



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE
SAN NICOLÁS DE HIDALGO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Programa de Maestría en Psicología

**EFFECTO DE UN TRATAMIENTO CONTEXTUAL DIRIGIDO
A ESTUDIANTES ADOLESCENTES QUE PRESENTAN
ANSIEDAD**

**TESIS
PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:
Lic. Amaranta Yadira Gómez Rodríguez

DIRECTOR DE TESIS:
Dr. Roberto Oropeza Tena

COMITÉ TUTORAL:
Dra. Mónica Fulgencio Juárez
Mtro. Luis Ángel Pérez Romero
Mtra. Marycarmen Noemí Bustos Gamiño
Mtra. Ireri Atzimba Paleo Gárnica

Morelia, Michoacán, enero de 2024

ÍNDICE

Listado de siglas y acrónimos	3
Listado de tablas y figuras	5
Resumen	7
Abstract	8
Introducción	9
Capítulo 1. Conceptualización de la ansiedad	12
Definición y diferenciación del término ansiedad	12
Características de la ansiedad	14
Perspectiva transdiagnóstica de la ansiedad	16
Capítulo 2. Referentes teóricos de la Terapia de Aceptación y Compromiso	20
Teoría de los Marcos Relacionales	22
Flexibilidad Psicológica dentro de ACT y RFT	26
Flexibilidad Psicológica desde la RFT	26
Flexibilidad Psicológica desde ACT	30
Modelo ACT-Matrix	33
Capítulo 3. Antecedentes clínicos y metodológicos sobre tratamientos de ansiedad	38
Tratamientos con técnicas de la Terapia Cognitivo-Conductual	39
Tratamientos con técnicas de la TCC y la Terapia Contextual	42
Tratamientos con procesos psicológicos de la Terapia Contextual	43
Tratamientos con Terapia de Aceptación y Compromiso	44
Estudios de caso	46
Estudios aleatorizados controlados que comparan ACT con otros modelos de tratamiento	47
Capítulo 4. Planteamiento del problema	51
Justificación	51
Preguntas de investigación	55
Objetivo general	55
Hipótesis general	55
Capítulo 5. Fase 1: Selección de estrategias terapéuticas	56

Método	56
Resultados	59
Conclusión	65
Capítulo 6. Fase 2: Diseño de tratamiento	67
Método	67
Etapa A: Jueceo por pares académicos	69
Resultados	70
Etapa B: Jueceo por expertos	70
Resultados	71
Etapa C: Prueba piloto individual	74
Resultados	80
Conclusión	86
Capítulo 7. Fase 3: Evaluación del EFlexPAA con grupo control	88
Variables	88
Método	88
Resultados	96
Conclusión	101
Capítulo 8. Fase 4: Evaluación del EFlexPAA sin grupo control	103
Método	104
Resultados	107
Conclusión	115
Capítulo 9. Discusión	118
Referencias	127
Apéndices	140
Apéndice 1: Consentimiento de Participación al Grupo focal	140
Apéndice 2: Jueceo del Entrenamiento en Flexibilidad Psicológica para disminuir la Ansiedad en Adolescentes (EFlexPAA)	142
Apéndice 3: Guía de Entrevista: análisis funcional de la conducta ansiosa	148
Apéndice 4: Consentimiento y Asentimiento de participación al tratamiento para estudiantes y padres de familia	150
Apéndice 5: Presentación y estructura del EFlexPAA	152

LISTADO DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AAQ-II	Acceptance and Action Questionnaire-II (en inglés)
ACT	Acceptance and Commitment Therapy o Terapia de Aceptación y Compromiso
APA	Asociación Americana de Psicológica
BAI	Inventario de Ansiedad de Beck
CASO-A30	Cuestionario de Ansiedad para Adultos
CBT	Terapia Dialectico Conductual
CEF-A	Cuestionario de Evitación y Fusión-Adolescentes
CF	Contextualismo Funcional
Cfunc	Clave funcional
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
Crel	Clave relacional
DSM	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
EED	Evitación Experiencial Destructiva
EFlexPAA	Entrenamiento en Flexibilidad Psicológica para disminuir la Ansiedad en Adolescentes
EHS	Entrenamiento en Habilidades Sociales
ENBIARE	Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado
ENH	Encuesta Nacional de los Hogares
FAP	Psicoterapia Analítico Funcional
FC	Fusión Cognitiva
FP	Flexibilidad Psicológica
G1	Grupo 1 tratamiento
G2	Grupo 2 control
G3	Grupo 3 tratamiento
HARS	Escala de Ansiedad de Hamilton
IBCT	Terapia Integrativa Conductual en Parejas
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
ISRSS	Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina
LB	Línea Base
LSAS-SR	Escala de Ansiedad Social de Liebowitz
MBTC	Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness
OMS	Organización Mundial de la Salud
PEM	Porcentaje de datos que Exceden la Mediana
POSIT	Cuestionario de Tamizaje de Problemas en Adolescentes
RFT	Relational Frame Theory
RG ₁	Grupo experimental
RG ₂	Grupo control
SMP	Sociedad Mexicana de Psicología

STAI	State-Trait Anxiety Inventory
TA	Trastorno de Ansiedad
TAG	Trastorno de Ansiedad Generalizada
TC	Terapia Conductual
TCA	Trastornos de la Conducta Alimentaria
TCC	Terapia Cognitivo-Conductual
TEE	Trastorno de Evitación Experiencial
TMR	Teoría de los Marcos Relacionales
TMR	Teoría del Marco Relacional
TREC	Terapia Racional Emotiva Conductual

LISTADO DE TABLAS Y FIGURAS

Tablas

- Tabla 1. Características de participantes en grupo focal.
- Tabla 2. Plan de trabajo Grupo focal.
- Tabla 3. Definición de los temas encontrados.
- Tabla 4. Estructura de la primera propuesta de tratamiento.
- Tabla 5. Esquema de tópicos del EFlexPAA.
- Tabla 6. Características de las participantes en la prueba piloto individual.
- Tabla 7. Puntajes BAI y AAQ-II pre-post tratamiento y seguimientos de participante 1.
- Tabla 8. Porcentaje de cambio clínico en participante 1.
- Tabla 9. Puntajes BAI y AAQ-II pre-post tratamiento y seguimientos de participante 2.
- Tabla 10. Porcentaje de cambio clínico en participante 2.
- Tabla 11. Diseño de la fase 3.
- Tabla 12. Participantes, fase 3.
- Tabla 13. Medianas de los puntajes obtenidos por grupo en BAI y CEF-A.
- Tabla 14. Porcentaje de cambio clínico en BAI y CEF-A por grupo.
- Tabla 15. Diseño de la fase 4.
- Tabla 16. Participantes, fase 4.
- Tabla 17. Medianas y porcentaje de cambio clínico en BAI y CEF-A por grupo.
- Tabla 18. Medianas de los puntajes obtenidos del grupo 3 en BAI y CEF-A.
- Tabla 19. Porcentaje de cambio clínico en BAI y CEF-A.
- Tabla 20. Comparación conductas clínicas en participantes.

