



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MAESTRÍA DE PSICOLOGÍA

**PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA CON TERAPIA DE
ACEPTACIÓN Y COMPROMISO EN UNIVERSITARIOS CON
ANSIEDAD SOCIAL**

TESIS

Para obtener el Grado de Maestro en Psicología

PRESENTA

José Luis Saldaña Sánchez

Director de Tesis:

Dra. Elizabeth Aveleyra Ojeda

Comité Tutorial:

Dra. Dení Stincer Gómez

Dr. Rubén Avilés Reyes

Dra. Gabriela Orozco Calderón

Dr. Jonatan Ferrer Aragón

Cuernavaca, Morelos, marzo 2025

Recordatorios

“El dolor es inevitable, pero el sufrimiento es opcional, el sufrimiento viene de la lucha contra el dolor”

- Steve Hayes

"La flexibilidad psicológica significa estar en contacto con el momento presente como un ser humano consciente y, basado en lo que la situación ofrece, actuando de acuerdo con nuestros valores elegidos”

- Steve Hayes

“Un fracaso no es siempre un error, puede ser simplemente lo mejor que se puede hacer en esas circunstancias, el verdadero error es dejarlo de intentar”

- Burrhus Frederic Skinner

Agradecimientos

En primer lugar, quiero expresar mi más sincero agradecimiento a mi familia, quienes han sido mi pilar fundamental durante toda mi formación académica. Su apoyo incondicional, su ejemplo de perseverancia y su motivación para no rendirme ante la adversidad han sido la fuerza que me impulsó a culminar este proyecto. Gracias por creer en mí y por estar presentes en cada paso de este camino.

A mi directora de tesis, Elizabeth Aveleyra Ojeda quiero agradecerle profundamente por brindarme la libertad de elegir el tema y la forma de intervención, así como por compartir su experiencia y conocimientos para guiarme en la realización de un trabajo de calidad. Su paciencia, dedicación y retroalimentación fueron clave para el desarrollo de esta investigación.

Al comité evaluador, extendiendo mi gratitud por las herramientas y observaciones que me proporcionaron para mejorar este trabajo. Sus aportes fueron fundamentales para enriquecer el contenido y la estructura de esta tesis.

Agradezco también a CONACYT por el financiamiento económico que me permitió llevar a cabo esta investigación y concluir mi maestría. Sin este apoyo, no habría sido posible alcanzar este logro académico.

De manera especial, quiero reconocer a mi supervisor clínico, Saúl Mendoza Osorio, quien me acompañó durante la intervención basada en la terapia de aceptación y compromiso. Su disposición para compartir material bibliográfico, su retroalimentación constante y su guía en la práctica clínica fueron invaluable para el éxito de este proyecto.

Finalmente, a todas las personas que, de una forma u otra, contribuyeron a que este sueño se hiciera realidad, mi más profundo agradecimiento. Este logro es también de ustedes.

ÍNDICE

1. Introducción	5
2. Marco teórico	8
2.1 ¿Qué es la ansiedad?	8
2.2 Tipología de los Trastornos de Ansiedad.....	9
2.3 Trastorno de Ansiedad Social (TAS).....	11
2.3.1 Factores de Riesgo	14
2.3.2 Comorbilidad	15
2.3.3 Calidad de vida con TAS.....	15
2.3.4 TAS en Universitarios	16
2.4 Proceso neurobiológico de la ansiedad.....	18
2.4.1 Neurotransmisores involucrados en la ansiedad	21
2.5 Síntomas Cognitivos de la Ansiedad.....	25
2.5.1 Atención.....	28
2.5.1.1 Neurofisiología de la Atención	28
2.5.1.2 Modelos Teóricos Cognitivos de la Atención	29
2.5.1.3 Alteraciones de la atención.....	32
2.5.1.4 Estimulación Cognitiva de la Atención	32
2.5.2 Funciones Ejecutivas (FE)	33
2.5.2.1 Neurofisiología de las FE	34
2.5.2.2 Modelos Teóricos de FE	35
2.5.2.3 Alteraciones de FE	38
2.5.2.4 Estimulación de FE	38
2.5.3 Memoria	39
2.5.3.1 Neurofisiología de la Memoria	39
2.5.3.2 Modelo Teóricos de la Memoria	41
2.5.3.3 Alteraciones de la memoria	42
2.5.3.4 Estimulación cognitiva de la Memoria	43
2.6 Modelos psicológicos de la ansiedad.....	44
2.6.1 Teoría Conductista	44
2.6.2 Teoría Cognitivo-Conductual	45
2.6.3 Teoría de Aceptación y Compromiso (ACT)	50
2.7 Tratamiento psicofarmacológico	54
2.8 Intervención psicológica y neuropsicológica para el tratamiento de ansiedad social	57

3. Diseño de investigación	60
3.1 Planteamiento del problema	60
3.2 Justificación	63
3.3 Objetivos	65
3.4 Hipótesis	66
3.5 Diseño de investigación	66
3.6 Población	67
3.7 Instrumentos y materiales	68
3.8 Procedimiento	70
3.9 Conceptualización de variables	74
3.10 Aspectos éticos	80
4. Análisis de datos	82
5. Resultados	82
5.1 Análisis estadístico	82
5.2 Análisis cualitativo – Análisis de contenido	89
5.2.1 Tiempo 1	89
5.2.2 Tiempo 2	91
5.3 Discusión y conclusiones	100
5.4 Limitaciones y Recomendaciones	108
6. Referencias bibliográficas	109
7. Anexos	132
7.1 Entrevista Semiestructurada	132
7.2 Consentimiento informado	135
7.3 Entrevista de evaluación del programa	139
7.4 Enlace para aplicación de escalas	141

1. Introducción

La ansiedad es una emoción normal que hace posible que el ser humano pueda desarrollar estrategias de afrontamiento a situaciones nuevas o desafiantes, sin embargo, una gestión inadecuada puede convertir la ansiedad adaptativa en una ansiedad patológica (Crocq, 2015), presentando un nivel elevado de síntomas cognitivos (pensamientos catastróficos y miedo irracional), fisiológicos (tensión muscular, taquicardia, náuseas, etc.) y conductuales (conductas de escape o de seguridad) (Clark y Beck, 2012). El trastorno de ansiedad social (TAS) manifiesta dichos síntomas en presencia de interacciones sociales donde la persona puede sentirse juzgada por otros a su alrededor, situación que pueden afectar esferas de vida como: la laboral, la escolar y las relaciones interpersonales. La presencia de estos síntomas en un nivel elevado puede ser incapacitante (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019).

Los universitarios que presentan ansiedad social tienden a tener una menor calidad de vida (Supe y Gavilanes, 2023), es asociada a factores como deterioro funcional, dificultad de regulación emocional y conductas de evitación ante situaciones ansiógenas (Taylor et al., 2021). En el rendimiento cognitivo, las personas con TAS reportan tener complicaciones en el control atencional, en la inhibición de estímulos irrelevantes o percibidos como amenazantes y en la flexibilidad para cambiar el foco atencional en los estímulos objetivos (Adamis et al., 2024), así mismo, en funciones ejecutivas (FE) como flexibilidad mental, presentando mayor número de perseveraciones y dificultad para alternar el foco de atención (Balbi y Roussos, 2012), y en memoria a corto y largo plazo (Castaneda et al., 2008).

El impacto psicológico y neuropsicológico del TAS dirigió el estudio a explorar la eficacia de un programa de intervención interdisciplinar para abordar los síntomas psicológicos y la afección en las habilidades cognitivas, para la cual se planteó la pregunta de investigación:

¿Un programa de estimulación cognitiva con terapia de aceptación y compromiso tendrá cambios significativos en el malestar psicológico y en el rendimiento cognitivo en universitarios con ansiedad social? Con dos hipótesis, la primera postuló que el programa generará cambios significativos en los síntomas de la ansiedad social y la segunda, que generará cambios significativos en el rendimiento cognitivo en atención, memoria y FE.

Para comprobar las hipótesis se realizó una investigación preexperimental compuesta por una muestra de 9 participantes universitarios a los cuales se evaluó en dos tiempos, previo y posterior al programa de intervención, con una diferencia de cuatro meses entre un tiempo y otro. Se utilizó una metodología mixta con diseño de triangulación concurrente, buscando responder la pregunta de investigación de forma cuantitativa y cualitativa, realizando un análisis estadístico y análisis de contenido.

Los resultados cuantitativos mostraron una diferencia significativa con un tamaño de efecto grande en la disminución de ansiedad social y un aumento de rendimiento cognitivo en atención, memoria y FE, así mismo, en el análisis de contenido se encontró que los participantes mejoraron su relación con la ansiedad social, debido a que presentaban menor número de conductas de evitación, e incrementando la aceptación a los pensamientos, emociones y sensaciones fisiológicas que experimentan mientras están en la búsqueda de crear una vida que desean vivir, igualmente, percibieron que sus niveles de atención y memoria habían mejorado, señalando que podían centrarse más en la actividad presente y podían recordar más los detalles de sus vivencias.

En conclusión, la investigación suma evidencia a los beneficios que tiene una intervención interdisciplinar desde un enfoque psicológico y neuropsicológico en el abordaje del TAS, mostrando una disminución del malestar psicológico y un aumento del rendimiento

cognitivo. Lo cual resalta la importancia de seguir investigando los efectos de este tipo de intervención en cuadros clínicos psicológicos.

2. Marco teórico

2.1 ¿Qué es la ansiedad?

La ansiedad es una emoción normal en el ser humano, desde un punto de vista evolutivo ha sido útil para la supervivencia de la especie al buscar evitar lugares o situaciones peligrosas, también para mejorar las estrategias de afrontamiento ante contextos nuevos o desafiantes, sin embargo, en ocasiones la ansiedad adaptativa puede convertirse en ansiedad patológica (Crocq, 2015), presentando síntomas en diferentes niveles, cognitivo (pensamientos catastróficos sobre lo que puede suceder), fisiológico (reacción del sistema nervioso autónomo como el aumento del pulso cardíaco, dilatación de pupilas y tensión muscular) y motor (ejecución voluntaria de una conducta para disminuir la sensación incómoda o evitar que se note, llegando a escapar del lugar) (Clark y Beck, 2012).

De acuerdo con Clark y Beck (2012) los criterios para determinar si existe un problema de ansiedad son los siguientes:

- **Cognición disfuncional:** Los síntomas son derivados de conclusiones erróneas de peligro, es decir, sin haber pruebas observables de él, solo pensamientos irracionales sobre su posible aparición.
- **Deterioro del funcionamiento:** El malestar provoca dificultad para realizar la vida cotidiana de manera habitual, ya que puede interferir en distintas áreas de la vida (escolar, laboral y social), limitando el desempeño individual de la persona, con mayor recurrencia a conductas de seguridad.
- **Persistencia:** Cuando la frecuencia e intensidad se ven incrementadas, llegando a persistir durante meses o años.

- Falsas alarmas: Los síntomas de ansiedad aparecen aún sin la presencia del estímulo aversivo.
- Hipersensibilidad a los estímulos: Cuando los síntomas son evocados con estímulos de intensidad leve, pero aumentan el malestar.

Si se presentan estos criterios hay posibilidad de que se exista un cuadro clínico de ansiedad. Existen diferentes tipos de ansiedad de acuerdo con el tipo de estímulo que provoca la sintomatología. En el próximo apartado se mostrará la tipología de trastornos de ansiedad de acuerdo con el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) (Asociación Americana de Psiquiatría [APA] 2014).

2.2 Tipología de los Trastornos de Ansiedad

Todos los trastornos de ansiedad comparten síntomas como incremento de frecuencia cardíaca, tensión muscular, hiperventilación e hipervigilancia, pero estos son evocados por estímulos diferentes, en la Tabla 1 se describen brevemente los tipos de trastornos de ansiedad de acuerdo con el DSM-V:

Tabla 1
Tipología de trastornos de ansiedad con base en el DSM-V

Tipo de trastorno de ansiedad	Descripción general
Trastorno de ansiedad por separación	Es caracterizado por niveles excesivos e inapropiados de ansiedad ante la idea o posibilidad de separación de las personas con las que se tiene un apego emocional, por este motivo, se puede presentar resistencia a separarse de casa, pesadillas sobre separación o preocupación por que ocurra una situación (secuestro, morir, o perderse) que ocasione una separación de la persona amada.
Mutismo selectivo	Se fracasa al hacer intentos de hablar en ciertos contextos sociales donde se debe comunicar, puede ser en la escuela, trabajo o con ciertas características del entorno social.
Fobia específica	La ansiedad aparece ante la presencia de un objeto o situación específica (por ejemplo: la presencia de un animal, características del entorno como las alturas, presenciar sangre o ser inyectado) y se busca evitar experimentar la sensación desagradable de los síntomas, presenta un nivel de miedo desproporcional al peligro que representa el contexto fóbico.
Trastorno de pánico	Se experimentan ataques de pánico inesperados y de forma frecuente, sintiendo una sensación de miedo intenso con una duración de unos minutos, sin embargo, se experimentan diversos síntomas como sudoración, miedo a morir, alta frecuencia cardíaca, escalofríos, dificultad para respirar, dolor de tórax, despersonalización (sentir una separación del propio cuerpo), desrealización (sentir que no es real lo que se vive), miedo a “volverse loco” o desmayo.
Agorafobia	Se manifiesta ansiedad excesiva en situaciones como ir en transporte público, encontrarse en espacios abiertos o cerrados, estar en medio de una multitud o estar solo, fuera de casa, por lo tanto, se busca evitar estas situaciones de forma frecuente.
Trastorno de ansiedad generalizado	Se manifiesta mucha ansiedad y preocupación en distintos escenarios o en presencia de diversos estímulos, es decir, no hay un objeto o situación particular que lo evoque, experimentando síntomas como sentirse atrapado, facilidad para cansarse físicamente, dificultad para concentrarse, problemas de sueño o tensiones musculares.
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos	Se presentan ataques de pánico o ansiedad durante o después de una intoxicación o abstinencia de una sustancia o fármaco, para su diagnóstico se pueden utilizar pruebas de laboratorio para corroborar la intoxicación.
Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica	Se presentan ataques de pánico o ansiedad y se cuenta con evidencia clínica que demuestran que el trastorno es el resultado fisiopatológico de otra afección médica, afecta áreas como escolar, laboral o social
Trastorno de ansiedad social	El malestar de ansiedad aparece debido a la exposición a la posible evaluación de otras personas, por ejemplo, al tener que hablar con personas que no se conoce o ser observado en actividades como comer, se presenta miedo porque las otras personas identifiquen el malestar experimentado y se busca evitar situaciones que impliquen una interacción social.

Nota: Se muestra la tipología de los trastornos de ansiedad y las características principales de cada cuadro clínico. Información extraída de “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5” por Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.

A continuación, se presentará a profundidad las características del trastorno de ansiedad social, en el cual se enfoca el presente estudio, también se expondrá el impacto en la vida funcional de las personas que lo presentan.

2.3 Trastorno de Ansiedad Social (TAS)

El trastorno de ansiedad social (TAS) o también conocido como fobia social, presenta síntomas de ansiedad frente la interacción social, en contextos donde la persona puede sentirse juzgada por otros a su alrededor (Herrera, 2019), se manifiestan síntomas clínicos de tres tipos: 1) comportamental: se busca evitar mediante excusas o mentiras, los eventos sociales que provocan malestar, 2) emociones y sentimientos: experimentación de sensación de nervios, temor o agobio, acompañado de sensaciones fisiológicas que activen el organismo como la hiperventilación o aumento de la presión sanguínea, y 3) pensamientos: se tienen pensamientos de amenaza de eventos sociales, evaluaciones negativas de la propia persona y anticipación de malas actuaciones públicas como creer que hará el ridículo o que será rechazado (Caballo et al., 2018).

De acuerdo con el DSM-V este trastorno tiene los siguientes criterios diagnósticos (APA, 2014):

- A. Ansiedad excesiva en uno o más contextos sociales donde la persona esté expuesta a una posible evaluación de otras personas (por ejemplo, entablar una conversación o asistir a un lugar donde no conoce a nadie).
- B. Existe miedo de actuar de determinada forma o de que los demás se den cuenta de sus síntomas de ansiedad y lo evalúen de forma negativa (que lo avergüencen, lo humillen, le den rechazo u ofenda a otros).

- C. Los eventos sociales siempre o casi siempre le inducen miedo o ansiedad.
- D. Busca evitar o se resiste con una ansiedad intensa a asistir a eventos sociales.
- E. La ansiedad intensa es desproporcionada al peligro real que se presenta en el evento social.
- F. Los síntomas se presentan por seis o más meses.
- G. El padecimiento afecta sus áreas de vida como laboral, escolar o social.
- H. Los síntomas de ansiedad no se pueden explicar por la estimulación de una sustancia (como un fármaco o una droga).
- I. Los síntomas no deben tener una mejor explicación desde otro trastorno.
- J. Si se padece otra enfermedad (por ejemplo, obesidad, desfiguración causada por lesiones o quemaduras, Parkinson) debe ser claro que los síntomas no están relacionados con esta.

Por otro lado, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) menciona que es un desorden con ansiedad o miedo excesivo que aparece en una o diversas situaciones donde exista interacción social (por ejemplo, tener que mantener una conversación con alguien), donde se puede ser blanco de miradas (por ejemplo, caminando en la calle o visitando lugares públicos) o haciendo actividades delante de los demás (por ejemplo, hablar en público), se experimenta miedo porque los demás noten los síntomas de ansiedad, porque podría ser visto como algo negativo, el malestar puede tener un impacto significativo en áreas personales como la social, la familiar, de trabajo o la educativa (OMS, 2019).

Las personas con TAS presentan dificultad para tener interacciones sociales como una conversación, tener reuniones como cumpleaños, y comer o beber mientras hay gente delante (Chacón-Delgado et al., 2021). Caballo et al (2018) señala cuatro situaciones en las que alguien con TAS podría experimentar síntomas ansiógenos:

- **Interacción con desconocidos:** relacionarse con personas que no se conocen donde se debe tener una conversación y emplear lenguaje no verbal como mirar a los ojos o emplear una adecuada gesticulación de la cara. Se puede experimentar no saber de qué hablar, sentir que se molestará o incomodará a la otra persona, o crear una mala imagen ante los demás.
- **Interacción con personas atractivas:** Eventos donde se deben relacionar con personas que le atraen de forma física y/o emocionalmente, por ejemplo, en primeras citas, al hacer expresiones de amor o recibir halagos.
- **Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado:** Malestar al tener que expresar sus pretensiones o defender su postura como cliente en la adquisición de algún producto o servicio, por ejemplo, solicitar explicaciones a otra persona o protestar si algo en su servicio recibido está mal.
- **Quedar en evidencia o hacer el ridículo:** Momentos en que la persona se siente observada y juzgada por otros, le da miedo hacer el ridículo frente a la gente, pareciendo incompetente o provocar que otros se burlen, por ejemplo, al emitir su opinión y sentir que no se le comprenderá o hacer una actividad mientras lo ven.
- **Hablar en público/interacción con personas de autoridad:** Dificultad para hablar frente una audiencia o frente a una persona con mayor jerarquía social o institucional.

En el próximo apartado se mostrarán los factores de riesgos que se han asociado con la aparición de sintomatología de ansiedad social, entre los cuales hay variables genéticas y culturales.

2.3.1 Factores de Riesgo

El DSM-V expone que hay tres tipos de factores de riesgo: los temperamentales que son los rasgos como inhibición de comportamiento y temor al juicio negativo; los ambientales que tienen que ver con el entorno de la persona, el maltrato infantil y la adversidad; y los genéticos y fisiológicos (la influencia genética está ligada a la interacción gen-ambiente) (APA, 2014).

Los trastornos de ansiedad tienen un origen complejo, se estima que el impacto de la genética es de 20-30% (Chacón-Delgado et al., 2021). En 2003 se publicó una investigación longitudinal donde se trabajó con niños de dos años clasificándolos entre “inhibidos” y “desinhibidos”, los primeros se mostraban más retraídos, no se acercaban a sus iguales, no buscaban usar juguetes, permaneciendo más alejados, observando la situación, mientras que los segundos hacían cosas opuestas, buscaban la interacción con los otros y realizar actividades en conjunto, posteriormente de veinte años, siendo adultos jóvenes, se les dio seguimiento y los resultados marcaron que la mayoría de aquellos que eran “inhibidos” a los dos años, lo siguen siendo en la etapa adulta, pero que no era determinante, debido a que pueden impactar factores como la exposición a la cultura o influencia social (Schwartz et al., 2003).

El TAS comienza en edades tempranas y puede establecerse a largo plazo hasta la edad adulta, Chiu et al (2021) señalan que los sesgos cognitivos sobre el propio desempeño social, la atención en sí mismo, las conductas de seguridad y el sobrepensar posterior al concluir una interacción son factores predictores de su desarrollo.

Entre otros factores que influyen en la aparición del TAS está la propia experiencia con situaciones como: 1) padres sobreprotectores, exigentes con poca expresión de afecto, que utilicen “el qué dirán” como método de corrección, mostrando actitud de rechazo, si hay interferencia en el desarrollo de independencia, necesitando mucha aprobación, así el infante

crece con elevada exigencia sobre sí mismo, ideas perfeccionistas y creyendo que todas las personas son críticas con los demás, y 2) falta de experiencias o habilidades sociales, si se es privado de la interacción con otros o se promueve la evitación del contacto humano, se inhiben las habilidades sociales y se predispone al TAS (Bados, 2009).

También se señala que las experiencias de humillación o rechazo durante la infancia pueden influir en el desarrollo del cuadro, y que realizar actividades sociales nuevas como hablar en público o tener un trabajo con constante contacto social en la adolescencia pueden evocar los síntomas por primera vez (Mayo Clinic, 2021).

Una persona diagnosticada con este cuadro clínico tiene mayor probabilidad de desarrollar otro trastorno psicológico, en la sección subsecuente se exponen algunos ejemplos.

2.3.2 Comorbilidad

La ansiedad social regularmente es comórbida con otros trastornos de ansiedad. Por ejemplo, si la persona que lo presenta también evita de forma crónica el contacto social puede generarse un trastorno depresivo mayor, y cómo se presentan síntomas físicos que son desagradables algunas personas usan sustancias para tratar de disminuir el padecimiento, lo que predispone a un trastorno de consumo de sustancias, también es comórbido con el trastorno dismórfico, trastorno bipolar y personalidad evitativa (APA, 2014; Koyuncu et al., 2019).

2.3.3 Calidad de vida con TAS

Se ha reportado una correlación moderada entre los niveles ansiedad y la calidad de vida en adolescentes universitarios, a mayor ansiedad menor calidad de vida (Supe y Gavilanes, 2023), asimismo, en población general cuando se compara la calidad de vida entre personas con

un trastorno de ansiedad y personas sin este cuadro, la diferencia es significativa de manera cuantitativa y cualitativa (Olatunji et al., 2007).

Taylor et al (2021) señalan que tener un trastorno de ansiedad como agorafobia, TAG, trastornos de pánico, fobias específicas o TAS se asocia con una baja tolerancia a la angustia, deterioro funcional, problemas para regular las emociones y la presencia de conductas de evitación ante situaciones sociales, ocupacionales o físicas.

En el ámbito laboral estas personas suelen tener complicaciones para encontrar un trabajo debido a sus síntomas, y los que poseen trabajo, pueden presentar un rendimiento de desempeño 12% por debajo en comparación con sus compañeros sin TAS (Wittchen et al., 2000).

Aparte de la afección en la calidad de vida y desempeño laboral, tener un cuadro de ansiedad representa un gasto económico considerable para quien lo padece, debido al pago del tratamiento o al abordar los problemas secundarios como puede ser el insomnio, por ello este tipo de trastorno es cada vez más relevante ante la salud pública (Kavelaars et al., 2023).

Estas consecuencias las puede experimentar cualquier persona con TAS sin importar sexo o edad, pero como el presente estudio está enfocado en una población de estudiantes universitarios, en el siguiente apartado se ahondará sobre lo que se observa en las personas con dicha condición.

2.3.4 TAS en Universitarios

En los últimos años se ha incrementado el interés por la ansiedad social en alumnos universitarios debido a las complicaciones que puede generar para la adaptación social y el malestar emocional y psicológico que puede ocasionar (Moran et al., 2018). Se ha visto que un nivel alto de ansiedad social en universitarios se asocia a una mayor probabilidad de presentar

complicaciones en la adaptación escolar, de abandonar los estudios o mostrar un menor promedio de calificaciones (Nordstrom et al., 2014).

Un estudio exploratorio del impacto de la ansiedad social sobre el bienestar y el aprendizaje en universitarios, muestra que los estudiantes bajo su percepción sienten que su rendimiento académico se ve mermado por los síntomas de ansiedad social al tener bloqueos de pensamiento, regularmente asociado a la severa atención en sí mismos y el miedo a que otros noten lo que están sintiendo, lo cual impide que puedan prestar atención a los estímulos de su entorno, en los resultados se mostró que poseían un menor rendimiento que sus pares en atención y en memoria, así mismo se expuso que estos estudiantes se sentían inhábiles para solicitar ayuda o simplemente no querían, esto relacionado con la creencia de que sus problemas no serían tomados en serio y el estigma de recibir ayuda profesional (Russell y Topham, 2012).

Ante la presencia de TAS en los universitarios se han propuesto intervenciones como la modificación de sesgo atencional, un entrenamiento computarizado que busca cambiar la focalización de atención que se tiene para estímulos aversivos (gestos de desaprobación en terceros) y dirigirlos hacia estímulos neutros o agradables. En una investigación donde se comparó dos grupos con universitarios con TAS, uno que recibió esta intervención (n=32) y un grupo (n=28) con placebo, se encontró que no hubo cambios significativos entre el antes y después en los niveles atencionales ni en el TAS, pero es una propuesta que se sigue investigando (Neophytou y Panayiotou, 2022).

Respecto a las diferencias en los niveles de ansiedad social entre hombres y mujeres que cursan estudios universitarios, no se han encontrado diferencias significativas entre ambos sexos, sin embargo, es importante considerar los factores culturales de manera individual y colectiva en el desarrollo de ansiedad social (Szepesi et al., 2024).

Hasta aquí se ha explicado qué es la ansiedad, los tipos de trastornos de ansiedad, factores de riesgo, comorbilidad y el impacto que tiene en la vida cotidiana de las personas, pero ¿Qué pasa en el sistema nervioso cuando se experimenta la ansiedad? ¿Por qué se presentan los síntomas fisiológicos? ¿Por qué aparecen las dificultades de rendimiento cognitivo? En la próxima sección se buscará responder a estas preguntas.

2.4 Proceso neurobiológico de la ansiedad

En este apartado se realizará una explicación de cómo el sistema nervioso (SN) experimenta y gestiona los síntomas de ansiedad, así mismo se expondrán las áreas anatómicas que se pueden verse comprometidas.

La ansiedad está integrada por respuestas fisiológicas, conductuales, afectivas y cognitivas, que aparecen al anticipar futuros eventos o circunstancias que se perciben como aversivas, y con características de ser incontrolables e imprevisibles, así como tener consecuencias graves (Clark y Beck, 2012).

Cuando una persona se encuentra en una situación de peligro, los estímulos aversivos son captados por tálamo, estructura encargada recibir estímulos del exterior y dirigirlos a la corteza cerebral, posteriormente hay dos tipos de respuesta, la vía talámica directa y la talámica indirecta, la primera lleva la información al sistema amigdalino el cual genera que el cuerpo adopte respuestas fisiológicas que preparen el organismo para luchar o huir, este tipo de vía es subcortical, mientras que la respuesta talámica indirecta es de tipo cortical, transporta la información a la corteza prefrontal la cual genera respuestas más elaboradas para enfrentar las dificultades presentes (Herlyn, 2015).

El complejo amigdalino es un conglomerado de núcleos que se encuentran en la zona subcortical del lóbulo temporal, es un componente clave del sistema límbico, el cual se encarga de regular los estados de ánimo, así mismo está involucrado en la codificación de información. Sus conexiones aferentes provienen del hipotálamo, corteza orbital, lóbulo temporal, el cíngulo anterior, del sistema serotoninérgico, dopaminérgico y noradrenérgico, mientras que las eferentes se dirigen hacia el hipotálamo, núcleo caudado, putamen, núcleo de accumbens y núcleos septales. Se ha demostrado que su alteración está estrechamente relacionada con trastornos psiquiátricos (Ledo-Varela et al., 2007; Portellano, 2005).

El organismo al sentir ansiedad por la presencia de peligro podrá evocar dos tipos de respuestas autonómicas, esto dependiendo de los núcleos pertenecientes al tronco encefálico. Una activación en los núcleos pontinos provocará una respuesta simpática que producirá efectos como taquicardia, agitación, dilatación de pupilas, mayor velocidad de reflejos, esto con el fin de preparar el cuerpo en caso de que tenga que defenderse; por otro lado, si se activan los núcleos bulbares se producen respuestas defensivas sin eficiencia como bradicardia, desvanecimiento o pérdida de control de esfínteres, es decir, se sitúa una respuesta parasimpática (Herlyn, 2015).

