predisposiciones conductuales), y que siempre deliberadamente trata de evitar, alterar, cambiar la forma y la ocurrencia de esos eventos privados, así como el contexto que los ocasiona (Kohlenberg et al., 2005).

Willson y Luciano (2002), formulan que el Trastorno de Evitación Experiencial implica que la persona afectada vive en una constante atmósfera de evitación y escape, lo que altera la función de cualquier otro evento presente y le hace creer que está haciendo lo correcto, aunque a largo plazo no consigue el efecto deseado. Como resultado, la persona puede llegar a cuestionarse el porqué de todo este comportamiento. Lo que se convierte en el componente esencial del trastorno no es la solución al problema, sino la lógica del funcionamiento que implica esfuerzos por evitar y escapar de eventos privados que se consideran aversivos. La pregunta clave es si esta lógica es útil para la persona y si hay un desajuste entre lo que hace y lo que aspira a lograr de acuerdo con sus valores y con el camino que ha elegido para su vida. Si la evitación experiencial se alinea con los valores de una persona y sus objetivos de vida, entonces no se consideraría un trastorno psicológico. La evitación experiencial no es intrínsecamente patológica, sino que lo es cuando limita lo que una persona desea hacer con su vida

Flexibilidad psicológica. Se puede entender la flexibilidad psicológica como la capacidad de una persona para conectarse plenamente con el presente como ser consciente, y a partir de ahí, elegir entre cambiar un comportamiento problemático o persistir en un comportamiento que se considera importante para lograr objetivos. En resumen, se trata de la habilidad de adaptarse a las circunstancias de manera consciente y efectiva (Madriz y Henderson, 2012).

La flexibilidad psicológica es el fin que se busca conseguir en el proceso terapéutico de ACT. La capacidad de ser flexible implica enmarcar la propia conducta de una manera diferente a la inflexibilidad. En este caso, se trata de enmarcar la conducta de manera más inclusiva y perspectiva, lo que permite transformarla de manera efectiva para lograr metas y vivir plenamente. A diferencia de la inflexibilidad, que nos limita al enfoque en nuestra historia personal, la flexibilidad nos abre a nuevas posibilidades al diferenciar nuestra conducta de nosotros mismos como observadores. Al hacerlo, podemos identificar las funciones asociadas

a esta perspectiva y establecer una jerarquía inclusiva entre nuestras conductas en un momento determinado (Luciano, 2016).

4.1.4 Proceso terapéutico que se presenta en ACT

ACT logra sus objetivos cultivando la flexibilidad psicológica trabajando seis procesos terapéuticos básicos: atención flexible, valores, compromiso, yo como contexto, defusión cognitiva y aceptación/compromiso (Hayes et al., 2004). En esta situación, cada procedimiento funciona como un agente que elimina la inflexibilidad psicológica y juega un papel fundamental en determinar el grado de capacidad de adaptación a situaciones difíciles. En el que se busca primordialmente generar un estado de distanciamiento comprensivo de los problemas, con el fin de ayudar al usuario a aceptarlos y a comprometerse a elegir una opción de vida, a pesar de los mismos (Barraca, 2007).

Atención flexible al momento presente. El desarrollo de la capacidad de atención flexible es fundamental, ya que su adecuada aplicación complementa y facilita otros procesos. En estos procesos, la atención debe ser intencional, consciente y flexible. Este tipo de atención permite a las personas ser parte activa del mundo en el que se desenvuelven. La Terapia de aceptación y compromiso enseña promueve un acercamiento efectivo al momento presente y a prestar atención de manera intencional, sin juzgar. Esto contrarresta la tendencia a evitar o retirarse de los pensamientos, sentimientos y circunstancias dolorosas, así como de las situaciones importantes (Hayes et al., 2013).

La respiración consciente es un ejemplo comúnmente utilizado para fomentar el contacto con el momento presente. Esta práctica permite a las personas experimentar las sensaciones con una actitud abierta, aceptante y sin juzgar, lo que les permite dejar ir los pensamientos, emociones y sensaciones sin generar exaltación (Paliza, 2023).

Valores. En líneas generales, la conexión con los valores se refiere a la habilidad de reconocer y seguir una dirección deseada y considerada importante para el desarrollo personal. Estos valores son elegidos libremente y determinan los principales refuerzos de una acción, además de servir como guía para otras acciones. Es importante destacar que los valores no tienen que ver con creencias o moralidad, sino que abarcan dominios que típicamente se relacionan con una buena calidad de vida. La Terapia de aceptación y compromiso se enfoca en los valores que una persona considera como los más profundos de su ser, y cómo espera interactuar con los demás y consigo mismo. Estos valores son principios que rigen el

pensamiento o la conducta y pueden guiar o motivar cualidades deseadas de acción, lo que se traduce en comportamientos que se desea adoptar (Rey, 2004).

Compromiso con la acción. Es uno de los procesos fundamentales de ACT que promulga una acción basada en valores, desarrollada en un determinado momento temporal y consolida pautas de acción que sirvan a un valor, siendo cada vez más amplias y en continua expansión. Este compromiso corresponde con valores y su ejecución refleja la existencia de los mismos, lo que refuerza la aparición de nuevas conductas con el mismo propósito en el futuro. Tiene la cualidad de un presente prolongado, que refiere a la manera en que una acción específica puede ser llevada a cabo en el presente, pero también con una proyección hacia el futuro, lo que implica un compromiso continuo en el tiempo (Hayes et al., 2015). De acuerdo a Paliza (2023) las acciones tienden a cambiar y su aplicación depende de los valores a seguir, así pues, si un valor cambia, también sucederá con la acción, pero el compromiso otorgado sigue siendo el mismo. De tal manera para que la acción comprometida sea efectiva, la persona debe ser persistente y más importante aún, flexible ante los cambios en las circunstancias y otros factores.

Hay varios pasos que deben ser tomados para lograr una acción comprometida. El primer paso es elegir un área de la vida que tenga una alta prioridad para el cambio, lo que se describe en el proceso de valores. El segundo paso es seleccionar los valores que se desean perseguir en el área elegida. El tercer paso es desarrollar objetivos que se guíen por esos valores. Finalmente, la persona debe actuar de manera consciente y congruente con esos valores y objetivos en el área de la vida elegida (Harris y Hayes 2009, como se cita en Paliza, 2023).

Yo como contexto. Conformar una de las dimensiones del yo requeridas para lograr la flexibilidad psicológica, se entiende como la búsqueda del sentido trascendente del yo, implicando la toma de contacto con un sentido del yo fundado en el aquí y el ahora (momento presente) de la experiencia consciente, el cual se aleja de un yo conceptualizado que implica historias fusionadas y evaluativas sobre uno mismo (Hayes et al., 2013). Por medio de esto, como lo menciona Paliza (2023), la persona reconoce que es la única observadora y poseedora de sus vivencias externas, permitiéndole diferenciar entre las emociones y el ser emocional, las experiencias y la persona. En definitiva, varias técnicas de ACT se ejecutan con el fin de que la propia persona aprenda a desprenderse del yo conceptualizado, fomentando una perspectiva del yo como observador. Para adquirir esta dimensión del yo, se deben considerar sus otras dimensiones o procesos, siendo el yo como concepto y el yo como proceso. ACT busca

diferenciar el yo como concepto de la persona, ya que este actúa como un ancla que no le permite desprenderse del pasado. Por otro lado, el yo como proceso es un paso que acerca al yo como contexto, permitiendo ver, sentir o vivir el presente tal y como es, sin juzgamientos ni justificaciones. Este proceso ayuda a identificar y disminuir aquellos reforzadores que llevan a la persona a etiquetarse y a aferrarse al yo como concepto (Hayes et al., 2004).

Defusión cognitiva. Ayuda a enfrentar y contrarrestar la fusión cognitiva, descrita como la incapacidad para detectar el actual proceso de pensamiento como diferente de los productos del pensamiento. El problema de la fusión acontece cuando la persona no tiene control sobre estos procesos, cuando la fusión acontece de manera automática, invisible y frecuente, llevando a la persona a una constante evitación experiencial o a la reducción del repertorio conductual en determinada (Paliza, 2023).

Por tanto, la defusión es un proceso que implica separar los procesos cognitivos de sus productos, como los pensamientos, para enseñar a las personas a observar los fenómenos verbales tal como son en realidad, y no como se perciben o creen que son. Es importante destacar que la defusión no elimina el contenido verbal, sino que reduce su efecto automático sobre la conducta para que otros recursos y procesos puedan intervenir. Además, el control del lenguaje no se logra transformando su forma, sino cambiando su función (Hayes et al., 2015).

Aceptación. corresponde al proceso que implica adoptar intencionalmente una actitud abierta y dispuesta que permita experimentar las vivencias actuales de manera flexible, sin juzgar y con receptividad, lo que es contrario a la evitación. Ser activo en la aceptación significa abrazar las experiencias tal como son en el momento presente porque se elige hacerlo, permitiéndose permanecer en contacto con experiencias privadas dolorosas sin intentar cambiarlas y actuando en congruencia con los valores personales. En resumen, la aceptación es un acto intencional de apertura, y reconocer que las estrategias previas no son efectivas es un ejemplo de esto. Esta perspectiva de la aceptación es activa y valiente, no debe ser confundida con la resignación pasiva o el rendirse (Paliza, 2023).

4.1.5 Herramientas terapéuticas que ofrece ACT

La Terapia de aceptación y compromiso ofrece herramientas o también llamadas métodos clínicos, los cuales se enfocan en modificar los contextos verbales relacionados con la evitación experiencial, a través de ejemplos y la práctica (Zych et al., 2012). Como se mencionó anteriormente, esta terapia se basa en la teoría de los marcos relacionales, referida al estudio del lenguaje y la cognición a través de los contextos verbales formados, esto implica

que la formulación de sus métodos sean de naturaleza verbal, en la que su implementación tiene como objetivo ayudar al cliente a clarificar sus direcciones valiosas y no valiosas encargándose de los pros y contras, al mismo tiempo que reduce el impacto literal del lenguaje al exponer al individuo a sus eventos privados (Luciano et al., 2005).

Las tres herramientas fundamentales que se emplean dentro del contexto terapéutico son las metáforas, las paradojas y los ejercicios experienciales. Se comprende que su efectividad va de la mano con su capacidad de ocasionar un cambio proveniente de la nueva relación con los eventos privados en nuevas circunstancias, siendo posible minar o romper la coherencia literal del lenguaje y abrirse hacia las sensaciones plenamente (Willson y Luciano, 2002).

Metáforas. Entendidas como las fórmulas verbales que propician un contexto verbal que valida la sabiduría dada de la experiencia del consultante con su conducta por sobre su lógica razonada (Willson y Luciano Soriano, 2002). Para Barraca (2007), ACT utiliza el lenguaje metafórico porque ofrece ciertas ventajas, considerándose especialmente útil, en primer lugar, este tipo de lenguaje no es específico ni prescriptivo, por lo que no impone reglas concretas que deban seguirse, como en el caso de instrucciones para superar la ansiedad. En segundo lugar, las metáforas no son discursos verbales lineales y lógicos, sino más bien imágenes que representan cómo pueden funcionar las cosas en un contexto particular. Finalmente, las metáforas son fáciles de recordar y se pueden aplicar en diferentes situaciones, no solo en aquellas en las que se aprendieron originalmente.

Paradojas. En ACT las paradojas terapéuticas significan un conjunto de formulaciones que muestran las trampas de las construcciones verbales inefectivas al aplicarse a fenómenos sin control verbal (Luciano et al., 2005). A través de las paradojas se llega a cuestionar la postura lógica que puedan estar generando problemas en la persona. Son útiles para deshacer la literalidad y mostrar los problemas inherentes al lenguaje. Las paradojas más relevantes en ACT son las "paradojas inherentes", que se producen cuando hay una contradicción entre la literalidad de lo que se dice y las propiedades funcionales de un evento verbal. Por ejemplo, si se le pide a un paciente que "muestre espontaneidad" estará en una situación imposible, ya que la espontaneidad no se puede mostrar mediante un esfuerzo consciente. Este tipo de paradojas son una forma efectiva de ayudar a las personas a entender la imposibilidad de seguir ciertas reglas para resolver situaciones, como creer que pueden

seguir pasos concretos para dormir siempre que tengan dificultades para conciliar el sueño (Barraca, 2007).