Figuras

- Figura 1. Hexaflex en ACT.
- Figura 2. Diagrama de la matrix.

Figura 3. Proceso del entrenamiento en FP por medio del modelo ACT-Matrix.

Figura 4. Desarrollo de la investigación.

Figura 5. Proceso de diseño del tratamiento.

Figura 6. Proceso del EFlexPAA en prueba piloto.

Figura 7. Fórmula para evaluar el cambio clínico.

Figura 8. Fórmula para calcular PEM.

Figura 9. Comparación de los datos obtenidos durante las fases del tratamiento participante 1.

Figura 10. Autorregistro del puntaje subjetivo de ansiedad en participante 1.

Figura 11. Comparación de los datos obtenidos durante las fases del tratamiento participante 2.

Figura 12. Autorregistro del puntaje subjetivo de ansiedad en participante 2.

Figura 13. Proceso de la fase3.

Figura 14. Fase 3: Comparación de BAI por participante.

Figura 15. Fase 3: Comparación de CEF-A por participante.

Figura 16. Autorregistros del puntaje subjetivo de ansiedad en participantes 3, 4, 5.

Figura 17. Proceso de la fase 4.

Figura 18. Fase 4: Comparación de BAI por participante.

Figura 19. Fase 4: Comparación de CEF-A por participante.

Figura 20. Autorregistros del puntaje subjetivo de ansiedad en participantes de grupo 3.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el efecto de un tratamiento contextual para disminuir el puntaje de ansiedad en los estudiantes de bachillerato. **Material y métodos:** Diseño experimental con cuatro fases. Fase 1: estudio exploratorio con grupo focal; participaron 5 psicólogos; se identificaron las principales técnicas para evaluar y abordar los trastornos de ansiedad en los adolescentes a través de una guía de entrevista; se utilizó un proceso secuencial de análisis. Fase 2: para el diseño del tratamiento participaron 4 jueces académicos, 3 jueces expertos y 2 mujeres para la prueba piloto individual que tuvo un diseño A-B-A caso único, modalidad en línea. Fase 3: diseño experimental de dos grupos con medidas repetidas, participaron 11 adolescentes. Fase 4: diseño cuasi experimental de un solo grupo con medidas repetidas, participaron 5 adolescentes. Fase 3 y 4: se midió el puntaje de ansiedad (BAI) y la flexibilidad psicológica (CEF-A); se utilizó el análisis visual de los datos y el análisis de cambio clínico significativo. **Resultados:** El grupo 1 consigue 52% de cambio clínico en BAI al finalizar el tratamiento y en el seguimiento 1. No se observa un cambio clínico en el CEF-A. El grupo 3 consigue 67.5% de cambio clínico en BAI al finalizar el tratamiento y 123.33% en el seguimiento 2, se observa un 78.85% de cambio clínico en CEF-A en el seguimiento 2. **Conclusiones:** se obtienen porcentajes de cambio clínico inferiores a lo establecido para determinar un cambio significativo en la mayoría de las mediciones para los grupos 1 y 2. Sin embargo, el grupo 4 logra porcentajes de cambio clínico significativos en varias de sus mediciones, especialmente se observa un cambio a largo plazo.

Palabras clave: ansiedad, trastorno de evitación experiencial, estudiantes de bachillerato, terapias contextuales, transdiagnóstico, diseños de caso único, tratamiento grupal.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the effect of a contextual treatment to reduce the anxiety score in high school students. **Material and methods:** Experimental design with four phases. Phase 1: exploratory study with focus group; 5 psychologists participated; the main techniques to assess and address anxiety disorders in adolescents are identified through an interview guide; a sequential analysis process was used. Phase 2: for the design of the treatment, 4 academic judges, 3 expert judges and 2 women participated for the individual pilot test that had a single case A-B-A design, online modality. Phase 3: experimental design of two groups with repeated measures, 11 adolescents participated. Phase 4: quasi-experimental design of a single group with repeated measures, participation of 5 adolescents. Phase 3 and 4: the anxiety score (BAI) and psychological flexibility (CEF-A) were measured; visual data analysis and clinically significant change analysis were used. **Results:** Group 1 achieves 52% clinical change in BAI at the end of treatment and in follow-up 1. No clinical change is observed in the CEF-A. Group 3 achieves 67.5% clinical change in BAI at the end of treatment and 123.33% in follow-up 2, a 78.85% clinical change in CEF-A is observed in follow-up 2. **Conclusions:** percentages of clinical change lower than what was established to determine a significant change in most of the measurements for groups 1 and 2. However, group 4 achieves percentages of significant clinical change in several of its measurements, especially a long-term change is observed.

Keywords: anxiety, experiential avoidance disorder, high school students, contextual therapies, transdiagnostics, single case designs, group treatment.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia ha sido reconocida por ser una etapa de transición difícil y crítica para muchos. La palabra “adolescencia” tiene su origen en el latín *adolescere*, que significa ‘crecer hasta la madurez’ (Díaz-Santos & Santos-Vallín, 2018). Se caracteriza por los grandes cambios fisiológicos, también sobresalen las modificaciones en la conducta, expectativas y relaciones, tanto con los padres como con los compañeros. Además, son comunes las crisis de identidad, los problemas de comportamiento y adaptación, el escaso ajuste a normas y/o la falta de autoestima. Es entonces cuando el adolescente está más expuesto a realizar conductas de riesgo, como uso o abuso de sustancias, prácticas sexuales poco seguras, o conductas delictivas (Márquez-Caraveo & Pérez-Barrón, 2019).

Una de las principales condiciones emocionales que se manifiestan durante esta etapa es la ansiedad, entendida como un sistema complejo a modo de amenaza que emite una respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva. Se activa al anticipar sucesos que se perciben como imprevisibles que podrían amenazar los intereses vitales de un individuo (Clark & Beck, 2012).

En situaciones cotidianas estresantes e incluso en un estado emocional normal, la ansiedad es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente, permitiendo a la persona adoptar las medidas necesarias para enfrentarse a la amenaza. De esta manera, es natural que las personas presenten cierto grado de ansiedad en su vida. Sin embargo, cuando esta intensidad supera la capacidad adaptativa, es cuando se convierte en un problema, provocando malestar y disfuncionalidad en la vida del individuo.