Una vez que la amígdala transporta el estímulo al hipotálamo, se enciende el eje del sistema endocrínologo (hipotálamo, hipofiso y adrenal). El hipotálamo estimula la hipófisis, esta libera adrenocorticotrofina (ACTH) y llegará a todas las glándulas, entre ellas la corteza suprarrenal que producirá corticoesteroides, dando un aumento de cortisol, lo que hace que el organismo presente síntomas como aumento de energía, mayor ingesta de alimentos, “craving” de dulces, incremento de umbral de dolor y disminución de inflamación (Herlyn, 2015).

El cortisol es una hormona cuya función es adquirir energía para hacer frente al estrés, esto mediante la inhibición de procesos fisiológicos y elevando los niveles de azúcar en la

sangre, un alto nivel de esta hormona se asocia con daño cerebral y más neurotoxicidad, sus consecuencias puede ser una apoptosis temprana de células piramidales en zonas anatómicas con muchos receptores de glucocorticoides, una zona destacada es el hipocampo, el cual es clave para mecanismos de memoria y consolidación del aprendizaje (Goodyer et al., 2001; Silva-Barragán y Ramos-Galarza, 2021).

El alto nivel de estrés en edades tempranas entorpece la poda neuronal, impactando en una reducción de sinapsis en la amígdala y en el hipocampo. La primera es fundamental para gestionar el miedo y comportamientos agresivos, y una alta reactividad del segundo provoca irritación en el sistema límbico que puede desembocar en exasperación, agresión o ansiedad, aunque también se ha visto que influye en el desarrollo de la corteza cerebral, y en una maduración precoz de la corteza prefrontal (Gurtado, 2018).

El hipocampo es importante para los procesos de memoria, siendo una de sus principales funciones es elegir la información más relevante y codificarla a largo plazo y permite etiquetar emocionalmente un evento. En este proceso mantiene relación con la amígdala, la cual le permite aumentar la plasticidad y fijar recuerdos específicos de manera directa. Sus otras funciones son mnemónicas, para establecer recuerdos emotivos o motivacionales que incentivan aprender dicha información, y conductuales, debido a que una alteración puede desembocar en respuestas viscerales de ataque y de defensa (Castro-Sierra et al., 2007).

En 2014 se realizó un metaanálisis de 40 estudios de neuroimagen en TAS para identificar las zonas anatómicas involucradas en los síntomas, de los cuales 32 de ellos abordaron estímulos fóbicos como verbalizaciones o rostros con expresiones de negativas y situaciones sociales, mientras que los otros ocho comparaban el rendimiento entre población con y sin TAS en tareas cognitivas específicas. Estos segundos, en su mayoría encontraron una

mayor activación en la amígdala bilateral, en la corteza prefrontal medial (CPFM), en la corteza prefrontal ventrolateral, en la corteza cingulada anterior y corteza parietal, y otros vieron una activación en el hipocampo y giro fusiforme, mientras que en los primeros se encontró una correlación positiva entre la activación de la amígdala y el grado sintomatológico del TAS (Brühl et al., 2014).

También se ha reportado la interacción de la amígdala con la corteza orbitofrontal en adolescentes con TAS, mostrando que dicha relación se asocia con una mayor frecuencia de experimentación de emociones de vergüenza y frustración (Mao et al., 2020). Se ha propuesto la amígdala y la corteza prefrontal medial dorsal como vía neuronal para el procesamiento de estímulos amenazantes o estresantes en población con y sin ansiedad. Dicho circuito se activa ante el procesamiento de amenazas que dan lugar un comportamiento adaptativo y en casos patológicos de ansiedad (Robinson et al., 2014), observándose que se inhibe con serotonina, lo cual podría explicar la reducción de la ansiedad ante la medicación de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) (Robinson et al., 2013).

Hasta aquí se ha hecho un recorrido de cómo como el SN procesa el miedo y su transformación en síntomas de ansiedad, desde la identificación de peligro hasta las respuestas fisiológicas emitidas, y las áreas anatómicas que se ven comprometidas ante una exposición prolongada a situaciones ansiógenas, a continuación, se señalarán los neurotransmisores que se ven relacionados con la ansiedad.

2.4.1 Neurotransmisores involucrados en la ansiedad

Los neurotransmisores son sustancias que se liberan durante la sinapsis, se originan en la neurona presináptica y son dirigidas a una neurona postsináptica, en la cual puede tener un efecto excitatorio o inhibitorio, el primero se causa una despolarización que crea un potencial de acción,

mientras que el segundo hace una hiperpolarización, incrementando el umbral de excitación haciendo que se inhiba la acción (Torres, 2023).

Se han identificado más de 200 neurotransmisores en el SN (Estepa, 2023), en la tabla 2 se muestran algunos de los más comunes:

Tabla 2

Neurotransmisores más comunes del sistema nervioso

Neurotransmisor	Tipo	Implicación en cognición y/o emociones
Glutamato	Excitatorio	Implicado en procesos cognitivos como memoria en la consolidación de información, en el aprendizaje y en la plasticidad cerebral (Albarracín et al., 2016).
Ácido gamma-aminobutírico (GABA)	Inhibitorio	Permite regular la excitabilidad cerebral, ayudando a la inducción del sueño y a regular los estados de estrés y ansiedad (Rodríguez, 2023; Sigel y Steinmann, 2012).
Dopamina	Excitatorio/Inhibitorio	Relacionado con el control de la motricidad, tiene un papel importante en el sistema de recompensas, motivación, emociones y en funciones ejecutivas (FE) como planificación y flexibilidad mental, una desregulación se asocia a condiciones como Parkinson y Huntington (Rangel-Barajas et al., 2015; Schultz, 2015).
Serotonina	Inhibitorio	Involucrada en la regulación del estado de ánimo, del ciclo circadiano, apetito sexual, temperatura corporal y dolor (Berger et al., 2009; Yabut et al., 2019).
Norepinefrina/Noradrenalina	Excitatorio	Aumenta los estados de alerta y atención hacia estímulos amenazantes, relacionado con el sistema nervioso simpático y las respuestas de aumento de ritmo cardíaco y presión arterial (Schwarz y Luo, 2015; Susan y Bouret, 2012).
Oxitocina	Excitatorio/Inhibitorio	Se ha asociado con comportamientos sociales y afectivos, principalmente con conductas prosociales como generosidad y empatía (Donaldson y Young, 2008).

Nota: Se describen algunos de los neurotransmisores más comunes en el sistema nervioso y su función asociada en la cognición y/o emociones. Elaboración propia.

Se ha descrito la asociación de neurotransmisores con el TAS, principalmente la serotonina, noradrenalina, dopamina, y GABA, a continuación se presentan algunos hallazgos (Ballesteros, 1998; Cedillo, 2017):

- **Sistema Serotoninérgico:** Se ha encontrado que la serotonina tiene un papel importante en el TAS, debido a que es mediador en las respuestas de ansiedad, en bajas cantidades se asocia con poca actividad social y evitación de esta, por otro lado, la sobre activación impulsa la aparición de un trastorno de ansiedad como puede ser TAG, trastorno de pánico, TOC o TAS.
- **Sistema dopaminérgico:** Se ha detectado niveles bajos de ácido homovanílico – metabolito de dopamina en el líquido cefalorraquídeo (LCR) en adultos con TAS, se sostiene que la dopamina está inmersa en el origen de este trastorno.
- **Sistema noradrenérgico:** Un aumento de función de este sistema se asocia con estados de ansiedad, incrementando la vigilancia y atención sobre estímulos que se perciban peligrosos.
- **GABA:** Ayuda a regular la sobre activación fisiológica que se presente en la ansiedad.

La oxitocina permite experimentar sensaciones de calma y seguridad, su uso ha demostrado ser eficaz en modelos de ansiedad en animales y humanos, ayudando a producir comportamiento prosocial, aumento de confianza, empatía y ayudando a asumir responsabilidades, su presencia en el cerebro ayuda a regular hiperreactividad de la amígdala, y permite una mayor conexión entre esta y la ínsula (Gorka et al., 2015).

A continuación, se exhibirá el impacto cognitivo que tiene el cuadro de ansiedad social.

2.5 Síntomas Cognitivos de la Ansiedad

La ansiedad social presenta síntomas cognitivos y conductuales, Clark y Wells en 1995 señalaron características principales del TAS:

1. Sesgos cognitivos en ámbitos sociales: Se experimentan pensamientos negativos sobre el propio desempeño social, juzgando su propia ejecución o sintiendo que los demás lo están evaluando.
2. Atención centrada en uno mismo: El foco atencional se centra en estímulos propioceptivos como pensamientos, emociones o sensaciones fisiológicas.
3. Procesamiento previo y posterior al evento: Se tienen pensamientos sobre los peligros que puede haber en dicha interacción o sobre lo que salió mal en esta.
4. Conductas de seguridad: Con el fin de no experimentar el malestar se opta por conductas que eviten la situación como crear excusas y terminar no asistiendo.

Esta descripción es basada en población adulta, no obstante, se han realizado más estudios para determinar si estos sesgos cognitivos también se presentan en población adolescente, encontrando que los adolescentes con TAS si presentan mayor cantidad de cogniciones sociales negativas, atención en sí mismos y conductas de seguridad (Leigh et al., 2023), e incluso se ha reportado que dichas condiciones aunadas al procesamiento posterior de acontecimientos sociales son factores predictores del desarrollo de TAS (Chiu et al., 2021).

Así mismo estos factores se han evaluado en población adulta que presenta y no tartamudez, encontrando que en ambos, cuando existe un nivel elevado de ansiedad social se hace presente los sesgos cognitivos en interacción social y mayor atención en uno mismo, lo que

concentra los recursos cognitivos en estos en lugar de dar apertura a la retroalimentación recibida de las personas con las que se interactúan, lo que hace permanecer los sesgos y conduce a una menor eficiencia en comportamiento social (Swift et al., 2024).

Dichos factores se asocian a las complicaciones que tienen las personas con TAS en el control atencional, teniendo dificultad para inhibir estímulos irrelevantes o percibidos como amenazantes como por ejemplo sus pensamientos, emociones y sensaciones fisiológicas, y por consecuente, en la flexibilidad para cambiar el foco atencional, centrándose en ellos mismos e ignorando lo que pasa a su alrededor, lo que ha mostrado una relación bidireccional entre los sesgos cognitivos sociales amenazantes y el control atencional, sin embargo no se ha determinado si uno es la consecuencia del otro (Adamis et al., 2024).

Estas dificultades atencionales también se reportan de manera subjetiva en personas que tienen otros tipos de ansiedad, por ejemplo, con el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) donde expresan una disminución de confianza en sus habilidades psicológicas superiores, mostrando quejas de su rendimiento (Langarita-Llorente y Gracia-García, 2019), y se reporta de manera objetiva un déficit de atención selectiva, teniendo complicaciones para sostener su atención ante la aparición de estímulos distractores y teniendo menor exactitud en detección de estímulos diana (Balbi y Roussos, 2012; Dorahy et al., 2006; Tempesta et al., 2013).

En un estudio con adultos jóvenes que presentaban distintos trastornos de ansiedad se encontró problemas del funcionamiento ejecutivo, en la atención dividida y en memoria de corto y largo plazo (Castaneda et al., 2008). Por otro lado, Amir y Bomyea en 2011 compararon un grupo experimental (GE) con 36 pacientes con TAS y un grupo control (GC) de 35 personas sin TAS, evaluaron su rendimiento en memoria de trabajo en la retención de palabras socialmente amenazantes y palabras neutrales, mostrando que el grupo GE tenía un mejor rendimiento con

las primeras y peor con las segundas. El puntaje mayor con palabras de valencia amenazante se puede deber a que son estímulos a los que prestan más atención de manera cotidiana, mientras que el menor puntaje con palabras neutras puede deberse a que las personas con TAS tienen un menor desempeño por la preocupación causada por sus sesgos cognitivos, gastando más energía ahí y descuidan la tarea que están realizando.

Así mismo, se ha reportado que las personas con ansiedad presentan bajo rendimiento en: flexibilidad mental, presentando mayor cantidad de errores y complicaciones para alternar el foco de atención (Dhanasekaran et al., 2014; Dorahy et al., 2006; Tempesta et al., 2013), así como la memoria de trabajo teniendo problemas para sostener y transformar información mientras se realiza una tarea cognitiva (Balbi y Roussos, 2012), y por último en la inhibición cognitiva cuando se pone en práctica la capacidad de elegir una respuesta más elaborada y con mayor esfuerzo en lugar de una respuesta automática o predeterminada, presentando un menor rendimiento en tareas como Stroop (Hallion et al., 2017). Lo anterior indicaría una alteración en el lóbulo frontal (Portellano, 2005). Además, se ha observado un menor rendimiento en la flexibilidad mental en pacientes con TAS mediante la prueba Test de Clasificación de Cartas de Wisconsin presentando menor cantidad de respuestas correctas, mayor número de errores y perseveraciones, traducándose en rigidez cognitiva (Fujii et al., 2013; Topçuoğlu et al., 2009).

En un metaanálisis del rendimiento de FE en trastornos de ansiedad donde se encontró que existía una diferencia significativa en el tiempo de reacción, encontrando que las personas con un trastorno de ansiedad presentan una ejecución más lenta en comparación del grupo control que no tenían un cuadro clínico, sin embargo, podían tener una mejor precisión, esto podría deberse a que emplean más recursos cognitivos para obtener una adecuada precisión en

las actividades, y así mismo se realizó una comparación por cada tipo de ansiedad, para TAS no se encontró diferencia en tiempo de reacción ni en precisión (Majeed et al., 2023).

A continuación, se describen los principales procesos cognitivos que se ven afectados en los trastornos de ansiedad como son la atención, memoria y FE. Se describe en qué consisten, las áreas anatómicas involucradas, los modelos cognitivos existentes, las manifestaciones clínicas que se reportan y algunas estrategias para su estimulación cognitiva.

2.5.1 Atención

La atención es la capacidad de controlar la mente, de forma clara y vívida, lo que incluye una focalización en determinados elementos e ignorar otros que sean irrelevantes, con el objetivo de ser eficaz en la actividad del tiempo presente (Wilson, 1995).

2.5.1.1 Neurofisiología de la Atención

La atención es un sistema funcional dinámico, complejo, jerárquico y multimodal que permite procesar información seleccionando los estímulos internos y externos para hacer una actividad cognitiva, sensorial o motora, para lo cual se tienen que filtrar e inhibir otras fuentes sensoriales no deseadas, participan distintas funciones como nivel de conciencia, velocidad procesamiento, concentración, motivación y la alternancia (Lubrin et al., 2009).

En personas que presentan déficit de atención selectiva se asocia con daño al lóbulo frontal, personas con una lesión en esta zona viven orientados por su estimulación y presentan conductas inflexibles o perseverativas (Lubrin et al., 2009).

Aparte del lóbulo frontal hay otras áreas que intervienen como el tálamo, el córtex parietal, la red de vigilancia, corteza oculomotora frontal, área motora suplementaria, córtex

orbitofrontal, cíngulo anterior y ganglios basales (Corbetta y Shulman, 2002; Posner y Petersen, 1990), a continuación se verán algunos modelos cognitivos de la atención.

2.5.1.2 Modelos Teóricos Cognitivos de la Atención

A) Las Tres Redes Atencionales de Posner y Petersen

Posner y Petersen en 1990 proponen tres redes encargadas de gestionar los procesos atencionales: 1) la red de orientación que tiene como propósito de mantener la atención visoespacial y seleccionar la información sensorial, cuyas áreas cerebrales asociadas son el giro precentral, los colículos superiores, el tálamo, la corteza oculomotora frontal y el córtex parietal; 2) la red de vigilancia que está implicada en generar y sostener el estado de alerta de las personas y se asocia con la función de atención sostenida, cuyas áreas cerebrales involucradas son la región fronto-parietal derecha, las personas que se lesionan el frontal derecho sufren alteraciones en la capacidad de sostener voluntariamente la atención, y si se lesionan el parietal derecho se perturban las funciones de orientación y alerta; y por último, la red de control ejecutivo, con un papel esencial en el control inhibitorio, resolución de problemas, planificación y elaboración de nuevas conductas, las áreas cerebrales que las componen son el área motora suplementaria, córtex orbitofrontal, el córtex prefrontal dorsolateral, cíngulo anterior, ganglios basales y tálamo.

Veinte años después de su propuesta original, los autores realizaron una revisión de sus redes propuestas, señalando que la red de alerta se puede ver impactado por la noradrenalina, la cual provoca un aumento de detección de estímulos y está relacionada con la corteza frontal y áreas parietales dorsales, así mismo que en orientación existen dos sistemas cerebrales, el primero, dorsal, incluyendo los campos oculares frontales, el surco interparietal, unión temporoparietal y la corteza frontal ventral, y uno ventral que incluye la articulación temporomandibular en conjunto con áreas frontales y dorsales, mientras que en la red de control

ejecutivo también se proponen dos sistemas, el primero asociado con una red frontoparietal conexa con el inicio y cambio de tareas y el segundo con base en la red cíngulo-opercular ligada a la ejecución sostenida de la actividad (Petersen y Posner, 2012).

B) Modelo de Atención para la Acción (ATA) de Norman y Shallice

A diferencia del modelo anterior, este se encuentra enfocado en la conducta dirigida a objetivos, mecanismos de acción y afrontamiento de situaciones novedosas. Está compuesto por tres subcomponentes: los esquemas de acción, el dirimidor de conflictos y sistema atencional supervisor (SAS). El primero está compuesto por las unidades de control de esquemas, que son acciones específicas aprendidas previamente y hacen posible la activación de representaciones que dirijan la conducta voluntaria de la persona, de modo que si se activan muchos esquemas se puede producir un conflicto cognitivo, el cual hace necesario un proceso de control que garantice la elección del esquema apropiado (Norman y Shallice, 1986).

El dirimidor de conflictos permite activar los esquemas que más cumplen con las exigencias actuales del entorno. Dichos esquemas se podrían rivalizar entre sí y se debe seleccionar uno o más que sea sean compatibles. En caso de que no se resuelva la rivalidad, se activa el tercer subcomponente llamado sistema atencional supervisor (SAS), que da respuesta ante contextos novedosos donde los esquemas aprendidos no son suficientes para completar las exigencias de la tarea (Norman y Shallice, 1986).

C) Modelo de Sohlberg y Mateer

Estas investigadoras propusieron que la atención se dividía en 6 niveles, cada uno encargado de procesos específicos y que tienen un orden jerárquico, a continuación, se explican (Sohlberg y Mateer, 1987, 2001):

- Arousal: Es la activación global del organismo, es la habilidad de estar alerta y despierto, envuelve la capacidad de perseguir órdenes y estímulos.
- Atención focal: Es la capacidad de enfocar toda la atención en un estímulo, sin prestar importancia a la duración, se evalúa principalmente en personas que recientemente tuvieron un traumatismo craneoencefálico.
- Atención sostenida: Es la habilidad para sostener la atención durante un período prolongado, está integrado por la vigilancia, es decir, la identificación de la información y la memoria de trabajo, la cual permite retener y manipular información de forma activa.
- Atención selectiva: Es la habilidad para elegir entre distintos estímulos aquel que tiene mayor relevancia, ignorando otros que resultan irrelevantes. Alguien con problemas en esta destreza tiende a distraerse con facilidad ya sea con estímulo internos o externos.
- Atención alternante: permite alternar el foco de atención entre actividades que conllevan demandas cognitivas diferentes, controlando la información que implica cada una.
- Atención dividida: Es la capacidad para poner atención a dos estímulos simultáneamente, captando más de un tipo de información al mismo tiempo.

Este modelo es el que se utilizará para el programa de intervención de la presente investigación, debido a que divide los procesos atencionales de una forma sistemática que permite una identificación adecuada de que proceso se encuentra comprometido de acuerdo con su rendimiento en las tareas evaluadas.

Durante esta sección se abordaron los modelos teóricos de la atención y sus principales características, en el próximo apartado se exponen los síntomas que pueden existir en la alteración de la atención, cómo se manifiestan las dificultades en personas con daño en esta destreza cognitiva.

2.5.1.3 Alteraciones de la atención

La atención es una habilidad que ayuda a gestionar otras destrezas cognitivas, por lo que si esta falla puede repercutir en sintomatología como problemas en la inhibición y en el control de interferencia, teniendo comportamientos automáticos e impulsivos que compliquen la adaptación a entornos cambiantes, en la flexibilidad mental, con dificultad para alternar el foco atencional y posiblemente errores que sean perseverativos, en la memoria de trabajo, teniendo una habilidad limitada para sostener y manipular información de manera mental, y en la velocidad de procesamiento, realizando las tareas de manera lenta a comparación de pares (Ostrosky-Solis y Lozano-Gutiérrez, 2006).

Estas son las principales complicaciones que puede experimentar una persona con daño en esta habilidad, en el siguiente apartado se explorarán técnicas que se utilizan para su estimulación.

2.5.1.4 Estimulación Cognitiva de la Atención

La estimulación cognitiva (EC) es un tipo de intervención que puede ser individual o grupal, consiste en un conjunto de estrategias y técnicas que buscan mejorar el funcionamiento de diferentes funciones cognitivas (por ejemplo, la atención, el razonamiento, la memoria, el lenguaje, etc.), sus bases son la reserva cognitiva y la neuroplasticidad, la primera hace referencia a la habilidad del cerebro para soportar una lesión cerebral sin que emerjan síntomas de alteración cognitivo o conductual, y la segunda, es la capacidad que tiene el cerebro para adaptarse a las circunstancias cambiantes y establecer un equilibrio después de un daño cerebral logrando cambiar su estructura y su funcionamiento mediante el aumento de conexiones sinápticas (Villalba y Espert, 2014).

Se ha visto que las personas con mayor estimulación a lo largo de su vida con adquisición de conocimientos, habilidades físicas o acciones sociales generan una reserva cognitiva más grande (Villalba y Espert, 2014). A continuación, se mostrarán algunos métodos para la EC de la atención.

Lubrini et al (2009) señala los siguientes ejercicios para estimular la atención, los ejercicios de cancelación, que implica un rastreo visual para identificar ciertos estímulos, puede tener variaciones como límite de tiempo, existencia de estímulos distractores, alternando indicaciones de acuerdo a comandos verbales para alternar o dividir el foco atencional, las tareas de sopa de letras que permite fortalecer la atención sostenida, selectiva y rastreo visual, las pruebas de búsqueda de diferencias, que se enfocan en presentar dos imágenes parecidas pero no idénticas, el propósito es encontrar las diferencias, otra modalidad es presentar una imagen modelo y una serie de opciones que se asemejen pero con una sola imagen idéntica, y por último, los ejercicios de atención dividida, donde se le pide a la persona que organice una serie de cartas de acuerdo con ciertas características mientras que simultáneamente se le dan un conjunto de letras con las cuales deberá formular una palabra, sin dejar de hacer la primera tarea.

En el siguiente subcapítulo se hará una exposición de las alteraciones en las FE, sus modelos teóricos que explican su funcionamiento, las manifestaciones clínicas ante su daño y cómo es su estimulación cognitiva.

2.5.2 Funciones Ejecutivas (FE)

Las funciones ejecutivas (FE) se consideran un constructo teórico, el cual hace posible a las personas planificar, organizar, inhibir y monitorizar sus acciones, y poder resolver problemas que requieran una solución creativa o novedosa (Echavarría, 2017).

Las funciones ejecutivas abarcan diferentes habilidades como: el establecimiento de metas, flexibilidad mental, inhibición de conducta, planeación, fluidez verbal, detección de riesgos, memoria de trabajo y comprensión de sentido figurado (Flores y Ostrosky, 2012).

Verdejo-garcía y Bechara (2010) clasifican las FE de la siguiente manera:

- **Actualización:** Es la actualización y monitorización de contenidos en la memoria de trabajo.
- **Inhibición:** Habilidad de cancelar respuestas automatizadas o que recibirán una recompensa, pero que son inapropiadas para el contexto en el que se está presente.
- **Flexibilidad mental:** Capacidad de turnar entre diferentes esquemas mentales, respuestas o forma de ejecución, conforme a las demandas del contexto.
- **Planificación/Multitarea:** Capacidad para prever, practicar y ejecutar series complejas de conductas para la obtención de metas.
- **Toma de decisiones:** Capacidad para elegir la opción con más beneficios y menos desventajas para la persona entre una serie de opciones disponibles

2.5.2.1 Neurofisiología de las FE

Su base neuroanatómica se localiza en la corteza prefrontal (CPF), la cual representa casi 30% de la corteza de los seres humanos y se considera un área de asociación, puesto que integra los datos que provienen de otras regiones (Lozano y Ostrosky, 2011), esta área se divide en 3 (Flores y Ostrosky, 2012, 2014):

- **Corteza prefrontal dorsolateral (CPF DL):** Se divide en dos partes la dorsolateral y la anterior, la primera se asocia a la memoria de trabajo, toma de decisiones, flexibilidad mental y fluencia verbal, mientras que la segunda se asocia con procesos como la metacognición

permitiendo así hacer una integración completa de la experiencia cognitiva y emocional de las personas.

- Corteza prefrontal medial (CPFM): Se asocia a habilidades cognitivas como atención, inhibición y solución de problemas.
- Corteza orbitofrontal (COF): Se asocia con el sistema límbico, estando presente en la regulación de emociones y conductas afectivas, siendo de vital importancia para la toma de decisiones enfocadas en el análisis riesgo-beneficio, sobre todo ante situaciones inesperadas e inciertas.

2.5.2.2 Modelos Teóricos de FE

Existen diversos modelos cognitivos, todos compartiendo el lóbulo frontal como principal referente anatómico, algunos con un enfoque de atención orientada a objetivos, de constructo único, de secuencia temporal, de manera jerárquica-funcional o desde la estadística, a continuación, se exponen algunos de ellos.

A) Modelo de Cohen y Grafman

Este modelo tiene como visión que las FE funcionan desde un constructo único, es decir, diferentes habilidades cognitivas se encuentran inmersas en la gestión cognitiva de un mismo mecanismo que responde acorde al contexto, lo cual se expresa en la inhibición de respuestas automáticas, buscando un análisis profundo para conseguir el objetivo marcado (Echavarría, 2017; Tirapu, 2009).

Tiene como constructo central el acontecimiento complejo estructurado (SEC, por sus siglas en inglés Structured Event Compres), el cual se refiere a una serie de pasos estructurados en un orden que permiten alcanzar un objetivo, estos se almacenan en el cerebro para solucionar

problemas o para actuar ante determinados tipos de situación, este repertorio de resolución permite una adaptación a diferentes entornos (Tirapu, 2009).

B) Modelo de Norman y Shallice

Se creó en 1986, concibe a las FE desde una supervisión atencional enfocada en metas, declarando que la conducta humana es gestionada mediante esquemas mentales de la información recibida o inputs externos para dar paso a responder mediante la acción, diferencia entre el comportamiento automático y controlado, el primero es involuntario y el segundo necesita de planificación toma de decisiones, resolución de problemas novedosos o situaciones que se contraponen a esquemas ya adquiridos (Echavarría, 2017; Tirapu, 2009).

Se compone de cuatro elementos: 1) las unidades cognitivas, que son destrezas intelectuales; 2) los esquemas, refiriéndose a secuencias de conductas automáticas dirigidas a un objetivo; 3) el dirimidor de conflictos, que evalúa las diferentes opciones de respuestas para elegir la más adecuada a las demandas presentadas; y 4) el sistema atención supervisor (SAS), el cual se activa ante situaciones demandantes de respuestas, pero con características novedosas (Tirapu, 2009).

C) Modelo del marcador somático

Es postulado por Damasio y busca explicar el impacto de las regiones de la CPF en el desarrollo de habilidades como toma de decisiones y razonamiento. El origen de este modelo está relacionado con los pacientes con daño en el lóbulo frontal que no reportan problemas en dichas habilidades, pero sí alteraciones severas en su funcionamiento cotidiano (Echavarría, 2017; Tirapu, 2009).

Busca explicar la importancia de la emoción en la destreza cognitiva, Damasio veía que personas con daño en la CPFM que resolvían adecuadamente las pruebas neuropsicológicas aparentando un perfil conservado, pero tenían mucha complicación para expresar emociones y esto terminaba repercutiendo en su análisis de la información para tomar decisiones (Echavarría, 2017; Tirapu, 2009).