Ejercicios experienciales. Willson y Luciano Soriano (2002), explican que son las técnicas diseñadas para que el cliente establezca contacto directo con el yo-contexto y consecuentemente con las funciones verbales aversivas. Esto quiere decir que los ejercicios experienciales se emplean para que los clientes puedan enfrentar y sentir de forma directa los pensamientos, emociones, recuerdos o sensaciones físicas que les generan problemas y que normalmente tratan de evitar. Al encontrarse en un ambiente terapéutico seguro, se les brinda la oportunidad de exponerse a estos eventos y experimentarlos, lo que puede reducir su impacto negativo. Estos ejercicios suelen ser más eficaces que las discusiones analíticas y lógicas, ya que son más elocuentes y permiten una experiencia más vívida para el paciente. (Barraca, 2007)

Otra herramienta que se dispone en la Terapia de aceptación y compromiso, aunque no es exclusiva de ella, es el Mindfulness. Esta se define como la capacidad de prestar atención con flexibilidad, apertura y curiosidad. Según este autor, el entrenamiento en mindfulness tiene tres características que se enfocan en la experiencia del individuo: es una práctica consciente de estar plenamente presente en el momento actual en lugar de estar atrapado en pensamientos, implica una actitud de apertura y contacto incluso si la experiencia es desagradable, y es un proceso que promueve la flexibilidad de la atención, permitiendo dirigirla, ampliarla o concentrarla en diferentes aspectos de la experiencia (Harris y Hayes 2009, como se cita en Paliza, 2023).

4.1.6 Aplicaciones clínicas de ACT

Se ha observado que esta terapia ha sido empleada en una amplia variedad de problemas psicológicos y con pacientes de diferentes edades que tienen una capacidad verbal normal, debido a su enfoque principalmente verbal. Es más, se destaca que ACT resulta especialmente adecuada para el tratamiento de trastornos psicológicos en los que la evitación experiencial es una característica predominante, como ocurre precisamente en los trastornos de ansiedad, fomentando que los clientes puedan vivenciar, aceptar y comprometerse con sus reacciones emocionales evitadas y rechazadas (Rey, 2004).

La razón por la ACT puede ser beneficiosa en el tratamiento de afecciones psicosociales, se debe a que se pone de relieve la experiencia subjetiva del individuo como mecanismo para iniciar el proceso terapéutico, asumiendo que su condición actual ofrecerá por sí misma las clave para que se promueva el cambio conductual deseado, involucrándolo

activamente en la consecución de mejorías (Madriz y Henderson, 2012). En ese sentido se ayuda a los pacientes a experimentar, aceptar y comprometerse con sus reacciones emocionales, en vez de tratar de evitarlas o rechazarlas, lo que les permite manejar mejor sus síntomas. La eficacia de esta terapia se puede comprobar en los artículos publicados en revistas científicas internacionales que han revisado las aplicaciones de ACT, con resultados realmente alentadores (Luciano, 2016).

Se han publicado ya numerosos estudios de caso único, así como estudios de grupo comparativos con otras psicoterapias en diferentes tipos de problemas clínicos, en los que se ha mostrado mejor o al menos igualmente eficaz que los tratamientos cognitivos al término de los tratamientos.

Es por eso, que respecto a la aplicación clínica de ACT Luciano et al. (2006) recalca que:

Estos resultados se han mostrado en un abanico de problemas y trastornos: depresión, manejo del estrés laboral, sintomatología psicótica, patrones obsesivos-compulsivos, ansiedad y fobia social, consumo de drogas y tabaco, esclerosis múltiple, psico-oncología, tricotilomanía, miedos y preocupaciones, diabetes, episodios epilépticos, dolor crónico, actos autolesivos, en intervención con padres de niños con limitaciones, con profesionales. (p. 191)

Dada sus características y aspectos novedosos, ACT se encuentra actualmente en vías de expansión e investigación, que reafirman su posición y reconocimiento como una terapia con gran sustento empírico.

4.1.7 Limitaciones y críticas al modelo ACT

La Terapia de aceptación y compromiso es una aproximación que evidentemente ha sido objeto de análisis y razonables críticas, en las que se muestran algunas de los puntos débiles y aspectos conflictivos, que es necesario considerarlos dentro de su proceso de mejora.

Por un lado, quienes ponen en práctica los enfoques existenciales, gestaltistas y humanistas encuentran en ACT similitudes con su actividad habitual, como los ejercicios, metáforas, paradojas, énfasis en los valores y su actividad clínica en general. Sin embargo, el desarrollo metodológico, el enfoque en la investigación y los modelos epistemológicos utilizados por ACT, pueden resultar extraños. Además, la misma se adscribe a una corriente conductista radical, lo que también genera incomodidad, conflicto y recelo para algunos

terapeutas adentrarse en esa propuesta de intervención. Así mismo, los terapeutas cognitivo-conductuales pueden sentirse fuera de lugar debido al enfoque en lo verbal y a los constructos utilizados en la ACT, como la desesperanza creativa, la aceptación, la fusión cognitiva, entre otros. (Barraca, 2007).

Por otro lado, y como lo explica Rodríguez et al. (2022), un gran cuestionamiento dirigido ACT, radica en algunos de los resultados obtenidos en estudios de metaanálisis, en el que a pesar de su comprobada efectividad, no siempre resulta superior a lo obtenido por la terapia cognitivo-conductual, criticándose el alcance de sus aportaciones a la clínica actual, lo que produce nuevos interrogantes respecto bajo qué condiciones optar por elegir ACT es más beneficioso que otros modelos de intervención.

4.2 Capítulo 2: Trastorno de Ansiedad Social

4.2.1 Conceptualización.

La ansiedad social es una experiencia común que se caracteriza por un intenso temor a ser evaluado por los demás en situaciones sociales. Si esta ansiedad llega a un punto de gravedad e interferencia que afecta el funcionamiento diario de la persona, se pasa a denominar Trastorno de Ansiedad Social (TAS). Este trastorno se define como el miedo o ansiedad intensa que aparece prácticamente siempre en situaciones sociales en las que la persona se expone al escrutinio de otros y teme actuar de manera embarazosa, ridícula o humillante, o mostrar signos de ansiedad que puedan ser evaluados negativamente. Estas preocupaciones pueden ser tan intensas que la persona evita la mayoría de los encuentros interpersonales o los soporta solo con una gran incomodidad (Belloch et al., 2020).

Explican Zubeidat et al. (2006), que la ansiedad social se trata de situaciones en las que la persona experimenta una sensación de ser observada y evaluada por otros, incluso si no hay evidencia real de que esto esté sucediendo, lo que le incita un miedo de que esta evaluación tenga un efecto perjudicial para ella, llegándole a provocar ansiedad por la exigencia del contacto de interacción social.

Este temor persiste con el tiempo, incluso después de haber enfrentado situaciones similares en el pasado. A menudo, la persona anticipa ansiosamente estas situaciones y las vive y recuerda de manera negativa incluso independientemente de que ya sucedieron. Tiene implicaciones en la configuración de un círculo vicioso en el que la ansiedad induce a pensamientos y síntomas ansiosos que pueden dar lugar a un desempeño deficiente o insatisfactorio en situaciones sociales y nuevamente mantengan la ansiedad.

4.2.2 *Características*

Las características del trastorno de ansiedad social se describen por Elizondo (2016), en el que menciona tiene un impacto significativo en la vida social, laboral y financiera del individuo, y se asocia con un mayor riesgo de abandono escolar, pérdida de empleo y baja productividad laboral, lo que afecta negativamente su calidad de vida. El origen del mismo se puede dar en la infancia, a partir de una inhibición social que se agrava con experiencias estresantes o humillantes. Sin embargo, es poco común que el trastorno aparezca en la edad adulta, siendo más probable que se desarrolle a partir de eventos estresantes o cambios importantes en la vida que requieren nuevos roles sociales.

A todas las personas que se considera que padecen ansiedad social tienen síntomas adrenérgicos, como rubor facial, sudoración y taquicardia, especialmente en episodios agudos. Además, se caracterizan por ser tímidas, retraídas, con poca habilidad social e inclusive sumisas. También su postura corporal tiende a ser rígida, evitan el contacto visual, hablan en voz baja y prefieren trabajos que no impliquen mucho contacto social. Pueden vivir con su familia por un largo período de tiempo y tienen dificultades para mantener relaciones de pareja o matrimonio, lo que estaría relacionado con el hecho de estar solos, solteros o divorciados y no tener hijos (Elizondo, 2016).

Una teoría que se encarga de explicar el mantenimiento de la ansiedad manifiesta corresponde a la teoría tridimensional de la ansiedad de Lang, conformada por tres componentes; cognitivo, fisiológico y motor. El primero se refiere a las experiencias internas del individuo, que incluye pensamientos o imágenes específicas. El segundo componente se relaciona con la activación principalmente del sistema nervioso autónomo y somático. Y el tercer componente es el motor, que se manifiesta en la evitación y el escape. Estos tres componentes significan que el fóbico social primero experimenta pensamientos de miedo debido a sus experiencias pasadas, luego ocurre una activación fisiológica que incluye sudoración, agitación, falta de aire, etc. Finalmente, tiene una respuesta conductual en el que trata de evitar la situación social o la intenta tolerar, pero con una gran cantidad de ansiedad (Martínez et al., 2012).

Bados (2017), describe dos tipos de fobia social en relación al trastorno de ansiedad social. El primer tipo es la fobia específica, que se refiere a un miedo intenso y persistente a situaciones sociales específicas en las que la persona está expuesta ante un público desconocido, como en interacciones sociales. El segundo tipo es la fobia generalizada, que se

caracteriza por niveles más altos de ansiedad y evitación social, mayores déficits en habilidades sociales y laborales, inicio en edades más tempranas, mayor riesgo de depresión, mayor propensión al consumo de alcohol y mayor riesgo de trastornos mentales.

4.2.3 Sintomatología de la ansiedad social

La ansiedad social presenta un conjunto de signos y síntomas que se pueden agrupar en dos grandes grupos según Pacurucu y Aguirre (2021), los de tipo somático y los de tipo psicológico-conductual, que se describirán a continuación.

Síntomas somáticos. Estos se refieren las sensaciones físicas, en lo que se desarrolla una somatización, entendida como la manifestación de quejas físicas que causan molestia, sin que existan hallazgos médicos que justifiquen una causa orgánica (Pascual y Cerecedo, 2015, como se cita en Pacurucu y Aguirre, 2021). En el caso de las personas que sufren de ansiedad social, experimentan un miedo intenso y crónico ante las interacciones sociales, lo que puede desencadenar reacciones corporales como: Taquicardia, temblores, sudoración, palpitaciones, rubor, malestar gastro intestinal, sequedad en la boca, escalofríos, sensación de opresión en la cabeza, dificultad para tragar, náuseas y urgencia urinaria (Bados, 2017).

Síntomas psicológicos y conductuales. Los síntomas psicológicos y conductuales son un conjunto de alteraciones que incluyen cambios emocionales, de comportamiento y pensamiento. Las alteraciones emocionales, como la depresión y la ansiedad, pueden ser intrínsecas o relacionadas con un deterioro cognitivo, lo que puede causar incomodidad y sufrimiento a la persona. Por otro lado, las alteraciones conductuales tienen un componente disruptivo social y pueden ser activas, como gritos y agresividad, o por defecto, como la apatía y el negativismo (Pacurucu y Aguirre, 2021).

Las alteraciones del pensamiento, que incluyen delirios y alucinaciones, tienen el efecto de limitar funcionalmente al usuario. También se destaca que el trastorno de ansiedad social puede estar acompañado de desvalorización personal, hipersensibilidad a las críticas, baja autoestima y falta de habilidades sociales (Marín et al., 2015).

4.2.4 Criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad social de acuerdo al DSM-V

Como se describe en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), el trastorno de ansiedad social se determina por la presencia de los siguientes criterios:

- 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 (es decir, que lo humillen o avergüencen, que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).
- 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 no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.
- H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explican mejor por los síntomas de otro trastorno mental.
- I. Si existe otra enfermedad, el miedo, la ansiedad o la evitación deben estar claramente no relacionados con esta o ser excesivos.

4.2.5 *Factores de riesgo asociados a la ansiedad social*

Un factor de riesgo se refiere a cualquier condición o circunstancia que aumenta la probabilidad de padecer una enfermedad o trastorno. En el caso del trastorno de ansiedad social, es posible desarrollarlo tanto con, cómo sin factores de riesgo. Sin embargo, cuantos más factores de riesgo presente una persona, mayor será su probabilidad de desarrollar este trastorno. Por lo tanto, si una persona tiene múltiples factores de riesgo para el trastorno de ansiedad social, es recomendable que consulte a su médico acerca de las medidas que puede tomar para reducir su riesgo (Bados, 2017).