En el caso de los estudiantes, las consecuencias de presentar un nivel moderado o severo de ansiedad se observan tanto en la salud mental al compartir con síntomas de depresión, como en el contexto escolar al influir en el rendimiento académico (Serrano-Barquín et al., 2013). Bojorquez de la Torre (2015) encuentra que son los estudiantes varones con promedios académicos más bajos quienes tienen un mayor nivel de ansiedad. Lo anterior lo confirma Egovial-Santana (2016) al descubrir una relación significativa entre mayor ansiedad y menor rendimiento académico en los estudiantes.

Así pues, los estudiantes que presentan ansiedad y un bajo rendimiento académico se convierten en una población vulnerable, con mayor probabilidad de abandonar su vida académica y tener disfunción en su vida laboral.

Las terapias contextuales (o terapias de tercera generación, como también se conocen) tienen la finalidad de ayudar a las personas a relacionar sus conductas y sus pensamientos con las situaciones del contexto en que se presentan. Además, estas terapias buscan que los individuos aprendan a observar el origen experiencial de sus comportamientos problemáticos, para con ello promover un cambio en la relación que se ha establecido entre los pensamientos, la conducta y el ambiente, por la misma historia de aprendizaje personal (Hayes, 2004; Hayes et al., 2006; Hayes et al., 2012). Las terapias contextuales, entonces, buscan el desarrollo de procesos psicológicos que ayuden a cambiar las conductas disfuncionales por otras con mayor adaptación al entorno.

El estudio que se presenta es relevante porque evalúa el efecto de un tratamiento contextual, y describe el proceso que se siguió, donde se utilizó como base teórica y práctica los fundamentos de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Además, parte de su relevancia radica en que se estructuró en formato grupal, y que estuvo dirigido a adolescentes que presentan ansiedad en un nivel moderado y severo.

La tesis está estructurada en ocho capítulos. El primer capítulo expone la definición y diferenciación del término ansiedad con otros, como el miedo y el estrés. Se exponen las características de la ansiedad, es decir, los síntomas conductuales, cognitivos y físicos que se perciben cuando se presenta una crisis de ansiedad. Se concluye el capítulo con la perspectiva transdiagnóstica de la ansiedad, un enfoque que aporta una visión integral, contextual y funcional de lo que representa sentir o vivir la ansiedad.

En el segundo capítulo se abordan las bases filosóficas de ACT (Hayes, 2008; Hayes et al., 2006). Se incluye el aspecto histórico del origen de la terapia, y se hace referencia a la Teoría de los Marcos Relacionales o RFT por sus siglas en inglés (Hayes et al., 2001), como sustento teórico de la misma. De igual manera, el capítulo dos, describe los conceptos incluidos en la flexibilidad psicológica (Hayes, 2004; Hayes et al., 2006) y la relación de esta última con la Evitación Experiencial Destructiva (EED) o el Trastorno de Evitación Experiencial (TEE; Hayes et al., 1996; Luciano & Hayes, 2001). Este apartado concluye con la referencia del Modelo ACT-Matrix (Olaz & Polk, 2021).

El tercer capítulo refiere estudios previos al presente trabajo de investigación. Dichos estudios, describen tratamientos con Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), Terapia Contextual y ACT en niños y adolescentes que presentan síntomas de ansiedad o trastornos derivados. En algunos casos, se describen estudios con adultos y con otras enfermedades comórbidas a los síntomas de ansiedad. En todos los casos, se tratan de estudios de investigación que aportan evidencia sobre la eficacia y el uso de estos tratamientos.

En el capítulo cuarto, se describe la justificación y objetivos del presente trabajo, mismos que guiaron el proceso de investigación. Seguido de ello, del capítulo quinto a octavo se presenta el proceso de evaluación del tratamiento contextual de este proyecto. Cada capítulo corresponde a una fase de desarrollo y cuenta con su propio método, resultados y conclusión. Para terminar, el trabajo incluye una discusión general, donde se abordan las situaciones encontradas en cada fase comparadas con lo encontrado en otras investigaciones.

CAPÍTULO 1

CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ANSIEDAD

¿Se nace siendo una persona ansiosa, o se hace la persona ansiosa? Establecer un punto de partida sobre el origen de la ansiedad en las personas podría resultar complicado e inexacto. Algunas de las teorías que describen la ansiedad y sus síntomas la refieren como una manifestación natural del ser humano, y otras señalan que esta depende de una condición contextual, es decir, de los aspectos sociales y ambientales en los cuales se desarrolla un individuo.

Para entender cómo surge la ansiedad, es indispensable conocer que es tal manifestación y poder diferenciar de otras, como lo son, por ejemplo, el miedo, la angustia y, hasta cierto punto, el estrés. De igual forma, es necesario conocer cuáles son las características que la integran, los síntomas y las conductas a observar en los individuos que la presentan.

Además, el capítulo aborda una perspectiva de tratamiento integral y convergente que surge, principalmente, a partir de los estudios de Fairburn et al. (2003) para los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). En esta perspectiva se incluyen los procesos cognitivos, conductuales y fisiológicos de la persona que son compartidos entre grupos de trastornos mentales, lo que entonces lleva a reflexionar a la ansiedad desde un enfoque transdiagnóstico.

Definición y diferenciación del término ansiedad

En 1986, Marks define la ansiedad como la combinación de distintas manifestaciones tanto físicas como mentales, que no derivan de peligros reales y que se manifiestan en forma de crisis, como un estado persistente y difuso que puede llegar al pánico, relacionándose con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles (citado por Sierra et al., 2003).

La ansiedad también se ha definido como una respuesta emocional del individuo causada por situaciones que son interpretadas como un riesgo para él mismo (Ramírez-Osorio & Hernández-Mendoza, 2012). En otros términos, Tayeh et al. (2016) la conceptualizan

como un estado cerebral que tiene lugar en ausencia de un estímulo percibido por el sujeto como peligroso y que se relaciona con la tensión muscular, el aumento de la vigilancia ante futuros riesgos y conductas de evitación.

La definición más clara del término es la de Clark y Beck (2012), quienes definen la ansiedad como:

Un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva (es decir, a modo de amenaza) que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas porque se perciben como acontecimientos imprevisibles, incontrolables que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo (p. 23).

La ansiedad es una respuesta que la mayoría de las personas han experimentado a través de la combinación de sensaciones como inquietud, impaciencia, alarma, incertidumbre y temor, que generalmente sucede ante estímulos comunes o cotidianos. Por ejemplo, al solicitar información, al acudir a una entrevista laboral, al presentar un examen, ante una señal de peligro o de alarma. Las sensaciones que se producen ante estímulos como los anteriores son de las más conocidas, sin embargo, poco se conoce la relación que tienen sensaciones como mareos, visión borrosa, entumecimiento u hormigueo, incluso la sensación de falta de aire que podría provocar ahogo o asfixia, también son parte de la ansiedad, y son estas las que llegan a provocar disfunción en la vida de los individuos (Cascardo & Resnik, 2016).