D) Modelo de Sohlberg y Mateer

Desde este modelo se propone que las FE se dividen en tres habilidades (Mateer, 1999; Sohlberg y Mateer, 1989a, 2001):

- Selección y ejecución de planes cognitivos: haciendo alusión a la conducta que es dirigida a conseguir una meta, se divide en cuatro fases, en la primera se deben evocar los pasos necesarios para obtener lo que se quiere, después se ordenan esos pasos en una secuencia estructurada, posteriormente se incrementan los elementos a tomar en cuenta para planificación, y al final se agregan dificultades en el plan para obligar a buscar alternativas.
- Control del tiempo: Se refiere a la capacidad de estimar el tiempo requerido para llevar a cabo el plan, seleccionando horarios y revisando constantemente el tiempo restante. Para estimular esta habilidad se utilizan tareas donde se establezcan actividades de la vida cotidiana, calcular el tiempo para realizarlas y su debida programación, para posteriormente introducir cambios en la rutina con situaciones inesperadas, para que se tenga que reajustar la planificación inicial.
- Autorregulación de la conducta: Hace mención del control impulsos para ejercer un pensamiento más reflexivo donde se extingan los comportamientos inadecuados, para ello se selecciona la conducta que es inadecuada, se trabaja en la comprensión de por qué no es recomendable seguirlo haciendo en determinados lugares o momentos, se inicia un registro

del comportamiento y se ejecuta un entrenamiento de alternativas conductuales para tener una mejor adaptación al medio.

2.5.2.3 Alteraciones de FE

Las alteraciones en las FE dan como consecuencia cambios drásticos en la personalidad, el comportamiento y cognición, debido a que se puede presentar problemas en la motricidad como negligencia motora, hiperactividad y perseveración, en la atención puede provocar problemas de orientación y selección de estímulo focal, en el lenguaje se manifiesta en mutismos, dificultad para denominar correctamente, en el comportamiento se observa por medio del quebrantamiento de reglas, desinhibición sexual o experimentación intensa de emociones, aumentó de impulsividad o síntomas de depresión, así como una disminución global del nivel intelectual (Portellano, 2005). A continuación, veremos algunas estrategias que se utilizan para estimular estas funciones.

2.5.2.4 Estimulación de FE

Desde el modelo de Sohlberg y Mateer la estimulación de FE se enfoca en 3 áreas, 1) selección y ejecución de planes cognitivos, consistiendo en establecer una meta a conseguir, establecer una secuencia de pasos para llegar conseguirla, ejecutar el plan y modificarlo ante inconvenientes presentados, 2) control de tiempo, donde la persona debe estimar el tiempo que conlleva cada actividad y regular la conducta con base en las restricciones temporales, con el fin de que pueda completar todas las acciones planeadas, y por último, 3) autorregulación de conducta, que trata de disminuir la presencia de conductas automáticas e inapropiadas en un contexto determinado, presentando formas alternativas de actuar (Mateer, 1999; Sohlberg y Mateer, 2001).

Para la presente investigación se considerarán los parámetros establecidos por el modelo de Sohlberg y Mateer (2001), y se tendrá como prioridad desarrollar una buena relación terapéutica basada en el establecimiento de metas por mutuo acuerdo y promoviendo un espacio de comunicación libre donde el paciente pueda encontrar comprensión y empatía.

A continuación, se realizará una exposición de las alteraciones en la memoria, algunos de sus modelos teóricos que explican su funcionamiento, las manifestaciones clínicas ante su daño y cómo es su estimulación cognitiva.

2.5.3 Memoria

De acuerdo con Muñoz y González (2009) indican que la memoria posee tres fases, uno, codificación, puede ser consciente o inconsciente que se refiere a la codificación de la información sensorial en diversos códigos de almacenamiento, guardando la información que se recibe, dos, consolidación, se finaliza el proceso de registro con una finalidad temporal o permanente, y tres, recuperación o evocación, el acceso a la información almacenada previamente.

2.5.3.1 Neurofisiología de la Memoria

Para realizar los procesos mnémicos mencionados anteriormente, se requiere de distintas estructuras cerebrales a causa de la complejidad del funcionamiento de dicha habilidad (Portellano, 2005):

- **Lóbulo temporal:** Implica una activación principalmente de sus caras internas, las cuales tienen un gran valor en el registro de la información, también se ve involucrado el circuito de Papez (hipocampo, fórnix, cuerpos mamilares y el tálamo) el cual está ubicado en la cara medial de este lóbulo.

- **Hipocampo:** Funciona como comando asociativo integrador supramodal, principal encargado del almacenamiento y consolidación de información explícita, el hipocampo derecho consolida la información no verbal, mientras que el lado izquierdo se encarga del material verbal.
- **Amígdala:** Fundamental en la interpretación emocional de las vivencias, si tiene alteraciones puede ocasionar dificultades para la consolidación del aprendizaje condicionado en respuestas autonómicas de tipo emocional.
- **Corteza Rinal:** Se encuentra en la cara medial del lóbulo temporal y se constituye con la corteza perirrinal y la corteza entorrinal, está inmersa en la consolidación de información a largo plazo.
- **Lóbulo frontal:** Involucra la memoria de trabajo, por ende, también las modalidades de memoria temporal, prospectiva, contextual y metamemoria.
- **Lóbulo parietal:** El lado del hemisferio izquierdo se encarga de la memoria verbal a corto plazo, mientras que el derecho da soporte a la memoria no verbal a corto plazo, así mismo este lóbulo se asocia a la memoria somestésica y espacial.
- **Ganglios basales:** Encargados de almacenar la información de relaciones sistemáticas entre los estímulos sensoriales y las respuestas emitidas, siendo fundamental en la adquisición de hábitos motores mediante ensayos, e interviene en la memoria procedimental y no declarativa.
- **Cerebelo:** Es clave en el aprendizaje de tipo motor, almacena las destrezas sensoriomotoras adquiridas.

A continuación, se hará un repaso sobre algunos modelos teóricos de la memoria, se revisarán un modelo clásico y el que se utilizará para la presente investigación.

2.5.3.2 Modelo Teóricos de la Memoria

A) Modelo Multialmacén de Atkinson y Shifrin (1968)

El presente modelo se conforma por tres almacenes: 1) La memoria sensorial (MS), la cual no es voluntaria, sino que funciona de manera automática y esporádica, no hay mediación consciente por parte de la persona, cuando se hablan de estímulos visuales se hace referencia a la memoria icónica y los estímulos visuales a la memoria ecoica; 2) Memoria a corto plazo (MCP), la cual posee una capacidad finita y su duración es breve; Y 3) Memoria de largo plazo (MLP), la cual se trata de un registro permanente, es un conjunto de información guardada como en una base de datos, esta se divide en memoria procedimental y declarativa, la primera se enfoca en los datos de procedimiento y destrezas motoras como andar en bicicleta o manejar un automóvil, el segundo aborda el conocimiento propio y general guardado a lo largo del tiempo, y puede ser semántica ligada al contexto socio-cultural o episódica que aborda los acontecimientos biográficos (Atkinson y Shiffrin, 1968).

Este modelo fue importante para el desarrollo de nuevas posturas teóricas, destacó por tres factores, el primero, fue un modelo cualitativo antes que cuantitativo, segundo, distinguía la memoria temporal de corto plazo de la memoria a largo plazo, y por último, acentuó la relevancia de los procesos de control activo, estableciendo estrategias para codificar, almacenar y recuperar información (Malmberg et al., 2019).

B) Modelo de Sholberg y Mateer (1989)

Sholberg y Mateer formulan un modelo de memoria constituido por un grupo de sistemas interconectados compuesto por dos tipos de memoria según su eventualidad, la de corto plazo y la de largo plazo, la primera tiene como función retener información en un tiempo breve y con

una capacidad limitada, mientras que la segunda se encarga de guardar de forma ilimitada con un período extenso, así mismo el modelo posee dos tipos de modalidades de información, la verbal y no verbal (Sohlberg y Mateer, 1989b). Este es el modelo que se utilizará para la presente investigación.

Una vez expuestos algunos de sus modelos teóricos, se continuará con la presentación de síntomas principales en la alteración de la memoria.

2.5.3.3 Alteraciones de la memoria

La memoria es una habilidad sensible al daño en el cerebro, sus síntomas serán acorde a la ubicación e intensidad de este, algunas de sus manifestaciones son el problema para evocar información, olvidar detalles los cuales puede que se solucionen con pistas o claves, para consolidar información nueva y en una magnitud grave puede ocasionar pérdida total de la memoria (Ostrosky-Solis y Lozano-Gutiérrez, 2006).

Se identifican cuatro tipos de amnesia, la anterógrada que afecta el registrar información nueva a causa de un daño cerebral, la retrógrada que impide evocar datos registrados previamente, la específica que puede presentarse con problemas para reconocer lugares o caras, la inespecífica que se observa en toda modalidad de información, de tipo verbal o no verbal y con la posibilidad de presentar confabulaciones (Ardila y Ostrosky, 1991).

Hasta aquí se revisaron los síntomas que puede presentar una persona con alteración en la habilidad de memoria, en el siguiente apartado se expondrán técnicas que se usan para su estimulación.

2.5.3.4 Estimulación cognitiva de la Memoria

Para la estimulación de la memoria se utilizan principalmente tres técnicas, la restauración que se asocia a las tareas que pide aprender información mediante la práctica y repetición, sin embargo, no es ecológica debido a la poca similitud con las actividades de la vida cotidiana; la reorganización, que utiliza la sustitución de la habilidad dañada por una más conservada y así sobrellevar los problemas de memoria, en este tipo de herramientas sobresalen las estrategias mnemotécnicas, y por último, la compensación conductual que hace referencia la incorporación de claves ambientales próximas (ayudas externas como agendas o alarmas), distantes (cambios en el entorno que permitan ubicarse) y personales (objetos que recuerdan los pendientes por hacer) (Tate, 1997; B. Wilson, 1995).

Para mejorar la codificación se recomienda mantener una actitud abierta y positiva, elección voluntaria y atención en lo que se quiere recordar, y siempre buscar comprender en lugar de memorizar, para la retención se sugiere organizar espacios de tiempo prolongados para consolidar el aprendizaje, evitar distracción mientras se estudia y posterior realizar acciones que eleven la noradrenalina y adrenalina como el ejercicio para registrar mejor los datos estudiados, repetir la información, buscar una asociación entre la información nueva y la conocida previamente, y autoinstrucciones que son reforzadores verbal o cognitivo sobre lo que se está haciendo, por último para la evocación se recomienda estar en un estado relajado, técnicas mnemotécnicas, técnicas de historia o invención de palabra con las letras iniciales de lo que se quiere recordar (Ostrosky-Solis y Lozano-Gutiérrez, 2006).

Hasta aquí se ha revisado la información sobre la ansiedad y su proceso fisiológico a través del sistema nervioso, así mismo las implicaciones neuropsicológicas que puede tener su

presencia patológica, en el próximo apartado se describirán algunos modelos terapéuticos que han buscado explicar su aparición, mantenimiento e intervención para tratarla.

2.6 Modelos psicológicos de la ansiedad

2.6.1 Teoría Conductista

Desde esta perspectiva teórica se establece que el miedo y ansiedad son adquiridos mediante un aprendizaje asociativo, cuando una situación neutra (estímulo neutro) se relaciona de forma repetitiva a una sensación aversiva (estímulo incondicionado) que provoca ansiedad (respuesta incondicionada), de esta forma se consolida como respuesta condicionada (ansiedad) (Ruiz et al., 2012).

Watson (1878-1958) señaló que la conducta era resultado de la emoción (reacciones fisiológicas ante un estímulo), esta última sería tomada como respuesta visceral debido a que involucra elementos como circulación sanguínea, estómago y respiración; diferenció tres emociones básicas, la ira, el amor y el miedo, cada una como resultado de un estímulo que al inicio es neutro, pero se hace un emparejamiento con un estímulo incondicionado, el cual provoca reacciones fisiológicas de forma automática (Tortosa y Mayor, 1992).

Con el fin de demostrar su postulado realizó un experimento con un niño llamado Alberto de 11 meses, utilizó un estímulo neutro (rata blanca) el cual emparejó con un estímulo incondicionado (ruido de barra de metal) que provocaba respuestas fisiológicas de miedo y llanto en el infante, el aprendizaje respondiente tuvo como resultado que cada vez que veía la rata blanca (estímulo condicionado) o un estímulo que se le pareciera, emitía miedo y llanto (respuesta condicionada), también indicó que la manera de eliminar el miedo es el

recondicionamiento, haciendo una ruptura entre el estímulo condicionado y la respuesta condicionada (Tortosa y Mayor, 1992).

2.6.1.1 Intervención desde el conductismo

El conductismo trabaja su diagnóstico bajo el análisis funcional de la conducta, el cual tiene como propósito el estudio del comportamiento humano, planteando una hipótesis de origen y explicando por qué la conducta se ha mantenido con el paso del tiempo, prestando especial atención al contexto de la persona, lo cual incluye un aspecto inmediato (antecedentes y consecuencias) respondiendo a preguntas como ¿Qué ocurrió antes? ¿Qué ocurrió después?, así mismo, un aspecto más amplio con su historia de aprendizaje, considerando aspectos biológicos, físicos, de temperamento y de personalidad, teniendo una descripción funcional entre la persona y el ambiente (Zanón et al., 2016).

Su principal técnica de intervención es la desensibilización sistemática y es basada en el condicionamiento clásico, exponiendo que la intensidad de una respuesta condicionada (ansiedad) puede reducirse al fijar una respuesta incompatible con dicha sensación frente al estímulo condicionado (situación social), generando un contra-condicionamiento por inhibición recíproca, para su aplicación se debe seleccionar la respuesta incompatible y elaborar una jerarquía de estímulos para realizar una presentación gradual, para posteriormente comenzar un entrenamiento en imaginación y/o en vivo sobre las situaciones que provocan síntoma ansiógenos (Vallejo-Slocker y Vallejo, 2016).

2.6.2 Teoría Cognitivo-Conductual

Este modelo mantiene la explicación conductista del aprendizaje, no obstante, añade un elemento nuevo, los pensamientos o significados subjetivos acerca de los fenómenos

experimentados, factor importante en el mantenimiento, adquisición y modificación de conducta, debido a que se le considera precursor de la emoción y de la conducta; se expone que el sufrimiento humano se relaciona con la forma en que se percibe o se juzgan los hechos de la realidad, es decir, cómo se ve aquello que está pasando, una persona con pensamientos irracionales o desadaptativos presentará sufrimiento emocional y conductas desadaptativas (Ruiz et al., 2012).

Existen diferentes enfoques desde el paradigma cognitivo-conductual, a continuación, se expondrán los principales, su explicación de la ansiedad y su intervención propuesta para su tratamiento.

2.6.2.1 Intervención desde la Teoría Cognitiva

Clark y Beck (2012) señalan que los pensamientos afectan el sentir emocional de las personas, pero que estas solo se enfocan en las situaciones que provocan el malestar, pero no observan lo que están pensando en ese momento; en el caso de la ansiedad la persona percibe una situación como peligrosa para su integridad y sobre esto genera pensamientos que desembocan en ansiedad excesiva o en la presentación conductas evitativas para evadir los síntomas, sin embargo, esto sólo puede agravar la situación, porque no se aprende a afrontar lo que se siente y al evadirlo constantemente, si llega a presentar una situación o estímulo que no pueda eludir, se experimentara el malestar con mayor intensidad.

Este modelo enfatiza que el contenido de los pensamientos es sobre peligro o amenazas del entorno, lo cual provoca que la atención se centre en posibles estímulos aversivos, que se interpreten situaciones neutras como catastróficas, que se subestimen las propias habilidades de

resolución de problemas, que se minimice la ayuda externa y que se recurra a conductas de seguridad como huir de la situación (Beck, 1976).

Beck consideraba que existían cuatro creencias nucleares sobre uno mismo que pueden desembocar en el origen de la ansiedad (Clark y Beck, 2012):

- Necesidad de control: Si no se posee el control absoluto del entorno sucederá algo malo.
- Necesidad de evitar situaciones desconocidas: Se debe evitar toda situación nueva porque quizás no posea los recursos necesarios para superarla.
- Necesidad de estar siempre calmado: Si algo me altera o me pongo nervioso esto incrementará y se pasará por una humillación.
- Necesidad de ser tan competente o más que los otros: Si no sé o no hago tanto como los demás, soy un incompetente.

Su intervención terapéutica consta de siete fases, primero se debe explicar la lógica del tratamiento, se entrena al consultante para los autorregistros, se promueve el establecimiento de conductas funcionales y programación de tareas, identificar las distorsiones cognitivas y procesos que las mantienen, se refutan dichas creencias con soluciones más funcionales, se formulan esquemas alternos, y se prepara para finalizar la terapia y evitar posibles recaídas, la duración de intervención es aproximadamente entre quince a veinte sesiones de forma semanal (Ruiz et al., 2012).

2.6.2.2 Intervención desde la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC)

Desde este enfoque se divide la ansiedad en dos tipos de alteración psicológica, la primera alude a la ansiedad del yo, caracterizada por la presencia de sensaciones fuertes de vergüenza, depresión o culpa, sintiendo ansiedad cuando la valía personal corre peligro, se tienen

ideas irracionales de “deber” o “tener” y experimentan como un horrible fracaso el no hacer bien las cosas, su alternativa racional es la aceptación incondicional de uno mismo y que por ser humano se pueden cometer errores, evitando realizar autovaloraciones que busquen definir globalmente a la persona, también está la ansiedad perturbadora, que emite malestar al percibir que la vida o el propio bienestar está bajo amenaza, al presentar la idea de que se debe tener lo deseado o de no experimentar malestar, esto se asocia una baja tolerancia a la frustración, ambos tipos de ansiedad se trabajan de manera diferentes debido a que cada una corresponde a ideas irracionales diferentes (Ellis y Abrahms, 2005).

Este modelo concibe al hombre como un organismo biopsicosocial y complejo que tiene una gran capacidad para fijar objetivos y propósitos para buscar conseguirlos, existiendo dos metas básicas, la primera persistir vivo y la segunda alcanzar el bienestar evadiendo el malestar innecesario (Ellis y Abrahms, 2005; Ruiz et al., 2012).

Se trabaja con el ABC, el cual es un esquema sobre cómo surge el malestar emocional, la A representa a los acontecimientos activadores que impiden o complican la obtención de una meta, después aparece B que hace referencia a la interpretación de dicha situación, posteriormente aparece C que se refiere a la respuesta cognitiva, conductual o emocional (Ruiz et al., 2012).

Las ideas racionales se expresan como manera de gusto, preferencia o deseo, suelen ser flexibles y hacen viable la obtención de las propias metas, y que las ideas irracionales son aquellas que se expresan con un carácter absolutista y rígido que obstaculizan las metas personales (Ellis y Abrahms, 2005).

Ellis y Abrahms (2005) señalan que existen tres insights, el primero, comprender que el sufrimiento es causado por las creencias irracionales y no por las situaciones experimentadas, el segundo, si se refuerzan las creencias extremas y rígidas el malestar perdurará, aunque se haya logrado el primer paso, y, por último, entender que el cambio es consecuencia de practicar constantemente en el presente y futuro las creencias racionales alternativas.

2.6.2.3 Intervención desde la Terapia de Habilidades de Afrontamiento y Solución de Problemas

Hasta este apartado se han descrito los modelos de TCC que ponen mayor énfasis en el contenido de los pensamientos irracionales o distorsiones cognitivas, sin embargo, este modelo tiene el enfoque de que un déficit de habilidades que permiten el origen, el sostenimiento y evolución del malestar psicológico general y entorno al área social (Ruiz et al., 2012).

La terapia de solución de problemas está enfocada en aumentar la destreza del consultante para solucionar problemas, y se divide en dos modelos, con el enfoque de solución de problemas sociales y con el enfoque relacional de solución de problemas de estrés y bienestar, el primero considera a la solución como un proceso de aprendizaje, adoptando una visión de afrontamiento y técnicas de autocontrol, consiguiendo una adaptación con una metodología versátil y general, el segundo se basa en la relación de la persona con su entorno y cómo se afrontan las demandas que van emergiendo, la actitud de afrontamiento de problemas es primordial debido a que hace posible mirar la vida como un reto, con confianza en poder lograr solucionar las dificultades, seleccionar el problema, elaborar posibles alternativas y la elección de la mejor opción con base tener la mayor cantidad de beneficios y la menor cantidad de consecuencias negativas (D’Zurilla y Nezu, 2007; Nezu, 2004).

2.6.3 Teoría de Aceptación y Compromiso (ACT)

Es una terapia conductual contextual basada filosóficamente en el contextualismo funcional, Hayes y Hayes en 1993 señalan una separación entre el contextualismo descriptivo y el funcional, exponiendo que el primero busca comprender la experiencia subjetiva de lo que vive la persona como un todo, mientras que el segundo busca predecir y/o influir en los acontecimientos, estableciendo principios y leyes empíricas que puedan aplicarse en diferentes situaciones, pero sin buscar una verdad absoluta e inamovible, también indican la influencia del pragmatismo, que postula que las consecuencias y utilidad de las conductas es lo que permite generar aprendizaje en el ser humano.

Se centra en la teoría de marcos relacionales, una postura postskinneriana que plantea una explicación sobre cómo funciona la relación entre la conducta externa y las actividades cognitivas-verbales (lenguaje), destacando que las actividades como pensar, imaginar y recordar permite conectar con el mundo físico, pero también con eventos o situaciones que no están presentes (que ya pasaron o que no han pasado), y a su vez la experiencia vital puede influir en la cognición-verbal, a continuación, algunos tipos de relaciones (Ruíz, 2021):

- De igualdad, semejanza o coordinación: a “Esto es igual a eso... semejante a esto...” Así algunas funciones se transfieren a otros eventos.
- De oposición: Se formula verbalmente una contraposición de unos estímulos-objetos a otros (por ejemplo, la baja autoestima con seguridad en sí mismo).
- De comparación: “Más-menos que... peor o mejor que...”.
- Espacio - temporales: “Allí, entonces, antes, aquí y ahora, después”. Esenciales en resolución de problemas y narrativa de las perspectivas personales.
- De jerarquía: Una relación jerárquica sobre los eventos y estímulos.

- Condicionales o causales: A partir de la vivencia personal o como resolución grupal se establece que un evento causa a otro.
- Deícticas: Son las relaciones entre estímulos que son necesarias para comprender las experiencias del yo, configurando la identidad, hace referencia a como el ser humano crea relaciones funcionales con su entorno al hablar de su propio comportamiento, comenzando a crear una serie de experiencia que se reducen a un espacio (aquí) y tiempo (ahora) determinado.

El modelo de ACT cuenta con su propia concepción de patología para los problemas psicológicos, refiere que la génesis es la inflexibilidad psicológica, la cual es formada por seis procesos que se describen a continuación (Twohig y Hayes, 2020):

- Evitación experiencial: Rechazo por experimentar situaciones, pensamientos, emociones o sensaciones que resultan en un sentimiento incómodo o doloroso para la persona, buscando una constante zona de confort.
- Fusión de los pensamientos: Es la unión de la persona con sus pensamientos al tomarlos como una verdad absoluta o un hecho irrefutable, experimentando miedo o sensación de querer huir de sus pensamientos y presentando reglas verbales estrictas.
- Yo contenido: La suma de evaluaciones personales que hace la persona sobre sí misma, son los adjetivos y definiciones que utilizan para autodenominarse.
- Estar en el pasado o futuro: Cuando se deja de vivir y prestar atención en el momento presente, centrándose en los hechos que ya han pasado o aquellos que vienen en camino, pero perdiendo contacto con el aquí y ahora.
- Una vida sin valores: Una vida sin un propósito establecido, sin un rumbo hacia dónde dirigir las acciones del presente, mostrando desorientación.

- Inacción conductual: No hay compromiso en el actuar para buscar construir una vida que la persona desee vivir.

Al presentarse estos seis procesos se habla de una inflexibilidad psicológica, la cual hace posible la presencia de los trastornos ansiedad, donde la persona ha aprendido a relacionarse con su ansiedad utilizando estos procesos para buscar eliminar o desaparecer pensamientos o emociones incómodas y desagradables, los cuales pueden generar sensación de alivio a corto plazo, pero a largo plazo incrementa la presencia o intensidad de aquello que se quiere evitar (Twohig y Hayes, 2020).

En este contexto, ACT induce a la flexibilidad psicológica, fomentando la habilidad de notar los eventos privados al tiempo que la persona se deja guiar en sus decisiones y acciones por lo que le importa a largo plazo. Esto es, en lugar de cambiar la tendencia a pensamiento distorsionado o miedo irracional, ACT se propone enseñar a la persona a actuar de acuerdo con direcciones de valores personales, sin dejar de reconocer el contenido de sus eventos privados, pero sin dejarse regir por ellos. Para lo cual, se guía en tres procesos fundamentales: la desesperanza creativa, la clarificación de valores personales y el distanciamiento cognitivo (defusión) (Kring y Sloan, 2010).

2.6.3.1 Intervención desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

Este modelo terapéutico trabaja con los seis procesos funcionales interconectados que se describieron previamente como los causantes de la rigidez psicológica, sin embargo, en la intervención se promueve el desarrollo opuesto de dichos procesos con el objetivo de generar flexibilidad psicológica, la cual es la capacidad de estar en contacto con el momento presente, logrando adaptarse a las circunstancias que presenta la vida y la conciencia plena de aceptar todo

tipo de experiencias aunque lleguen a ser desagradables con el objetivo de acercarse a lo que es importante para la persona, a continuación se exponen los procesos que se promueven durante su intervención (Hayes, 2020; Twohig y Hayes, 2020):

- **Aceptación:** Busca la recepción activa de eventos internos (sentimientos, pensamientos y sensaciones fisiológicas) mientras se contempla la experiencia del momento presente, esto permite que la persona pueda aprender del dolor, de su propia experiencia.
- **Defusión:** Se busca no discutir con los propios pensamientos para buscar modificarlos, primero se busca hacer consciente los pensamientos automáticos mediante la escritura o mediante la aceptación de estos, y dejarlos estar sin hacer nada más que tener una actitud de observador, viéndolos sin luchar contra ellos, esto busca deconstruir el significado literal del pensamiento, para evitar tomar a los pensamientos como hechos reales o absolutos.
- **Yo como contexto:** Promueve aumentar la presencia del yo observador, el cual se encuentra en el momento presente “Yo | aquí | ahora” y disminuir el yo conceptualizado (conjunto de ideas que usan las personas para definirse a sí mismas y que defienden con apego), el cual puede ser una forma de mantener patrones disfuncionales que se originaron en la infancia.
- **Estar en el momento presente:** Busca alejar al pensamiento sobre hechos pasados y eventos venideros debido a que esto desconecta a la persona del aprendizaje de las contingencias que obtiene por su comportamiento, teniendo un actuar automático, por lo que se busca enfocarse en el presente, promoviendo experimentar hechos internos y externos simultáneamente sin emitir un juicio valorativo.

- **Valores:** Son guías de comportamiento que la persona adopta en su vida cotidiana, no poseen objetivos específicos o cuantificables, no poseen un inicio y un fin, esto debido a que el ser humano posee la característica de ejercer acciones de forma ininterrumpidas. Estos valores son de utilidad para corregir relaciones disfuncionales, presentando una alternativa ante las conductas de evitación experiencial.
- **Acción comprometida:** Una vez elegidos los valores se escogen comportamientos que acerquen a la persona a una vida que ella que quiera vivir, se fijan metas conductuales en áreas específicas que tengan que ver con el motivo de consulta, se desglosan en pequeños pasos que vayan acercándose a la meta final.

Para desarrollar los puntos anteriores ACT utiliza principalmente tres tácticas que buscan cambiar la conducta desde un enmarque jerárquico, el primero, auxiliar al consultante a que haga consciente los resultados que obtiene actuando como lo ha hecho hasta el presente, buscando que experimente sus emociones y pensamientos, observando los resultados que obtiene a corto y largo plazo, viviendo el problema aquí y ahora, dando pauta a la elaboración de soluciones, el segundo, auxiliar a que se enfoque en sus valores que son reforzadores naturales de acuerdo a su historia de aprendizaje, y el tercero, hacer la diferenciación de sus conductas públicas y las privadas, promoviendo encaminar las primeras hacia el acercamiento de los valores (Ruíz, 2021).

Hasta aquí se han repasado las principales teorías basadas en evidencia que explican el origen, mantenimiento e intervención de la ansiedad, sin embargo, existen otro tipo de intervención, el tratamiento farmacológico, en el próximo subcapítulo se mostrará en qué se basa y cuáles son las principales opciones de medicación para el TAS.

2.7 Tratamiento psicofarmacológico

El tratamiento psicofarmacológico es el uso de medicamentos para tratar los trastornos psicológicos en búsqueda de disminuir los síntomas, cabe mencionar que su administración puede traer efectos secundarios en el organismo, por lo tanto, es importante que antes de comenzar con la intervención que la persona que lo vaya a tomar esté enterada de todo lo que conlleva tomar el fármaco (Chacón-Delgado et al., 2021).