La presencia de estos factores puede ser de diferentes tipos, según se señala en la literatura científica. Sierra et al. (2006) distinguen “factores evolucionistas, familiares, ambientales, evolutivos, temperamentales, neurobiológicos (genéticos, biológicos y neuroendocrinos), psicológicos y socioculturales se asocian a este trastorno, reflejando la gran complejidad del mismo” (p. 473). En cuanto a los factores neuroquímicos, los resultados de ciertos estudios sugieren que los pacientes que presentan fobias liberan más noradrenalina o

adrenalina, tanto central como periféricamente, que individuos no fóbicos, o bien estos pacientes son sensibles a un nivel normal de estimulación adrenérgica. Además, se ha observado que los inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO) pueden ser más efectivos que los tricíclicos en el tratamiento de la fobia social generalizada, lo que sugiere que la actividad dopaminérgica podría estar relacionada con el origen sintomatológico del trastorno (Elizondo Arias, 2016).

4.2.6 *Modelos teóricos explicativos de la ansiedad social*

Existen varias formulaciones teóricas que hacen el intento de comprender la compleja dimensión de la ansiedad social, explicando el conjunto de factores específicos del origen, desarrollo y mantenimiento de esa condición, sin embargo en este apartado se tomará como referencia la identificación de modelos recopilados por Salazar (2014), exponiendo resumidamente los principales componentes teóricos que presentan.

Modelo cognitivo de Beck y Emery. Estos autores crearon un modelo cognitivo general de la ansiedad que incluye la fobia social, en el que se destaca su concepto de "esquemas", definidos como las estructuras cognitivas básicas que median el procesamiento de información. Los esquemas conforman unos "modos", referidos a sesgos en el procesamiento, que en personas con ansiedad se determina un modo de vulnerabilidad, percibiendo su entorno como amenazante, donde las señales neutrales se interpretan negativamente mientras se ignoran y descartan las positivas. Además, los recuerdos de sucesos funcionales y los recursos de afrontamiento son subestimados. Es así que un esquema característico de ansiedad social se presenta en los errores lógicos del pensamiento y el informe de los pensamientos referidos a estímulos que le provocan ansiedad (Beck y Emery, 1998, como se cita en Salazar, 2014).

Modelo cognitivo de Clark y Wells. Pone de relieve ciertos factores cognitivos en el que la persona se preocupa de sus pensamientos sobre la activación fisiológica que experimenta durante las interacciones sociales. Para este modelo el problema de la ansiedad social empieza en la persona cuando detecta una audiencia que lo puede observar y juzgar, acompañándose de supuestos disfuncionales del self, surgen cogniciones negativas que hacen pensar en la persona el riesgo de comportarse de manera defectuosa e inaceptable, produciendo su rechazo. De tal manera la presencia de otros aumenta la posibilidad de que se produzcan los resultados temidos. Clark y Wells resaltan el proceso por la gira la ansiedad social, definiendo la atención focalizada en uno mismo y el procesamiento del self como objeto social. En otras palabras, este modelo destaca cómo las personas con ansiedad social enfocan su atención en sí mismos y

utilizan información interna para construir una visión negativa y distorsionada propia (Belloch et al., 2020).

Modelo de ansiedad de Hofmann y Barlow. Hofmann y Barlow (2002), como se cita en Salazar (2014), configuran un modelo etiológico para los trastornos de ansiedad en el que los aspectos biológicos, psicológicos y sociales están implicados. Resaltan que los miedos sociales resultan de una predisposición biológica que relaciona el miedo con gestos de enfado, crítica o rechazo de los otros. Ocurre un condicionamiento de forma directa, cuando la persona recibe gestos y requiere contacto ocular. Específicamente en las personas con ansiedad social el miedo a ser observado puede ser una exageración de la sensibilidad humana a la mirada. Según este modelo, debe estar marcada una vulnerabilidad biológica y psicológica en el que acontecimientos sociales que requieran una actuación conduzcan a la ansiedad social generalizada y no generalizada.

Modelo integrador de Kimbrel. Se fundamenta en la teoría de la sensibilidad al refuerzo, la cual establece tres subsistemas del cerebro que explican las diferencias individuales durante el curso de la fobia social. El modelo postula la presencia de factores de riesgo y de protección, los primeros aumentan la probabilidad del desarrollo de una fobia social generalizada y los segundos la disminuyen, los mismos que toman en cuenta un conjunto de causas distales y proximales que afectan el funcionamiento de los tres subsistemas. Entre las causas distales se tiene por ejemplo a los genes y experiencias pasadas, en cambio, las causas proximales son relativas a la situación actual (Kimbrel, 2008, como se cita en Salazar, 2014).

4.2.7 Tratamientos para el trastorno de ansiedad social

De acuerdo a Baeza (2007), los profesionales de la salud mental cuentan con los tratamientos de tipo farmacológico y psicoterapéuticos que permiten abordar esta problemática con resultados validados científicamente. Así los tratamientos psicológicos que han sido demostrados como efectivos para la fobia social y que cuentan con apoyo empírico sólido corresponden a los enfoques fundamentales de la terapia cognitivo-conductual (M). La TCC incluye diversas técnicas que se pueden aplicar de forma individual o combinada, tales como la relajación, la exposición, la desensibilización sistemática, el entrenamiento de habilidades y la reestructuración cognitiva. Además, estas técnicas pueden ser implementadas en una terapia breve de entre 4 y 8 sesiones, o bien en un tratamiento más prolongado de unas 12 a 16 sesiones, y pueden ser administradas de forma individual o grupal (Bados, 2017).

Los tratamientos cognitivo conductuales (TCC) tienen la idea fundamental que los pensamientos, emociones y conductas permanecen interrelacionados, y que cambiar uno de estos elementos puede llevar a mejoras en los otros. En ese sentido la TCC pretende que los pacientes adopten las cogniciones y comportamientos necesarios que les ayudan a funcionar de forma adaptativa en su mundo interpersonal e intrapersonal. Abarca las siguientes técnicas: Exposición, Reestructuración Cognitiva, Relajación y Entrenamiento en Habilidades Sociales. Para los que adoptan un enfoque principalmente conductual, la exposición gradual a situaciones temidas se traduce en un cambio cognitivo que reduce los pensamientos de temor al rechazo y a la crítica, mientras que las intervenciones cognitivas se centran en cambiar los esquemas cognitivos para mejorar la emoción y la conducta (Baeza, 2007).

5. Metodología

5.1 Métodos de estudio

Se propuso una investigación en la que se empleó el método deductivo para su desarrollo. De acuerdo con Abreu (2014), a través de este método se pueden obtener consecuencias particulares o individuales de proposiciones de carácter general, formuladas con anterioridad. Por tal razón se seleccionó y estudio la información documental correspondiente a los resultados particulares de la aplicación de la Terapia de aceptación y compromiso en el trastorno de ansiedad social, considerando la aproximación teórica general al respecto, con el fin de determinar, de qué manera la Terapia de aceptación y compromiso es aplicada al tratamiento de Ansiedad Social.

5.2 Enfoque y diseño de investigación

El enfoque del trabajo de integración curricular fue de tipo cualitativo pues se procede con el análisis e interpretación de los datos no numéricos, recolectados en la terapia en los diferentes estudios disponibles sobre la aplicación de la Terapia de aceptación y compromiso en el trastorno de ansiedad social. Esto se considera tomando como referencia que el enfoque cualitativo está fundamentado en una perspectiva interpretativa, centrada en el entendimiento del significado de las acciones en la que se extrae el significado de los datos y no necesita reducirlos a números ni debe analizarlos estadísticamente (Hernandez et al., 2014).

De igual manera la investigación tuvo un diseño no experimental, debido a que, la misma no cuenta con una determinación aleatoria, no se manipulan las variables o grupos de control, fundamentándose en la observación de las variables y resultados sin intervenir de manera alguna (Sousa et al., 2007). Por tanto, se realiza una recolección sistemática de la información documental para su posterior análisis, codificación, entendimiento y determinación de la idoneidad del abordaje clínico de la Terapia de aceptación y compromiso en el trastorno de ansiedad social.

5.3 Tipo de investigación

El tipo de investigación definido fue de carácter documental bibliográfico, de corte transversal y descriptivo. ya que se desarrolló una revisión exhaustiva de la bibliografía existente del tema propuesto en cuestión, realizado mediante una búsqueda sistemática de libros, artículos, ensayos de revistas, periódicos y trabajos de investigación, que traten las variables que se quieren estudiar. De igual manera la investigación fue de tipo transversal en el

que se pudo analizar información incluida en documentos publicados en un periodo determinado de tiempo.

En la investigación se evidenció un alcance descriptivo debido a la formulación que se hizo del objetivo, referida al especificar la propiedades y características de la variable Terapia de aceptación y compromiso sobre el trastorno de ansiedad social. Esto se propuso de acuerdo con Aguirre y Jaramillo (2015), quienes mencionan que los estudios descriptivos se limitan a medir la presencia, características o distribución de un fenómeno en una población en un momento de corte en el tiempo.

5.4 Unidad de estudio

5.4.1 Población

La población se conformó en su totalidad por fuentes de información revisadas (N= 267) sobre la Terapia de aceptación y compromiso en el tratamiento del trastorno de ansiedad social y su eficacia; incluyendo informes técnicos, libros, capítulos de libros, artículos, ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas y metaanálisis. Todos estos fueron buscados en base de datos electrónicos como: Science Direct, Redalyc, PsycINFO, PubPsych.

5.4.2 Muestra

Para obtener la muestra en el estudio, se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia o de tipo intencional, a través de este método del total de los documentos obtenidos, en base a criterios de inclusión y exclusión, se selecciona una muestra final de 12 artículos, los cuales cumplían con los criterios de inclusión.

Este proceso se realizó a través de la construcción de un diagrama PRISMA en el que, primeramente, se recolectaron 267 artículos en la fase de identificación, de los que se suprimieron 43 por presentarse como duplicados y 75 por estar restringidos de acceso, resultando 149 artículos. Posteriormente en la fase de selección de acuerdo a los criterios de exclusión se eliminaron 34 por estudios de caso y preexperimentos, 49 por su año de publicación y 34 porque no se menciona las variables en el título, dejando un total de 42, que en la fase de elección se excluyen 10 por no presentar resultados de la terapia y 17 por no corresponder al rango de edad planteado. Por lo que al final en la fase de inclusión se definieron 12 artículos aceptados para el desarrollo de la investigación bibliográfica.

5.5 Criterios de Inclusión

- Artículos científicos publicados en los últimos 10 años (2013-2023).

- Artículos que contengan información sobre la aplicación de la Terapia de aceptación y compromiso en ansiedad social.
- Ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas y artículos de metaanálisis.
- Documentos científicos en idioma inglés y español.
- Estudios que abarquen población adulta joven de 18 a 65 años.

5.6 Criterios de Exclusión.

- Estudios de casos.
- Documentos sin acceso libre.
- Estudios con protocolo de tratamiento únicamente de tipo farmacológico.
- Estudios desarrollados en idiomas que no se encuentren en inglés o español.
- Estudios que no incluyan resultados cuantitativos.

5.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Entre las técnicas utilizadas para la recopilación y análisis de información en los documentos disponibles, se encuentra el método de síntesis bibliográfica, en el que se analiza la información extraída de los resúmenes, resultados y discusiones de los documentos buscados. Así mismo se emplea la técnica de sistematización bibliográfica, la cual está dirigida a la organización, categorización y filtración en cuanto a la información ofrecida por cada fuente.

El instrumento empleado para la determinación de la muestra refiere al método PRISMA, que consiste en la construcción de un diagrama de flujo con una lista de comprobación de requisitos dentro para seleccionar las fuentes para su revisión bibliográfica (Page et al., 2021). Por lo que se consideró varios aspectos, como el año de creación y/o publicación, el tipo y diseño de la investigación, las características de la población y muestra, los resultados de los estudios (efectividad de la Terapia de aceptación y compromiso en el trastorno de ansiedad social) y el idioma en que se presenta la investigación. Para lo cual dentro del proceso de búsqueda se estableció el uso de palabras clave en español y en inglés: "Terapia de aceptación y compromiso", "Ansiedad social", "Ensayo Clínico Aleatorizado", "Adultos", "Acceptance and commitment therapy", "Social Anxiety", "Social Phobia", "Randomized clinical trial", así también se complementan con operadores de búsqueda avanzada como AND, OR y NOT.

5.8 Procedimiento por Objetivos

La investigación se presenta de forma secuencial en cuatro fases que persiguen cada uno de los objetivos definidos.

5.8.1 Fase 1

Primeramente, se desarrolló la selección de los documentos que requieren ser analizados, entre ellos: los artículos científicos, de ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas y estudios de metaanálisis, desde los diferentes buscadores de las bases de datos en línea, mediante un diagrama PRISMA, Asimismo, se identificaron los datos específicos y de interés tales como; resultados y características sociodemográficas.