En su ambiente natural, el ser humano se encuentra con frecuencia frente a estímulos que producen una reacción física, psicológica y social en su conducta. El tipo de respuesta que se genera puede llegar a confundirse entre la ansiedad y otras emociones, e incluso puede presentarse de manera distinta en cada persona. En este sentido, es normal que, frente a un estímulo amenazante, la persona pueda tener una respuesta de estrés, miedo o ansiedad (Díaz Kuaik & De la Iglesia, 2019a). Aun así, cada una de estas respuestas difieren entre sí dependiendo del tipo de estímulo y la historia de aprendizaje.

Se conoce que el estrés es una respuesta más o menos primitiva que también se presenta en el resto de los integrantes del reino animal, ya que generalmente no se identifica en áreas superiores de la corteza cerebral, mismas que solo existen en el cerebro humano. Entonces, el estrés es una respuesta que el organismo genera ante un estado de máxima alerta, y produce tensión muscular, taquicardia, aumento de la

atención, aceleración del ritmo respiratorio, entre otros, con la finalidad de afrontar la situación (Cascardo & Resnik, 2016).

El miedo es una respuesta de alarma fisiológica, automática y hasta cierto punto primitiva, que conlleva la valoración cognitiva de la amenaza o el peligro inminente que afecta la seguridad física o psicológica de la persona. Mientras que la ansiedad es una respuesta provocada por el miedo, que describe un estado de mayor duración hacia la amenaza e incluye procesos cognitivos como la aversión percibida, la falta de control, la incertidumbre, la vulnerabilidad o indefensión y la capacidad para obtener los resultados esperados (Clark & Beck, 2012).

En concreto, el estrés es un estado de alerta que puede presentar cualquier ser humano o animal, la ansiedad solo la presentan los seres humanos. El miedo es una señal de alerta ante un peligro o amenaza real y próximo a suceder, la ansiedad es una respuesta generada por el miedo y combinada con algunos procesos cognitivos que la mantienen por más tiempo.

Establecer una diferencia entre lo que es el estrés, el miedo y la ansiedad, requiere cuidado particular, pues en muchas ocasiones estas respuestas se confunden entre las personas que las experimentan. El estrés es una respuesta primitiva que se comparte con todos los seres vivos, es una respuesta más orgánica y natural. En cuanto al miedo y la ansiedad, ambas parten de la valoración del estímulo temido y forman parte de los procesos cognitivos del ser humano. Así pues, el miedo al ser una valoración automática básica del peligro establece el proceso nuclear de los trastornos de ansiedad.

Características de la ansiedad

El término de neurosis de ansiedad aparece por primera vez en 1968 en la segunda edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-II, por sus iniciales en inglés) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA; Bados, 2015; Del Barrio, 2009). Para 1980, en la tercera edición del DSM, la neurosis de ansiedad se separa en trastorno de pánico y trastorno de ansiedad generalizada (Bados, 2015).

En la más reciente versión, el DSM-5 (2013), los trastornos de ansiedad se han subclasificado como: trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, Trastorno de Ansiedad Social (TAS), Trastorno de Ansiedad Generalizada

(TAG), trastorno de angustia y agorafobia. Estos comparten ciertas manifestaciones clínicas, sin embargo, existen características clínicas específicas que los diferencian (APA, 2013). En esta última versión se agregan el trastorno de ansiedad por separación y el mutismo selectivo, mismos que en versiones anteriores pertenecían a los trastornos del desarrollo.

La evolución de la clasificación diagnóstica de los trastornos de ansiedad ha generado más información sobre los síntomas que en general se comparten entre las subcategorías. Ahora se sabe que la ansiedad se puede evaluar a través de sus manifestaciones conductuales, fisiológicas, afectivas y cognitivas (Díaz-Kuak & De la Iglesia, 2019b).

Dentro de las manifestaciones conductuales es posible que los individuos eviten ciertas situaciones, por ejemplo, el salir de casa, el contacto con otras personas, hablar en público o con extraños, estar solos o lejos de casa, usar el transporte público, hacer las compras, comer o beber frente a otros, por mencionar algunas. En el área fisiológica, la tasa de activación del sistema nervioso autónomo incrementa ocasionando dolores musculares, taquicardia, náuseas, sensación de sofocamiento y/o adormecimiento, temblor de manos, aumento de tono muscular, suspiros, sudoración, entre otros. En el área afectiva, frecuentemente se encuentra el sentimiento de miedo, aprehensión, preocupación y en algunas ocasiones, enojo. Las manifestaciones cognitivas suelen ser el presentimiento de peligro inminente, una sensación de irrealidad o miedo a perder la cabeza, pensamientos como morir, no poder escapar de algún lugar o no recibir ayuda, que los otros se burlen, que algo malo va a ocurrir a los individuos que experimentan la ansiedad o a sus familiares cercanos; e incluso tener problemas de concentración (APA, 2013; Bojorquez de la Torre, 2015; Egoavil-Santana, 2016; Morrison, 2015; Tortella-Feliu, 2014).

En términos funcionales, la ansiedad pretende generar el movimiento de la persona ante situaciones percibidas como una amenaza, lo que permite eludir un riesgo, neutralizarlo, aceptarlo o enfrentarlo de la forma más conveniente (Crocq, 2015; Ramírez-Osorio & Hernández-Mendoza, 2012).

En otras palabras, la ansiedad es una experiencia común o natural que permite al ser humano y a la mayoría de los animales mantenerse alerta ante los factores socioambientales que de manera cotidiana viven, lo cual es benéfico y permite que el

individuo se adapte a su ambiente. Sin embargo, cuando esos factores son intensos y prolongados, pueden desencadenar en las personas trastornos de ansiedad, que impactan negativamente en la salud mental.

Perspectiva transdiagnóstica de la ansiedad

Dentro del campo de la psicología clínica, una de las primeras teorías con un enfoque transdiagnóstico (aproximación científica convergente e integradora basada en un enfoque dimensional) en formalizarse fue la propuesta por Fairburn et al. (2003) para explicar cómo se mantienen los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en los pacientes. Ellos basaron su teoría en el hecho de que existen ciertas características clínicas y procesos psicopatológicos genéricos que distinguen a los pacientes con TCA. En otras palabras, los autores proponen que los mecanismos psicopatológicos nucleares que mantienen los TCA (como lo son la sobrevaloración de la comida o el peso corporal, conductas compensatorias o restrictivas) en algunos pacientes, tienen de alguna manera relación con uno de los cuatro procesos genéricos, los cuales son: 1) el perfeccionismo clínico, 2) la baja autoestima, 3) la intolerancia emocional, y 4) las dificultades interpersonales (Fairburn et al., 2003; Sandín et al., 2012), que a su vez, suelen ser un obstáculo para el cambio terapéutico.