Los psicofármacos de primera línea para los trastornos de ansiedad son los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), sus efectos comienzan a notarse en un rango de tiempo de dos a cuatro semanas, durante las primeras dos sus efectos secundarios pueden tener mayor frecuencia e intensidad, e incluso aumentar la sintomatología ansiógena (Bandelow et al., 2017).

Posteriormente se encuentran las benzodiacepinas, que presentan beneficios a corto plazo después de tomarse, no causan un aumento de ansiedad ni problemas de insomnio, pero se ha detectado que existe una gran probabilidad de producir depresión en el sistema nervioso, mostrando sensación de fatiga y cansancio, así mismo puede generar dependencia al fármaco, las personas con predisposición al consumo de sustancia pueden desarrollar una alta tolerancia a la dosis, por lo que buscarán aumentarla con el paso del tiempo (Baeza, 2007; Bandelow et al., 2017).

En la Tabla 3 se exponen algunos fármacos utilizados en el tratamiento del TAS (Stahl, 2014).

Tabla 3

Tipo de fármacos para intervención de ansiedad social

Fármacos	Función principal	Efectos secundarios
Inhibidor selectivo de recaptación de serotonina (ISRS)		
Escitalopram	1. Aumenta la liberación de serotonina. 2. Bloquea la bomba de recaptación de serotonina. 3. Desensibiliza los receptores de serotonina 1A. 4. Aumenta la neurotransmisión serotoninérgica.	
Sertralina	1. Estimula al neurotransmisor de serotonina. 2. Bloquea la bomba de recaptación de serotonina. 3. Desensibiliza los receptores serotoninérgicos tipo 1A. 4. Bloquea la recaptación de dopamina, incrementando la neurotransmisión dopaminérgica. 5. También tiene acciones antagonistas leves en los receptores sigma.	• Disfunción sexual • Problemas gastrointestinales • Insomnio, agitación o sedación. • Sudoración. • Hipotensión
Fluoxetina	1. Potencia la acción de la serotonina. 2. Bloquea la bomba de recaptación de serotonina. 3. Desensibiliza los receptores de serotonina 1A. 4. Aumenta la neurotransmisión serotoninérgica. 5. Tiene propiedades antagonistas sobre los receptores 5HT_{2C} que podría aumentar la neurotransmisión de noradrenalina y dopamina.	
Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN)		
Venlafaxina	1. Estimula a los neurotransmisores serotonina, norepinefrina, y dopamina. 2. Bloquea la bomba de recaptación de serotonina y noradrenalina, incrementa la neurotransmisión serotoninérgica y noradrenérgica, 3. La clomipramina puede incrementar la neurotransmisión de dopamina en el córtex frontal.	• Náuseas, diarrea, disminución de apetito y estreñimiento. • Insomnio, sedación y mareo.
Duloxetine	1. Estimula los neurotransmisores de serotonina, norepinefrina/noradrenalina y dopamina. 2. Bloquea la bomba de recaptación de noradrenalina incrementando su neurotransmisión. 3. Puede incrementar la neurotransmisión de dopamina en el córtex frontal.	• Disfunción sexual. • Sudoración. • Retención urinaria.
Benzodiacepinas		
Clonazepam	1. Se une a los receptores benzodiazepínicos en el complejo canal de cloro, inhibiendo el GABA. 2. Inhibe la actividad neuronal, presumiblemente en los circuitos de miedo en el complejo amigdalino.	• Sedación, fatiga y depresión. • Vértigo, ataxia, dificultad para hablar.
Alprazolam	1. Se une a los receptores benzodiazepínicos en el complejo de canal de cloro ligado a GABA-A. 2. Potencia los efectos inhibidores de GABA. 3. Inhibe la actividad neuronal, presumiblemente en los circuitos de miedo en el complejo amigdalino.	• Raramente alucinaciones o manía. • Hipotensión. • Hipersalivación o resequedad bucal.
Betabloqueador		
Propranolol	1. Inhiben la vía adrenérgica, la recaptación de serotonina y de óxido nítrico. 2. Bloqueo de receptores beta 1 adrenérgicos.	• Bradicardia, hipotensión, aumento de peso. • Síntomas de resfriado, sinusitis y neumonías. • Disfunción sexual. • Exacerbación de síntomas en enfermedad vascular periférica y síndrome de Raynaud.

Nota: Información extraída de “Guía del prescriptor” por S. Stahl, 2014, Cambridge University

2.8 Intervención psicológica y neuropsicológica para el tratamiento de ansiedad social

Como se expuso en apartados anteriores el TAS presenta diferentes síntomas en distintas áreas, las personas que lo padecen presentan un decremento de la calidad de vida al limitar su rutina diaria en el área escolar, laboral, escolar, afectiva y social, teniendo mayor dificultad para establecer relaciones interpersonales y redes de apoyo, generando una mayor predisposición a presentar otro trastorno como depresión mayor, otro trastorno de ansiedad o consumo de sustancias (Koyuncu et al., 2019;). Lo cual hace necesario una intervención psicológica que aborde estas complicaciones para poder reducir las consecuencias del TAS, la cual en este estudio se realiza desde la postura conductual-contextual de ACT.

No obstante, sus consecuencias no están presentes solo en el área afectiva, sino que provoca también un menor rendimiento en atención, memoria y FE, repercutiendo en habilidades como flexibilidad mental (Dhanasekaran et al., 2014; Fujii et al., 2013; Topçuoğlu et al., 2009), memoria de trabajo, atención selectiva (Balbi y Roussos, 2012), e inhibición cognitiva (Hallion et al., 2017), por lo que su intervención debe incluir las habilidades cognitivas que se ven afectadas en su padecimiento.

Un programa de intervención interdisciplinar en el TAS permitirá atender ambos tipos de sintomatología, en la presente investigación se planteó abordar el trastorno desde el enfoque de ACT y la estimulación cognitiva, ambas posturas proponen incrementar la flexibilidad mental para lograr una adecuada adaptación de la persona a su entorno.

La unión de ambos enfoques tiene fortalezas como:

- Los dos paradigmas están basados en investigación empírica, siendo respaldado por bibliografía científica (Bluett et al., 2014; Hayes et al., 2013; Sohlberg y Mateer, 2001; Wolitzky-Taylor y LeBeau, 2023).
- Sus evaluaciones en el diagnóstico y progreso del tratamiento se centran en conductas observables, y así mismo, cuentan con cuestionarios estandarizados (Ostrosky-Solis et al., 2019; Wolitzky-Taylor y LeBeau, 2023).
- Los dos tratamientos se diseñan de forma personalizada con base en los resultados del diagnóstico hecho (Maero, 2022; Sohlberg y Mateer, 1989a).
- La estimulación cognitiva de las FE facilita el cambio en el proceso terapéutico (Cammisuli y Castelnuevo, 2023; Diamond, 2013).

La neuropsicología establece que su objeto de estudio son las bases cerebrales, entendidas como sistemas corticales y subcorticales que son influenciadas por las acciones culturales, es decir, existe una relación dialéctica del cerebro con las actividades sociales, semióticas e histórico-culturales, lo cual concluye que toda actividad del individuo puede modificar los sistemas funcionales, ello permite que ante un daño cerebral exista la posibilidad de una reorganización haciendo viable la inserción de la persona a su cotidianidad (Escotto et al., 2022). Y la postura conductual-contextual de ACT tiene como principio que el sufrimiento psicológico yace en las relaciones funcionales que la persona tiene con su entorno y con sus propios pensamientos y emociones, es decir, por cómo ha aprendido a relacionarse con ellos, centrando el tratamiento en comprender dicha relación dialéctica entre la persona y contexto, y modificando su forma de interactuar (Hayes y Smith, 2013). Ambas posturas ponen énfasis en el entorno histórico-cultural y el impacto recíproco que existe entre la persona y su entorno, teniendo afinidad para trabajar de manera complementaria, sin contraponerse entre sí.

Algunos autores señalan que es viable un trabajo complementario entre ambas posturas, puesto que ninguna invalida a la otra, así mismo, ambas nacen en la psicología y tienen como propósito trabajar con el sufrimiento del ser humano (enGramapsico, 2024).

3. Diseño de investigación

3.1 Planteamiento del problema

A nivel mundial millones de personas son afectadas por un trastorno mental, lo cual repercute en su calidad de vida debido al sufrimiento psicológico y también por experimentar discriminación y violación en sus derechos humanos por parte de la sociedad (OMS, 2022b).

En la actualidad se estima que una de cada ocho personas presenta un trastorno mental, los trastornos de ansiedad son muy comunes tanto en hombres como en mujeres, estos se incrementaron un 25% durante la pandemia del COVID-19. La presencia de estos tiene consecuencias también a nivel social debido a que ocasionan pérdida de productividad y generan mayor costo que el presupuesto que tiene la atención de salud (OMS, 2022a).

Existen distintos trastornos de ansiedad, algunos comienzan en edades tempranas como la infancia o la adolescencia, y otros tienen su origen en la edad adulta a raíz de experiencias traumáticas, y es importante resaltar que cada trastorno de ansiedad mantiene comorbilidad con los otros trastornos del mismo grupo (APA, 2014).

El TAS pertenece a la clasificación de trastornos de ansiedad, el miedo principal que tienen las personas con este trastorno es recibir un juicio evaluativo negativo por parte de otros en un contexto social, por lo que usualmente optan por presentar conductas de escape para disminuir su malestar (Caballo et al., 2018), se presenta principalmente en adolescentes y adultos jóvenes, sin que haya una diferencia de género (APA, 2014).

La etapa universitaria constituye una fase donde los alumnos están entre la adolescencia y adultez joven, comienzan a adquirir nuevos deberes sociales, crece la presión psicosocial respecto a su vida y futuro, y esto puede generar una predisposición a ser vulnerable ante

trastornos mentales como los pertenecientes a la ansiedad (Cardona-Arias et al., 2015; Chávez, 2021; Vivanco-Vidal et al., 2020).

De manera particular, en México derivado de las medidas de distanciamiento social debido a la pandemia del COVID-19, obligó a las escuelas a trasladar sus clases a la modalidad virtual (Santana, 2020), una vez que se terminó la pandemia se volvieron a tener clases presenciales en las escuelas. Posteriormente, al terminar el tiempo de confinamiento se reportó que jóvenes que previamente presentaban síntomas de TAS, experimentaron un aumento del malestar en situaciones de la vida cotidiana donde tienen que interactuar con otras personas, (Martínez, 2021).

El TAS es uno de los trastornos más incapacitantes en la vida laboral, sobre todo en profesiones que dentro de sus actividades deben exponerse a un público como músicos, artistas o deportistas (APA, 2014).

Esta incapacidad se asocia a la presentación de conducta evitativas, habiendo ansiedad de forma anticipada a eventos sociales programados, esto puede influir en la vida cotidiana de la persona y por ende, en su funcionamiento social, pudiendo en algunos casos utilizarse alguna sustancia para reducir el malestar (Higareda, 2015) y en aquellas personas que todavía son estudiantes puede traer repercusiones como provocar un bajo rendimiento académico y deserción escolar (APA, 2014; Herrera, 2019; Higareda, 2015).

Las personas que presentan TAS pueden utilizar sustancias como alcohol, tabaco o marihuana, lo que las predispone a un trastorno por consumo de sustancias, suelen presentar una reducción en su calidad de vida, teniendo problemas en sus relaciones familiares, amorosas, en su educación, así como presencia de dificultades para encontrar trabajo debido a su

sintomatología y una baja productividad laboral, aproximadamente un 12% por debajo de sus compañeros (Higareda, 2015; Wittchen et al., 2000).

Cuando los síntomas de ansiedad no son tratados también se pueden presentar síntomas depresivos y reducción en sus capacidades cognitivas. Algunos estudios reportan que las personas que presentan un trastorno de ansiedad poseen un menor rendimiento cognitivo en habilidades como memoria de trabajo, toma de decisiones, cognición social, inhibición, atención selectiva y cognición social (Balbi y Roussos, 2012; Langarita-Llorente y Gracia-García, 2019).

Para la atención de TAS existen tratamientos farmacológicos y psicológicos como se expuso en el subcapítulo anterior, desde los segundos, se ha implementado la terapia cognitiva (Clark y Beck, 2012), la cognitivo-conductual (Hans y Hiller, 2013; Velasco, 2007), y la terapia de aceptación y compromiso (ACT) (Caballo et al., 2019).

A pesar de que se conocen las alteraciones neuropsicológicas cognitivas donde destacan la atención, memoria y algunas funciones ejecutivas (FE) asociadas a este trastorno (Langarita-Llorente, R. y Gracia-García, 2019), la cuales tienen un impacto en el rendimiento cognitivo, escolar, emocional, conductual y social (Pardos Véglia y González Ruiz, 2018), todavía está en sus primeras etapas el trabajo interdisciplinario entre la perspectiva de neuropsicología y de la psicología clínica, un tratamiento con estos dos enfoques de intervención es una complementación, mientras la parte clínica puede aumentar la flexibilidad psicológica con la aceptación de sensaciones desagradables y la construcción de una vida que el consultante quisiera vivir, la neuropsicología puede comprender los procesos cognitivos alterados y brindar una intervención que mejore su rendimiento, destacando que ambos paradigmas se basan en evidencia científica.

Por lo que este estudio busca sumar evidencia de los efectos de un enfoque interdisciplinario, respondiendo si un programa interdisciplinar de estimulación cognitiva con terapia de aceptación y compromiso ayuda a disminuir el malestar psicológico y los déficits cognitivos.

¿Un programa de estimulación cognitiva con terapia de aceptación y compromiso tendrá cambios significativos en el malestar psicológico y en el rendimiento cognitivo en universitarios con ansiedad social?

3.2 Justificación

Los trastornos mentales de grado grave como lo puede ser la ansiedad, provocan discapacidad y son la razón de uno de cada seis años de vida con discapacidad, las personas que los padecen llegan a morir entre 10-20 años antes de la media de la población (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022a).

En los países occidentales gran parte de las personas que presentan TAS no acuden con un profesional, esto a pesar del impacto en su vida escolar, rendimiento laboral, pasatiempos y relaciones interpersonales, así mismo, en el ámbito de salud crea una predisposición a tener enfermedades cardiovasculares (Chacón-Delgado et al., 2021), la mayoría solicita ayuda después de 15-20 años de experimentar los síntomas, posiblemente porque desconocen que es un problema clínico (APA, 2014).

Aunado a esto, los sistemas de salud mental se ven con deficiencias y sobrepasados por la demanda que tienen, debido a que en el área de salud se le puede dar mayor énfasis y apoyo a otras áreas que a la atención psicológica, por lo que se no se cuenta con fondos suficientes para atender a todas las personas que solicitan apoyo profesional (Organización Mundial de la Salud

[OMS], 2022a). Por lo que esta intervención abre la posibilidad de atender a personas que presenten TAS y que por alguna razón no pueden obtener un espacio de atención o que desconocen que el problema que presentan tiene tratamiento.

Intervenir en el nivel superior es adecuado debido a que los estudiantes se encuentran en la adolescencia tardía, sus frontales se encuentran más desarrollados que en etapas anteriores, presentando mayor control de impulsos, planificación, toma de decisiones al analizar los riesgos y recompensas, así mismo poseen una personalidad más consolidada (Allen y Waterman, 2019; Delgado, 2007). Detectar y atender la sintomatología asociada al TAS puede brindarles mayores herramientas de afrontamiento ante las situaciones sociales y la estimulación cognitiva permitiría optimizar el rendimiento de su cerebro para atender las demandas del exterior, mejorando así la forma en la que se relacionan con otros, ayudando fortalecer sus relaciones interpersonales, familiares y amorosas, buscando optimizar su calidad de vida y su rendimiento escolar y social, para que el día que salgan de la escuela tengan mayor probabilidad de adaptarse socialmente y desempeñarse en lo laboral.

En estudios con universitarios que poseen TAS se ha encontrado que expresan quejas subjetivas de su rendimiento cognitivo, lo cual se respalda con sus resultados, suelen tener un menor rendimiento en habilidades de atención, memoria y FE, sin embargo, no suelen pedir ayuda debido a la estigmatización sobre ayuda profesional o por sentir que su problema puede no ser tomado en serio (Royal College of Psychiatrists, 2003; Russell y Topham, 2012).

Una intervención compuesta por un componente psicológico y otro neuropsicológico permite un abordaje interdisciplinar del trastorno, el cual, de no ser atendido en esta etapa, aumentará la probabilidad de padecerlo de adulto o de generar una predisposición a generar otro

trastorno de ansiedad, de depresión o de consumo de sustancias, lo cual repercutiría negativamente en la calidad de vida.

Este estudio es factible debido a que sus materiales son económicos, requiriendo un lugar físico para evaluación y para las sesiones de intervención grupales e individuales, con al menos diez sillas, un proyector y copias de los protocolos de evaluación.

Evaluar el programa de una forma cuantitativa y cualitativa permitirá conocer el impacto del programa de intervención en la vida cotidiana de los participantes, tomando en cuenta la subjetividad de cada uno y cómo vivió cada participante la intervención.

3.3 Objetivos

Objetivo general

- Diseñar y evaluar un programa de estimulación cognitiva con terapia de aceptación y compromiso para el malestar psicológico y déficits cognitivos de ansiedad social en universitarios.

Objetivos específicos

- Identificar el nivel de malestar psicológico de ansiedad social y de rendimiento cognitivo en los universitarios participantes.
- Desarrollar e implementar un programa de estimulación cognitiva con terapia de aceptación y compromiso para universitarios con ansiedad social.
- Evaluar el efecto del programa de estimulación cognitiva con terapia de aceptación y compromiso en el malestar psicológico y déficits cognitivos de ansiedad social en universitarios.

3.4 Hipótesis

Hi 1: La implementación de un programa de estimulación cognitiva con terapia de aceptación y compromiso en universitarios con ansiedad social generará cambios significativos en su malestar psicológico

Hi 2: La implementación de un programa de estimulación cognitiva con terapia de aceptación y compromiso en universitarios con ansiedad social generará cambios significativos el rendimiento cognitivo en atención, memoria y FE.

HO 1: La implementación de un programa de estimulación cognitiva con terapia de aceptación y compromiso en universitarios con ansiedad social no generará cambios significativos en el malestar psicológico.

HO 2: La implementación de un programa de estimulación cognitiva con terapia de aceptación y compromiso en universitarios con ansiedad social no generará cambios significativos el rendimiento cognitivo en atención, memoria y FE.

3.5 Diseño de investigación

El presente estudio tuvo un diseño de tipo preexperimental, la muestra estuvo compuesta por un grupo de 9 participantes a los cuales se les evaluó en dos tiempos, previo y posterior a la intervención, con el objetivo de identificar los efectos que tiene el programa.

Tuvo una metodología mixta, con diseño de triangulación concurrente debido a que la pregunta de investigación se respondió de forma cuantitativa y cualitativa, cruzando los resultados de ambos análisis, de esta forma se aprovechó las ventajas de cada uno de los enfoques de investigación (Sampieri et al., 2014).

Para el análisis estadístico se utilizó un análisis no paramétrico, aunque las puntuaciones mostraron una distribución normal, la muestra es pequeña y se optó por la prueba T de Wilcoxon, comparando las medianas de las evaluaciones del grupo antes de la intervención, tiempo 1 (T1) y posterior a la implementación del programa, tiempo 2 (T2).

Para los datos cualitativos se realizó la técnica de análisis de contenido y hermenéutica en una entrevista y en una matriz conductual (Wilson, 2014) evaluando los efectos del programa en la subjetividad de cada participante, valorando los procesos de flexibilidad psicológica de ACT y si hubo un cambio de percepción sobre sus vivencias cotidianas.

3.6 Población

Criterios de inclusión:

- Cumplir los criterios para el Trastorno de Ansiedad Social (TAS) de acuerdo con el DSM-V
- Ser estudiante de nivel superior en el Estado de Morelos

Criterios de exclusión:

- Presentar sintomatología elevada de depresión.
- Estar bajo medicación farmacológica en los últimos 6 meses.
- Presentar un riesgo elevado de consumo de sustancias.

La muestra inicialmente estuvo compuesta por once universitarios, sin embargo, al final solo nueve concluyeron el programa, con un promedio de asistencia del 98%, los participantes tuvieron un rango de edad de 18 a 27 años, con una mediana de 22 años. 8 mujeres y 1 hombre, en la Tabla 4 se muestra la distribución de los participantes de acuerdo con su carrera universitaria.

Tabla 4

Distribución de muestra por carrera universitaria

Carrera universitaria	No.
Lic. Psicología.	6
Lic. Medicina.	1
Lic. Seguridad ciudadana y ciencias forenses.	1
Lic. Ciencias biológicas.	1

Nota: Se presenta la distribución de la muestra del estudio con base en su carrera universitaria. Elaboración propia. 3

Los participantes que desertaron en la intervención eran del sexo femenino, la primera tenía 18 años y pertenecía a la carrera de psicología, la segunda tenía 20 años y provenía de la licenciatura en ciencias de la educación.

3.7 Instrumentos y materiales

- Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos (CASO): Instrumento diseñado para medir la ansiedad social, compuesto por cinco dimensiones de TAS: 1) Interacción con desconocidos, 2) Expresión asertiva de molestia, 3) hablar en público, 4) Expresión asertiva de molestia, desagrado o enojo y 5) Quedar en evidencia o en ridículo, cada una está compuesta por seis ítems, son 30 en total. La calificación es tipo Likert que va desde Nada o muy poco malestar, tensión o nerviosismo, hasta Mucho o muchísimo malestar, tensión y nerviosismo, cuenta con un alfa de Cronbach superior a .90 (Caballo et al., 2016).
- Beck Depression Inventory (BDI): Es el instrumento de depresión más utilizado, el cual está basado en la teoría de Beck, quien decía los síntomas de depresión es una tríada

cognitiva, una serie de pensamientos negativos sobre uno mismo, sobre el mundo y sobre el futuro (González et al., 2015), su alfa de Cronbach es de .87 (Jurado et al., 1998).

- Prueba de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSISST): Es una prueba que se utiliza en atención de primer nivel para identificar el riesgo que presenta una persona por generar un consumo patológico de alguna sustancias, explorando los últimos 3 meses; actualmente ya ha sido validada en universitarios mexicanos, su alfa de Cronbach es superior a .90 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2011; Tiburcio et al., 2016).
- Neuropsi Atención y Memoria: Batería de pruebas que evalúa orientación, memoria, concentración/atención y FE, permite obtener datos cuantitativos y cualitativos, tiene un rango de edad de 6 a 85 años, así mismo cuenta con perfiles cognitivos para calificarla de acuerdo con los años de escolaridad (Ostrosky-Solis et al., 2019).
- Batería Neuropsicológica De Funciones Ejecutivas y Lóbulos Frontales (BANFE 2): Batería dedicada a evaluar procesos de FE en niños y en adultos (Flores y Ostrosky, 2014). Sólo de utilizaran dos subpruebas de esta batería, la Torre de Hanoi, que funciona para evaluar la planificación, y las cartas de clasificación, que nos permiten valorar la flexibilidad mental.
- Escala de Medición de la Consecución de Objetivos (Escala de Gas): Escala diseñada para la investigación aplicada, debido a que mide de forma individual los efectos de la intervención, esto hace posible fijar metas y objetivos personalizados con cada participante del programa. La escala califica tres áreas (metas propuestas, consecución de metas y dificultades en el proceso) del 1 al 3 (mal, regular y bien) (Turner-Stokes, 2009).
- Para el análisis cualitativo en el tiempo 1 (T1) se realizó de manera grupal una matriz conductual de ACT, un ejercicio que permite identificar las experiencias desagradables

que se suelen evitar, sean emociones o pensamientos, y las acciones que se realizan para escapar de ellas, buscando un remedio a corto plazo, mientras también busca clarificar las cosas o personas que son importantes en la vida de cada uno, así como las acciones que podrían acercarlos a aquello que les importa, dicho ejercicio funciona con la metáfora que su “yo” se encuentra de dos direcciones, una que los aleja y una que los acerca a esa vida que desearían vivir (Wilson, 2014), y mientras se realizaba el ejercicio, los participantes compartían sus respuestas con los demás, generando un espacio catártico y de reflexión. En el tiempo 2, se utilizó una entrevista semiestructurada (en anexos) para evaluar los efectos del programa desde la perspectiva de cada uno. Para analizar esta información se utilizó el análisis de discurso, una técnica de investigación cualitativa enfocada en identificar las similitudes y diferencias del contenido manifiesto de la comunicación de cada participante, permitiendo codificar de forma sistemática los datos obtenidos en dimensiones (Ruiz, 2021), posteriormente se utilizó la herramienta de la hermenéutica enfocada dar sentido al discurso desde la interpretación (Martínez, 2002), la cual se efectuó con base en la teoría de ACT.

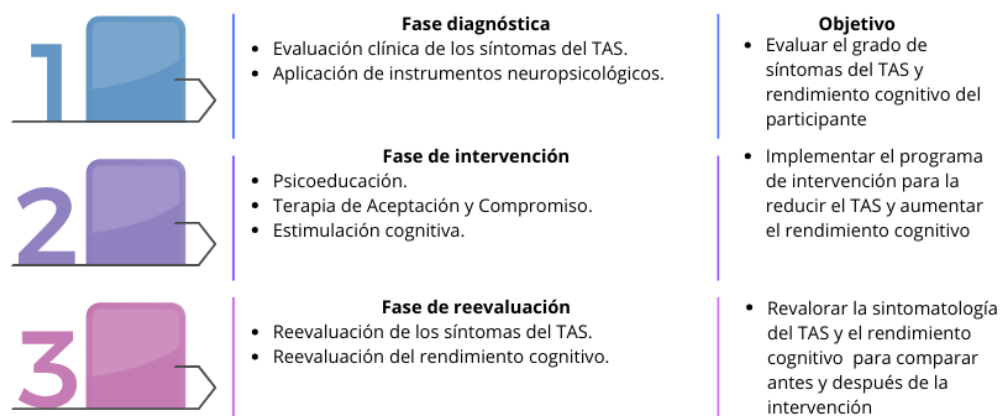
3.8 Procedimiento

En el presente apartado se muestra secuencialmente el procedimiento de la investigación, el cual se dividió en tres fases, que comprenden desde el reclutamiento de los participantes hasta la reevaluación de malestar psicológico y rendimiento cognitivo como se expone en la Figura 1.

Figura 1.

Esquema del programa de intervención

Proceso de intervención



Nota: Esquematización de las fases que componen la intervención, indicando el objetivo de cada una y las actividades que las componen. Elaboración propia.

Etapa 1: Fase diagnóstica (agosto a octubre de 2023).

El muestreo fue de tipo no probabilístico, se ejecutó una convocatoria abierta y un muestreo por bola de nieve. El reclutamiento se realizó mediante una infografía en las unidades de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM) en el campus Chamilpa y también en redes sociales como Facebook e Instagram, dicha infografía llevó los datos de contacto del investigador. Cuando los universitarios se comunicaban mostrando interés por participar, se les realizaba una breve entrevista para confirmar los criterios de inclusión, en caso de no cumplir se le proporcionaba dos opciones de contacto para una atención psicológica:

- Programa de Salud Mental (Prosame) en la Facultad de Psicología UAEM.
- Área de Salud Mental en el Centro de Investigación Transdisciplinar de Psicología (CITPSI).

En caso de que el participante cumpliera con los criterios de inclusión se iniciaba la evaluación, la cual se basaba en dos sesiones de aproximadamente una hora y veinte minutos, la primera enfocada en la evaluación de síntomas de TAS con el cuestionario de ansiedad para adultos (CASO), el Inventario de Depresión de Beck (BDI), la prueba de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSISST), una entrevista semiestructurada, mientras que la segunda sesión estaba compuesta por la evaluación neuropsicológica de atención, memoria y funciones ejecutivas mediante la prueba Neuropsi Atención y Memoria, y dos subpruebas de la Batería de Neuropsicológica de Funciones Ejecutivas y Lóbulos Frontales II (BANFE II), la torre de Hanoi y las cartas de clasificación.

Etapas 2: Fase de intervención (octubre 2023 a febrero 2024)

En la figura 2 se puede observar los ejes teóricos de intervención y el número de sesiones que compone el programa, así como las técnicas utilizadas.

Figura 2.

Ejes teóricos e intervención

Ejes de intervención		
Sesiones	Enfoque de intervención	Técnicas utilizadas
01 y 02	Psicoeducación	- Psicoeducación del TAS y de la importancia de la estimulación cognitiva - Desesperanza creativa
03 a 16	Terapia de Aceptación y compromiso	- Vida deseada - No deseada. - Defusión de pensamientos y sentimientos. - Mindfulness. - Aceptación de vivencias. - Yo contenido - Yo contexto. - Elección de valores. - Establecimiento de metas y pasos a seguir. - Exposición.
	Estimulación cognitiva - Modelo de Sohlberg y Mateer	- Ejercicios de atención selectiva y sostenida. - Ejercicios de codificación y evocación de información. - Ejercicios de planificación.