5.8.2 Fase 2

Luego, se procedió a esquematizar tales resultados en una tabla de sistematización para conocer los resultados de la aplicación de Terapia de aceptación y compromiso en adultos con ansiedad social encontrada en los estudios.

5.8.3 Fase 3

Posteriormente, se tabularon de forma general los datos sociodemográficos encontrados en los estudios, para la construcción de una tabla que permita conocer bajo que características sociodemográficas se observan las personas con trastorno de ansiedad social en la aplicación de la Terapia de aceptación y compromiso.

5.8.4 Fase 4

Finalmente, con los datos obtenidos en la investigación se procedió con la formulación de conclusiones referentes a la eficacia de la Terapia de aceptación y compromiso, en adultos con ansiedad social, analizando e interpretando los resultados organizados en las tablas realizadas, dando respuesta a cada uno de los objetivos planteados anteriormente.

6. Resultados

6.1 Resultados para el Objetivo General

Tabla1.

Matriz de resultados de los artículos analizados en la revisión.

N.º	Referencia (Autor, Revista, País Y Año)	Título	Objetivo	Muestra	Metodología	Resultados	Conclusiones
1	Kocovski et al., Behaviour Research and Therapy Canadá (2013)	Terapia grupal basada en la atención plena y la aceptación versus terapia grupal cognitiva conductual tradicional para el trastorno de ansiedad social: Un ensayo controlado aleatorizado.	Comparar la atención plena y la terapia grupal basada en la aceptación (MAGT) con la terapia grupal cognitiva conductual (CBGT) en la intervención para el Trastorno de Ansiedad Social (SAD).	Muestra del público en general (N= 137)	Los participantes fueron aleatorizados en tres grupos: Tratamiento con MAGT (n=53), tratamiento con CBGT(n=53) y grupo de lista de espera (n=31). Se realizó en fases: resultado primario, punto medio del tratamiento, finalización y seguimiento después de tres meses.	Los grupos de MAGT y CBGT fueron más efectivos que el grupo de control, pero no significativamente diferentes entre sí en la reducción de la ansiedad social y la mayoría de las otras variables evaluadas. El 40 % de los que completaron el tratamiento cumplieron los criterios de cambio clínico.	La presente investigación brinda apoyo adicional para el uso de tratamientos basados en la atención plena y la aceptación para la ansiedad social, y las investigaciones futuras deberían examinar los procesos mediante los cuales estos tratamientos conducen al cambio.

2	Niles et al., Behavior Therapy Estados Unidos (2014)	Mediadores cognitivos del tratamiento del trastorno de ansiedad social: comparación de la terapia de aceptación y compromiso y la terapia cognitivo- conductual.	Evaluar la relación entre los mediadores sesión por sesión y los resultados del tratamiento en la terapia cognitivo- conductual (CBT) tradicional y la terapia de aceptación y compromiso (ACT) para el trastorno de ansiedad social.	Muestra final (N= 50)	Los pacientes fueron asignados al azar al grupo de CBT (n=25) y al grupo de ACT (n=25) Se los evaluó en cuatro fases: pretratamiento, postratamiento, 6 meses (6MFU) y 12 meses (12MFU). Todos recibieron 12 sesiones semanales de terapia individual de 1 hora.	Los análisis de modelos multinivel revelan disminuciones no lineales significativas en los mediadores de los tratamientos con ACT, mostrando una disminución más pronunciada que CBT al comienzo del tratamiento, y CBT con una disminución más pronunciada que ACT al final del tratamiento.	Estos hallazgos resaltan la importancia de las estrategias diseñadas específicamente para reducir las cogniciones negativas y la evitación experiencial al principio del tratamiento, como enfatar la defusión cognitiva y la exposición dentro de las primeras sesiones de tratamiento.
3	Craske et al., Journal of Consulting and Clinical Psychology Estados Unidos (2014)	Ensayo controlado aleatorizado de terapia cognitiva conductual y terapia de aceptación y compromiso para la fobia social: resultados y moderadores.	Comparar la eficacia de la CBT y la ACT para la fobia social y evaluar qué variables al inicio del estudio funcionaron como indicadores de los participantes a los que les fue mejor con cualquiera de los enfoques de tratamiento.	Muestra final (N= 87)	Participantes aleatorizados en tres grupos: ACT (n=33) CBT (n=29) y lista de espera o WL (n=25). A los participantes se los evaluó en cuatro temporadas: pretratamiento, postratamiento, 6 meses (6MFU) y 12 meses (12MFU). Los grupos CBT y ACT recibieron 12, una cada semana, las	Ambos grupos de tratamiento superaron al grupo de lista de espera, sin que se observaran diferencias entre CBT y ACT en los resultados. La menor flexibilidad, al inicio del estudio se asoció con una mayor mejoría en el seguimiento de 12 meses en CBT en comparación con ACT.	El estudio aporta al cuerpo de evidencia que indica que la CBT y la ACT funcionan igualmente bien para el tratamiento de la fobia social y superan significativamente a los controles en lista de espera.

					cuales eran de terapia individual de 1 hora basadas en manuales de tratamiento.		
4	Ivanova et al., Journal of Anxiety Disorders Suecia /Swveden (2016)	Terapia de aceptación y compromiso guiada y no guiada para el trastorno de ansiedad social y/o el trastorno de pánico proporcionada a través de Internet y una aplicación de teléfono inteligente: un ensayo controlado aleatorio.	Investigar la eficacia de un programa ACT proporcionado por Internet para el tratamiento de los síntomas generales de ansiedad en personas con SAD y PD.	Muestra del público en general (N= 152)	Los participantes fueron aleatorizados en tres grupos: tratamiento guiado(n=50), tratamiento no guiado (n=51), y lista de espera (n=51). Los grupos experimentales utilizaron un programa de tratamiento basado en ACT por Internet y una aplicación para teléfonos inteligentes, que consistió de 8 módulos y diferentes enfoques durante un periodo de 10 semanas.	Los grupos de tratamiento experimentaron una reducción de la ansiedad general (d = 0,39) y social (d = 0,70), pero no de los síntomas de pánico (d = 0,05) en comparación con el grupo de la lista de espera, aunque no se observaron diferencias en los resultados entre las intervenciones guiadas y no guiadas.	Las Intervenciones basadas en la Terapia de aceptación y compromiso, Realizadas a través de una computadora y una aplicación de teléfono inteligente son efectivas para la reducción de los síntomas de ansiedad en general, y los síntomas de ansiedad social particular. Las aplicaciones de teléfonos inteligentes pueden compensar parcialmente la falta de apoyo del terapeuta.
5	Mesri et al., Journal of Behavior Therapy and	La evitación de hablar en público como moderador del	Determinar la evitación social como moderador del resultado del	Muestra final (N= 52)	Participantes aleatorizados en dos grupos experimentales:	Los resultados muestran que la evitación de hablar en público es un	Los hallazgos sugieren que las personas que son más evasivas durante una tarea de

	Experimental Psychiatry Estados Unidos (2017)	tratamiento del trastorno de ansiedad social.	tratamiento para el trastorno de ansiedad social.		CBT (n=28) y ACT (n=24) Los mismos que se los evaluó en cuatro temporales: pretratamiento, postratamiento, 6 meses (6MFU) y 12 meses (12MFU). Los grupos CBT y ACT recibieron de 12, una cada semana, las cuales eran de terapia individual de 1 hora basadas en manuales de tratamiento.	moderador sólido de las medidas de resultado, con más individuos evitativos que generalmente se benefician más de la CBT que de la ACT a los 12 meses de seguimiento.	hablar en público se benefician más, en términos de síntomas a largo plazo y reactividad al estrés, de la CBT que de la ACT.
6	Gershkovich et al., Behavior Modification Estados Unidos (2017)	Intervención cognitivo-conductual basada en la aceptación proporcionada por Internet para el trastorno de ansiedad social con y sin apoyo del terapeuta: un ensayo aleatorizado.	Evaluar la eficacia de una intervención de autoayuda guiada basada en Internet para reducir los síntomas de ansiedad social y mejorar los índices de funcionamiento.	Muestra del público en general (N= 42)	Los participantes fueron asignados aleatoriamente a dos grupos: Asignado solo a internet: (n=22) y el asignado a internet más apoyo de terapeuta(n=20). Todos recibieron la misma intervención de autoayuda basada en Internet con un programa que estuvo compuesto por ocho módulos, con una duración promedio	Ambos grupos experimentaron una reducción significativa en los síntomas del SAD y mejoras en el funcionamiento y la calidad de vida, sin diferencias significativas entre los grupos en los análisis de solo finalización y de intención de tratar. Después de completar el programa, 14 de 26 (53,8%) participantes	Los resultados sugieren que las intervenciones de Internet basadas en principios de comportamiento basados en la aceptación, que constan de solo ocho módulos, son factibles de implementar y pueden ser tan eficaces como los programas de CBT tradicionales para algunas personas.

					de 30 minutos por módulo. El apoyo del terapeuta se dio a través de 10 a 15 minutos de videoconferencia semanal y mensajes de texto diarios.	ya no cumplieron con los criterios de fobia social.	
7	Herbert et al., Journal of Contextual Behavioral Science Estados Unidos (2018)	Ensayo controlado aleatorizado de terapia de aceptación y compromiso versus terapia conductual cognitiva tradicional para el trastorno de ansiedad social: resultados sintomáticos y conductuales.	Replicar y ampliar la literatura que compara los programas ACT y tCBT para Ansiedad social.	Muestra (N= 88)	Se asignaron al azar a 12 sesiones de ACT (n = 49) o tCBT (n = 53) controlando la dosis de exposición y evaluando los resultados conductuales. Las evaluaciones se completaron antes y después del tratamiento con medidas calificadas por el médico y autoinformes.	Los resultados indicaron que los participantes en todas las condiciones recibieron dosis equivalentes de exposición. Aquellos que recibieron tCBT evidenciaron mayores mejoras en los síntomas de ansiedad social y el funcionamiento general.	Además, los participantes en la tCBT la condición tendió a demostrar una menor mejoría en el desempeño social calificado por el observador en comparación con los participantes de ACT.
8	Zahra Toghiani y Samouei Journal of Education and Health Promotion	Efectividad de la terapia grupal de aceptación y compromiso para la ansiedad	Determinar la eficacia de la terapia de grupo de aceptación y compromiso sobre la ansiedad social de las	Muestreo de estudiantes (N=71)	Las participantes se dividieron aleatoriamente en un grupo experimental (n=31) y otro de control (n=40) realizándose pruebas	Se evidencia que la terapia grupal de aceptación y compromiso ha afectado la ansiedad social en los residentes de	Los estudiantes con síntomas de trastorno de ansiedad social lograron superar su ansiedad social mediante la terapia de

	Iran (2019)	social en residentes de dormitorios femeninos en la universidad de ciencias médicas de Isfahan.	mujeres residentes de dormitorios de la Universidad de Ciencias Médicas de Isfahan.		previas y posteriores. Después del pretest, los estudiantes del grupo experimental se sometieron a cinco sesiones de terapia de grupo, con una duración de cada sesión de 2 h.	dormitorios femeninos de la Universidad de Ciencias Médicas de Isfahan (P < 0.0001)	grupo de aceptación y compromiso.
9	Sewart et al., Behavior Therapy Estados Unidos (2019)	Examen del afecto positivo y negativo como resultados y moderadores de la terapia cognitivo-conductual y la terapia de aceptación y compromiso para el trastorno de ansiedad social.	Comparar el efecto de la CBT y la ACT sobre el afecto positivo (PA) y el afecto negativo (NA) en el trastorno de ansiedad social.	Muestra final (N= 111)	Participantes aleatorizados en tres grupos: ACT (n=35) CBT (n=45) y lista de espera o WL (n=31). A los participantes se los evaluó en fases: pretratamiento, postratamiento, 6 meses (6MFU) y 12 meses (12MFU). Los grupos CBT y ACT recibieron de 12 sesiones, una cada semana.	NA disminuyó significativamente tanto en CBT como en ACT desde antes hasta después del tratamiento. Aunque ACT superó a WL en la reducción de NA, este efecto no se observó para CBT. La PA aumentó significativamente tanto en CBT como en ACT desde antes hasta después del tratamiento.	Los hallazgos sugieren que, si bien ACT y CBT pueden abordar el tratamiento psicoterapéutico con métodos diferentes, comparten mecanismos de tratamiento comunes que los hacen más similares que distintos.
10	Krafft et al., Cognitive Therapy and Research Estados Unidos	Un ensayo aleatorizado de libros de autoayuda de terapia de aceptación y	Evaluar la eficacia y los procesos de cambio de libros de autoayuda basados en la	Muestra final (N= 102)	Asignación aleatoria de la muestra en dos bloques para usar uno de los dos libros de autoayuda ACT	Se observaron mejoras en ambas condiciones en todos los resultados (ansiedad social, bienestar general y	Parece que los libros de autoayuda ACT y CBT con un contacto de apoyo mínimo son aceptables y eficaces en un grado similar