Este momento de formalización a la teoría de Fairburn et al. (2003), no fue un evento aislado dentro de la psicología clínica, es, de hecho, un evento que forma parte de todo un proceso científico evolutivo, con un antes y un después.

Algunas de las principales e importantes aportaciones al desarrollo de procesos científicos dentro de la psicología, son las teorías del aprendizaje basadas en los principios del condicionamiento clásico y operante, aplicadas por Skinner y más tarde por Wolpe (Sandín et al., 2012) para explicar la conducta anormal de los individuos. Estas teorías se producen en la ahora conocida primera generación de terapias conductuales, una época de limitada especificidad del diagnóstico clínico, es decir, un periodo de tiempo donde las categorías diagnósticas eran poco conocidas, lo que permitía centrarse en procesos como el reforzamiento o la extinción para tratar muchos de los problemas mentales de la época.

Más tarde, alrededor de la década de 1960, Albert Ellis da comienzo a la segunda generación de la Terapia de Conducta con su propuesta cognitivo-conductual, a la que, después de varios ajustes en su nombre, denominó Terapia Racional Emotiva Conductual

(TREC). Tuvo como objetivo la modificación de los núcleos cognitivos disfuncionales o ideas irracionales que subyacen a las perturbaciones psicológicas (Ruiz-Fernández et al., 2012). Para Ellis en la TREC, el cambio terapéutico se da en conjunto a partir del cambio en las creencias irracionales, la atención a las emociones, la conducta de la persona y las técnicas conductuales que ya formaban parte de los procedimientos de intervención.

En este breve recorrido evolutivo de la segunda generación hacia la perspectiva transdiagnóstica, también se encuentra la aportación de Beck y Emery con su Teoría Cognitiva (Sandín et al., 2012) que inicialmente fue elaborada para tratar los trastornos de depresión, y que más tarde fue aplicada para los trastornos de ansiedad. Esto hizo que la Teoría Cognitiva fuera mayormente conocida por abordar los problemas de ansiedad desde el modelo teórico de que algunos pensamientos provocados por una situación particular son los que mantienen las emociones problemáticas, en este caso, del sentimiento de ansiedad (Clark & Beck, 2012).

Estas importantes aportaciones, que llevaron a la formalización de la teoría transdiagnóstica de Fairburn et al. (2003), y con esta, a colocar los cimientos de la tercera generación de TCC. También guiaron el surgimiento de otras propuestas de tratamientos, tal es el caso del Protocolo Unificado para los Trastornos Emocionales que se comenzó a desarrollar por Barlow y su equipo en el 2004 (Barlow et al., 2004). El objetivo de este Protocolo Unificado es ayudar a los pacientes en el reconocimiento y comprensión de sus emociones para que puedan responder a ellas con mayor adaptación, es decir, que los pacientes puedan ser tolerantes a sus emociones sin la necesidad de evitarlas ni reaccionar en automático a sus impulsos, de tal manera que, la intensidad y la frecuencia de las emociones desagradables disminuye al cambiar la respuesta desadaptada (Barlow et al., 2004; Facio et al., 2019).

Los argumentos que condujeron a las propuestas transdiagnósticas giran alrededor de un problema particular relacionado con el diagnóstico psicopatológico: la comorbilidad (González-Pando et al., 2018; Sandín, 2014; Sandín et al., 2012). El enfoque centrado en los trastornos específicos ha generado un aumento de comorbilidad entre los problemas mentales, lo que indica la norma entre la ocurrencia de trastornos comórbidos más que la excepción (Sandín et al., 2012). Este problema parece indicar que existen algunos grupos de trastornos que comparten ciertos patrones clínicos, lo que suele aumentar las tasas de comorbilidad entre ellos de manera selectiva (Sandín, 2014). Por ejemplo, la comorbilidad

que existe entre los trastornos de ansiedad y los trastornos de depresión (González-Pando et al., 2018) o el TCA con el trastorno obsesivo-compulsivo (Fairburn et al., 2003).

Así pues, el enfoque transdiagnóstico se define como una terapia reservada para las personas que presentan múltiples diagnósticos, del que su tratamiento no necesariamente se basa en el conocimiento de esos diagnósticos para decir que es efectivo (Mansell et al., 2009). La característica sobresaliente del enfoque transdiagnóstico es su foco de atención en los procesos cognitivos, conductuales y fisiológicos que son comunes por los grupos de trastornos mentales, por ejemplo, los trastornos emocionales (Sandín, 2014). Este enfoque, visto desde la psicopatología, ayuda a entender los trastornos mentales sobre la base de ese grupo de procesos cognitivos y conductuales etiopatogénicos que son los causantes y/o que mantienen a esos grupos selectivos de trastornos mentales (Sandín et al., 2012).

Mansell et al. (2009) resumen los puntos principales del enfoque transdiagnóstico en cuatro características: 1) los procesos de mantenimiento clave a los que apuntar en la TCC se comparten entre los trastornos, 2) no siempre es necesaria una evaluación diagnóstica para ofrecer un TCC eficaz, 3) los desarrollos futuros en la TCC se beneficiarán de las teorías que conceptualizan los procesos compartidos entre los trastornos, y 4) es un enfoque convergente, integrador y parsimonioso. Sin embargo, Sandín et al. (2012) refieren que, aunque este enfoque tiene como base una perspectiva dimensional, supone asumir que existe un sistema de diagnóstico.

Además de las características principales del enfoque transdiagnóstico, González-Pando et al. (2018) refieren las dimensiones que en los últimos años han integrado dicho enfoque, éstas se encuentran relacionadas a los síntomas, características personales, creencias y valores, estrategias de control y afrontamiento, emociones, entre otras. Por mencionar algunas de las dimensiones más compartidas entre los problemas mentales, se tienen: la evitación experiencial, la sensibilidad a la ansiedad, la intolerancia a la incertidumbre, el síndrome de afecto negativo, el perfeccionismo, la rumiación, el control de la ira y las intrusiones mentales.

Entonces, desde el punto de vista transdiagnóstico, la ansiedad puede ser una condición que ponga en riesgo la salud mental y que puede estar siendo mantenida por conductas que corresponden a la dimensión de evitación experiencial (Hayes, 2004). Es decir, una persona con agorafobia no tiene problema con el lugar/espacio por acudir, el problema es

con experimentar las reacciones privadas (recuerdos, pensamientos, generalmente desagradables) que han sido condicionadas en su historia de vida. Lo mismo sucede a una persona con ideas obsesivas, quien puede lavar o limpiar a lo largo del día no por la suciedad o los gérmenes, sino por evitar la experiencia de hacer frente a los pensamientos, sentimientos o sensaciones relacionadas a ello (Páez-Blarrina, 2012).