Nota: Esquematización de la estructuración del programa de intervención, mostrando las técnicas utilizadas en las sesiones de trabajo. Elaboración propia

Una vez que el participante era evaluado, se le confirmaba la fecha de inicio del programa, el 17 de octubre de 2023, el lugar y hora de la primera sesión. La primeras dos sesiones fueron de psicoeducación, la primera enfocada en explicar qué es la ansiedad social, lo que dicen las investigaciones sobre el trastorno y las consecuencias que tiene en el estilo de vida de la persona que lo tiene, mientras que la segunda sesión fue enfocada en la desesperanza creativa, en mostrar a los participantes cómo el luchar con la ansiedad para no sentirla o eliminarla es inútil, que la ansiedad es algo natural de los humanos y que el problema es cómo han aprendido a relacionarse con ella.

De la sesión 03 a la 16 se trabajó con los 6 procesos del hexágono de flexibilidad psicológica con el fin que el participante soltara su locus de control sobre su sentir y pensamientos, mientras construye una vida que le gustaría vivir, y así mismo se estimulaban los procesos de atención (atención selectiva, sostenida y dividida), memoria (codificación y evocación de información verbal y no verbal) y funciones ejecutivas (memoria de trabajo, flexibilidad mental e inhibición).

Etapas 3: Fase de reevaluación (febrero a marzo de 2024)

Una vez que el grupo terminó su proceso de intervención se procedió a evaluar nuevamente el malestar psicológico y el rendimiento cognitivo de atención, memoria y FE como se realizó en la fase diagnóstica, de esta forma se comparó el antes y después del tratamiento, haciendo posible dimensionar el tamaño de efecto de la intervención. Y se realizó una entrevista para evaluar los cambios cualitativos de su percepción sobre la ansiedad.

3.9 Conceptualización de variables

En este apartado se explicará la conceptualización de las variables a evaluar en el presente proyecto de investigación mediante las Tablas 5, 6, 7 y 8.

Tabla 5

Operacionalización de Ansiedad Social

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Unidad de medida	Escala	Valor final
Ansiedad social	Es el nivel de ansiedad social al hablar en público o con personas de autoridad, al interactuar con desconocidos, al interactuar con el sexo opuesto, al expresar enojo, desagrado o molestia, quedar en evidencia o hacer el ridículo.	- Hablar en público	Puntaje	De intervalo	Cada dimensión está compuesta por seis ítems, cada uno de tipo Likert, puntuando de 1 al 5, por lo que la calificación máxima por cada dimensión es de 30 puntos.
		- Interacción con personas de autoridad.			
		- Interacción con desconocidos			
		- Interacción con el sexo opuesto			
		- Expresión de asertiva de molestia, desagrado o enojo			
		- Quedar en evidencia o en ridículo			

Nota: Se presenta la operacionalización de la variable de ansiedad social. Información extraída de “Validación del Cuestionario de Ansiedad Social para adultos (CASO) en México”, por V. Caballo et al., 2016, Revista Mexicana de Psicología, 33(1). (<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243056043004>).

Tabla 6

Operacionalización de Atención

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Unidad de medida	Escala	Valor final
Atención	Es el nivel de las subpruebas de orientación, dígitos y cubos en progresión, detección visual de aciertos y series sucesivas.	- Orientación	Puntaje	De intervalo	Promedio: 7 puntos Alteración severa: 4 o menos puntos
		- Dígitos en progresión			Alto: 8-9 puntos Promedio: 5-7 puntos Alteración moderada: 4 puntos Alteración severa: 3 o menos puntos
		- Cubos en progresión			Alto: 8-9 puntos Promedio: 5-7 puntos Alteración moderada: 4 puntos Alteración severa: 3 o menos puntos
		- Detección visual			Alto: 24 puntos Promedio: 17-23 puntos Alteración moderada: 14 a 16 puntos Alteración severa: 13 o menos puntos
		- Detección de dígitos			Promedio: 9-10 puntos Alteración moderada: 8 puntos Alteración severa: 7 o menos puntos
		- Series sucesivas			Promedio: 1-3 puntos Alteración severa: 0 puntos

Nota: Se presenta la operacionalización de la variable -Atención-. Información extraída de “Batería Neuropsicológica NEUROPSI. Atención y Memoria (3rd Ed)”, por F, Ostrosky et al., 2019, Manual Moderno.

Tabla 7

Operacionalización de Memoria

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Unidad de medida	Escala	Valor final
Memoria	Es el nivel de las subpruebas de retención de dígitos en regresión, cubos en regresión, la codificación de curva de memoria, pares asociados, memoria lógica, figura del Rey, caras y la evocación de memoria verbal espontánea, por claves y por reconocimiento, pares asociados, memoria lógica, figura del Rey reconocimiento de caras.	Memoria de trabajo	Puntaje	De intervalo	
		-Retención de dígitos en regresión			Alto: 6-8 puntos Promedio: 3-5 puntos Alteración moderada: 2 puntos Alteración severa: 1 o menos puntos
		- Cubos en regresión			Alto: 7-9 puntos Promedio: 5-6 puntos Alteración moderada: 4 puntos Alteración severa: 3 o menos puntos
		Codificación			
		- Curva de memoria			Alto: 10-12 puntos Promedio: 7-9 puntos Alteración moderada: 6 puntos Alteración severa: 5 o menos puntos
		- Pares asociados			Alto: 12 puntos Promedio: 7-11 puntos Alteración moderada: 5-6 puntos Alteración severa: 4 o menos puntos
		- Memoria lógica			Alto: 14-16 puntos Promedio: 9-13 puntos Alteración moderada: 7-8 puntos Alteración severa: 6 o menos puntos
		- Figura del Rey			Promedio: 32-36 puntos Alteración moderada: 30-31 puntos Alteración severa: 29 o menos puntos
		- Caras			Promedio: 4 puntos Alteración severa: 3 o menos puntos

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Unidad de medida	Escala	Valor final
Memoria	Es el nivel de las subpruebas de retención de dígitos en regresión, cubos en regresión, la codificación de curva de memoria, pares asociados, memoria lógica, figura del Rey, caras y la evocación de memoria verbal espontánea, por claves y por reconocimiento, pares asociados, memoria lógica, figura del Rey reconocimiento de caras.	Evocación	Puntaje	De intervalo	Alto: 12 puntos Promedio: 7-11 puntos Alteración moderada: 6 puntos Alteración severa: 5 o menos puntos
		- Memoria verbal por claves			
		- Memoria verbal por reconocimiento			Alto: 12 puntos Promedio: 7-11 puntos Alteración moderada: 6 puntos Alteración severa: 5 o menos puntos
		- Pares asociados			Promedio: 10-12 puntos Alteración moderada: 9 puntos Alteración severa: 8 o menos puntos
		- Memoria lógica			Alto: 13-16 puntos Promedio: 8-12 puntos Alteración moderada: 6-7 puntos Alteración severa: 5 o menos puntos
		- Figura del Rey			Alto: 32-36 puntos Promedio: 20-31 puntos Alteración moderada: 14-18 puntos Alteración severa: 13 o menos puntos
		- Caras			Promedio: 1-2 puntos Alteración severa: 0 puntos

Nota: Se presenta la operacionalización de la variable -Memoria-. Información extraída de “Batería Neuropsicológica NEUROPSI. Atención y Memoria (3rd Ed)”, por F, Ostrosky et al., 2019, Manual Moderno.

Tabla 8

Operacionalización de Funciones Ejecutivas

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Unidad de medida	Escala	Valor final
Funciones ejecutivas	Es el nivel de las subpruebas de formación de categorías, fluidez verbal semántica, fluidez verbal fonológica, fluidez verbal no verbal, funciones motoras, Stroop tiempo y aciertos de interferencia, torre de Hanói y cartas de clasificación.	- Formación de categorías	Puntaje	De intervalo	Alto: 25 puntos Promedio: 14-24 puntos Alteración moderada: 9-13 puntos Alteración severa: 8 o menos puntos
		- Fluidez verbal semántica			Alto: 30-38 puntos Promedio: 18-29 puntos Alteración moderada: 14-17 puntos Alteración severa: 13 o menos puntos
		- Fluidez verbal fonológica			Alto: 22-30 puntos Promedio: 11-21 puntos Alteración moderada: 7-10 puntos Alteración severa: 6 o menos puntos
		- Fluidez no verbal			Alto: 23-35 puntos Promedio: 10-22 puntos Alteración moderada: 5-9 puntos Alteración severa: 4 o menos puntos
		- Funciones motoras			Promedio: 18-20 puntos Alteración moderada: 17 puntos Alteración severa: 16 o menos puntos
		- Stroop tiempo interferencia			Alto: 20-10 segundos Promedio: 25-50 segundos Alteración moderada: 55- 60 segundos Alteración severa: 65 o más segundos
		- Stroop aciertos interferencia			Promedio: 34-36 puntos Alteración moderada: 33 puntos Alteración severa: 32 o menos puntos
		- Series sucesivas			Promedio: 3 puntos Alteración leve: 1 punto Alteración severa: 0 puntos

Nota: Se presenta la operacionalización de la variable -Funciones Ejecutivas-. Información extraída de “Batería Neuropsicológica NEUROPSI. Atención y Memoria (3rd Ed)”, por F, Ostrosky et al., 2019, Manual Moderno.

3.10 Aspectos éticos

Para la presente investigación el abordaje ético sobre la praxis clínica se basó en el reporte de Belmont y el código de ética del psicólogo en México. El reporte Belmont señala 3 conceptos centrales para realizar investigación con seres humanos (Department of Health y Human Services [HHS], 2010):

- **Respeto por las personas:** Se debe tener claro que el otro es una persona autónoma la cual está en el estudio por decisión propia y puede irse en el momento que lo desee, y en aquellos casos donde las personas sean menores de edad o posean una condición médica, se deben tomar consideraciones específicas, y de forma legal deben tener un representante.
- **Beneficencia:** Haciendo referencia a la obligación como investigador de no dañar a los participantes y siempre buscando los máximos beneficios, y en caso de existir posibilidad de daño, tomar todas las medidas necesarias para disminuir los riesgos.
- **Justicia:** Es necesario tener un trato igualitario para todos los participantes durante todo el proceso de investigación, distribuyendo equitativamente los riesgos y los beneficios.

En el código ético del psicólogo se menciona que para la realización de investigaciones es indispensable tener respeto por los derechos y la dignidad de las personas, el investigador es responsable de llevar de manera ética la investigación, si requiere de otras personas para la investigación previamente se deberá capacitarlas de forma adecuada, no deberá utilizar títulos engañosos para captar la atención de las personas, se debe tener la capacitación para ejercer las

técnicas o herramientas que piense utilizar, le debe explicar en lenguaje entendible a los participantes lo que se quiere hacer y los resultados que se encuentren, estos últimos se le deben entregar de manera personal, debe resguardar los expedientes clínicos en un lugar con acceso restringido (Sociedad Mexicana de Psicología, 2009).

Con el fin de cubrir estas recomendaciones, se enfatiza que las áreas de trabajo o las conductas meta (el objetivo de la intervención psicológica) no fueron definidas por el terapeuta, por respeto a la autonomía del consultante, siendo él la única persona especialista en su vida y que conoce qué cosas son las que no le gustan, él es quien decidió qué quería cambiar y el terapeuta quien compartió su conocimiento para fungir como un guía para poder llegar a los objetivos terapéuticos una vez que ambas partes los hayan definido en consenso.

Se considera que los riesgos expuestos como abordar temas emocionalmente sensibles, se vieron superados por los beneficios que tuvieron los estudiantes, los cuales tenían esta sintomatología desde hace meses o años, presentando complicaciones en su vida cotidiana al momento de interactuar con otras personas, incluyendo áreas como sus relaciones interpersonales, escolar, laboral y familiar.

A los participantes se les proporcionó un consentimiento informado, el cual contaba con los detalles del estudio, para que pudieran conocer los procesos planteados y el propósito, no se les ocultó ninguna información del método. En el mismo documento se expone la utilización de grabaciones de audio en sesiones específicas, señalando cuáles son, la forma en que se guardará la información extraída y que en caso de publicación los resultados no llevarían ningún dato personal que haga posible la identificación del participante, protegiendo en todo momento su privacidad, y se le recordó que es libre de retirarse en el momento que guste sin ningún tipo de repercusión.

4. Análisis de datos

Se utilizó el estadístico SPSS® 23.0, se utilizaron pruebas no paramétricas para el análisis de resultados obtenidos en las evaluaciones realizadas, los datos presentaron una normalidad de distribución, no obstante, al ser una población pequeña se utilizó la T de Wilcoxon para comparar las medianas del tiempo 1 (T1) y tiempo 2 (T2). Para el análisis de datos se estableció un nivel significancia $p < .05$. Para medir el tamaño de efecto se utilizó el coeficiente de correlación r , basándose en el resultado de Z , considerando su interpretación de la siguiente manera: $= 0.1$ efecto pequeño, $= 0.3$ efecto medio y $= 0.5$ efecto grande.

5. Resultados

5.1 Análisis estadístico

En la tabla 9 se presentan los resultados de la comparación en las dimensiones del Cuestionario de ansiedad social para adultos (CASO-30) y el inventario de depresión de Beck II entre el T1 y T2. En el CASO-30 se observaron diferencias significativas en las dimensiones *hablar en público o con personas con autoridad, interacción con el sexo opuesto y el puntaje total*, con un tamaño de efecto grande. Lo anterior significa que después de la intervención los participantes tienen una mayor capacidad para afrontar su ansiedad y mejores habilidades sociales para interactuar con personas que les resultan atractivas del sexo opuesto, para hablar frente a otros como en exposiciones escolares y al comunicarse con gente de mayor jerarquía a nivel académico o institucional, asimismo, hubo una disminución de los síntomas de depresión, con tendencia a la significación estadística, y con un tamaño de efecto grande.

Tabla 9

Resultados en TAS y en depresión entre el T1 y T2

Dimensión evaluada	Mediana		T	p	r
	T1	T2			
Cuestionario de ansiedad social para adultos					
Interacción con desconocidos	24	16	-1.85	.06	-0.62
Quedar en ridículo	24	16	-1.72	.09	-0.57
Interacción con el sexo opuesto	22	14	-2.09	.04	-0.69
Hablar en público o con personas con autoridad	24	15	-2.38	.02	-0.79
Expresión asertiva de molestia o enfado	20	14	-1.26	.21	-0.42
Puntuación global	123	74	-2.20	.03	-0.73
Inventario de Depresión de Beck	21	9	-1.90	.06	-0.63

El análisis estadístico del T1 y T2 del Neuropsi Atención y Memoria se muestra dividido en tres tablas, agrupando las subpruebas por función cognitiva, la tabla 10 muestra los resultados de las tareas atención, en la tabla 11 las de memoria y la tabla 12 las de FE.

Tabla 10

Subpruebas de Atención

Subprueba	Mediana		T	p	r
	T1	T2			
Orientación	7	7	-1.00	.38	-0.33
Dígitos progresión	5	6	-1.84	.06	-0.61
Cubos progresión	6	7	-1.80	.07	-0.60
Detección visual	20	23	-1.99	.05	-0.66
Detección dígitos	10	10	-0.44	.65	-0.15
Series sucesivas	1	2	-0.55	.58	-0.18

Se encontró un aumento significativo en la subprueba de *detección visual*, la cual está asociada a la atención selectiva, donde el participante durante 60 segundos debe identificar y

marcar todos los estímulos diana (24) e ignorar los distractores, su tamaño de efecto es grande. Otras subpruebas como *dígitos progresión y cubos en progresión*, las cuales evalúan memoria de trabajo, una auditiva y otra visual, muestran una tendencia a la significancia estadística con un tamaño de efecto grande, lo cual indica una mejora en la capacidad para retener información a corto plazo.

Tabla 11

Subpruebas de Memoria

Subprueba	Mediana		T	p	r
	T1	T2			
Dígitos regresión	4	5	-0.34	.73	-0.11
Cubos regresión	6	7	-0.18	.85	-0.06
Curva de memoria	8	9	-2.20	.03	-0.73
Pares asociados codificación	9	10	-1.78	.07	-0.59
Memoria lógica codificación	10	13	-2.10	.03	-0.70
Figura Rey-Osterrieth codificación	36	35	-0.64	.52	-0.22
Memoria verbal espontánea	9	9	-1.69	.09	-0.57
Memoria verbal por claves	9	11	-2.68	.00	-0.90
Memoria verbal reconocimiento	11	12	-1.93	.05	-0.64
Falsos positivos	1	0	-2.07	.04	-0.69
Pares asociados evocación	12	12	-1.28	.20	-0.43
Memoria lógica evocación	9	12	-2.37	.10	-0.79
Figura Rey-Osterrieth evocación	24	31	-2.52	.01	-0.84
Evocación de nombres	4	8	-2.56	.01	-0.85
Reconocimientos de caras	2	2	0	1.0	-0.33

Se muestra un aumento significativo en tareas de codificación y de evocación, dentro de las primeras se identifican la de *curva de memoria*, y *memoria lógica*, mientras que en las segundas están la *memoria verbal por claves*, *memoria verbal por reconocimiento*, *figura*

Rey-Osterrieth evocación, y *evocación de nombres*, en todas ellas se presentó un tamaño de efecto grande, esto muestra que los participantes después de la intervención presentaban mayor capacidad para registrar información auditiva, así como un mayor rendimiento para recordar información auditivas bajo pistas semánticas y fonológicas, y datos visuales. A pesar de que las subpruebas de *pares asociados codificación*, *memoria verbal espontánea* y *memoria lógica evocación* no muestran una diferencia estadísticamente significativa, su tamaño de efecto es grande.

Tabla 12

Subpruebas de Funciones Ejecutivas

Subprueba	Mediana		T	p	r
	T1	T2			
Formación de categorías	22	25	-1.99	.05	-0.66
Fluidez verbal semántica	22	20	-0.23	.81	-0.08
Fluidez verbal fonológica	15	16	-1.60	.10	-0.53
Fluidez no verbal	13	16	-0.53	.59	-0.18
Funciones motoras	18	20	-1.65	.10	-0.55
Stroop tiempo	32.21	31.80	-1.71	.09	-0.57
Stroop aciertos	36	36	-1.34	.18	-0.45

Se encontró un aumento significativo en la subprueba de *formación de categorías*, la cual se relaciona con el razonamiento lógico y abstracto, en ella el participante debe identificar características similares entre diversos objetos, formular atributos compartidos y encontrar diferentes categorías de clasificación, su tamaño de efecto grande. Aunque las tareas de *fluidez verbal fonológica*, *funciones motoras* y *stroop tiempo* no exponen una diferencia significativa, su tamaño de efecto es grande.

En la tabla 13 se exhiben los resultados globales de la batería de Neuropsi Atención y Memoria, se observó una diferencia estadísticamente significativa en las tres dimensiones, *atención y funciones ejecutivas, memoria, y atención y memoria*, esto muestra que hubo una mejora en el rendimiento cognitivo de los participantes para mantener su atención en las actividades en curso, una mayor habilidad para codificar y evocar información, así como una mejora en sus capacidades para adaptarse al medio de acuerdo a las exigencias presentes.

Tabla 13

Resultados globales del Neuropsi

Proceso cognitivo	Mediana		T	p	r
	T1	T2			
Atención y funciones ejecutivas	106	120	-2.31	.02	-0.77
Memoria	99	117	-2.66	.00	-0.88
Atención y memoria	47	73	-2.66	.00	-0.88

En la tabla 14 se exponen los resultados de comparación de puntajes de *cartas de clasificación y torre de Hanoi* de la BANFE-2 entre el T1 y T2, en la primera se observa un aumento significativo de aciertos y categorías completadas, así como una disminución significativa de errores y perseveraciones, ambos con un tamaño de efecto grande. Esta prueba evalúa la flexibilidad mental, donde el participante debe identificar la manera adecuada de agrupar una serie de cartas por color, forma o número, mientras es retroalimentado sobre cada movimiento ejecutado, señalándole si es correcta o incorrecta su decisión, por lo que los participantes muestran una mayor habilidad para cambiar su respuesta cuando no están obteniendo los resultados que buscan.

En la torre de Hanoi no hubo una diferencia significativa en ninguna dimensión de la tarea, la cual evalúa la planificación de acciones, donde al participante se le presenta una problemática donde debe planificar una secuencia de movimientos para llegar a su meta en la menor cantidad de movimientos, dicha tarea está diseñada para completarse en quince movimientos, en ambos tiempos de evaluación la mediana fue de veinte.

Tabla 15

Resultado de las subpruebas de la BANFE-2

Subprueba	Mediana		T	p	r
	T1	T2			
Cartas de clasificación					
Aciertos	44	54	-2.43	.01	-0.81
Errores	20	10	-2.43	.01	-0.81
Perseveraciones	7	0	-2.38	.01	-0.79
Categorías completas	3	5	-2.38	.01	-0.79
Torre de Hanoi					
Movimientos de Torre de Hanoi	20	20	-0.53	.59	-0.18
Tiempo total de Torre de Hanoi (Segundos)	92	80	-0.841	.40	-0.28
Error tipo 1	0	0	-0.44	.65	-0.15
Error tipo 2	0	0	-1	.31	-0.33
Total de errores	0	0	-0.81	.41	-0.27

En la figura 4 se muestran los resultados cuantitativos de la escala de medición de consecución de objetivos con base en la fórmula de Turner-Stokes (2009), se observa el cambio subjetivo de forma numérica en que cada participante percibió que alcanzó los objetivos personalizados establecidos al principio del programa. Al inicio de la intervención cada participante formuló de tres a cuatro objetivos personales que querían lograr durante el programa de intervención, por ejemplo, *disminuir pensamientos rumiantes antes de un evento social, salir con amigos sin tener un plan estructurado, participar en clase, aumentar el contacto visual, salir con amigos o disminuir los nervios al exponer en clase*. Dichos objetivos se evaluaron en tres tiempos, durante la sesión seis, once y dieciséis, cada eje representa el avance que cada participante tuvo durante la implementación del programa.

Figura 4

Resultados de escala de medición de consecución de objetivos:



Nota: Se muestran los resultados individuales de los participantes en la escala GAS. Elaboración propia.

5.2 Análisis cualitativo – Análisis de contenido

En este apartado se expondrán los resultados del análisis de contenido e interpretación hermenéutica, mostrando las dimensiones que más se repitieron en el ejercicio de la matriz conductual de ACT y en la entrevista de valoración del programa, identificando las similitudes y diferencias en el contenido manifiesto de sus discursos. El tiempo 1 hace referencia a los fragmentos encontrados durante la evaluación previa a la intervención y el tiempo 2 a la valoración al terminar el programa.

5.2.1 Tiempo 1

En primer lugar, se encontró que la dimensión con más menciones es la evitación experiencial, y principal categoría con 6 repeticiones es la evitación mediante la racionalización, que hace referencia cuando se evitan las emociones o pensamientos desagradables mediante el control y racionalización del pensamiento, buscando la causa de su incomodidad para entonces poder cambiarla, a continuación, algunos ejemplos:

- *"Cuando es mucho lo que siento y pienso, me apresuro a saber qué es lo que siento y lo que causa para poder resolverlo y dejarme de sentirme así, antes esto hacía que hablara y actuara desde mi malestar, y aun así continuaba sintiéndome así. "*
- *"Razonarlo y entender el malestar, organizarlo y atender el origen o buscar el porqué del todo en todo momento, pensamientos y evidencias, control con más pensamientos"*
- *"Intento razonarlo y asimilarlo en cuanto me duele, pero intento evitar pensar en eso el resto del tiempo".*

La evitación experiencial es el primer eslabón del hexágono de rigidez psicológica, debido a que no hay disposición para experimentar emociones o pensamientos desagradables,

esto se puede deber a una perspectiva de no querer sentir dolor o incomodidad, buscando mantener un estado placentero, por ello se recurre a actividades que tienen como función aliviar el sufrimiento (reforzamiento negativo), y sí funcionan, pero a corto plazo, mientras que a largo plazo mantienen su malestar psicológico, debido a que buscar no sentir dolor es más intenso que solo sentirlo (Hayes y Strosahl, 2004).

En segundo lugar, se encontraron 8 repeticiones haciendo referencia a la categoría de fusión cognitiva con emociones y pensamientos, son verbalizaciones de los participantes donde con base en sus emociones toman su pensamiento como un hecho literal o una realidad absoluta, a continuación, algunos ejemplos:

- *"No me gusta oír de mi mente que estoy equivocada, que no sé lo que pueda pasar (eso apunta que tal vez pase algo malo), que los demás noten que hay algo malo en mí, que no soy suficiente y que me voy a quedar sola"*
- *"No me gusta oír de mi mente el no puedes, que estoy mal, que no puedo hacer nada bien, que gastar en "gustos" es innecesario, para guardarlo porque algo malo va a pasar. No me gusta que siempre vea peligro en todos lados y evito realizar muchas cosas, no me gusta pensar que los demás siempre me observan y juzgan"*
- *"Los pensamientos obsesivos y catastróficos, siento que le tengo miedo a cosas que no debería y trato de detenerlos" "No me gusta que cuando cuestiono cada aspecto de mí al estar con gente, desde mi voz, gestos, información que doy, aspecto, postura y todo"*

Regularmente cuando una persona experimenta pensamientos incómodos tiene miedo a que estos sean reales, porque de ser así, se convertiría en eso que está pensando, por ello se puede recurrir a encontrarle la lógica a lo que se está pensando (racionalizarlo), intentar pensar en positivo o distraerse con actividades divertidas o satisfactorias, sin embargo, al no querer

experimentarlos y hacer lo posible por quitarlos, dichos pensamientos solo adquieren más fuerza y regresan con mayor frecuencia (Hayes, 2020).

También se detecta que un valor fundamental en el grupo es la familia, dicho valor se encontró en 9 menciones, donde se refleja que la familia es importante para la persona y la considera fundamental en su vida deseada, aunque actualmente no tengan la relación que quieren, a continuación, algunos ejemplos:

- *"Mi mamá, mi hermana, mis mascotas, mi papá, mi familia en general, ya que independientemente de la relación que tengo con ellos son parte importante de mi vida y desarrollo como persona".*
- *"Mi familia, su convivencia, su unión, comunicación y compartir momentos".*
- *"Mi familia es importante y sé que hay cosas que hago (o no) que les molestan o en lo que me quieren ayudar no los dejo".*
- *"Mi familia, sé que el no poder expresarme bien afecta varias relaciones familiares".*

Los valores son reforzadores naturales que la persona adquiere en su historia de aprendizaje, son los principios vitales que ayudan a generar un camino hacia una vida valiosa que la persona quiera vivir, representan todo aquello que es realmente importante para su subjetividad, tener valores definidos permite que se adquiera un propósito de vida, da motivación para afrontar los desafíos que se presentan, y permiten tomar consciencia y actuar de manera coherente con lo que es valioso, por lo tanto son fundamentales durante la intervención, ya que son la base de la acción comprometida para llegar a un cambio (Twohig y Hayes, 2020).

5.2.2 Tiempo 2

En el análisis cualitativo del tiempo 2, la categoría que más se repite es “fortaleza personal” en la dimensión valores con 9 repeticiones, la cual hace referencia cuando la persona

puede reconocer su propia ansiedad sabiendo que esta no tiene que limitar su vida, señalando actividades que antes del taller no creían ser capaces de hacer debido a la experimentación de síntomas de ansiedad, por ejemplo:

- *Yo tengo ansiedad y soy capaz de hablar en público, de salir con mis amigos, de conocer a más personas, de socializar más, de estar en una relación, de hablar más con figuras de autoridad, de expresar más el cómo me siento y qué siento, de hacer toma de decisiones que me beneficien y me ayuden, y de comunicarme mejor con los demás.*
- *Yo tengo ansiedad y soy capaz de hablar en público, convivir con más personas, de practicar o participar en diferentes talleres, de ir sola a lugares como ir a comer, al cine y no hay problema con ello; de saludar a un extraño, de platicarlo, de ayudar a otras personas y de tomar decisiones.*
- *Yo tengo ansiedad y soy capaz de hacer amigos, de hablar de mis sentimientos, de salir sola y de ser feliz.*

Esto se puede explicar debido a que ACT en lugar de enfocarse en la eliminación de síntomas se centra la obtención de logros personales partiendo de un modelo contextual, es decir, cada participante establece lo que es importante sí mismo(a), esto derivado de su propia historia de aprendizaje. Cuando se experimenta ansiedad social y se adopta una postura de querer erradicar todos sus síntomas porque son desagradables, se puede buscar no sentir ansiedad al precio de dejar de vivir, se cae en una inacción conductual, se deja de asistir a eventos o lugares que evocan sensaciones ansiógenas, entre lo cual puede haber cosas que realmente disfrutan y quieren en su vida, esto al mismo tiempo incrementa la fusión cognitiva con ideas de que un día cuando dejen de experimentarla, sólo entonces comenzarán a vivir, como si esta fuera una jaula que los mantiene prisioneros (Hayes y Smith, 2013), y actualmente ya saben que la ansiedad no

se irá, y durante estos 5 meses se trabajó en que comenzarán a vivir como ellos quisieran en compañía de esos sentimientos, pensamientos, recuerdos, sensaciones fisiológicas difíciles o conductas compulsivas.