(2020)	compromiso y terapia cognitivo-conductual tradicional para la ansiedad social.	terapia cognitiva conductual tradicional (tCBT) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT) para la ansiedad social.		(n=52) y tCBT(n=50) A los participantes se les proporcionó de inmediato una lectura de 8 semanas, recomendando leer un capítulo por semana.	funcionamiento social), así como en los posibles procesos de cambio (capacidad cognitiva). Ambos libros fueron vistos como ampliamente satisfactorios.	para abordar la ansiedad social en estudiantes universitarios.	
11	Khoramnia et al., Trends in Psychiatry and Psychotherapy (2020)	La efectividad de la terapia de aceptación y compromiso para el trastorno de ansiedad social: un ensayo clínico aleatorizado.	Evaluar la efectividad de ACT en pacientes con ansiedad social para síntomas psicológicos, como la dificultad en la regulación de las emociones, la poca flexibilidad psicológica arraigada en la evitación experiencial, la autocompasión y la vergüenza externa.	Muestreo intencional de estudiantes con trastorno de ansiedad social. (N= 24)	Asignación aleatoria de la muestra en los grupos de control y experimental para su participación en las fases de pretest, postest y seguimiento. Se excluyó una persona de cada grupo por no cumplir todas las fases (n=22) (n ₀ =11) (n ₁ =11). Los miembros del grupo experimental asistieron a doce sesiones de 90 minutos, mientras que el grupo de control fue puesto en lista de espera.	El análisis de covarianza multivariado indica que hubo cambios significativos en todas las variables terapéuticas de estudiantes con ansiedad social entre los grupos experimental y control (p < 0,05). El efecto del tratamiento en el aumento de la flexibilidad psicológica es de 43 % y 67%, en el postest y seguimiento respectivamente, mostrando mayor eficacia de ACT.	A través del aumento de la concentración en la autocompasión ACT puede ser efectiva reduciendo sentimientos de vergüenza y evitación experiencial en estudiantes con trastorno de ansiedad social. El tratamiento de ACT puede ser una intervención psicológica adecuada para reducir los síntomas de las personas con esta condición al promover la flexibilidad psicológica.

12	Gorinelli et al., Journal of Contextual Behavioral Science. Finlandia 2023	Intervención en terapia de aceptación y compromiso de realidad virtual para la ansiedad social y de hablar en público: un ensayo controlado aleatorizado.	Investigar la efectividad de una intervención en realidad virtual basada en la terapia de aceptación y compromiso (ACT) para la ansiedad social y miedo de hablar en público.	Muestra de estudiantes (N= 76)	Asignación aleatoria de la muestra en los grupos de control (WLC; n = 39) y experimental (VRACT; n = 37) Los miembros del grupo experimental tuvieron 2 horas de entrenamiento en realidad virtual basada en ACT, en tres sesiones, mientras el grupo de control fue puesto en lista de espera.	En la reunión de retroalimentación final realizada una semana después de las sesiones, se observa una disminución significativa en la ansiedad social y de comunicación (d = 0,55–0,61) y una mejora significativa en la flexibilidad psicológica (d=0,61) con tamaños del efecto moderados.	Lo determinado contribuye a aumentar el conocimiento sobre cómo se puede administrar ACT de manera eficaz mediante la realidad virtual para mejorar los resultados de salud mental de los estudiantes universitarios con ansiedad social.
----	---	---	---	--------------------------------	--	--	---

Nota. Información obtenida de los 12 artículos que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión, y que se consideraron como parte de la investigación.

La Tabla 1 resume los componentes metodológicos, resultados y conclusiones de los artículos seleccionados de la muestra en la investigación (N=12) para el estudio de la evidencia científica disponible sobre el efecto de la Terapia de aceptación y compromiso (ACT) en el tratamiento de la Ansiedad Social. En cada uno de ellos se realizan “Ensayos Aleatorizados” (ECA), en el que se diseñan procesos experimentales de la aplicación de las estrategias y técnicas de ACT como un programa terapéutico para el tratamiento del TAS en adultos. En dichos artículos se encuentran diferentes modalidades de intervención de ACT y sus componentes, desde programas en sesiones de psicoterapia convencional individual y grupal, uso de libros de autoayuda basados en ACT, hasta su inclusión digital presentando esta terapia en plataformas online. Así mismo se dispone que en cinco de los artículos descritos se encuentran resultados sobre el efecto de ACT hacia la sintomatología del TAS, comparados con grupos de control, en cambio los siete restantes presentan datos en los que el efecto de ACT se compara con el de la terapia cognitivo conductual (CBT), también en sus diferentes modalidades, y así como con el grupo control sin tratamiento.

6.2 Resultados para el primer objetivo específico

Identificar las principales variables que se miden como indicadores de la eficacia de la Terapia de aceptación y compromiso

Tabla 2

Resumen de las principales variables resultado encontradas en cada artículo.

Nº	Referencia (Autor, Revista, País y Año)	Variables	Resultados de la variable
1	Kocovski et al., Behaviour Research and Therapy Canadá (2013)	Medidas de autoinforme de ansiedad social Medidas de ansiedad social autoevaluada	El grupo de tratamiento basado en ACT (MAGT) disminuyó 13,28 unidades de la medida de ansiedad social. Tanto el grupo de tratamiento (MAGT) como él (CBT) obtuvieron puntuaciones más bajas en la variable de ansiedad social autoevaluada, ($p < ,001$) en comparación con el grupo de espera (WAIT)

		Gravedad y mejoría de la impresión clínica	CBGT y MAGT, obtuvieron puntuaciones más bajas en la medida de gravedad en comparación con WAIT. CBGT y MAGT sin diferencias significativas entre sí, se calificaron como más mejorados que WAIT.
2	Niles et al., Behavior Therapy Estados Unidos (2014)	Síntomas de ansiedad social	La evitación experiencial medida por el cuestionario, fue un mediador significativo en la reducción de síntomas de ansiedad social en ACT, pero no en CBT. La curvatura de cogniciones negativas no fue un mediador significativo, pero si un predictor de mejoría en los síntomas en ambos grupos.
		Calidad de vida	Ninguna de las curvaturas de evitación experiencial y cogniciones negativas cumplieron los criterios de mediadores y predictores, por lo que no influyeron en las medidas de calidad de vida.
		Anhedonia	La evitación experiencial medida por AAQ, fue un mediador significativo en la reducción de la anhedonia depresiva en ACT, pero no en CBT. Las cogniciones negativas fueron un predictor de la reducción de anhedonia en ambos grupos.
3	Craske et al., Journal of Consulting and Clinical Psychology Estados Unidos (2014)	Medidas de síntomas de ansiedad social (escalas de autoinforme compuestas, de miedo y evitación a situaciones sociales, y gravedad clínica	En los resultados de síntomas tanto los grupos de CBT Y ACT tienen mayores reducciones que el grupo de control (WL) durante el postratamiento (S1) en el análisis de síntomas compuestos, gravedad clínica y miedo y evitación.
		Calidad de vida	Ningún grupo mejoró la media de calidad de vida autoinformada en el postratamiento (S1). En el seguimiento de 12 meses la calidad de vida mejoró significativamente en los grupos tratados.
		Medidas de distrés subjetivo en una tarea de hablar en público	Las pendientes de cambio de postratamiento (S1) indican una reducción significativa del distrés tanto en la CBT, ACT Y WL
4	Ivanova et al.,	Medidas de ansiedad general	El resultado en la reducción de medidas de ansiedad general es

	Journal of Anxiety Disorders Suecia /Sweden (2016)		significativo. El grupo tratado obtuvo una interacción estadísticamente significativa siendo mayor al grupo de control en el postratamiento
		Mejoría clínica	No hubo una diferencia estadísticamente significativa en las puntuaciones de mejoría clínica en los grupos tratados con los grupos de espera
		Medidas de ansiedad social autoevaluada	Diferencia estadísticamente significativa en las puntuaciones de la variable. El grupo con ansiedad social tratado tuvo un resultado significativo mayor al grupo de control en el postratamiento.
		Escala de trastorno de pánico autoevaluada	No se encontró diferencia estadísticamente significativa en las puntuaciones de la variable respecto al grupo tratado y no tratado en el postratamiento.
5	Mesri et al., Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry Estados Unidos (2017)	Puntuación compuesta en escalas de síntomas de ansiedad social	Los grupos CBT Y ACT fueron cada uno más eficaces que el grupo en lista de espera para la reducción de los síntomas de ansiedad social, sin diferencias entre ellos. La evitación de hablar en público fue un moderador del resultado, encontrándose que a los 12 meses de seguimiento más individuos evitativos informaron menos síntomas en CBT que en ACT.
		Reactividad al estrés	La evitación de hablar en público fue un moderador, en el que a los 12 meses de seguimiento más individuos con evitación informaron menos puntos en reactividad al estrés en CBT que en ACT.
		Calidad de vida	La clasificación clínica del miedo social fue un moderador en la variable, a 6 meses de seguimiento las personas menos temerosas informaron menos puntos en calidad de vida en CBT que en ACT y las personas más temerosas informaron más puntos en la calidad de vida en CBT que en ACT.
6	Gershkovich et al.,	Medidas auto reportadas de síntomas de ansiedad	Para todas las medidas, se evidenció una mejoría de los síntomas desde el pretratamiento, mitad-tratamiento

	Behavior Modification	social, componentes y situaciones asociadas	hasta postratamiento, con tamaños de efecto significativos.
	Estados Unidos (2017)	Gravedad de los Síntomas de ansiedad social	En los dos grupos de intervención, la gravedad de los síntomas de los participantes fue significativamente menor desde el pre hasta el postratamiento.
		Mejoría clínica	Considerando los resultados primarios se encontró que el 38 % de los participantes se clasificaron como respondedores clínicamente significativos según la LSAS y el 45 % según la SPAI-SP.
		Calidad de vida y funcionamiento psicosocial	Los resultados en las medidas de la variable representan una mejoría en la calidad de vida y otros indicios de funcionamiento psicosocial.
		Satisfacción con el tratamiento	En los dos grupos, el 88,6% de los participantes informaron estar "completamente" o "en su mayoría" satisfechos con el tratamiento
7	Herbert et al., Journal of Contextual Behavioral Science	Medidas de síntomas de ansiedad social	Los participantes del grupo tCBT, informaron puntajes más bajos en la gravedad de los síntomas en el post-test a comparación con los del grupo ACT.
	Estados Unidos (2018)	Estado diagnóstico	Mayor proporción del grupo tCBT (65,38) obtuvo un diagnóstico en remisión que el grupo ACT (40,63%)
		Gravedad clínica y mejoría	Los participantes de tCBT fueron calificados con una menor gravedad de enfermedad que los participantes de ACT. En puntuaciones de mejoría, el tamaño de efecto no fue significativo.
		Evaluación conductual	Los participantes del grupo ACT muestran mayores mejoras en las medidas de desempeño conductual.
		Significación clínica	Una mayor proporción de participantes del grupo tCBT (53%) logró resultados clínicamente significativos que el grupo ACT (25%)
8	Zahra Toghiani y Samouei Journal of Education and Health Promotion	Escala de ansiedad social y sus componentes	Los resultados demuestran que los cambios en la puntuación de ansiedad social del grupo experimental durante el período de tratamiento son significativamente más altos que en el grupo de control. También se mostró una disminución