Para terminar, la evitación experiencial hace referencia a la conducta de evitar ciertos eventos privados que son desagradables (recuerdos, pensamientos, sentimientos, impulsos, emociones) para la persona que los experimenta, lo que se traduce en la poca disposición de las personas por vivir la experiencia presente y actuar en función de sus propios valores (González-Pando et al., 2018; Hayes, 2004; Wilson & Luciano-Soriano, 2002). Esta dimensión, forma parte central de la Terapia de Aceptación y Compromiso, la cual, se aborda en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 2

REFENTES TEÓRICOS DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

A mediados de la década de 1980, en lo que se conoce como la tercera ola o generación de las terapias conductuales, Steven Hayes da origen a la terapia de aceptación y compromiso. Un momento de crítica y reflexión a los propósitos de la terapia de conducta. Pues esta última comenzó con los compromisos de, uno, producir un análisis de los problemas de salud mental desde la base científica y un tratamiento centrado en los procesos psicológicos básicos, y dos, desarrollar intervenciones bien especificadas y validadas empíricamente para dichos problemas (Hayes et al., 2006).

Sin embargo, al pasar de los años y con el desarrollo de las intervenciones cognitivo-conductuales, surgen inquietudes sobre su eficacia tanto en el diagnóstico como en el tratamiento. Si bien, los tratamientos cognitivo-conductuales han demostrado éxito en su aplicación, en gran medida la insatisfacción surge del uso de los diagnósticos y sus innumerables clasificaciones (González-Pando et al., 2018).

Este descontento, además de aumentar la comorbilidad entre trastornos, propicia el desarrollo de un tratamiento centrado más en los síndromes y subsíndromes descritos topográficamente (Hayes, 2008; Hayes et al., 2006), que en un enfoque de dimensiones o transdiagnóstico que se comparte entre los problemas de salud mental (Páez-Blarrina & Montesinos-Marín, 2016; Sandín et al., 2012).

Al mismo tiempo, los teóricos contextuales rechazan los supuestos de que la tarea clínica más importante en el caso de las terapias de conducta tradicionales era, justo, la modificación directa de esta y las emociones a partir de las contingencias asociativas, y segundo, rechazan el supuesto de las TCC que planteaba la necesidad de cambiar los pensamientos y sentimientos para cambiar el comportamiento (Hayes, 2008).

De esta oposición, surge ACT, cuyas raíces parten de la filosofía pragmática del contextualismo funcional (Hayes, 2008; Hayes et al., 2006). Desde este enfoque, los eventos psicológicos, como las conductas emitidas por el individuo, incluyendo los pensamientos, sentimientos, recuerdos, sensaciones, impulsos (Páez-Blarrina & Montesinos-Marín, 2016) son percibidos como acciones en curso de todo el organismo

que interactúa dentro de un contexto que ha sido definido histórica y situacionalmente. ACT ve la importancia de los pensamientos, los sentimientos y el comportamiento desde este enfoque contextual funcional, como un vínculo que existe entre los eventos privados y la acción abierta.

La ciencia comportamental contextual tiene como objetivo predecir e influir en los eventos psicológicos con precisión (parsimonia de conceptos), alcance (conceptos aplicables a diferentes fenómenos) y profundidad (conceptos aplicables a otros niveles de análisis; Olaz & Polk, 2021). Hayes (2004) define el enfoque de la tercera generación (enfoque contextual) de la siguiente manera:

Basada en un enfoque empírico centrado en principios, la tercera ola de terapia conductual y cognitiva es particularmente sensible al contexto y las funciones de los fenómenos psicológicos, no solo a su forma, por lo tanto, tiende a enfatizar estrategias de cambio contextuales y experienciales además de otras más directas y didácticas. Estos tratamientos tienden a buscar la construcción de repertorios amplios, flexibles y efectivos en lugar de un enfoque eliminatorio para problemas definidos de manera limitada, y a enfatizar la relevancia de los temas que examinan tanto para los médicos como para los clientes (p. 658).

Las terapias contextuales se conforman principalmente por la Terapia Dialectico Conductual (DBT, por sus siglas en inglés; Linehan, 1993), la Psicoterapia Analítico Funcional (FAP; Kohlenberg & Tsai, 1991), la Terapia Integrativa Conductual en Parejas (IBCT; Jacobson & Christensen, 1996), la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT; Segal et al., 2002), y por supuesto, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, por sus siglas en inglés; Hayes, 2004).

Estas terapias tienen como propósito cambiar la función de los eventos psicológicos y la relación del individuo con ellos a través de estrategias como la atención plena, la aceptación, la defusión cognitiva, la flexibilidad psicológica, entre otras (Hayes, 2004; Hayes et al., 2006). Y aunque hacen referencia a los diagnósticos como problema de salud mental, no necesariamente los utilizan como determinantes de un tratamiento. De hecho, el patrón de respuesta que caracteriza a diferentes topografías ha sido denominado por ACT como Trastorno de Evitación Experiencial (TEE) o Evitación Experiencial Destructiva (EED; Hayes et al., 1996; Luciano & Hayes, 2001), y la técnica

que ayuda a identificar la relación entre los eventos privados y la acción abierta es el análisis funcional de la conducta (Froxán-Parga, 2020).

ACT, nace después de años de investigación, como un modelo de psicoterapia experiencial conductual y cognitiva que se basa principalmente en la Teoría del Marco Relacional (en inglés Relational Frame Theory [RFT]; Hayes et al., 2001) del lenguaje y la cognición humana. ACT es parte de la tradición de las terapias cognitivo-conductuales, aunque pertenece a una tercera generación. Su objetivo es aliviar el sufrimiento y ayudar en la búsqueda de una vida valiosa, que se logra a través del *aprender a soltar* experiencias desagradables, del dejar de luchar contra lo innecesario y del compromiso para crear una vida con significado valioso (O'Connell, 2018). De esta manera, se busca aumentar la capacidad de acción consiente de las personas, o lo que es la Flexibilidad Psicológica (FP; Harris, 2021; Hayes, 2004; Hayes et al., 2006).

ACT sigue siendo parte de las tradiciones clínica empírica, conductual y cognitivo-conductual. Porque agrega a sus principios la importancia de la emoción, la compasión, los valores, la espiritualidad. Además, enfatiza la cognición, la experiencia y su relación. Y al mismo tiempo, sus teorías subyacentes son explícitamente conductuales, ofreciendo un tratamiento probado y ajustado, con principios generales para el uso flexible de la tecnología con clientes individuales (Hayes en prologo, Wilson & Luciano-Soriano, 2002).