Llegar a esos resultados no es una tarea sencilla debido a que ACT tiene como primer paso comprender que no se tiene ni se tendrá un control sobre los pensamientos, emociones ni sensaciones fisiológicas, de hecho la primera fase de la intervención es la desesperanza creativa, buscando hacer ver a los participantes que sus intentos por quitar su ansiedad sí funcionan, pero a corto plazo, de esta manera el problema nunca se va y en ocasiones hasta aparece aumentar, por lo que las conductas de evitación no son funcionales e incluso son parte del mantenimiento de la situación a lo largo del tiempo (Hayes y Strosahl, 2004), por ello la segunda categoría que más se repite es “dificultad en el proceso” con 8 repeticiones, que refiere como el participante tuvo complicaciones para implementar su acción comprometida hacia el cambio, a continuación, algunos ejemplos:

- *Se me hacía difícil, por ejemplo cuando llegaste a dejar tareas, porque a veces sí me da flojera de hacerlo, a veces lo llegué a sentir como un poquito difícil o complejo porque llegaba un punto en el que yo sentía que no iba para ningún lado, o me sentía estancada, entonces me frustraba, pero igual, era un poco este miedo a dejar permitirme sentir, entonces una vez que poco a poco fui experimentándolo, fui hasta cierto punto tal vez entendiéndolo, ya fue cuando fue siendo un poquito más fácil para mí, incluso creo que también era hasta cierto punto el que muchas veces yo quiero como respuestas muy rápidas o quiero que todo funcione como casi de inmediato, entonces el hecho de ir también poco a poco, a veces igual me frustraba, no, porque te digo, o sea, llegó un punto en el que si yo ya me sentía estancado, sentía que no avanzaba pero a través de la práctica también fue que me*

fui dando cuenta precisamente de los avances que iba yo teniendo y el hecho también de poder en las sesiones individuales decirlo, el poder comunicarlo y el hecho de que tú igual me señalaras los avances era cuando me daba cuenta también, no que entonces no estaba estancada como yo sentía sino que sí estaba yendo hacia algún lado y era precisamente hacia el lado donde me quería dirigir.

- *Es difícil al comienzo e intermedio (risas), para poder hablar con una persona o para poder participar me estuve cuestionando demasiado, de si lo que estaba diciendo era correcto o si iba a cambiar algo, era una lucha conmigo misma, ya cuando di el primer paso, fue como de ok, si puedo dar otro y seguir con esto, también el hablarlo con usted me hizo darme cuenta de que yo decía una cosa y era como de “estás mal”, no así no es (risas), y era de nuevo pensarlo más, al inicio yo quería pensar en positivo, pero no me funcionaba.*
- *Al principio sí se me hizo difícil, pero cuando avance un poco más creo que fluye como solito. Lo complicado sería eso, me costó mucho trabajó entender que los síntomas no se van a ir, que la ansiedad no va a desaparecer del todo, y cuando empecé justo tenía esa idea de que en algún momento iba a desaparecer todos los síntomas, que iba a vivir sin ansiedad, por eso me tardé más en comprender cómo funcionaba esto.*

Como se muestra en los fragmentos anteriores una vez que la persona es capaz de aceptar que no tiene control sobre emociones y pensamientos, y se pone en acción, el proceso se hace más sencillo. Los seres humanos están constantemente en interacción con el entorno físico donde existe la posibilidad de que si no te gusta algo puedes encontrar la manera de librarte de ello, por ejemplo, si está lloviendo puedes usar una sombrilla o si hace frío te puedes abrigar para calentarte, esto mismo es lo que se quiere aplicar en las vivencias internas, ejercer un control, por ejemplo combatiendo pensamientos negativos con pensamientos positivos, o haciendo alguna

actividad que provoque una distracción momentánea, sin embargo, un dicho en ACT es que, si no estás dispuesto a tenerlo, lo tendrás (Twohig y Hayes, 2020).

Así mismo la categoría “Recomendación del taller” se repitió 8 veces, señalando que recomendarían a otras personas a participar en este taller, debido a que provoca cambios agradables en sus vidas o porque creen que a otros también les ayudaría, a continuación, algunos extractos:

- *Sí lo recomendaría porque pues me ayudó a mí, y por mucho tiempo había querido que esas cosas en mi vida fueran diferentes y me frustraba mucho al no conseguirlo, muchas veces como comentaba, yo misma, sentía que así iba a ser por toda mi vida y tenía como que acostumbrarme a eso. Y ya me di cuenta de que no es así, entonces sí lo recomendaría porque precisamente, fue mi proceso y puedo decir y puedo ver los avances que tuve dentro de este taller.*
- *Pues sí, creo que hay personas que conozco que les podría ayudar el taller, pero creo que incluso a personas que no conozco pues podría recomendarlo, creo que de cierta manera lo que hacemos en el taller no es solo algo que te pueda funcionar tres meses o lo que dure el taller, inmediatamente que termina no es algo a lo que ya no tengas acceso, sino que es algo que puedes seguir trabajando o puedes seguir haciendo, y pues por otra parte porque creo que en aspecto general o de una manera viendo el impacto que ha tenido en mi vida me doy cuenta de que justamente he aprendido a pasar por ciertas situaciones de forma que no consideraba que podía hacer, o he cambiado mi forma de ver algunas cosas o de actuar que han hecho que sean como a favor de mi bienestar y mi felicidad.*
- *Sí, de hecho, lo llegué a hacer con algunos compañeros (...) No sé si llamarlo empatía con otras personas y porque a mí a lo mejor si otro compañero, no sé anteriormente o un*

conocido había tomado un taller así me hubiese gustado y no lo hubiese tomada mal que me dijera, oye mira este taller te lo recomiendo, entonces con los compañeros que yo veía que tenían lo mismo que yo, lo que hacía era recomendarles y explicar lo que hacíamos y cómo me iba ayudando poco a poco, como mi experiencia.

La tercera categoría que tiene un total de 8 repeticiones es “Mayor atención” donde los participantes señalan tener una mayor capacidad de prestar atención mientras realiza actividades en su vida cotidiana, a continuación, algunos ejemplos:

- *He sentido que en cuestión de detalles o el hecho de incluso poder hablar con otra persona o poder estar como en comunicación con alguien, el hecho de poder incluso recordar más cosas o prestar incluso más atención a lo que me están diciendo los demás ha sido como mejorías que he visto, como la diferencia, antes era el hecho de estar haciendo una actividad, pero a lo mejor los pensamientos estaban ahí y no me dejaban tranquila y yo le prestaba más atención a esos pensamientos que estaban, actualmente es como hacer la actividad y realmente centrarme en la actividad (...) entonces creo que el poderme centrar realmente en lo que estaba yo haciendo, en el presente y en lo que está sucediendo fue el cambio como radical que pude sentir o percibir también.*
- *Siento que ha mejorado porque puedo centrarme más en lo que realmente estoy haciendo, o sea, no solamente con la ansiedad, sino realmente en general, antes me llenaba de actividades y estaba pensando otras mientras hacía una, y entonces ahora solo es como centrarme en una cierta actividad, o sea, lo que realmente está pasando en este momento.*
- *Me acuerdo que antes podía ver miles de videos miles o cientos de capítulos a la semana, me termina los animes en dos días, así, entonces este me acuerdo que estaba buscando muchos estímulos y ya no los necesito, ya me puedo enfocar un poquito más, de hecho eso me está*

afectando un poquito en la escuela porque empiezan a hablar y como la mitad de la clase empiezo a dormir (...) yo por lo general agarro una paleta o me pongo a comer, me pongo a dibujar para no dormirme y al menos estar escuchando lo que están diciendo los profes, sí siento que mi atención como que ya no estoy divagando en varias cosas a la vez, pero me costó un poquito enfocarme en lo que yo estoy haciendo en ese momento, o sea, mínimo tengo que estar haciendo dos tres cosas a la vez, pero ya no estoy en las cinco o diez cosas que estaba antes.

Durante la intervención se ejercitaron los seis procesos de Hexaflex que son aceptación, defusión cognitiva, yo como contexto, aquí y ahora, valores y acción comprometida, lo cual enfoca a la persona a vivir su vida en el presente sin juzgar ni queriendo eliminar ningún tipo de pensamiento o emoción, ser consciente que están ahí y que en su compañía se puede continuar viviendo, esto estimula la inhibición de pensamientos y de sensaciones fisiológicos al estar en una actividad, permitiendo una mayor concentración.

La siguiente categoría con 7 repeticiones es la “aceptación a la experiencia” que hace referencia a aceptar una experimentación activa de eventos internos (sentimientos, pensamientos y sensaciones fisiológicas) logrando aprender del propio dolor y de la experiencia, esta categoría cuenta con una subcategoría llamada “aceptación a los síntomas fisiológicos”, a continuación, unos fragmentos:

- *Uy al inicio se podría decir que no me llevaba nada bien con la ansiedad, sentía que era como un monstruo o algo malo que de repente aparecía solamente para conflictuarme o para fastidiarme (...) lo único que quería era eliminarla, como erradicarla guardarla bajo llave y que no saliera más (...) Anteriormente era como empezar a sentir la ansiedad y querer enfocarme en otra cosa, querer ponerme a escuchar música, ponerme a ver una*

película, ponerme hacer cualquier otra cosa que me mantuviera distraída o distante de para que fuera de una manera rápida. Actualmente creo que lo que más me ha ayudado es que me he permitido sentirla, aunque sea una sensación incómoda y que no me agrada el hecho de poder sentirla sin ninguna interrupción, sin tener que distraerme con otra cosa es lo que me ha ayudado a darme cuenta que así como sube y siento que ya no aguanto, vuelve a bajar, y que no va a ser momentáneo porque antes se volvía momentáneo porque como te digo intentaba hacer otra cosa, entonces hacer otra cosa era como sentirme bien, pero después volvía a aparecer (...) el permitirme sentir realmente eso y el empezar a preguntarme para qué empezaba a sentirla o hacia donde quería yo ir o qué me quería decir, entonces al día de hoy me he permitido ver que no es tan mala como yo creía y que pues va a ser parte de mi vida y que aunque yo quisiera eliminarla o antes quería eliminarla, pues no, no se va a poder, ahí va a estar. Entonces lo definiría como el hecho de aprender a llevarme bien con ella.

- Sudaba más de lo normal, yo tiendo a sudar de la nariz, aunque no esté haciendo nada, pero cuando me ponía muy nerviosa, me sudaba muchísimo más y la frente un poco también, mi voz se entrecortaba, sentía que se me iba el aire y hablaba muy rápido (...) Ah también antes me pasaba que mi corazón me latía muchísimo y yo lo sentía, esa vibración y ahora de repente como que mi corazón como que me quiere volver latir rápido, pero busco la manera, o no sé si realmente la busco, o simplemente la ignoro, pero ya es como que menos sí de repente cuando voy a pasar yo es como de esa sensación de nervios y de que mi corazón me va a empezar a latir, pero ya no me da miedo, o sea, antes sentía esas vibraciones en mi pecho y era como de una alerta roja, de que me iba a poner nerviosa y ahora es como de simplemente se me pasa

La otra categoría con 7 repeticiones es “Visión resiliente ante el futuro”, una vez que han comprendido que la ansiedad no se irá y que realmente puede tener funciones positivas en la vida cotidiana si la escuchas, el participante tiene la idea que en un futuro puede volver a experimentar ansiedad en un nivel elevado, pero que sabiendo eso sabe que es parte de la vida misma y que podrá salir adelante, a continuación, se comparten algunos fragmentos:

- *Si mi yo del futuro tiene ansiedad pues, toca nuevamente aceptarla como hasta ahora, toca aceptarla, no dejar que eso estanque o ponga en pausa a mis actividades, sino que es porque de cierto modo viene (...) a avisar algo, y pues toca hacer chamba, no, de ver que qué es lo que quiere mi venir a avisar, si realmente es un ¿Para qué está aquí? y responderme a eso, creo que si llega esa ansiedad va a ser como esa de las preguntas constantes o más cotidianas, el para qué estás sintiendo esto, para que está otra vez aquí y a través de eso ir buscando si es solamente una sensación que aparece en el momento, pero una vez realizando mi actividad se queda a un lado. O si algo tengo que trabajar, algo tengo que cambiar o tengo que hacer algo más, ¿no? Entonces creo que sería eso.*
- *Que es normal, siento que va a pasar de nuevo en algún punto, pero cuando vuelva a pasar, sé que mi yo del futuro está preparado para eso, porque sí, de que va a pasar va a pasar, ¿Cómo? no sé.*
- *Recordar que no tengo que hacer las cosas sola o por mi cuenta, que justamente parte de lo que lo que he trabajado y pues construido es no solamente tener estrategias por mi cuenta sino el hecho de repente de pedir ayuda o recordar cosas, o aceptar que quizá en algunos momentos todo vaya muy bien y que de repente las cosas empiezan a ir mal no indica que vaya a volver a un lugar que no me gusta sino es el hecho de que quizá lo puedo tomar como un recordatorio de las cosas que he logrado, y que también puedo estar en esos lugares que*

quizá no son tan cómodos o tan lindos, pero que tampoco significa que todo vaya a ir mal y si se empieza a sentir de esa manera justamente considero, que si ya agoté mis herramientas personales, recordar que puedo contar con otras personas de muchas maneras para seguir trabajando en eso, por experiencia puedo decir que no es un camino que solo va hacia arriba, sino que hay momentos donde pueda sentirme más feliz o momentos donde no sea tan placentero estar ahí, pero al final el seguir trabajando en eso es lo único que puedo hacer y que es constante.

5.3 Discusión y conclusiones

La presente investigación tuvo como propósito evaluar una intervención interdisciplinar desde la psicología clínica y la neuropsicología en el TAS, un trastorno psicológico que presenta repercusiones en la vida cotidiana en el área afectiva y cognitiva. Para ello se diseñó y aplicó un programa de trabajo de estimulación cognitiva con ACT, permitiendo explorar el impacto de este tipo de abordaje. Se tuvieron dos hipótesis de investigación, la primera postulaba que generaría cambios significativos en la ansiedad social y la segunda, que generaría cambios significativos en el rendimiento cognitivo de atención, memoria y FE.

Para el análisis estadístico y cualitativo se tomaron en cuenta a los nueve participantes que concluyeron el programa, como se mencionó anteriormente hubo dos muertes experimentales que representan una tasa del 18.18%, lo cual es consistente con un meta-análisis realizado en 2012 donde se estudiaron 669 investigaciones analizando el abandono del proceso terapéutico en adultos, reportando una tasa del 19.7% influenciado principalmente por la variable de edad donde las personas más jóvenes son las que tienden a abandonar el tratamiento antes de la sesión 20 (Swift y Greenberg, 2012). Los dos participantes eran mujeres, la primera tenía 18 años, abandonó en la sesión cinco, se hipotetiza que su abandono se relaciona con que ya se

encontraba asistiendo a un proceso terapéutico basado en terapia cognitivo-conductual, con la cual pudo haber existido un choque teórico-práctico debido a que dicho modelo se centra en la eliminación de los síntomas, mientras que ACT incita a que de manera responsable se acepten las experiencias desagradables y se elijan comportamientos se acerquen hacia lo que realmente importa para construir una vida valiosa (Ponce-Alencastro et al., 2021). La segunda participante desertó en la sesión siete, no dio ninguna explicación, sin embargo, ella presentaba síntomas de TEPT, lo cual pudo influenciar en su decisión, debido a que no se le dio atención a dicha particularidad.

Debido a la dificultad para encontrar estudios que evalúen el efecto de un programa de intervención en las dos áreas, en sintomatología de TAS y en rendimiento de atención, memoria y FE, los resultados obtenidos se compararon con distintas intervenciones en ambas áreas, clínica y neuropsicológica.

El modelo terapéutico más estudiado y con mayor evidencia para atender el TAS es la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC). En un metaanálisis de 2013 se mostró tener gran efectividad en los trastornos de ansiedad, teniendo un tamaño de efecto en ansiedad social de .90 (Hans y Hiller, 2013), asimismo, reporta cambios funcionales y morfológicos en el área prefrontal, lo cual es asociado a mayor control de conductas, emociones y pensamientos desagradables (Moreno, 2016), por lo que se postula como la principal opción de intervención, no obstante ACT es una alternativa que también muestra efectividad con resultados similares, pero habiendo menos estudios con este enfoque terapéutico (Bluett et al., 2014; Hayes et al., 2013; Wolitzky-Taylor y LeBeau, 2023), su tratamiento no se dirige únicamente a la disminución de síntomas, sino en construir esa vida que al consultante le gustaría vivir (Dalrymple y Herbert, 2007), priorizando la capacidad para experimentar los síntomas de

ansiedad en lugar de evitarlos, comenzando una exposición gradual y voluntaria a las situaciones que causan el malestar.

En 2007 en Estados Unidos se hizo un estudio piloto donde se intervino en TAS desde ACT, con una población de 19 participantes, 10 mujeres y 9 hombres, se utilizó catorce cuestionarios midiendo distintas dimensiones como ansiedad social, calidad de vida, miedo a la evaluación negativa, discapacidad, entre otras. Las evaluaciones directamente de síntomas de ansiedad social mostraron un rango de tamaño de efecto en postratamiento de 0.72 – 1.05, y en evaluación de seguimiento de 1.22 a 1.41 (Dalrymple y Herbert, 2007).

En una revisión de intervenciones de ACT en depresión se revisaron distintos tipos de estudios, en estudios de ensayo controlados aleatorizados se ha visto que su aplicación muestra una diferencia notable en comparación con los grupos control que no reciben tratamiento o un placebo, mostrando un rango de tamaño de efecto de .38 a 1.45 (Twohig y Levin, 2017).

En el presente estudio el análisis estadístico se realizó con la T de Wilcoxon, comparando los niveles de síntomas en T1 y T2, se encontró una disminución estadísticamente significativa en ansiedad social global ($T = -2.20$, $P = .03$, $r = -0.73$) y en depresión se encontró una tendencia a la significancia estadística ($T = -1.906$, $P = .06$, $r = -0.63$), en ambos análisis el tamaño de efecto es grande. Estos resultados concuerdan con lo que se ha encontrado en las investigaciones mencionadas en los párrafos anteriores, indicando que ACT es efectiva para tratar ambos tipos de sintomatología, esto se puede explicar por la exposición autónoma del consultante a enfrentar gradualmente a eventos ansiógenos en el ámbito social, mientras se buscan actividades gratificantes con significado personal que brindan un propósito de vida, por ello aunque se planteó una reducción del TAS también se tuvo un impacto en depresión, una variable inicialmente considerada en la inclusión o exclusión de la investigación.

Así mismo en la evaluación cualitativa con base en el análisis de discurso con hermenéutica, los participantes señalan cambios en su percepción en el antes y después de la intervención, mostrando mayor aceptación a los estímulos externos e interoceptivos desagradables, permitiéndose experimentarlos mientras realizan acciones significativas, lo cual abarca un conjunto de actividades como hablar en público, convivir más con sus compañeros de clase, hacer cosas que quieren hacer sin ningún acompañante como ir al cine, tomar decisiones priorizando sus objetivos personales, saludar a extraños en la calle, entre otras. Para lograr esto, primero se tuvo que adoptar la postura filosófica de ACT, la cual señala que mientras menos quieras pensar o sentir algo, más estará presente, comprendiendo que no existe control sobre lo que se piensa o siente, abandonando la idea de buscar eliminar los síntomas y mejor centrarse en actividades que den sentido a la propia existencia. (Twohig y Levin, 2017).

Para entender mejor lo que es importante para cada uno, desde el inicio del programa se establecieron metas individuales personalizadas utilizando la escala GAS, apelando a la idiosincrasia de cada uno.

Con base en lo anterior se acepta la hipótesis de investigación 1, debido a que se generaron cambios significativos en el malestar psicológicos de los universitarios con ansiedad social, mostrando una disminución de forma estadística y en su cosmovisión de cómo interactúan con su ansiedad.

Desde el área de neuropsicología como se expuso en el segundo capítulo, la ansiedad puede generar una disminución de confianza subjetiva en las propias habilidades cognitivas, sintiendo que su capacidad es menor en comparación de sus pares (Langarita-Llorente y Gracia-García, 2019), y de manera objetiva con pruebas estandarizadas que muestran un declive en destrezas como la atención selectiva debido a la distracción con estímulos distractores o de

valencia amenazante (Balbi y Roussos, 2012; Dorahy et al., 2006; Tempesta et al., 2013), una menor flexibilidad mental, teniendo mayor números de perseveraciones y dificultad para alternar el foco atencional (Dhanasekaran et al., 2014; Dorahy et al., 2006; Fujii et al., 2013; Tempesta et al., 2013), en FE como formación de categorías, fluidez verbal semántica y fonológica, y memoria de trabajo, aunado a dificultades para codificar y evocar información (Palomares et al., 2010).

Estos datos de la bibliografía concuerdan con los resultados de la investigación, en atención, la habilidad que mostró mayor cambio fue atención selectiva con la tarea de detección visual ($T = -1.997$, $P = .05$, $r = -0.66$). Su mejora se puede asociar con la estrategia de aceptar pensamientos, sensaciones o emociones desagradables, dado que al no buscar negarlas y dejarlas existir a la par que se concentran en el momento presente, logran obtener concentración y efectividad en sus actividades, esto en conjunto con la estimulación cognitiva en realizar actividades donde el participante debía ignorar estímulos distractores mientras completaba una tarea como sopa de letras o ejercicios grupales de inhibición donde realizaban cuentas matemáticas mientras hacían contacto visual con otra persona.

Los efectos no solo impactaron en la prueba, se extrapola a su cotidianidad dado que los participantes al terminar el programa, en la evaluación subjetiva expresan poder prestar más atención a los detalles, de concentrarse en sus acciones, recordar las conversaciones que tienen con otras personas, tener menor distracción con sus pensamientos, priorizar sus deberes y hacer una actividad a la vez en lugar de atender varias al mismo tiempo. Dichos beneficios pueden derivarse de la comprensión de que los pensamientos o sensaciones desagradables no son una realidad ni tampoco son obstáculos o amenazas físicas de las que hay que alejarse (Ponce-Alencastro et al., 2021), todo ello reflejado en el incremento de su control atencional, mejoría en

la inhibición de estímulos irrelevantes y aumento en la flexibilidad para cambiar su foco atencional en los estímulos que permiten llevar a cabo sus objetivos (Adamis et al., 2024).

La atención y memoria comparten áreas anatómicas en su funcionamiento, como lóbulo frontal con la atención sostenida y memoria de trabajo (Lubrinini et al., 2009; Portellano, 2005), y el lóbulo parietal relacionado con la memoria de trabajo verbal y la memoria somestésica (Portellano, 2005).

Por ello al mejorar su atención también se mejoraron los procesos de memoria, se identificó un incremento en la codificación de información verbal, en las tareas de curva de memoria ($T = -2.203$, $P = .03$, $r = -0.73$) y memoria lógica de codificación ($T = -2.106$, $P = .03$, $r = -0.70$), así mismo, en la evocación de información verbal en memoria verbal por claves ($T = -2.687$, $P = .00$, $r = -0.90$), memoria verbal de reconocimiento ($T = -1.93$, $P = .05$, $r = -0.64$) con una reducción de falsos positivos ($T = -2.07$, $P = .04$, $r = -0.69$), evocación de nombres ($T = -2.565$, $P = .01$, $r = -0.85$), y en evocación de información visual, en la figura Rey-Osterrieth ($T = -2.521$, $P = .01$, $r = -0.84$).

En flexibilidad mental también se observa un incremento notable, del T1 al T2 hubo mayor cantidad de aciertos y categorías completas, reduciendo los errores y perseveraciones, siendo una de las habilidades que mayor déficit presenta el TAS (Dhanasekaran et al., 2014; Dorahy et al., 2006; Fujii et al., 2013; Tempesta et al., 2013). Su mejoría se puede relacionar el énfasis en las sesiones del programa en buscar respuestas alternativas cuando algo no permite obtener el objetivo que se persigue, ello se implementó en los ejercicios de resolución de problemas con los juegos de Rush Hour Traffic y Grizzly Gears, cuando el participante no encontraba el camino o se estancaba se le invitaba a reevaluar la información disponible y acciones alternativas a las tomadas hasta el momento, mientras que en la vida cotidiana, se

trabajó con la desesperanza creativa, ayudando a visualizar cómo la mayoría acciones tomadas para evitar el sufrimiento no lograban su cometido, alentando a ampliar el repertorio conductual para obtener resultados diferentes.

Por otro lado, en la torre de Hanoi, que evalúa planificación de acciones no se encontró una mejoría de desempeño. Si bien se trabajó en ejercicios de resolución de problemas, no se trabajó con variables como límite de movimientos o tiempo, más bien se señalaba la importancia de encontrar otros caminos disponibles, quizás el poner un número máximo de acciones tras cada ejercicio hubiera podido incrementar la habilidad de planificación.

Otras tareas como orientación, detección de dígitos, series sucesivas, copia de la figura de Rey Osterrieth, reconocimiento de caras, stroop y funciones motoras no presentaron cambios significativos, sin embargo, los participantes desde la valoración del tiempo 1 mostraron una ejecución adecuada en dichas subpruebas.

Aunque el presente estudio no tuvo una evaluación de neuroimagen o niveles de neurotransmisores, se puede hipotetizar que con el incremento de las actividades gratificantes y el cambio de percepción ante la experimentación de la ansiedad que se reportan en el análisis cualitativo, pudo haber un aumento en la producción de GABA (Rodríguez, 2023) y serotonina (Yabut et al., 2019), teniendo mayor calma ante situaciones que antes provocaban mayor miedo y sintomatología fisiológica, así como una disminución de noradrenalina (Schwarz y Luo, 2015) y menor activación del amígdala-corteza prefrontal orbitofrontal (Mao et al., 2020).

Con esta información se aceptan la hipótesis de investigación 2 que planteaba cambios significativos en el rendimiento cognitivo en habilidades de atención, memoria y FE, mostrando un mejor rendimiento en el tiempo 2 de forma cuantitativa y cualitativa.

Aunque el enfoque interdisciplinar con la psicología clínica y neuropsicología se utiliza principalmente en pacientes con daño cerebral que presentan desregulación emocional (Sohlberg y Mateer, 2001), la implicación neurobiológica en los trastornos de ansiedad (Cedillo, 2017; Herlyn, 2015) que impactan en el rendimiento cognitivo permiten plantear la necesidad de dar énfasis a una intervención neuropsicológica en su tratamiento (Langarita-Llorente y Gracia-García, 2019).

La estimulación de las FE en el control inhibitorio, memoria de trabajo, atención selectiva y flexibilidad cognitiva permite obtener mejoría en aspectos sociales, académicos, laborales, emocionales y psicológicos, fortaleciendo la adaptación de las personas en los distintos entornos donde se desarrollan (Diamond, 2013), incrementando la capacidad para resolución de problemas que necesiten un enfoque novedoso o creativo (Echavarría, 2017). Así mismo, se plantea que la eficacia en intervenciones psicoterapéuticas deriva del rendimiento de las FE (Balbi y Roussos, 2010).

Los resultados de la investigación apoyan el trabajo interdisciplinar en el TAS, sumando evidencia a los beneficios que tiene un abordaje psicológico y neuropsicológico, la intervención en ACT y la neuropsicología están enfocadas en incrementar la flexibilidad cognitiva para lograr una adecuada adaptación de la persona a las demandas de su entorno, la primera tiene como objetivo comprender la relación dialéctica entre la persona y su entorno para modificar su interacción y mejorar la calidad de vida (Hayes et al., 2013), mientras que la segunda busca modificar los sistemas funcionales del cerebro mediante la interacción en el contexto histórico-cultural (Escotto et al., 2022), ambas posturas enfatizan el impacto recíproco entre la persona y su ambiente, y un trabajo colaborativo hace posible una mejoría psicológica y de rendimiento cognitivo.