	Iran (2019)		significativa en la puntuación de los componentes de desempeño, ansiedad social, evitación del rendimiento y evitación social.
9	Sewart et al., Behavior Therapy Estados Unidos (2019)	Afecto positivo (PA)	El afecto positivo (PA) aumentó significativamente tanto en ACT como en CBT desde el pretratamiento hasta el postratamiento Ni ACT ni CBT superaron la WL en el aumento de PA.
		Afecto negativo (NA)	Desde el pre a postratamiento (S1) el afecto negativo (NA) disminuyó significativamente en CBT y ACT, manteniéndose en el seguimiento. Tampoco se encontraron diferencias significativas de la reducción entre CBT y ACT. Solo el grupo ACT supero al grupo de espera (WL) en la reducción de NA.
10	Krafft et al., Cognitive Therapy and Research Estados Unidos (2020)	Síntomas autoinformados de ansiedad social, miedo, evitación y angustia	Los resultados muestran una disminución general en los síntomas autoinformados de ansiedad social, miedo, evitación y angustia.
		Bienestar psicológico general	Se demuestra un aumento en el bienestar psicológico. ACT mejoró en mayor ritmo el bienestar psicológico en relación con la con tCBT.
		Satisfacción con roles y actividades sociales	Aumentó la satisfacción con los roles y actividades sociales.
		Satisfacción y adherencia	Grado de satisfacción general alto con ambos libros de autoayuda. Buenos niveles de adherencia al tratamiento sin diferencias significativas entre los libros.
11	Khoramnia et al., Trends in Psychiatry and Psychotherapy (2020)	Síntomas de ansiedad social	ACT fue efectiva reduciendo los síntomas de ansiedad social del grupo experimental en comparación con el grupo de control.
		Flexibilidad psicológica	La Flexibilidad psicológica se incrementó un 43% en el post-test y un 67% en el seguimiento.
		Vergüenza externa.	ACT redujo los valores de vergüenza externa dentro de las etapas de post-test y seguimiento del grupo

			experimental comparado con el grupo de control.
		Autocompasión (SCS)	Incremento significativo de la autocompasión.
		Dificultad en la regulación emocional y sus componentes	Los resultados muestran la capacidad de ACT de reducir efectivamente la dificultad en la regulación emocional y sus componentes.
12	Gorinelli et al., Journal of Contextual Behavioral Science. Finlandia (2023)	Ansiedad en la interacción social	El grupo experimental (VRACT) muestra grandes cambios en comparación con el grupo de lista de espera (WLC) en la disminución de ansiedad de interacción social con un tamaño del efecto moderado ($d > 50$)
		Ansiedad en la comunicación	VRACT muestra disminución de ansiedad de comunicación con un tamaño del efecto moderado ($d < 80$)
		Ansiedad percibida al hablar	En VRACT se muestra una gran disminución en la ansiedad percibida al hablar.
		Estrés percibido	El grupo VRACT mostró una pequeña disminución en el estrés.
		Bienestar psicológico, emocional y social	El grupo VRACT mostró un pequeño incremento en las puntuaciones de bienestar.

Nota. Organizaciones de variables resultado que se midieron en los ensayos aleatorizados de los artículos científicos para indicar los resultados del efecto experimental de la aplicación de ACT en el trastorno de ansiedad social.

En la Tabla 2 se muestran a las variables resultado que se identificaron en cada uno de los artículos, observándose que, la sintomatología de ansiedad social compuesta en autoinformes de diferentes cuestionarios, inventarios y escalas validados, constituye la variable primaria o la principal de la que se obtienen los resultados en los ensayos aleatorizados, cuyos puntajes en los diferentes grupos de control y fases de evaluación analizan estadísticamente el efecto de ACT en el tratamiento de Ansiedad Social considerando los cambios en sus medidas pre-test, post-test y seguimiento. En cuanto a esta variable, se evidencia que, en la mayoría de los ensayos clínicos aleatorizados (10 de los 12 artículos), ACT, produjo una diferencia estadísticamente significativa en la reducción de los síntomas comunes de ansiedad social de acuerdo a los autoinformes evaluados, en cambio en la mayoría produjo

6.3 Resultados para el segundo objetivo específico.

Identificar las características sociodemográficas prevalentes del trastorno de ansiedad social en adultos.

Tabla 3:

Resumen de las características sociodemográficas identificadas en cada artículo

Nº	Referencia (<i>Autor, Revista, País Y Año</i>)	Característica demográfica	N	Resultados (<i>Porcentaje</i>)	
1	Kocovski et al., Behaviour Research and Therapy Canadá (2013)	Género	Masculino	63	46%
			Femenino	74	54%
		Promedio de Edad		34	
		Etnicidad	Blanco	85	62%
			Asiático	27	20%
			Negro	5	3,6%
			Hispano	5	3,6%
			Otro	15	10,9%
		Religión	Ninguna	52	38,0%
			Católica	22	16,1%
			Protestante	17	12,4%
			Budista	11	8,0%
			Musulmana	7	5,1%
			Judía	5	3,6%
Hindú	1		0,7%		
Otra	22		16,1%		
2	Niles et al., Behavior Therapy Estados Unidos (2014)		Género	Masculino	29
		Femenino		21	43%
		Promedio de Edad		28,4	
		Promedio de años de educación		15,5	
		Etnicidad	Hispanoamericano	6	13%
			Asiático-americano	8	15%
			Caucásico	30	59%
			Otro	6	13%
		Estado Civil	Casado	4	7%
			Soltero	41	83%
Vive en Pareja	2		4%		
Separado/Divorciado	3		6%		
3	Craske et al., Journal of Consulting and	Género	Masculino	47	54,02%
			Femenino	40	45,98%
		Promedio de Edad		28,37	

	Clinical Psychology Estados Unidos (2014)	Promedio de años de educación		15,04
		Etnicidad	Blanco	44 50,57%
			Hispano/Latino/a	15 17,24%
			Afroamericano	2 2,30%
			Asiático-americano	16 18,39%
		Estado Civil	Casado/Cohabitado	10 11,49%
			Soltero	69 79,31%
			Otro	8 9,20%
4	Ivanova et al., Journal of Anxiety Disorders Suecia /Swwedden (2016)	Género	Masculino	54 35,5%
			Femenino	98 64,5%
		Estado civil	Divorciado/viudo/a	1 0,7%
			Soltero	37 24,3%
			En una relación	110 72,4%
			Otro	4 2,6%
		Educación	Primaria	12 7,9%
			Secundaria superior	59 38,8%
			Universidad	79 52,0%
			Estudios de postgrado	2 1,3%
5	Mesri et al., Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry Estados Unidos (2017)	Género	Masculino	30 64,6%
			Femenino	22 36,4 %
		Etnicidad	Caucasico/ Europeoamericano	28 53,9%
			Hispano	9 17,3%
			Asiatico-americano	11 21,1%
			Otro	4 7,7%
		Estado civil	Casado/Cohabitado	5 9,6%
			Soltero	44 84,6%
			Otro	3 5,8%
6	Gershkovich et al., Behavior Modification Estados Unidos (2017)	Género	Masculino	15 35,7%
			Femenino	27 64,3%
		Etnicidad	Caucásico	28 66,7%
			Asiático	4 9,5%
			Afroamericano	6 14,3%
			Hispano	3 7,1%
			Otro	1 2,4%
		Empleo	Tiempo completo	19 45,2%
			Tiempo parcial	13 31,0%
			Desempleado	10 23,8%
		Estado Civil	Soltero	19 45,2%
			Casado	10 23,8%
			Viviendo en pareja	4 9,5%
			Sin vivir en pareja	7 16,7%
			Divorciado	2 4,8%
			Viudo	0 0%
7	Herbert et al.,	Género	Masculino	43 49,86%

Journal of Contextual Behavioral Science Estados Unidos (2018)	Promedio de Edad	Femenino	45	51,14%
			29,97	
	Etnicidad	Afroamericano	13	14,77%
		Blanco/europeo americano/caucásico	43	48,86%
		Asiático Americano /asiático/Isleño	14	15,91%
		Latino /Hispano Americano	6	6,82%
		Multirracial/otro	11	12,5%
	Situación Laboral	Tiempo completo	34	40,96%
		Medio Tiempo	24	28,92%
		Ocasional o por día	4	4,82%
		Sin ingresos	21	25%
	Estado Civil	Casado/cohabitación	23	26,14%
Soltero		51	57,95%	
Otro		14	15,91%	
8 Zahra Toghiani y Samouei Journal of Education and Health Promotion Iran(2019)	Género	Masculino	0	0%
		Femenino	71	100%
	Promedio de Edad	21		
9 Sewart et al., Behavior Therapy Estados Unidos (2019)	Género	Masculino	56	51,8 %
		Femenino	55	49,2%
	Promedio de edad	28,3		
	Etnicidad	Blanco	52	46,8%
		Asiático/Isleño del pacífico	23	20,7%
		Hispano/Latino	20	18,0%
		Afroamericano	2	1,8%
Otra raza/etnia	14	12,7%		
10 Krafft et al., Cognitive Therapy and Research Estados Unidos (2020)	Género	Masculino	23	22,55%
		Femenino	78	76,47%
		Otro	1	0,98%
	Promedio de Edad	20,51		
	Etnia	No Hispano	98	96,08%
		Hispano	4	3,92%
	Raza	Blanco	97	95,10%
		Asiático	1	0,98%
		Multirracial	2	1,96%
Otras		1	0,98%	
11 Khoramnia et al., Trends in	Género	Masculino	23	30,3%
		Femenino	53	69,7%

	Psychiatry and Psycho-therapy (2020)	Promedio de Edad		24.95
12	Gorinelli et al., Journal of Contextual Behavioral Science. Finlandia (2023)	Género	Masculino	23 30,3%
			Femenino	53 69.7%
		Promedio de Edad		24.95

Nota. En esta tabla se identifican las diferentes características demográficas y su proporción estadística de los participantes seleccionados con Ansiedad Social, incluidos en cada artículo de la muestra.

La tabla 3 presenta las categorizaciones demográficas tomadas en cuenta de los participantes con un diagnóstico de ansiedad social en los ensayos aleatorizados, las cuales son: El género, edad, etnicidad, estado civil, educación, años de educación, empleo/situación laboral y religión. Subrayándose principalmente al género y la edad como las características sociodemográficas que fueron evaluadas en todos los ensayos, pudiéndose identificar que, en 9 de los 12 artículos seleccionados, se presenta mayor proporción del porcentaje de mujeres con ansiedad social, sin embargo, cabe considerar que la diferencia encontrada en cada ensayo no se calcula como estadísticamente significativa. Así mismo, respecto a la edad, se ha determinado que en promedio las personas con ansiedad social que participaron de los ensayos, se encuentran en un rango de 20-30 años, lo que significa que la mayoría son considerados adultos jóvenes.

Analizando las otras características sociodemográficas, en cuanto a la etnicidad en 8 de los 12 artículos seleccionados, la raza/etnia de las personas con ansiedad social con mayor prevalencia corresponde a la caucásica/blanco/europeo americano. Además, dentro del estado civil, se describe que 6 de los 12 artículos seleccionados que evalúan esta característica, en 5 de los mismos el estado de soltero tiene mayor prevalencia estadística.

7. Discusión

En el objetivo general de la presente investigación se plantea realizar una descripción de la evidencia científica sobre la Terapia de aceptación y compromiso en el trastorno de ansiedad social en adultos, por lo que para dar respuesta al mismo ha sido posible seleccionar un total de 12 artículos de tipo ensayo controlado aleatorizado, en el que a través del diseño experimental que propone cada artículo, sus resultados indican que los grupos experimentales que recibieron tratamiento con protocolos ACT logran cambios en su mayoría significativos al compararlos con los grupos de control o de lista de espera que no recibieron tratamiento. Así mismo, en otros de los estudios se comparan sus resultados con otros tipos de tratamientos como la Terapia Cognitivo Conductual, en el que no se presentan diferencias significativas en cuanto a su efectividad entre la ACT Y CBT.

A partir de los resultados obtenidos y correspondiendo con el objetivo planteado, se determinó que, a pesar de falta de homogeneidad metodológica en los ensayos revisados, ACT puede significar como una estrategia psicoterapéutica confiable para el tratamiento del Trastorno de ansiedad social en adultos, pues ha demostrado tener el suficiente respaldo investigativo en la obtención de información, que ha permitido al menos una mejoría clínica que se evidencia especialmente en la disminución de sintomatología asociada al trastorno en cuestión, pero sobre todo en sus implicaciones que permiten el desarrollo de habilidades y aptitudes psicológicas relacionadas a componentes propios de ACT. Se considera por tanto, que esto es concordante con los resultados informados en otras revisiones, como la de Caletti et al. (2022) quienes en su respectiva revisión sistemática de 11 estudios que utilizaron ACT en pacientes con TAS, sin límites cronológicos y restricciones preespecificadas, sugieren que ACT es un tratamiento prometedor en la reducción de los síntomas de TAS, reportando su efectividad en el desarrollo de la flexibilidad psicológica, defusión, conexión y aceptación de las condiciones clínicas, que se pueden representar dentro de criterios funcionamiento psicológico y cambios significativos en la calidad de vida de las personas con ansiedad social.