Teoría de los Marcos Relacionales

El lenguaje es una de las formas más directas de compartir y enseñar experiencias. Los seres humanos han evolucionado a través del tiempo gracias a su uso. En este sentido, el lenguaje y la cognición son elementos indispensables en el desarrollo de las personas; su historia de vida y su comportamiento se ha moldeado con ellos dentro del ambiente que les rodea. El lenguaje permite la transformación de la experiencia directa con las cosas, la realidad puede mezclarse con la imaginación, un recuerdo doloroso del pasado puede hacerse presente, o la contraparte, anticipar los hechos futuros podrían generar angustia (Páez-Blarrina & Montesinos-Marín, 2016). Sin embargo, el lenguaje también promueve los planes de vida, proyectos, ideales, ayuda en la construcción de un entorno y en la solución de los problemas cotidianos.

Olaz y Polk (2021) desde la RFT, definen el lenguaje como “una habilidad que permite a los humanos hablar y pensar acerca de eventos que no están presentes, prever

resultados posibles, comparar y evaluar situaciones” (p. 56). Por esta razón, una vez adquirido el lenguaje, se produce una alteración en la forma en que las personas responden a los eventos del mundo. Lo que la persona dice y escucha va moldeando su forma de actuar en la vida.

La RFT es un conjunto de principios que proveen una explicación conductual empíricamente apropiada del lenguaje y la cognición humana (Hayes, 2008, 2004). De esta manera, la idea fundamental de la RFT es que la conducta humana está dirigida, mayormente, por redes de relaciones mutuas denominadas marcos relacionales (Hayes & Smith, 2013).

El desarrollo de esta teoría ha permitido conocer las condiciones en las que el lenguaje construye el significado de las cosas, cómo se establecen y alteran las funciones psicológicas, la relación entre conductas y consecuencia a partir de instrucciones y, cómo ocurre la generación de reglas o autorreglas que influyen en la conducta, creando repertorios comportamentales más o menos flexibles. Además, ha permitido entender cómo estos procesos forman parte de los mayores logros humanos, pero también del sufrimiento y de los problemas psicológicos (Villatte et al., 2016; Wilson et al., 2001).

La RFT integra en su proceso el efecto de las contingencias en el comportamiento, con el análisis de la influencia que tienen el lenguaje y la cognición en el aprendizaje relacional. Para la RFT el lenguaje es el proceso por el cual se aprende a relacionar eventos y objetos a través de símbolos o claves sociales que se han establecido. En esta, el lenguaje es una respuesta operante que consiste en aprender, por medio de ensayos, a relacionar condicionalmente los eventos hasta lograr la abstracción de la clave social/contextual que va a determinar la relación mutua (Hayes et al., 2001).

Las personas aprenden a relacionar estímulos diferentes entre sí, dejando de lado sus relaciones reales y/o sus características formales (aquellas que se pueden ver, saborear, oír, oler, o tocar), de esta manera es posible producir una respuesta derivada, es decir, la reacción de un estímulo en términos de otro, que se ha generado de la relación arbitraria entre ellos (Foody et al., 2014; Hayes, 2004; Hayes et al., 2006; Olaz & Polk, 2021; Páez-Blarrina & Montesinos-Marín, 2016). Por ejemplo, si se dice que Ana es mayor que Beto, se estará generando una relación arbitraria entre ellos que depende de la edad de cada uno, Ana tiene más años. Pero si se dice que Ana es mayor que Beto, y Beto mayor que Carla, se estaría creando una relación derivada, esto es, creando una relación entre

estímulos sin que éstas relaciones se hayan entrenado antes. La RFT permite explicar esta habilidad del ser humano para relacionar estímulos de múltiples formas, aunque estas no formen parte de la historia de reforzamiento o entrenamiento directo de las personas (Olaz & Polk, 2021).

Las respuestas que provienen de relaciones arbitrarias son consideradas una operante generalizada o funcional, esto es, un esquema o patrón general de comportamientos que se define por su función (Olaz & Polk, 2021). Dentro de la RFT, estas relaciones arbitrarias tienen tres propiedades básicas: implicación mutua, implicación combinatoria y transformación de funciones (Biglan et al., 2008; Hayes, 2004; Hayes et al., 2006; Olaz & Polk, 2021; Páez-Blarrina & Montesinos-Marín, 2016). Primera propiedad, la implicación mutua hace referencia a la relación específica entre dos estímulos que en consecuencia derivan en una relación recíproca. En el ejemplo, si Ana es mayor que Beto (relación específica), entonces Beto es menor que Ana (relación recíproca), se está formando una relación mutua.

Segunda propiedad, la implicación combinatoria hace referencia a las relaciones derivadas que se dan a partir de la combinación de dos o más relaciones de estímulos, sin que exista un vínculo entre ellos, al contrario, su relación parte de otras relaciones que se han combinado para formar una nueva red. En el ejemplo, ya que Ana es mayor que Beto y Beto mayor que Carla, se está derivando una nueva relación como resultado de la combinación de éstas dos relaciones, donde Ana es mayor que Carla.

Tercera propiedad, la transformación de funciones de los estímulos que son parte de una relación. Esta última característica hace referencia a los eventos que cumplen una función sobre el organismo como resultado de su propia influencia en la conducta. Esto es, los eventos pueden ejecutar funciones perceptivas, discriminativas, motivacionales, emocionales, apetitivas o aversivas, dependiendo de la propia historia de interacción de la persona con los estímulos y con el contexto o ambiente en el que se interactúa. En el ejemplo, Ana, Beto y Carla son infantes, una vez que se conoce que Ana es la mayor y Carla la menor, una persona adulta podría actuar con mayor responsabilidad y cuidado sobre Carla, por ser la menor de los infantes.

Las respuestas relacionales arbitrarias están controladas por el ambiente de la persona, a esto se le conoce como el *acto en contexto* y forma parte de la unidad básica de estudio de un comportamiento (Olaz & Polk, 2021). Esta acción del contexto refiere que una

conducta ha de ocurrir siempre relacionada a un evento previo y una consecuencia. Existen dos claves dentro del lenguaje que promueven el análisis de la conducta: la clave relacional (Crel) y la clave funcional (Cfunc; Foody et al., 2014; Olaz & Polk, 2021; Páez-Blarrina & Montesinos-Marín, 2016).

La Crel es de carácter arbitrario y puede aplicarse a múltiples eventos según su tipo. Existen de coordinación (como: “lo mismo que”, “semejante a” o “como”), temporales y causales (incluyen: “antes” y “después”, “si/entonces”, “causa de”, “padre de” y similares), comparativos y evaluativos (como: “mejor que”, “mayor que”, “más rápido que”, “más bonito que” y otros por el estilo), deícticos (se refieren a la perspectiva del hablante, como: “yo/tú”, “aquí/allí” o “ahora/entonces”) y espaciales (como: “cerca/lejos”; Hayes & Smith, 2013; Olaz & Polk, 2021).