5.4 Limitaciones y Recomendaciones

El presente estudio suma evidencia a los efectos que tiene una intervención interdisciplinar entre la psicología clínica y neuropsicología en un trastorno psicológico, el TAS, mostrando el impacto que puede tener tanto en los síntomas psicológicos como en el rendimiento cognitivo, no obstante, es complicado realizar una comparación de su efectividad con otros estudios, pues en su mayoría las intervenciones solo evalúan el aspecto clínico o cognitivo, pero difícilmente ambos.

Aunque los resultados en ambas dimensiones muestran cambios favorables mostrando una reducción de TAS y aumento en las habilidades cognitivas, se deben señalar dos aspectos importantes, no hay una comparación entre un grupo experimental y un grupo control, así mismo la muestra es pequeña, por dichos motivos no puede haber una generalización de los resultados, para ello, es necesario que se realicen más investigaciones con una población más grande y tomar en cuenta los criterios necesarios para una investigación de tipo experimental.

En un principio el estudio contemplaba tener dos grupos, uno que recibiera solo intervención en TAS y otro incluyendo la estimulación cognitiva, con el fin de identificar diferencias y efectos en cada una, sin embargo, no se logró reunir la población necesaria, siendo que al final solo se contó con un grupo que tuviera la intervención interdisciplinar. Se recomienda que para futuras investigaciones se tome en cuenta la importancia de contar con un grupo control con el fin de comprender mejor el funcionamiento de la intervención interdisciplinar.

6. Referencias bibliográficas

- Adamis, A. M., Boyne, A. S., Harper, C., y Olatunji, B. O. (2024). Specificity of attentional control deficits in predicting symptoms of social anxiety [Especificidad de los déficits de control atencional en la predicción de síntomas de ansiedad social]. *Journal of affective disorders*, 368, 8–15. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.09.052>
- Albarracín, S. Baldeón, M., Sangronis, E., Petruschina, A. y Reyes, F. (2016). L-Glutamato: Un aminoácido clave para las funciones sensoriales y metabólicas. *Archivos latinoamericanos de nutricion*, 66(2), 101–112.
https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0004-06222016000200002&lng=es&nrm=i
- Allen, B. y Waterman, H. (2019). Etapas de la adolescencia. *Healthy children*.
<https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/Paginas/Stages-of-Adolescence.aspx>
- Amir, N. y Bomyea, J. (2011). Working memory capacity in generalized social phobia [Capacidad de memoria de trabajo en la fobia social generalizada]. *Journal of abnormal psychology*, 120(2), 504–509. <https://doi.org/10.1037/a0022849>
- Ardila, A. y Ostrosky, F. (1991). Diagnóstico del daño cerebral: Enfoque neuropsicológico. Trillas.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5ta Edición). Panamericana.
<https://medium.com/@arifwicaksanaa/pengertian-use-case-a7e576e1b6bf>
- Atkinson, R. C. y Shiffrin, R. M. (1968). Human memory. A proposed system and its control

- processes [Memoria humana. Propuesta de un sistema y sus procesos de control]. En *The psychology of learning and motivation: advances in research and theory*. Academic Press.
- Bados, A. (2009). Fobia social naturaleza, evolución y tratamiento. Universidad de Barcelona.
- Baeza, C. (2007). Efficient treatments for social anxiety disorder [Tratamientos eficaces para el trastorno de ansiedad social]. *Panamerican journal of neuropsychology*, 1(2), 127–138.
- Balbi, P. y Roussos, A. (2010). Funciones ejecutivas en personas que padecen trastorno de ansiedad generalizada. II Congreso internacional de investigación y práctica profesional EnPsicología XVII jornadas de investigación sexto encuentro de investigadores en psicología del mercosur. <https://www.aacademica.org/000-031/154.pdf>
- Balbi, P. y Roussos, A. (2012). Investigación neuropsicológica en el trastorno de ansiedad generalizada. Secretaría de ciencia y técnica de la universidad de Buenos Aires., 14–17. <https://www.aacademica.org/000-072/172.pdf>
- Ballesteros, M. (1998). Fobia social en la infancia y la adolescencia. Psiquiatría - Paidopsiquiatría. http://www.centrelondres94.com/files/Fobia_social_en_la_infancia_y_la_adolescencia.pdf
- Bandelow, B., Michaelis, S. y Wedekind, D. (2017). Treatment of anxiety disorders .[Tratamiento de los trastornos de ansiedad]. *Dialogues in clinical neuroscience*, 19(2), 93–107. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/bbandelow>
- Beck, A. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders [Terapia cognitiva y trastornos emocionales]. University of Pennsylvania press.
- Berger, M., Gray, J. y Roth, B. (2009). The expanded biology of serotonin [La biología ampliada

de la serotonina]. *Annual review of medicine*, 60, 355–366.

<https://doi.org/10.1146/annurev.med.60.042307.110802>

Bluett, E. J., Homan, K. J., Morrison, K. L., Levin, M. E. y Twohig, M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review [Terapia de aceptación y compromiso para trastornos del espectro de ansiedad y TOC: una revisión empírica]. *Journal of anxiety disorders*, 28(6), 612–624.

<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.06.008>

Brühl, A., Delsignore, A., Kmossa, K. y Weidt, S. (2014). Neuroimaging in social anxiety disorder—a meta-analytic review resulting in a new neurofunctional model [Neuroimagen en el trastorno de ansiedad social: una revisión metaanalítica que da como resultado un nuevo modelo neurofuncional]. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 47, 260–280.

<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.08.003>

Caballo, V., Salazar, I., Robles, R., Arias, B. y Irurti, M. (2016). Validación del cuestionario de ansiedad social para adultos (CASO) en México. *Revista mexicana de psicología*, 33(1), 30–40. <https://www.redalyc.org/pdf/2430/243056043004.pdf>

Caballo, V., Salazar, I. C. y Garrido, L. (2018). Programa de intervención multidimensional para la ansiedad social (IMAS) libro del paciente. Pirámide.

<https://www.ptonline.com/articles/how-to-get-better-mfi-results>

Caballo, V., Salazar, I. y Hofmann, S. (2019). Una nueva intervencion multidimensional para la ansiedad social:El programa IMAS. *Psicología conductual*, 27(April), 149–172.

<https://www.researchgate.net/publication/333161878>

Cammisuli, D. y Castelnuovo, G. (2023). Neuroscience-based psychotherapy : A position paper

- [Psicoterapia basada en la neurociencia: un documento de posición]. *Frontiers in psychology*, 14, 1–13. [https://doi.org/https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1101044](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1101044)
- Cardona-Arias, J., Pérez-Restrepo, D., Rivera-Ocampo, S., Gómez-Martínez, J. y Reyes, A. (2015). Prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios. *Psicumex*, 11(1), 79–89. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982015000100006
- Castaneda, A. E., Tuulio-Henriksson, A., Marttunen, M., Suvisaari, J., y Lönnqvist, J. (2008). A review on cognitive impairments in depressive and anxiety disorders with a focus on young adults [Una revisión sobre los deterioros cognitivos en los trastornos depresivos y de ansiedad con un enfoque en los adultos jóvenes]. *Journal of affective disorders*, 106, 1–27. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.06.006>
- Castro-Sierra, E., Ponce, F., Gordillo, L. y Portugal, A. (2007). Neurotransmisores del sistema límbico. Hipocampo, gaba y memoria. *Salud Mental*, 3(4), 7–15. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252007000400007
- Cedillo, B. (2017). Generalidades de la neurobiología de la ansiedad. *Revista electrónica de psicología iztacala*, 20(1), 239–251. <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/58932>
- Chacón-Delgado, E., Xatruch De La Cera, D., Fernández-Lara, M. y Murillo-Arias, R. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista cúpula*, 35(1), 23–36. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>
- Chávez, I. (2021). Ansiedad en universitarios durante la pandemia de COVID-19: un estudio cuantitativo. *Psicumex*, 11, 1–26. <https://doi.org/10.36793/psicumex.v11i1.420>

- Chiu, K., Clark, D. M. y Leigh, E. (2021). Cognitive predictors of adolescent social anxiety [Predictores cognitivos de la ansiedad social en adolescentes]. *Behaviour research and therapy*, 137, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103801>
- Clark, D. y Beck, A. (2012). Teoría cognitiva para trastorno de ansiedad. Desclée de brouwer.
- Clark, D. y Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia [Un modelo cognitivo de la fobia social] en Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A. y Schneier, F. R. Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment (pp. 69–93). Guildford press.
- Corbetta, M., y Shulman, G. L. (2002). Control of goal-directed and stimulus-driven attention in the brain [Control de la atención dirigida a objetivos e impulsada por estímulos en el cerebro]. *Nature reviews neuroscience*, 3, 201–215. <https://doi.org/DOI: 10.1038/nrn755>
- Crocq, M. A. (2015). A history of anxiety: From hippocrates to DSM [Una historia de la ansiedad: de Hipócrates al DSM]. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3), 319–325. <https://doi.org/10.31887/dcns.2015.17.3/macrocq>
- Dalrymple, K. L., y Herbert, J. D. (2007). Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder a pilot study [Terapia de aceptación y compromiso para el trastorno de ansiedad social generalizada: estudio piloto]. *Behavior modification*, 31(5), 543–568. <https://doi.org/10.1177/0145445507302037>
- Delgado, O. (2007). Desarrollo cerebral y asunción de riesgos durante la adolescencia. *Apuntes de psicología*, 25(3), 239–254. <https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/77>
- Department of Health y Human Services [HHS]. (2010). The belmont report [El informe de

- Belmont]. <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html>
- Dhanasekaran, S., Trivedi, J. K., Tripathi, A., Sinha, P. y Dutt, K. (2014). Executive functioning on the wisconsin card sorting test in generalized anxiety disorder [Funcionamiento ejecutivo en el test de clasificación de tarjetas de Wisconsin en el trastorno de ansiedad generalizada]. *Indian journal of psychiatry*, 56. https://journals.scholarsportal.info/details/00195545/v56isuppl_1/nfp_efotwcstigid.xml
- Diamond, A. (2013). Executive functions [Funciones ejecutivas]. *Annual review of psychology*, 64, 135–168. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>
- Donaldson, Z. y Young, L. (2008). Oxytocin, vasopressin, and the neurogenetics of sociality [Oxitocina, vasopresina y neurogenética de la sociabilidad]. *Science*, 322, 900–904. <https://doi.org/10.1126/science.1158668>
- Dorahy, M., McCusker, C., Loewenstein, R., Colbert, K. y Mullholland, C. (2006). Cognitive inhibition and interference in dissociative identity disorder: the effects of anxiety on specific executive functions [Inhibición e interferencia cognitiva en el trastorno de identidad disociativo: los efectos de la ansiedad sobre funciones ejecutivas específicas]. *Behaviour research and therapy*, 44, 749–764. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.05.009>
- Echavarría, L. (2017). Modelos explicativos de las funciones ejecutivas. *Revista de investigación en psicología*, 20(1), 237. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v20i1.13534>
- Ellis, A. y Abrahms, E. (2005). *Terapia racional emotiva*. Editorial pax México.
- enGramapsico. (2024). Conductismo vs neuropsicología - María Xesús Froxán y Saúl Martínez-Horta. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=hhZ0bvISWkM>

- Escotto, E., Ramos, M., Solovieva, Y. y Quintanar, L. (2022). El análisis cualitativo en la neuropsicología las limitaciones clínicas de la psicometría. Universidad nacional autónoma de México.
- Estepa, C. (2023). Bioquímica de los neurotransmisores. Universidad de Jaén.
[https://crea.ujaen.es/bitstream/10953.1/20094/1/TFG_Estepa Castillo_Cristóbal.pdf](https://crea.ujaen.es/bitstream/10953.1/20094/1/TFG_Estepa%20Castillo_Crist%C3%B3bal.pdf)
- Flores, J. y Ostrosky, F. (2012). Desarrollo neuropsicológico de lóbulos frontales y funciones ejecutivas. Manual Moderno. <https://tienda.manualmoderno.com/gpd-desarrollo-neuropsicola-gico-de-la-bulos-frontales-y-funciones-ejecutivas-9786074482225-9786074482232.html>
- Flores, J. y Ostrosky, F. (2014). Batería neuropsicológica de las funciones ejecutivas y lóbulos frontales. Manual moderno. <https://tienda.manualmoderno.com/batera-a-neuropsicola-gica-de-funciones-ejecutivas-y-la-bulos-frontales-100-100.html>
- Fujii, Y., Kitagawa, N., Shimizu, Y., Mitsui, N., Toyomaki, A., Hashimoto, N., Kako, Y., Tanaka, T., Asakura, S., Koyama, T. y Kusumi, I. (2013). Severity of generalized social anxiety disorder correlates with low executive functioning [La gravedad del trastorno de ansiedad social generalizada se correlaciona con un bajo funcionamiento ejecutivo]. *Neuroscience letters*, 543, 42–46. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2013.02.059>
- González, D, A., Reséndez, A. y Reyes-Lagunes, I. (2015). Adaptation of the BDI-II in Mexico [Adaptación del BDI-II en México]. *Revista salud mental*, 38(4), 237–244.
<http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v38n4/0185-3325-sm-38-04-00237.pdf>
- Goodyer, I. M., Park, R. J., Nertherton, C. M. y Herbert, J. (2001). Possible role of cortisol and dehydroepiandrosterone in human development and psychopathology [Posible papel del

- cortisol y la dehidroepiandrosterona en el desarrollo humano y la psicopatología]. *British journal of psychiatry.*, 179(3), 243–249.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1192/bjp.179.3.243>
- Gorka, S. M., Fitzgerald, D. A., Labuschagne, I., Hosanagar, A., Wood, A. G., Nathan, P. J. y Phan, K. L. (2015). Oxytocin modulation of amygdala functional connectivity to fearful faces in generalized social anxiety disorder [Modulación de la conectividad funcional de la amígdala ante rostros temerosos por oxitocina en el trastorno de ansiedad social generalizada]. *Neuropsychopharmacology*, 40(2), 278–286.
<https://doi.org/10.1038/npp.2014.168>
- Gurtado, F. A. (2018). Maltrato infantil y neurociencias. *Diagnóstico*, 57(3), 143–147.
<https://doi.org/https://doi.org/10.33734/diagnostico.v57i3.187>
- Hallion, L., Tolin, D. G., Assaf, N., Goethe, J. y Diefenbach, G. J. (2017). Cognitive control in generalized anxiety disorder: relation of inhibition impairments to worry and anxiety severity [Control cognitivo en el trastorno de ansiedad generalizada: relación entre las alteraciones de la inhibición y la gravedad de la preocupación y la ansiedad]. *Cognitive therapy and research*, 41(4), 610–618. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10608-017-9832-2>
- Hans, E. y Hiller, W. (2013). A meta-analysis of nonrandomized effectiveness studies on outpatient cognitive behavioral therapy for adult anxiety disorders [Un metaanálisis de estudios de efectividad no aleatorizados sobre la terapia cognitivo conductual ambulatoria para trastornos de ansiedad en adultos]. *Clinical psychology review*, 33(8), 954–964.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.003>

- Hayes, L. y Hayes, S. (1993). Varieties of scientific contextualism [Variedades del contextualismo científico]. Context press.
- Hayes, S. (2020). Una mente liberada la guía esencial de la terapia de aceptación y compromiso (ACT). Paidós.
- Hayes, S., Levin, M., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J, L. y Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science. *Behavior therapy*, 44(2), 180–198.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002>
- Hayes, S. y Smith, S. (2013). Sal de tu mente, entra en tu vida. Desclée de brouwer.
- Herlyn, S. (2015). Bases biológicas de la ansiedad. Parte I.
http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/616_psicofarmacologia/material/bases_biologicas_ansiedad1.pdf
- Herrera, B. F. (2019). Terapia de Activación Conductual aplicada en universitarios con ansiedad social. Universidad San Francisco de Quito USFQ.
<https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/8193/1/142282.pdf>
- Higareda, J. (2015). Estilos de afrontamiento y estilos parentales como predictores de síntomas de ansiedad social en universitarios. Universidad autónoma del estado de Hidalgo.
<https://doi.org/10.13140/RG.2.2.17351.65440>
- Infobae. (01 de octubre 2022). ¿La pandemia nos cambió la personalidad?: las fobias sociales y otras señales para reconocerlo. <https://www.infobae.com/america/ciencia-america/2022/10/02/la-pandemia-nos-cambio-la-personalidad-las-fobias-sociales-y-otras-senales-para-reconocerlo/>

- Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31. https://www.researchgate.net/profile/Samuel-Jurado/publication/279618211_Standarization_of_Beck's_depression_inventory_for_Mexico_City_inhabitants/links/5ea9f41245851592d6abae04/Standarization-of-Becks-depression-inventory-for-Mexico-City-inhabitants.pdf
- Kavelaars, R., Ward, H., Mackie, M., Modi, K. y Mohandas, A. (2023). The burden of anxiety among a nationally representative US adult population [La carga de la ansiedad entre una población adulta estadounidense representativa a nivel nacional]. *Journal of affective disorders*, 336, 81–91. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.04.069>
- Koyuncu, A., İnce, E., Ertekin, E. y Tükel, R. (2019). Comorbidity in social anxiety disorder: diagnostic and therapeutic challenges [Comorbilidad en el trastorno de ansiedad social: retos diagnósticos y terapéuticos]. *Drugs in context*, 8, 1–13. <https://doi.org/10.7573/dic.212573>
- Langarita-Llorente, R. y Gracia-García, P. (2019). Neuropsicología del trastorno de ansiedad generalizada: revisión sistemática. *Revista de neurologia*, 69(2), 59–67. <https://doi.org/10.33588/rn.6902.2018371>
- Ledo-Varela, M. T., Giménez-Amaya, J. M. y Llamas, A. (2007). El complejo amigdalino humano y su implicación en los trastornos psiquiátricos. *Anales del sistema sanitario de navarra*, 30(1), 61–74. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000100007
- Leigh, E., Percy, R., Clark, D. M., Creswell, C. y Waite, P. (2023). Cognitive and behavioural

- processes in adolescents with social anxiety disorder [Procesos cognitivos y conductuales en adolescentes con trastorno de ansiedad social]. *Behaviour research and therapy*, 170. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104416>
- Lozano, A. y Ostrosky, F. (2011). Desarrollo de las funciones ejecutivas y de la corteza prefrontal. *Revista neuropsicología, neuropsiquiatría y neurociencias*, 11(1), 159–172. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3640871>
- Lubrin, G., Pariañez, J. y Ríos-Lago, M. (2009). Introducción a la estimulación cognitiva y la rehabilitación neuropsicológica. En Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica (pp. 13–32). Editorial UOC. <http://journal.um-surabaya.ac.id/index.php/JKM/article/view/2203>
- MacNamara, A. y Hajcak, G. (2010). Distinct electrocortical and behavioral evidence for increased attention to threat in generalized anxiety disorder [Evidencia electrocortical y conductual distintiva de una mayor atención a la amenaza en el trastorno de ansiedad generalizada]. *Depression and anxiety*, 27, 234–243. <https://doi.org/10.1002/da.20679>
- Maero, F. (2022). Croquis una guía clínica de terapia de aceptación y compromiso. Editorial dunken.
- Majeed, N. M., Chua, Y. J., Kothari, M., Kaur, M., Quek, F. Y., Ng, M. H. S., Ng, W. Q., y Hartanto, A. (2023). Anxiety disorders and executive functions: A three-level meta-analysis of reaction time and accuracy [Trastornos de ansiedad y funciones ejecutivas: un metanálisis de tres niveles del tiempo de reacción y la precisión]. *Psychiatry research communications*, 3, 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.psycom.2022.100100>
- Malmberg, K. J., Raaijmakers, J. G. W. y Shiffrin, R. M. (2019). 50 years of research sparked by

- Atkinson and Shiffrin [50 años de investigación impulsados por Atkinson y Shiffrin] (1968). *Memory and cognition*, 47, 561–574. <https://doi.org/10.3758/s13421-019-00896-7>
- Mao, Y., Zuo, X., Ding, C. y Qiu, J. (2020). OFC and its connectivity with amygdala as predictors for future social anxiety in adolescents [La corteza orbitofrontal y su conectividad con la amígdala como predictores de ansiedad social futura en adolescentes.]. *Developmental cognitive neuroscience*, 44, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2020.100804>
- Martínez, L. (21 de Octubre de 2021). ¿Qué efectos en la sociabilidad tendremos en la post pandemia. <https://www.eleconomista.com.mx/opinion/Que-efectos-en-la-sociabilidad-tendremos-en-la-post-pandemia-20211020-0163.html>
- Martínez, M. (2002). Hermenéutica y análisis del discurso como método de investigación social. *Paradigma*, XXIII(1), 1–13. <https://revistaparadigma.com.br/index.php/paradigma/article/view/270>
- Mateer, C. (1999). Executive function disorders: rehabilitation challenges and strategies [Trastornos de la función ejecutiva: retos y estrategias de rehabilitación]. *Seminars in clinical neuropsychiatry*, 4(1), 50–59. <https://doi.org/10.1053/SCNP00400050>
- Mathews, A., Mogg, K., Kentish, J. y Eysenck, M. (1995). Effect of psychological treatment on cognitive bias in generalized anxiety disorder [Efecto del tratamiento psicológico sobre el sesgo cognitivo en el trastorno de ansiedad generalizada]. *Behaviour research and therapy*, 33, 293–303. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)e0022-b](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)e0022-b)
- Mayo Clinic. (2021). Trastorno de ansiedad social (fobia social). 19 de Junio de 2021. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/social-anxiety-disorder/symptoms-causes/syc-20353561>

- Moran, V., Olaz, F., Pérez, E. y Del Prette, Z. (2018). Desarrollo y validación del test de ansiedad social para estudiantes universitarios (TAS-U). *Revista peruana de psicología*, 24(2), 195–212. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2018.v24n2.03>
- Moreno, V. (2016). Evidencia de la eficacia de la terapia cognitivo conductual, mediante neuroimagen, en trastornos de ansiedad. [Universidad Autónoma de Barcelona]. https://ddd.uab.cat/pub/tfg/2016/169278/Informe_Victor_Moreno_1196727_DDD.pdf
- Neophytou, K. y Panayiotou, G. (2022). Does attention bias modification reduce anxiety in socially anxious college students? An experimental study of potential moderators and considerations for implementation [¿La modificación del sesgo de atención reduce la ansiedad en estudiantes universitarios con ansiedad social? Un estudio experimental de moderadores potenciales y consideraciones para su implementación]. *PLoS ONE*, 17(2), 1–15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264256>
- Nordstrom, A. H., Goguen, L. M. S. y Hiester, M. (2014). The effect of social anxiety and self-esteem on college adjustment, academics, and retention [El efecto de la ansiedad social y la autoestima en la adaptación universitaria, el rendimiento académico y la retención]. *Journal of college counseling*, 17(1), 48–63. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1882.2014.00047.x>
- Norman, D. y Shallice, T. (1986). Attention to action: Willed and automatic control of behavior [Atención a la acción: Control voluntario y automático del comportamiento]. Plenum press, 4, 1–18. https://www.researchgate.net/publication/202165686_Attention_to_action_Willed_and_automatic_control_of_behavior
- Olatunji, B., Cisler, J. y Tolin, D. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic

review [Calidad de vida en los trastornos de ansiedad: una revisión metaanalítica]. *Clinical psychology review*, 27(5), 572–581. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.01.015>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). Clasificación internacional de enfermedades (CIE-11).OMS. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en%0A%0A>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2011). La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Organización Mundial de la Salud. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/consumo-sustancias-Assist-manual.pdf>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (16 de junio de 2022a). Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1433519/retrieve>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (17 de junio de 2022b).. La OMS subraya la urgencia de transformar la salud mental y los cuidados conexos. Organización mundial de la salud. <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>

Ostrosky-Solis, F., Gomez, E., Matute, E., Rosselli, M., Ardila, A. y Pineda, D. (2019). Batería neuropsicológica NEUROPSI. Atención y memoria (3rd Ed). Manual moderno. <https://tienda.manualmoderno.com/neuropsi-atencion-memoria-117-100.html>

Ostrosky-Solis, F. y Lozano-Gutiérrez, A. (2006). Rehabilitación de la memoria en condiciones normales y patológicas. En Rehabilitación neuropsicológica (pp. 39–58). Manual moderno.

Palomares, E., Campos, P., Ostrosky, F., Tirado, E. y Mendieta, D. (2010). Evaluación de funciones cognitivas: Atención y memoria en pacientes con trastorno de pánico. *Salud*

mental, 33(6), 481–488.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-

[33252010000600002&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000600002&lng=es&tlng=es)

Pardos Végliá, A. y González Ruiz, M. (2018). Intervención sobre las funciones ejecutivas (FE) desde el contexto educativo. *Revista iberoamericana de educación*, 78(1), 27–42.

<https://doi.org/10.35362/rie7813269>

Petersen, S. y Posner, M. (2012). The Attention System of the Human Brain: 20 Years After Steven [El sistema de atención del cerebro humano: 20 años después de Steven]. *Annual review of neuroscience*, 21(35), 73–89. <https://doi.org/10.1146/annurev-neuro-062111-150525>

Ponce-Alencastro, J. A., Arredondo-Aldana, K., y 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), 104–129.

Portellano, J. (2005). *Introducción a la neuropsicología*. Mc graw hill.

Posner, M. y Petersen, S. (1990). The attetion system of the human brain [El sistema de atención del cerebro humano]. *Annual review of neurosciencie*, 13, 25–42.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1146/annurev.ne.13.030190.000325>

Rangel-Barajas, C., Coronel, I. y Florán, B. (2015). Dopamine receptors and neurodegeneration [Receptores de dopamina y neurodegeneración]. *Aging and disease*, 6(5), 349–368.

<https://doi.org/10.14336/AD.2015.0330>

Robinson, O. J., Krimsky, M., Lieberman, L., Allen, P., Vytal, K. y Grillon, C. (2014). The

dorsal medial prefrontal (anterior cingulate) cortex-amygdala aversive amplification circuit in unmedicated generalised and social anxiety disorders: An observational study [El circuito de amplificación aversiva de la corteza prefrontal medial dorsal (cingulada anterior) y la amígdala en los trastornos de ansiedad social y generalizada no medicados: un estudio observacional]. *The lancet psychiatry*, 1, 294–302. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70305-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70305-0)

Robinson, O. J., Overstreet, C., Allen, P. S., Letkiewicz, A., Vytal, K., Pine, D. S. y Grillon, C. (2013). The role of serotonin in the neurocircuitry of negative affective bias: serotonergic modulation of the dorsal medial prefrontal-amygdala ‘aversive amplification’ circuit [El papel de la serotonina en los neurocircuitos del sesgo afectivo negativo: modulación serotoninérgica del circuito de “amplificación aversiva” de la amígdala prefrontal medial dorsal]. *NeuroImage*, 78, 217–223.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2013.03.075>

Rodríguez, E. (16 de julio de 2023). GABA, el neurotransmisor de la calma y la relajación.
<https://lamenteesmaravillosa.com/gaba-el-neurotransmisor-de-la-calma-y-la-relajacion/>

Royal College of Psychiatrists. (2003). The mental health of students in higher education [La salud mental de los estudiantes de educación superior]. *Royal college of psychiatrists*.
https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/college-reports/college-report-cr166.pdf?sfvrsn=d5fa2c24_2

Ruiz, A. (2021). El contenido y su análisis: Enfoque y proceso. *Itinerario*, 1, 1–22.
https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/179232/1/El_contenido_su_analisis_2021.pdf

Ruiz, A., Díaz, I. y Villalobos, A. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo

conductuales. Desclée de brouwer.

Ruíz, J. (2021). Manual de terapias conductuales contextuales. Sara ediciones.

Russell, G. y Topham, P. (2012). The impact of social anxiety on student learning and well-being in higher education [El impacto de la ansiedad social en el aprendizaje y el bienestar de los estudiantes en la educación superior]. *Journal of mental health*, 21(4), 375–385.
<https://doi.org/10.3109/09638237.2012.694505>

Sampieri, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación (6ta edición). Mc graw hill.

Santana, M. A. (2020). Promoción de las habilidades para la vida en estudiantes universitarios a través de las telepsicología. En Compendio de buenas prácticas de la tutoría en el cusur (pp. 35–43).
http://www.cusur.udg.mx/es/sites/default/files/compendio_de_buenas_practicas_de_la_tutoria_en_el_curso_2020_libro_electronico.pdf#page=35

Schultz, W. (2015). Neuronal reward and decision signals: From theories to data [Señales neuronales de recompensa y decisión: de las teorías a los datos]. *Physiological reviews*, 95(3), 853–951. <https://doi.org/10.1152/physrev.00023.2014>

Schwartz, C., Wright, C., Shin, L., Kagan, J. y Rauch, S. (2003). Inhibited and uninhibited infants “Grown up”: adult amygdalar response to novelty [Bebés inhibidos y desinhibidos “Crecidos”: respuesta amigdalara adulta a la novedad]. *Science*, 300(5627), 1952–1953.
<https://doi.org/doi:10.1126/science.1083703>

Schwarz, L. y Luo, L. (2015). Organization of the locus coeruleus-norepinephrine system

[Organización del sistema locus coeruleus-noradrenalina]. *Current biology*, 25(21).