De igual manera se coincide con la revisión sistemática sobre ACT en el tratamiento de los trastornos de ansiedad realizada por Swain et al. (2013), teniendo una elección de la muestra que no empleó ningún criterio de población y tampoco especificadores de condición de control, para definir un total de 10 artículos encargados de examinar el trastorno de ansiedad social. Así establecieron que ACT es capaz de producir efectos beneficiosos para personas con ansiedad social que lo requieren, cuyo tratamiento resulta alentador en la mejoría de los problemas más comúnmente identificados en el trastorno de ansiedad social (Swain et al., 2013).

Adicionalmente, se ha identificado el efecto de ACT comparado con CBT para el tratamiento del TAS, correspondiendo que, dentro de los estudios analizados, tanto en CBT como ACT producen resultados similares o sin diferencia significativa en las medidas de la aplicación de sus respectivos tratamientos. Esto equivalentemente estaría en consonancia con los hallazgos de García y Valdivia (2018), quienes desarrollan una revisión sistemática con una muestra de ocho artículos, cuyos participantes eran adultos mayores de 18 años y presentaban un diagnóstico primario de TAS, y a través de ella observaron que en casos puntuales la ACT mejoraba algunas medidas de variables con respecto a la CBT, por ejemplo en adherencia al tratamiento y calidad de vida. Con lo cual se puede informar que ACT se constituye como tratamiento igual de eficaz como la CBT para el TAS.

Para el primer objetivo específico, el cual se define como la identificación de las principales variables que se miden como indicadores de la eficacia de la Terapia de aceptación y compromiso. Se obtiene que las medidas de autoinforme de síntomas en escalas, cuestionarios e inventarios que componen ansiedad social, constituyen la variable de resultados primaria requeridas para establecer hasta qué punto hay una eficacia de ACT sobre el TAS, sin embargo, dados los fundamentos teóricos de ACT, a través de su tratamiento no se busca exclusivamente una disminución de los síntomas de ansiedad social, por lo que otras variables resultado primarias que se destacan en la mayoría de los estudios, estarían referidas a medidas concernientes con la flexibilidad psicológica, aceptación de experiencias incómodas, disminución de la evitación experiencial y una mejor calidad de vida dentro del funcionamiento general.

Lo mencionado se relacionaría con lo expuesto por Haller et al. (2021) quienes desarrollaron un revisión sistemática y de metaanálisis de 23 artículos, que comprenden 1815 adultos con diferentes trastornos de ansiedad del DSM-5, en los que se incluye el TAS. Destacan a nivel general, que ACT al igual que otras terapias basadas en aceptación y atención plena, tuvieron efectos a corto plazo en la ansiedad calificada por el médico y el mismo paciente. Añadiendo lo dicho, respecto a otras variables primarias que se miden por el efecto de ACT, Shah (2015), en su investigación de revisión bibliográfica y de análisis crítico de literatura, correspondió que efectivamente las personas con TAS, pueden experimentar muchos beneficios sustanciales provenientes del tratamiento con ACT, sugiriendo que tienen la posibilidad de obtener ganancias en una amplia variedad de dominios, incluyendo las mejoras que lógicamente se derivan de los procesos específicos de ACT. Finalmente, se puede también hacer referencia a Ponce et al. (2021) quienes presentan un estudio de caso acerca de la

intervención desde la ACT en un paciente con TAS, en el que logran resultados similares a los descritos, con una reducción en los niveles de ansiedad social, un aumento de la flexibilidad psicológica y disminución de la evitación experiencial, a pesar de que no se puede realizar una extrapolación dadas las limitaciones características de este tipo de estudio.

Ahora bien, con respecto al segundo objetivo específico, en el que se aborda sobre las características sociodemográficas identificadas, es destacable que los hallazgos de esta revisión explican las implicaciones que tienen determinadas características sociodemográficas en las características de la ansiedad social en cuanto al género, la edad y la etnicidad. En donde se ha encontrado una mayor prevalencia de ansiedad social en mujeres, la cual podría deberse a la interacción de distintos factores sociales y culturales que influyen en este dato. De igual manera, se recalca en esta investigación que los adultos jóvenes menores a 40 años tienen mayor prevalencia de TAS, con posibilidades de ser especialmente más vulnerables para el desarrollo de este trastorno, posiblemente debido a los desafíos y cambios sociales que enfrentan.

La observación de las diferencias en el género resulta ser consistente con lo definido por Asher et al. (2017), pues al realizar su revisión bibliográfica encontraron una mayor propensión a experimentar ansiedad social en mujeres y de reportar mayor gravedad clínica, con diferentes datos estadísticos recopilados. Asimismo, al identificarse que el periodo de edad más prevalente en casos de ansiedad social resulta ser la adultez temprana, lo cual se puede corroborar por González et al.(2021) en el que llevaron a cabo un estudio transversal a una muestra estratificada y representativa de la población adulta en la comunidad andaluza (España), encontrando una prevalencia de ansiedad social en los adultos más jóvenes, estableciendo que la menor edad representa un factor de riesgo asociado al TAS.

8. Conclusiones

Considerando los resultados analizados y las respuestas a los objetivos propuestos en la investigación, se concluye que:

En la revisión bibliográfica realizada se describió la evidencia científica acerca la Terapia de Aceptación y Compromiso en el trastorno de ansiedad social en adultos, referida principalmente a ensayos aleatorizados, los cuales, a través de sus procedimientos estadísticos, examinan el efecto que produce esta terapia sobre el tratamiento del trastorno en específico. De tal forma queda demostrada la posibilidad de su aplicación clínica bajo la configuración de programas y protocolos con sustento experimental, obteniendo resultados significativos en el beneficio de los adultos que recibieron el tratamiento la terapia en concreto. En consecuencia, la misma se establece como una alternativa de intervención para la ansiedad social, cuya propuesta psicoterapéutica se encuentra basada en evidencia.

Sin embargo, es importante mencionar que la inclusión las diferentes condiciones metodológicas y la falta de homogeneidad en la mayoría de los artículos recopilados, requiere de cierta prudencia para definir lo expuesto como una prueba de efectividad y eficacia generalizable de ACT sobre el trastorno de ansiedad social, debido a que es necesario una mayor producción investigativa que sea capaz de tener una mayor contundencia en sus resultados. Otra característica destacable que se obtiene a partir de los resultados, implica el hecho de que no es concluyente catalogar ACT como superior o mejor opción que CBT, pues, a pesar de que, en los artículos analizados, ACT evidencia mayores mejorías en algunas de las variables medidas que CBT, se destaca sobre todo que sus diferencias no resultan ser estadísticamente significativas y más bien destacan la semejanza en sus medidas.

Ahora bien, en cuanto a la identificación de las principales variables que se miden como indicadores de la eficacia de la Terapia de aceptación y compromiso, se pudo evidenciar que el puntaje de la sintomatología de ansiedad social en etapas de postratamiento y seguimiento constituye la variable de resultados primaria, las cuales en cada uno de los artículos seleccionados se analizan estadísticamente, comparando las diferencias en la reducción de sintomatología entre los grupos de experimentales o de tratamiento y el grupo de lista de espera. Entre otras variables que se lograron reconocer se encuentran las medidas de los indicadores de calidad de vida más comunes, en las que se encuentran: la calidad de vida, índice de bienestar general, significancia o mejoría clínica, gravedad clínica y finalmente satisfacción o adherencia con el tratamiento.

Además, en lo referido a las características sociodemográficas prevalentes de las personas con ansiedad social dentro de los ensayos controlados que se realizaron, se identifica: Una mayor presentación de participantes dentro del género femenino, pero sin diferencias significativas en comparación con el género masculino; hubo mayor presencia de caucásicos en la etnicidad reportada; un promedio de educación en años que fue superior a los 12 años; y el estado civil más reportado fue la soltería. No obstante, es importante tomar en cuenta que gran parte de los estudios recopilados pertenecen únicamente al contexto como lo es el angloparlante norteamericano y europeo, solamente dos artículos estarían fuera de ese contexto, y tampoco se encontraron artículos provenientes de América latina o de origen hispano. Estas condiciones explicarían la presencia de tales características sociodemográficas.

9. Recomendaciones

A partir de lo expuesto en los aspectos que componen esta revisión bibliográfica, a los interesados en abordar esta temática en futuras investigaciones, se recomienda lo siguiente:

- Incluir los mecanismos de cambio, realizando estudios enfocados en comprender los moderadores, mediadores y predictores de los resultados de la efectividad de la Terapia de aceptación y compromiso para el tratamiento de la ansiedad social.
- Explorar la adaptación cultural de la Terapia de aceptación y compromiso, comprendiendo la forma en que la ansiedad social puede manifestarse de manera diferente en distintas culturas, para determinar cómo la terapia se aplica y es recibida en cada contexto.
- Estudiar la combinación de la Terapia de aceptación y compromiso con otros enfoques terapéuticos, observando los efectos de la misma y analizando de qué manera esta combinación puede potenciar los efectos terapéuticos y proporcionar intervenciones más completas y efectivas.
- Evaluar el impacto de la terapia con respecto a otras variables relacionadas con la ansiedad social como, habilidades sociales y vergüenza, debido a que entender los cambios en algunas de las mismas puede tener implicaciones importantes para la vida diaria de los pacientes.

10. Bibliografía

- Abreu, J. L. (2014). El Método de la Investigación Research Method. *Daena: International Journal of Good Conscience*, 9(3), 195–204.
- Aguirre, J. C., & Jaramillo, L. G. (2015). El papel de la descripción en la investigación cualitativa. *Cinta de Moebio*, 53, 175–189. <https://doi.org/10.4067/s0717-554x2015000200006>
- Asher, M., Asnaani, A., & Aderka, I. M. (2017). Gender differences in social anxiety disorder: A review. *Clinical Psychology Review*, 56, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.05.004>
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®). In *Correspondencias & Análisis* (5th ed., Issue 15018). Editorial Médica Panamericana. <https://doi.org/9780890425596>
- Bados Lopez, A. (2017). *Fobia social o trastorno por ansiedad social: Naturaleza, evaluación y tratamiento*. Universidad de Barcelona.
- Baeza Velasco, C. (2007). Tratamientos eficaces para el Trastorno de Ansiedad Social Efficient Treatments for Social Anxiety Disorder. *Cuadernos de Neuropsicología*, 1(0718–4123), 127–138. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439642479004>
- Barnes, D., Valverde, M. R., & Whelan, R. (2005). La teoría de los marcos relacionales y el análisis experimental del lenguaje y la cognición. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(2), 255–275. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80537203>
- Barraca Mairal, J. (2007). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, Aplicación en el Contexto Clínico y Áreas de Desarrollo. *Miscelánea Comillas Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 65(127), 761–781.
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2020). *MANUAL DE PSICOPATOLOGÍA VOLUMEN II* (3rd ed.). McGraw-Hill/Interamericana de España, S.L.
- Caletti, E., Massimo, C., Magliocca, S., Moltrasio, C., Brambilla, P., & Delvecchio, G. (2022). The role of the acceptance and commitment therapy in the treatment of social anxiety: An updated scoping review. *Journal of Affective Disorders*, 310(October 2021), 174–182. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.05.008>
- Craske, M. G., Niles, A. N., Burklund, L. J., Wolitzky-Taylor, K. B., Vilardaga, J. C. P., Arch, J. J., Saxbe, D. E., & Lieberman, M. D. (2014). Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for social phobia: Outcomes and moderators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(6), 1034–1048. <https://doi.org/10.1037/a0037212>
- Echeburúa, E., & Salaberría, K. (2010). Terapias Psicológicas Basadas en la Evidencia: Limitaciones y retos de futuro. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19 (3), 247–256. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921798006.pdf>
- Elizondo Arias, Y. (2016). Trastorno De Ansiedad Social (Fobia Social). *Revista Médica Sinergia*, 1(4), 20–24. <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/28>
- García-Pérez, L., & Valdivia-Salas, S. (2018). Intervención en el trastorno de ansiedad social a través de la terapia de aceptación y compromiso: una revisión sistemática. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 26(2), 379–392.