<https://doi.org/10.1016/j.cub.2015.09.039>

Sigel, E. y Steinmann, M. (2012). Structure, function, and modulation of GABAA receptors

[Estructura, función y modulación de los receptores GABAA]. *Journal of biological*

chemistry, 287(48), 40224–40231. <https://doi.org/10.1074/jbc.R112.386664>

Silva-Barragán, M. y Ramos-Galarza, C. (2021). Etiología del Daño Cerebral: Un Aporte

Neuropsicológico en su Construcción Teórica (Primera Parte). *Revista ecuatoriana de*

neurologia, 30(1), 154–165. <https://doi.org/10.46997/REVECUATNEUROL30100154>

Sociedad Mexicana de Psicología. (2009). Código ético del psicólogo. Trillas.

Sohlberg, M. y Mateer, C. (1987). Effectiveness of an attention-training program [Eficacia de un

programa de entrenamiento de la atención]. *Journal of clinical and experimental*

neuropsychology, 9, 117–130.

Sohlberg, M. y Mateer, C. (1989a). Introduction to cognitive rehabilitation [Introducción a la

rehabilitación cognitiva]. Guilford press.

Sohlberg, M. y Mateer, C. (1989b). Training use of compensatory memory books: a three stage

behavioral approach [Entrenamiento del uso de libros de memoria compensatoria: un

enfoque conductual en tres etapas]. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*,

11(6), 871–891. <https://doi.org/doi: 10.1080/01688638908400941>.

Sohlberg, M. y Mateer, C. (2001). Cognitive rehabilitation: an integrative neuropsychological

approach [Rehabilitación cognitiva: un enfoque neuropsicológico integrador]. Guilford

press.

Stahl, S. (2014). *Guía del prescriptor*. Cambridge university press.

Supe, R. y Gavilanes, F. (2023). Ansiedad y calidad de vida en estudiantes universitarios.

LATAM Revista latinoamericana de ciencias sociales y humanidades, 4(2), 2522–2530.

<https://doi.org/10.56712/latam.v4i2.774>

Susan, J. y Bouret, S. (2012). Orienting and reorienting: The locus coeruleus mediates cognition through arousal [Orientación y reorientación: El locus coeruleus media la cognición a través de la excitación]. *Neuron*, 76(1), 130–141. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2012.09.011>

Swift, J. y Greenberg, R. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis [Interrupción prematura de la psicoterapia en adultos: un metaanálisis]. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(4), 547–559. <https://doi.org/10.1037/a0028226>

Swift, M. C., Depasquale, M. y Chen, J. (2024). Cognitive processing biases of social anxiety in adults who do and do not stutter [Sesgos de procesamiento cognitivo de la ansiedad social en adultos que tartamudean y en adultos que no tartamudean]. *Journal of communication disorders*, 112. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2024.106472>

Szepesi, C. I., Böszörményi-Zelizi, P., Szemán-Nagy, A., Soós, M., Horváth, N., Rekenyi, V., Zurashvili, S. y Kolozsvári, L. R. (2024). Multimodal assessment of social anxiety among international students [Evaluación multimodal de la ansiedad social entre estudiantes internacionales]. *Personality and Individual differences*, 225, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2024.112637>

Tate, R. (1997). Beyond one-bun, two shoe: recent advances in the psychological rehabilitation of memory disorders after acquired brain injury. *Brain injury*, 11, 907–918. [10.1080/026990597122972](https://doi.org/10.1080/026990597122972)

- Taylor, M., Anderson, K. y Reynolds, M. (2021). Correlates of quality of life in anxiety disorders: Review of recent research [Correlaciones de la calidad de vida en los trastornos de ansiedad: revisión de investigaciones recientes]. *Current psychiatry reports*, 23(77), 1–9. <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01290-4>
- Tempesta, D., Mazza, M., Serroni, N., Moschetta, F., Di Giannantonio, M. y Ferrera, M. (2013). Neuropsychological functioning in young subjects with generalized anxiety disorder with and without pharmacotherapy [Funcionamiento neuropsicológico en sujetos jóvenes con trastorno de ansiedad generalizada con y sin farmacoterapia]. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, 45, 236–241. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2013.06.006>
- Tiburcio, M., Rosete-Mohedano, M. G., Natera, G., Martínez, N., Carreño, S. y Pérez, D. (2016). Validez y confiabilidad de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) en estudiantes universitarios. *Adicciones*, 28(1), 19–27. <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/786>
- Tirapu, J. (2009). Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica de las funciones ejecutivas. En Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica (pp. 233–283). Editorial UOC.
- Topçuoğlu, V., Fistikci, N., Ekinci, Ö., Gimzal, A., y Cömert, B. (2009). Assessment of executive functions in social phobia patients using the wisconsin card sorting test [Evaluación de las funciones ejecutivas en pacientes con fobia social mediante el test de clasificación de tarjetas de Wisconsin]. *Turkish journal of psychiatry*, 20(4), 1–9. <https://www.researchgate.net/profile/Nurhan->

Fistikci/publication/40690846_Assessment_of_Executive_Functions_in_Social_Phobia_Patients_Using_the_Wisconsin_Card_Sorting_Test/links/00b7d522f3d957e6a2000000/Assessment-of-Executive-Functions-in-Social-Phobia-P

Torres, A. (29 de noviembre de 2023). Neurotransmisores.

<https://www.kenhub.com/es/library/fisiologia/neurotransmisores>

Tortosa, F., y Mayor, L. (1992). Watson y la psicología de las emociones evolución de una idea.

Psicothema, 4(1), 297–315. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7120/6984>

Turner-Stokes, L. (2009). Goal attainment scaling (GAS) in rehabilitation: a practical guide

[Escala de consecución de objetivos (GAS) en rehabilitación: una guía práctica]. *Clinical rehabilitation*, 23(4), 62–70. <https://doi.org/10.1177/0269215508101742>

Twohig, M. y Hayes, S. (2020). ACT en la práctica clínica para la depresión y la ansiedad.

Desclée de brouwer.

Twohig, M. P. y Levin, M. E. (2017). Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: A review [Terapia de aceptación y compromiso como tratamiento para la ansiedad y la depresión: una revisión]. *Psychiatric clinics of north america*, 40(4), 751–770. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.009>

Kring, A. y Sloan, D. (2010). Emotion regulation and psychopathology: a transdiagnostic approach to etiology and treatment [Regulación emocional y psicopatología: un enfoque transdiagnóstico de la etiología y el tratamiento]. Guilford press.

Vallejo-Slocker, L. y Vallejo, M. A. (2016). Sobre la desensibilización sistemática una técnica superada o renombrada. *Acción psicológica*, 13, 157–168.

<https://scielo.isciii.es/pdf/acp/v13n2/1578-908X-acp-13-02-00157.pdf>

Velasco, C. B. (2007). Tratamientos eficaces para el trastorno de ansiedad social. *Cuadernos de neuropsicología*, 1(2), 127–138.

https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-41232007000200004

Verdejo-garcía, A. y Bechara, A. (2010). Neuropsicología de las funciones ejecutivas.

Psicothema, 22(2), 227–235. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8895>

Villalba, S. y Espert, R. (2014). Estimulación cognitiva: una revisión neuropsicológica.

Terapeía, 6, 73–93. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5149523>

Vivanco-Vidal, A., Saroli-Araníbar, D., Caycho-Rodríguez, T., Carbajal-León, C. y Noé-

Grijalva, M. (2020). Ansiedad por Covid - 19 y salud mental en estudiantes universitarios.

Revista de investigación en psicología, 23(2), 197–215.

<https://doi.org/10.15381/rinvp.v23i2.19241>

Wilson, B. (1995). Memory rehabilitation: Compensating memory problems [Rehabilitación de la memoria: Compensación de los problemas de memoria]. En *Compensating for psychological deficits and declines* (pp. 171–191). Lawrence erlbaum.

Wilson, K. (2014). The ACT matrix a new approach to building psychological flexibility across setting and populations [La matriz ACT un nuevo enfoque para desarrollar la flexibilidad psicológica en distintos entornos y poblaciones]. Context press.

Wittchen, H., Fuetsch, M., Sonntag, H., Müller, N. y Liebowitz, M. (2000). Discapacidad y calidad de vida en fobia social pura y comórbida. Resultados de un estudio controlado.

Cambridge university press, 7(1), 11–25. <https://doi.org/10.1017/s1134066500001272>

- Wolitzky-Taylor, K. y LeBeau, R. (2023). Recent advances in the understanding and psychological treatment of social anxiety disorder [Avances recientes en la comprensión y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social]. *Faculty reviews*, 12(8).
<https://doi.org/10.12703/r/12-8>
- Yabut, J., Crane, J., Green, A., Keating, D., Khan, W. y Steinberg, G. (2019). Emerging roles for serotonin in regulating metabolism: New implications for an ancient molecule [Funciones emergentes de la serotonina en la regulación del metabolismo: nuevas implicaciones para una molécula antigua]. *Endocrine reviews*, 40(4), 1092–1107.
<https://doi.org/10.1210/er.2018-00283>
- Zanón, O., Matías, T., Luque, A., Moreno-Agostino, D., Aranda, E., Morales, C., García, M. y Márquez-González, M. (2016). Guía para la elaboración de un análisis funcional del comportamiento humano. Centro de psicología aplicada - Universidad autónoma de Madrid, 1–17. <https://pavlov.psyciencia.com/pdf/Protocolo%20ana%CC%81lisis%20funcional.pdf>

7. Anexos

7.1 Entrevista Semiestructurada

Antecedentes

1. Cuando sabes que debes realizar alguna actividad que involucre estar con otras personas ¿Sientes malestar físico o psicológico? ¿Cómo es ese malestar (descripción)?
2. ¿Has generado excusas para evitar estas actividades?
3. ¿Identificas algún pensamiento que aparece antes o durante la sensación de malestar?
4. ¿Desde qué edad recuerdas tener esta sensación? ¿Relacionas el inicio de tu malestar con un evento específico o serie de eventos que ocurrieron durante tu vida?
5. ¿Durante tu infancia y/o adolescencia tuviste complicaciones para hacer amigos?
6. ¿Te has llegado a sentir triste o afligido a raíz de estas complicaciones para interactuar con otros? ¿Qué es lo que te pone triste?

Síntomas actuales

7. ¿Ha sentido nerviosismo, sudoración, aumento de ritmo cardíaco o contracción muscular cuando tiene que hacer actividades que ya dominas, pero frente a otras personas? Como lo puede ser leer, trabajar, comer, entre otras.
8. ¿Cómo te sientes hablando por teléfono frente a personas? ¿Y hablando por teléfono con personas desconocidas?
9. ¿Qué tan cómodo te sientes cuando tienes que hablar frente a un público o exponer en clase? ¿Has llegado a usar excusas para evitar este tipo de eventos?
10. ¿Qué tan cómodo te sientes al hablar con personas desconocidas? ¿Qué sueles hacer cuando conoces a alguien nuevo?
11. ¿Cómo te sientes al hablar con personas que tienen un grado de autoridad? ¿Por qué?

12. ¿Qué tan cómodo te sientes hablando con personas que te resultan atractivas? ¿Con qué regularidad lo haces o evitas dicho evento?
13. Si adquieres un servicio o un producto, pero no estás satisfecho con lo que estás recibiendo ¿Dices algo o te da pena expresar tu inconformidad? Plátame un ejemplo
14. Cuando vas por la calle o en un centro comercial y se te acerca un vendedor muy insistente, pero tú no quieres o necesitas lo que te ofrece ¿Le dices que no y te mantienes en esa postura? ¿has cedido frente a su presión?
15. Si te encuentras en una charla con otras personas e identificas que no concuerdas con su pensar y eres capaz de generar argumentos ¿Expresas tu sentir u optas por no decir nada?
16. ¿No haces cosas por miedo a hacer el ridículo? ¿Cómo qué?
17. ¿Has llegado a consumir sustancias como alcohol, tabaco o marihuana en algún tipo de evento social con el objetivo de disminuir tu malestar (ansiedad o síntomas depresivos)? ¿Usas alguna otra sustancia? ¿Consideras que sí te ayuda a no sentir el malestar?
18. ¿Con que frecuencia sueles usar dicha sustancia? ¿En qué momentos? ¿Cuánto sueles consumir?
19. ¿Cuánto tiempo llevas consumiendo?

Síntomas neuropsicológicos

20. ¿Qué tanto te puedes concentrar en algo específico cuando te lo propones? ¿Hay actividades donde se te complique más prestar atención? ¿Cuáles?
21. ¿Te han dicho que eres distraído/a?
22. ¿Tienes complicaciones para sostener tu atención por un tiempo prologando?
23. Cuando algo en el entorno te incomoda o lo consideras peligroso ¿Puedes ignorarlo y continuar normalmente tus actividades o te centras en eso incómodo hasta que desaparece?

24. ¿Qué tan fácil es para ti aprender información para recordarla posteriormente? ¿Sueles tener olvidos? ¿Qué tan seguido? ¿Con qué tipo de información te pasa?

Búsqueda de soluciones

25. ¿Qué métodos has usado para intentar disminuir o desaparecer los síntomas que previamente hablamos?
26. ¿Alguna vez has asistido a un servicio profesional por este motivo (psiquiatra o terapeuta)? ¿Cómo fue tu experiencia con el tratamiento?
27. ¿Has llegado a pensar que este malestar es incurable o que nunca va a desaparecer?

Expectativas

28. ¿Cuáles son tus expectativas del programa?
29. ¿A qué responsabilidades te comprometes para que el programa funcione?

7.2 Consentimiento informado



PARTICIPACIÓN EN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE ANSIEDAD SOCIAL

Cuernavaca, Mor. A ____ de _____ del 2023

INFORMACIÓN: Este servicio terapéutico forma parte de una investigación que se realiza en la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM), que busca evaluar los efectos de programa de intervención para el trastorno de ansiedad social (TAS) en jóvenes de nivel superior con un rango de edad de 18 a 28 años.

El contenido del programa está compuesto por un abordaje interdisciplinar, contiene la perspectiva de la psicología clínica con la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y una perspectiva neuropsicológica con Estimulación Neuropsicológica Cognitiva, esto permite atender el malestar psicológico y los déficits cognitivos reportados en la literatura en trastornos de ansiedad.

Antes de iniciar el programa se realizan dos entrevistas, la primera tiene como objetivo conocer el contexto del participante y de su malestar sobre la ansiedad que experimenta, la segunda entrevista está enfocada en una evaluación neuropsicológica de atención, memoria y funciones ejecutivas (FE).

El programa da inicio el martes 17 de octubre de 2023 y termina el miércoles 30 de enero de 2024, durante ese período se tendrán 16 sesiones, las cuales están distribuidas como se muestra a continuación:

- 10 sesiones individuales.
 - Presenciales e híbridas.
 - El día y hora se acuerda directamente entre terapeuta y participante.

- Las sesiones presenciales se llevan a cabo en las instalaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Campus Chamilpa.
- 6 sesiones grupales:
 - Presenciales.
 - Se llevan a cabo en las instalaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Campus Chamilpa.
 - Fechas de sesiones:
 - Martes 17 de octubre de 2023.
 - Jueves 19 de octubre de 2023.
 - Jueves 26 de octubre de 2023.
 - Jueves 09 de noviembre de 2023.
 - Martes 14 de noviembre de 2023.
 - Martes 30 de enero de 2024 (Esta fecha puede cambiar).

Al terminar el programa de intervención se realizará una revaloración del malestar psicológico y del rendimiento cognitivo de atención, memoria y FE, en el período del 31 de enero al 09 de febrero del 2024.

La participación es voluntaria, si en algún momento desea retirarse podrá hacerlo sin que ello le cause alguna repercusión.

CONFIDENCIALIDAD: Toda la información que proporcione será **estrictamente confidencial**, siendo accesible únicamente para el terapeuta y su supervisor. Se solicita al participante su **autorización explícita** para grabar las sesiones grupales correspondientes a las fechas: 26/10/23, 14/11/23 y 30/01/24. Asimismo, al ser una investigación, se informa que los datos recabados serán utilizados para fines científicos y académicos, conservando la privacidad y el anonimato de su información.

BENEFICIOS Y RIESGOS: Los métodos de intervención cuentan con validación científica y serán llevado a cabo por profesionales con entrenamiento en el área clínica-neuropsicológica. Las sesiones no cuentan algún costo económico, por lo que usted recibirá tratamiento psicológico de forma gratuita.

CONSIDERACIONES:

- Usted será atendido por profesionales en psicología, en las instalaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos Campus Chamilpa.
- La duración de la sesión individual es de 60 minutos.
- La duración de la sesión grupal es 1 hora y media.
- Se le pedirá su apoyo para contestar algunos cuestionarios psicológicos.
- Al finalizar cada sesión se les entregará a los participantes una estampa única relacionada con el tema que se vio ese día, la cual deberán pegar en su cuadernillo del taller, si coleccionan mínimo 14 de ellas durante la intervención, se tiene el derecho a recibir una retribución simbólica.
- Se deberá guardar una comunicación respetuosa hacia los demás miembros del grupo, no se tolerarán faltas de respeto de ningún tipo hacia otro miembro.
- No se podrá tomar fotos o grabar videos/audios mientras se encuentren en sesión.
- Al ingresar se pedirá que ponga su celular en modo *no molestar*.
- Los encargados de la presente investigación es la Dra. Elizabeth Aveleyra Ojeda (aveleyra@uaem.mx) y el Psic. José Luis Saldaña Sánchez (jose.saldana@uaem.edu.mx).

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente documento yo*, _____, en calidad de **paciente** y **participante**, manifiesto que he leído los lineamientos que aquí se han establecido, he expresado mis dudas y éstas han sido resueltas, por ello, otorgo mi consentimiento para ser atendido en las condiciones y con las características que aquí se detallan. Asimismo, cuento con absoluta libertad para revocar mi consentimiento en el momento que lo considere pertinente.

Nombre y firma

7.3 Entrevista de evaluación del programa

Cambios clínicos

- Hace 5 meses cuando decidiste inscribirte al taller ¿Cómo era la experiencia de tener ansiedad? ¿Cómo era la sensación fisiológica? ¿Qué tipo de pensamientos tenías?
- Hoy en día ¿Cómo vives tu ansiedad? ¿Sigues teniendo sensaciones fisiológicas? ¿Todavía tienes pensamientos negativos?
- ¿En los últimos 2 meses has evitado algún evento social mediante excusas?
- ¿Cómo es tu experiencia actual al tener que hablar en público? ¿Es igual que antes?
- ¿Cómo es tu experiencia actual al tener que hablar con personas desconocidas? ¿Es igual que antes?
- ¿Cómo es tu experiencia actual al tener que hablar con personas de autoridad? ¿Es igual que antes?
- ¿Cómo es tu experiencia actual al tener que hablar con personas atractivas? ¿Es igual que antes?
- ¿Cómo es tu experiencia actual al tener expresar desagrado o enfado? ¿Es igual que antes?
- ¿Hay cosas que todavía no haces por miedo a hacer el ridículo? ¿Cuáles?
- ¿Cuáles consideras que son tus logros más importantes durante este período del taller?
- ¿Consideras que el taller ha tenido impacto en otras áreas personales aparte de la ansiedad social?

Completa la siguiente frase: Yo tengo ansiedad y soy capaz de...

En todas estas preguntas también se busca saber ¿Qué cosas crees que has hecho para que cambie de esta forma?

Subjetividad del rendimiento cognitivo

- ¿Crees que ha cambiado tu capacidad de atención durante este período del taller?
- ¿Crees que ha cambiado tu capacidad para inhibir estímulos externos (ruido) e internos (pensamientos) para realizar actividades?
- ¿Cuál es tu experiencia haciendo dos cosas al mismo tiempo? ¿Es igual que antes?
- ¿Consideras que ha cambiado tu capacidad para retener información visual o auditiva?
- ¿Actualmente cuál es tu experiencia para tener que recordar información?

Satisfacción del programa

- ¿Cómo te imaginabas que sería el taller?
- ¿Cómo te imaginabas que sería el psicólogo?
- ¿Cómo describirías tu experiencia participando en el taller?
- ¿Se cumplieron tus expectativas?
- ¿Hubo momentos donde sentiste que el contenido del taller era difícil?

- ¿Sentiste que el psicólogo te escuchaba y comprendía lo que le contabas?
- ¿Cuándo el psicólogo te hablaba entendías lo que quería decir?
- ¿Sentiste que el psicólogo juzgaba lo que le contabas?
- ¿Te sentías cómodo/a con el psicólogo en las sesiones?
- ¿Antes de esto habías asistido a un proceso terapéutico?
- Este tipo de terapia centrada en no controlar lo que piensas y sientes ¿Consideras que es difícil o fácil? ¿Por qué?
- ¿Recomendarías a otras personas este taller? ¿Por qué?

Perspectiva de la familia sobre el programa

- ¿Le contaste a tu familia que viniste a este taller con sesiones psicológicas?
- ¿Qué opinan? Y si no lo saben ¿Qué crees que dirían?
- En tu familia ¿Cómo dirías que se vive el “qué dirán”?

Futuro

“Imagina que viajas en el tiempo y vas a visitar a tu yo futuro para darle un mensaje a través de las respuestas de las siguientes preguntas”:

- ¿A qué situaciones tiene que prestarle especial atención?
- ¿Qué cosas siguen siendo importantes para él/ella?
- ¿Qué le dirías sobre tratar de controlar el cómo se siente o lo que piensa?
- ¿Cómo cambia el estar abierto a la experiencia?
- ¿Qué habilidades has puesto en práctica para poder lograr los avances que tienes el día de hoy?
- ¿Qué pasaría si vuelve a tener ansiedad o emociones negativas e intensas?

7.4 Enlace para aplicación de escalas

- Cuestionario de Ansiedad Social Para Adultos (CASO-30): <https://forms.gle/jsnyWPYu46CenGKh9>
- Inventario de Depresión de Beck (BDI): <https://forms.gle/Z8Ya2Bxpp6HqKZg37>
- Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco, y Sustancias (ASSIST): <https://forms.gle/eSqS5jr6DwEfcszQ9>



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Maestría en Psicología

Cuernavaca Mor., 25 febrero 2025

ASUNTO: Votos Aprobatorios

DRA. MARICARMEN ABARCA ORTIZ
COORDINADORA ACADÉMICA
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T E

Por este medio, nos permitimos informar a Usted el dictamen de votos aprobatorios de la tesis titulada **PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA CON TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO EN UNIVERSITARIOS CON ANSIEDAD SOCIAL** trabajo que presenta el C. **José Luis Saldaña Sánchez** quien cursó la Maestría en Psicología perteneciente a la Facultad de Psicología de la UAEM en las instalaciones de la Facultad de Psicología.

VOTOS APROBATORIOS			
COMISIÓN REVISORA	APROBADO	CONDICIONADO A QUE SE MODIFIQUEN ASPECTOS*	SE RECHAZA*
DRA. ELIZABETH AVELEYRA OJEDA	X		
DRA. DENI STINCER GOMEZ	X		
DR. RUBEN AVILES REYES	X		
DRA. GABRIELA OROZCO CALDERÓN	X		
DR. JONATAN FERRER ARAGÓN	X		

**En estos casos deberá notificar al alumno el plazo dentro del cual deberá presentar las modificaciones o la nueva investigación (no mayor a 30 días).*

Sirva lo anterior para que dicho dictamen permita realizar los trámites administrativos correspondientes para la presentación de su examen de grado. Sin más por el momento agradecemos la atención prestada y quedamos de Usted, reiterando nuestras más amplias consideraciones.

ATENTAMENTE



UAEM
RECTORÍA
2023-2029



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento con firma electrónica UAEM, soportada por el certificado vigente a la fecha de su elaboración y con efectos plenos de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS PUBLICADOS en el ÓRGANO INFORMATIVO UNIVERSITARIO "ADOLFO MENÉNDEZ SAMARÁ" número 117 de fecha 20 de abril de 2021.

Sello electrónico

ELIZABETH AVELEYRA OJEDA | Fecha:2025-02-25 13:11:00 | FIRMANTE

XjVc4g7ob4uyV4wylm3r0rqsS9qXA0TYZdmKZXYXrkzzjRnl140xQFqjRObiBO6uW2xlf4/gdK7dQ9JkGrRFHRNFwiilXnXRgCAgT8/BAfJziStMqV0R0XV5mpXjFXg2pHTGk6EID8m/yimv2mDO44lXmRH5AWJa2St0p9U5/Y/AgXxvmN2yUeEkJtOJstEHdYISj+QkKXarxrNV/IRRFHHHPvXLVFPwDKM73hzP254BprZpPai6nZyZnrl/hHoW9mdOjerhqFhyhEhnW8Z66bZ/TLHlzV9FqG/ZBtlGs4VnKCr/5MzUMxjEiKQSYhvb1DDr1jK+3BhBNO7pXLA==

GABRIELA OROZCO CALDERÓN | Fecha:2025-02-25 13:38:13 | FIRMANTE

XUFQmeceihzyHpGctYp1AqEI0jVq7mii6A6Me94o1MCapnFhd7qGUE/x/fotrmqmqmAz65HD0aLt8s45e8IVwtZifSldqqeLthgOH1TFd92KedEjWIV+p1RAcw4AKkeDQIPBjmaEDx8gl+kWMobryhrXfrDEsmxe1kPp1CX9mlON3IHUwk5V+YY5W7CqHv9m0IOT8tlg5qoQ+X6CJ0hRn0l6+Bw6ITAtjUf02gGxlvStJvTfOKW6Cua3URR22sYjzd5tlREqQTwrAEeVZEszLf9EFu10STmvgVaQyJRd2Fv+wFwBjhn2aM6QltpPp1Tzf6WDN8xGC7J6Frssu4PFQ==

DENI STINCER GOMEZ | Fecha:2025-02-25 13:49:31 | FIRMANTE

FxT43YuXVlvHr2i35NeyPJ0Tr5uPsq6TiMFyMPQsJ0eCqlalkXe9H+UMKIFbOqV+BXLsjqSdLP6zsY1l0FmWMqSHzt0XigQGUiipqxYtk9J3O/7hHsLIYZZyKIR91DBjxsd+bmC0aCfKqglgQqZ0oQ1PRra75bi5QkN5Kd87cmJjqwt9jwT9hfxaQyfmn/9VZxCQZesL3b6s9xsJNJWVo/G9B4SPpGJDRPaIoOv05pjWhv4xad9qtxEY5VTGVRdXX6TKvhGhscf5ry5sYxg+o5e5qvXeVoAQqNGAiEWTfwAg7rkTPK3cMAXN21dwaRUz4UNOtOj6r/OZrEjxeRMg==

RUBEN AVILES REYES | Fecha:2025-02-25 13:59:33 | FIRMANTE

nBliLfbRY3LNibYlJvG0LHv/gya6TU9HGZ1G5RFcNroLJKC0b9p65yq0vIvCT2vbmy5VJyluelSD/Ga79s82gPsJ1nlmcgeXaik3brekknx87FikzTqoNReDxNPOMvfM6upuXu7IE+GCpRPipL4/lSUsUqFjL/C3rr5X4XEDDohnFbqBCOvbsvM9vK/jal54dJ2GEjwnm9SE7ONivqTOOUprv4cyNMQdS8LxmbX38baUof0HXNmnoGEE+t0H7Ok535FCe2lhrtyL1cCaziwqjf88rKibW7w3Zd/Z/m9qWzNAcCI2UVagzSa3jRLdYVG/dSmFezmtwOrMxgLaLCOs9tQ==

JONATAN FERRER ARAGÓN | Fecha:2025-02-25 15:51:29 | FIRMANTE

Irv5+XzqZK+YgQeksK1hvwfEieU+Ddi/NBN8czqc9SWEM+aC0xcu2k4As+bZzFNwoGrc0mBWME21sF+SzjoXx6DxR+ObcVmDEvwoS1AUP4Gu20aSe5vAeuf8xx3GZqwjbjK0doZSrea34y3hm2Q2Za4uO6PJ3QJ/ml6C28PAbftcQS5Sa/dfQ64DDNfPfxycDrz6P3GJfOYQuVvk3YIDPJKs+JQdbBXtLnEt3W4Y7vOhjmJZNfDTr2EKbmTAIGzgurmYRa5QMkExUqCGISWnkVeHWCRFIH/yjn364K16oKUh4xaYUnLuOmAa6j6GAJiWLGx5748YV+IkiM7BKU+ia==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o
escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



OA1WBzyfl

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/FV5xWm1fasgfBN2x5vmHXYdklTKGcde>



UAEM
RECTORÍA
2023-2029