<https://www.proquest.com/docview/2108803008?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true>

- Gershkovich, M., Herbert, J. D., Forman, E. M., Schumacher, L. M., & Fischer, L. E. (2017). Internet-Delivered Acceptance-Based Cognitive-Behavioral Intervention for Social Anxiety Disorder With and Without Therapist Support: A Randomized Trial. *Behavior Modification, 41*(5), 583–608. <https://doi.org/10.1177/0145445517694457>
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science, 18*(September), 181–192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
- Gómez-Martín, S., López-Ríos, F., & Mesa-Manjón, H. (2007). Teoría de los marcos relacionales: algunas implicaciones para la psicopatología y la psicoterapia. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 7*(2), 491–507. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33717060015>
- González-Domenech, P., Gutiérrez, B., Muñoz-Negro, J. E., Molina, E., Rivera, M., & Cervilla, J. A. (2021). Epidemiología de la fobia social en Andalucía. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental, xxxx*. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.09.006>
- Gorinelli, S., Gallego, A., Lappalainen, P., & Lappalainen, R. (2023). Virtual reality acceptance and commitment therapy intervention for social and public speaking anxiety: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science, 28*(May), 289–299. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.05.004>
- Haller, H., Breilmann, P., Schröter, M., Dobos, G., & Cramer, H. (2021). A systematic review and meta-analysis of acceptance- and mindfulness-based interventions for DSM-5 anxiety disorders. *Scientific Reports, 11*(1), 1–13. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-99882-w>
- Hayes, S. C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies – Republished Article. *Behavior Therapy, 47*(6), 869–885. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.006>
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy and Contextual Behavioral Science: Examining the Progress of a Distinctive Model of Behavioral and Cognitive Therapy. *Behavior Therapy, 44*(2), 180–198. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, K. G. (2004). What Is Acceptance and Commitment Therapy? In *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy* (Vol. 4, Issue 1, pp. 3–29). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-0-387-23369-7_1
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2015). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. DESCLÉE DE BROUWET.
- 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>

- Hernandez Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (McGRAW-HILL). McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
- 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. *Journal of Anxiety Disorders*, *44*, 27–35. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.09.012>
- Jefferies, P., & Ungar, M. (2020). Social anxiety in young people: A prevalence study in seven countries. *PLOS ONE*, *15*(9), e0239133. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239133>
- 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>
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., García, R. F., Aguayo, L. V., Parra, A. F., & Virués-Ortega, J. (2005). Psicoterapia Analítico-Funcional y Terapia de Aceptación y Compromiso: Teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *5*(2), 349–371. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33750209>
- Krafft, J., Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2020). A Randomized Trial of Acceptance and Commitment Therapy and Traditional Cognitive-Behavioral Therapy Self-Help Books for Social Anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, *44*(5), 954–966. <https://doi.org/10.1007/s10608-020-10114-3>
- Luciano, C. (2016). Evolución de ACT. *Análisis y Modificación de Conducta*, *42*(165–66), 3–14. <https://doi.org/10.33776/amc.v42i165-66.2791>
- Luciano, M. C., & Valdivia, M. S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles Del Psicólogo*, *27*(2), 79–91. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77827203>
- Luciano Soriano, C., Gutiérrez Martínez, O., & Rodríguez Valverde, M. (2005). Análisis de los contextos verbales en el trastorno de evitación experiencial y en la terapia de aceptación y compromiso. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *37*(2), 333–358. <https://doi.org/80537208>
- Luciano Soriano, M. C., Páez Blarrina, M. B., Valdivia Salas, S., & Gutiérrez Martínez, O. (2006). Avances desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *EduPsykhé: Revista de Psicología y Psicopedagogía*, *5*(2), 173–202. <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2147831.pdf> <http://dialnet.unirioja.es/ser/vlet/extart?codigo=2147831>
- Madriz, L., & Henderson, 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. <https://www.redalyc.org/pdf/153/15328800009.pdf>
- Marín, A. H., Martínez, G. J., & Ávila, J. M. (2015). Detección de sintomatología de ansiedad social y factores asociados en adolescentes de Motul, Yucatán, México. *Revista Biomédica*, *26*(1), 23–31. <https://www.medigraphic.com/cgi->

- Martínez-Monteagudo, M. C., Inglés, C. J., Cano Vindel, A., & García-Fernández, J. M. (2012). Estado Actual de la Investigación Sobre la Teoría Tridimensional de la Ansiedad de Lang. *Ansiedad y Estrés*, 18(2–3), 201–219. <http://hdl.handle.net/10045/35859>
- Mesri, B., Niles, A. N., Pittig, A., LeBeau, R. T., Haik, E., & Craske, M. G. (2017). Public speaking avoidance as a treatment moderator for social anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 55(3), 66–72. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2016.11.010>
- 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>
- Pacurucu Pacurucu, A. L., & Aguirre Barros, D. A. (2021). *Revisión bibliográfica del trastorno de ansiedad social en la adolescencia* [Universidad del Azuay]. <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/11409>
- Páez-Blarrina, M., Gutiérrez-Martínez, O., Valdivia-Salas, S., & Luciano-Soriano, C. (2006). Terapia de aceptación y compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6(1), 1–20.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Alonso-Fernández, S. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790–799. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>
- Paliza-olivares, V. F. (2023). Entendiendo la Terapia de Aceptación y Compromiso : estado actual y bases teóricas Understanding Acceptance and Commitment Therapy : Current Status and Theoretical Basis. *Análisis y Modificación de Conducta*, 49, 83–99. <https://doi.org/10.33776/amc.v49i180.7614>
- Paliza Olivares, V. F. (2023). Entendiendo la Terapia de Aceptación y Compromiso: Estado actual y Bases teóricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 49(180), 83–99. <https://doi.org/10.33776/amc.v49i180.7614>
- Patrón Espinosa, F. de J. (2013). La Evitación Experiencial como Dimensión Funcional de los Trastornos de Depresión, Ansiedad y Psicóticos. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 5(1), 85. <https://doi.org/10.22201/fesi.20070780.2013.5.1.38728>
- Pérez Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación= Thrid-generation behavior therapy /. *Edupsykhé. Revista de Psicología y Educación*, 5(2), 159–172. <https://doi.org/10.57087/edupsykhe.v5i2.3781>
- Ponce-Alencastro, J. A., Arredondo-Aldana, K., & Mera-Posligua, M. J. (2021). Ansiedad social: Intervención desde la terapia de aceptación y compromiso a propósito de un caso. *Revista Científica Arbitrada En Investigaciones de La Salud GESTAR*, 4(8 Edicion especial noviembre 2), 104–129. <https://doi.org/10.46296/gt.v4i8edesp.0035>
- Rey, C. (2004). La Terapia de aceptación y compromiso ACT : sus aplicaciones y principales

- fundamentos conceptuales y metodológicos. *Suma Psico*, 11(2), 267–284.
<http://publicaciones.konradlorenz.edu.co/index.php/sumapsi/article/view/83>
- Rodríguez-Riesco, L., Vivas, S., Mateos Herrera, A., Pérez-Calvo, C., & Ruiz-Duet, A. (2022). Behavior therapy: roots, evolution and reflection on the relevance of behaviorism in the clinical context. *Papeles Del Psicólogo - Psychologist Papers*, 43(3), 209.
<https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2994>
- Salazar Torres, I. C. (2014). *Fiabilidad y validez de una nueva medida de autoinforme para la evaluación de la ansiedad* [Universidad de Granada]. <http://hdl.handle.net/10481/32112>
- Sareen, J., & Stein, M. (2000). A Review of the Epidemiology and Approaches to the Treatment of Social Anxiety Disorder. *Drugs*, 59(3), 497–509.
<https://doi.org/10.2165/00003495-200059030-00007>
- 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>
- Shah, T. (2015). Acceptance and Commitment Therapy for the treatment of information processing biases associated with Social Anxiety Disorder [Pepperdine University]. In *Theses and Dissertations*. <https://digitalcommons.pepperdine.edu/etd/653>
- Sierra, J., Zubeidat, I., & Fernández, A. (2006). Factores asociados a la ansiedad y fobia social. *Revista Mal-Estar E Subjetividade*, 1(2), 472–517.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482006000200010
- Sousa, V. D., Driessnack, M., & Mendes, I. A. C. (2007). An overview of research designs relevant to nursing: Part 1: quantitative research designs. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3), 502–507. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300022>
- Stein, D. J., Lim, C. C. W., Roest, A. M., de Jonge, P., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Harris, M. G., He, Y., Hinkov, H., Horiguchi, I., Hu, C., ... Scott, K. M. (2017). The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative. *BMC Medicine*, 15(1), 143.
<https://doi.org/10.1186/s12916-017-0889-2>
- Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C., & Bowman, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of anxiety: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 965–978. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.002>
- Willson, K. G., & Luciano Soriano, M. C. (2002). *TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT) Un tratamiento conductual orientado a los valores* (1st ed.). Ediciones Pirámide.
- Zahra Toghiani, F. G., & Samouei, R. (2019). The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on social anxiety in female dormitory residents in Isfahan university of medical sciences. *Journal of Education and Health Promotion*, 8(1), 41.
https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_111_18
- Zubeidat, I., Fernández Parra, A., & Sierra, J. C. (2006). Anxiety and Social Phobia: Review of

the Self-Reports More Used in Adult and Children-Youth Population. *Terapia Psicológica*, 24(1), 71–86. <https://www.redalyc.org/pdf/785/78524108.pdf>

Zych, I., Buena-Casal, G., Sierra, J. C., & Gómez-Rodríguez, S. (2012). El conocimiento y la difusión de las terapias conductuales de tercera generación en psicólogos españoles. *Anales de Psicología*, 28(1), 11–18. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16723161002>

11. Anexos

Anexo 1. Aprobación del Trabajo de Integración Curricular.



unl

Universidad
Nacional
de Loja

Facultad
de la Salud
Humana

Loja, 08 de Junio del 2023

Dra.

Ana Puertas Azanza. Mg. Sc.

DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Ciudad.

De mi consideración:

Reciba un cordial y atento saludo, deseándole éxitos en su importante cargo, en cumplimiento del oficio circular Oficio. No. -077- C.PS.CL- FSH-UNL, con asunto de analizar y emitir el Informe de Estructura y Coherencia del Proyecto denominado **"TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT) EN ADULTOS CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD SOCIAL"** de autoría del estudiante: Oscar Fernando Calderón Pardo con CI.1105759979, estudiante del VIII ciclo de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja, concluyo con lo siguiente:

- Al presentar las debidas correcciones, **el Proyecto mencionado es pertinente, cuenta con estructura y coherencia en su totalidad.**

Información que pongo a su disposición, para los fines pertinentes.
Atentamente,



MONICA ELIZABETH
CARRION REYES

Psi. Cl. Mónica Elizabeth Carrión Reyes. Mg.
1104798846
monica.carrio@unl.edu.ec
PERSONAL ACADÉMICO OCASIONAL DE LA UNL
c.c.: Archivo

Anexo 2. Oficio de Designación de la Directora de Integración Curricular.



unl

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Facultad
de la Salud
Humana

MEMORANDO. Nro. UNL-FSH-DCPS.CL 126
Loja, 19 de junio de 2023

DE: Doctora
Ana Catalina Puertas Azanza
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA FSH-UNL

PARA: Psicóloga Clínica
Mónica Elizabeth Carrión Reyes Mgs
DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL

ASUNTO: **DESIGNACIÓN DE DIRECCIÓN DE TRABAJO DE
INTEGRACIÓN CURRICULAR**

De mi consideración:

Por el presente y dando cumplimiento a lo dispuesto en el “Capítulo II del Proyecto de Tesis, Artículos 133, y 134 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el 26 de julio del 2009”, una vez que ha cumplido con todos los requisitos y considerando que el proyecto de Integración Curricular fue aprobado; me permito hacerle conocer que está designada, la ha designado Directora de del Proyecto de Integración Curricular adjunto, denominado: **“TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT) EN ADULTOS CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD SOCIAL”**, autoría de: Osca Fernando Calderón Pardo CI. 1105759979, estudiante del VIII ciclo de la Carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana.

En seguridad de contar con su colaboración, le expreso mi agradecimiento

Atentamente,



Dra. Ana Catalina Puertas Azanza Mgs
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA -UNL**

C/C. Oscar Calderón Pardo
Expediente académico
Archivo
APA/tsc

Anexo 3. Certificación del Abstract.

English Speak Up Center

Nosotros "English Speak Up Center"

CERTIFICAMOS que

La traducción del resumen de Trabajo de Integración Curricular titulado "TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT) EN ADULTOS CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD SOCIAL." documento adjunto solicitado por el señor Oscar Fernando Calderón Pardo con cédula de ciudadanía número 1105759979 ha sido realizada por el Centro Particular de Enseñanza de Idiomas "English Speak Up Center"

Esta es una traducción textual del documento adjunto. El traductor es competente y autorizado para realizar traducciones.

Loja, 20 de octubre de 2023


Mg. Sc. Elizabeth Sánchez Burneo
DIRECTORA ACADÉMICA

DIRECCIÓN: SUCRE 207-46 ENTRE AZUAY Y MIGUEL RÍOFRÍO

TELÉFONO: 099 5263 264

Anexo 4. Diagrama PRISMA para la selección de la muestra.