Las Cfunc o del contexto, son aquellas que darán la información al organismo sobre el tipo de función a transformar según la relación que se ha establecido, es decir, llevarán al individuo a actuar según el estímulo que se le presente. En este sentido, la implicación mutua y combinatoria están controladas por las Crel, y la transformación de funciones se genera por el control contextual de las Cfunc, una vez que estas se han añadido a las respuestas relacionales arbitrarias y al repertorio conductual de la persona (Olaz & Polk, 2021).

Las Crel y Cfunc actúan en conjunto con las propiedades de las relaciones arbitrarias. Por ejemplo, se puede decir que *María es mejor que Julia bailando salsa*. Las palabras *es mejor que* funcionan como un Crel dentro de un marco de comparación, y las palabras *bailando salsa* como una Cfunc, que permite establecer las características del evento en relación que serán transformadas.

La RFT es mucho más compleja de lo que se explica en el presente texto, sin embargo, los aspectos esenciales de esta teoría permiten conocer y entender los fundamentos de ACT y RFT, para con ello, generar una práctica lo más adecuada posible a los problemas psicológicos que se plantean en la actualidad. Con esto último, Hayes et al. (2006) refieren que la RFT está implicada en tres procesos relacionados al lenguaje humano que contribuyen a la psicopatología: 1) la cognición humana es un tipo específico de comportamiento, generalmente encubierto, que se ha aprendido, es decir, las relaciones establecidas por la historia personal determina en gran medida el comportamiento; 2) la cognición altera los efectos de otros procesos conductuales, esto es, se crea una fusión

cognitiva entre los eventos privados y la conducta; y 3) las relaciones y las funciones cognitivas están reguladas por diferentes características contextuales de una situación, este proceso es también conocido como evitación experiencial, y se aborda en el siguiente apartado.

Flexibilidad Psicológica dentro de ACT y RFT

En el apartado anterior se describió la RFT y se explicó cómo puede surgir una relación entre el lenguaje y la cognición con el comportamiento en los seres humanos a partir de la asociación de estímulos verbales. Estas relaciones arbitrarias, producidas por el lenguaje, son muchas veces las causantes de una conducta rígida e inflexible, controlada principalmente por reglas e instrucciones que la propia persona ha adoptado a lo largo de su vida. Sin embargo, no es posible ni es sano vivir sin el lenguaje, y sin sus relaciones. Lo posible es utilizar el lenguaje y el pensamiento bajo un control contextual, a partir de un lenguaje lógico y una experiencia más efectiva.

Con relación a lo anterior, la FP hace referencia a la habilidad de entrar en contacto con el momento presente más plenamente como un ser humano consciente, y para cambiar o persistir en el comportamiento cuando hacerlo sirve para fines valiosos (Biglan et al., 2008; Hayes et al., 2005), es a través de la FP que se puede lograr esta experiencia efectiva, relacionada al contexto. La contraparte de la FP es la Inflexibilidad Psicológica, más conocida con el concepto de evitación experiencial, que justo, señala el fenómeno contrario, es decir, la falta de disposición que una persona tiene para hacer frente a las experiencias privadas, al intento de alterar la forma o la frecuencia de dichos eventos que, por tanto, alteran el contexto que los ocasiona (Hayes, 2004; Patrón-Espinosa, 2010).

Flexibilidad Psicológica desde la RFT

Según sostiene la RFT, los humanos aprenden a relacionar estímulos de manera arbitraria durante el desarrollo temprano y natural de las habilidades del lenguaje, lo que eventualmente se convierte en una respuesta operante generalizada (Törneke et al., 2008). Estas habilidades verbales se han clasificado en dos tipos: 1) el seguimiento de instrucciones o reglas, y 2) la interacción de éstas con el propio comportamiento (Olaz & Polk, 2021; Törneke et al., 2016).

La primera vez que se utilizó el concepto de comportamiento gobernado por reglas o control instruccional fue en 1966 por Skinner (Törneke et al., 2008), desde entonces, este concepto se ha utilizado con la intención de que los analistas puedan explicar las complejidades de la conducta humana. Una regla o instrucción funciona en algunos casos como antecedente, seguirla, afecta el comportamiento sin la aparente intervención de contingencias moldeadoras. Cuando las personas interactúan con estímulos verbales como las reglas o instrucciones, se dice que actúan con un propósito, y éste, a su vez, se relaciona con experimentar una consecuencia específica (Törneke et al., 2016).

Reyes Ortega y Kanter (2017) definen una regla o instrucción como una enunciación verbal que forma relaciones específicas entre conductas y consecuencias; se establece una conducta (qué hacer), en un contexto particular (antecedente), para lograr un propósito (consecuencia). Por ejemplo, en la instrucción: “prepara una guía de estudio una semana antes del examen y repásala diario, para que obtengas una buena calificación”, se establece una conducta específica (prepara una guía de estudio una semana antes del examen y repásala diario), en un contexto implícito (escuela) y una consecuencia (obtener una mejor calificación).

La RFT argumenta que las reglas pueden ser útiles porque tienen la capacidad de transformar las funciones que resultan del contacto con los elementos que se incluyen en ellas, esto permite regular el comportamiento del individuo sin la necesidad de que haya experimentado directamente las funciones de estos, simplemente la fórmula ha de representar algo funcional dentro de su repertorio (Törneke et al., 2008). Olaz y Polk (2021) señalan que, en muchas ocasiones las reglas o alguna de sus partes no son explícitas y, por lo tanto, el seguimiento de reglas se puede inferir a partir de patrones de comportamiento, donde si es posible hacer un seguimiento explícito.

Törneke et al. (2008), definieron tres tipos de conductas gobernadas por reglas, que suelen diferenciarse según la historia de contingencias de reforzamiento de cada una de las personas. Estos son, los seguimientos *pliance*, *tracking* y *augmenting*. El primer tipo, seguimiento *pliance*, implica la coordinación entre la conducta de una persona y la conducta que prescribe la regla, mediado por una historia de reforzamiento social. Se requiere, para este tipo de seguimiento, que la persona haga lo que indica la regla, que la sociedad compruebe que la persona hace lo que indica la regla, y que la sociedad brinde algún tipo de refuerzo (Olaz & Polk, 2021). Como ejemplo, un estudiante que sigue la regla de “obtener buenas calificaciones hace que tus padres estén orgullosos y felices de

ti", muy probablemente se esté esforzando por tener buenas calificaciones y, aunque sus padres no le exijan ello, el estudiante igual les muestra sus calificaciones y ellos las aprueban. Sin embargo, el no tener una buena calificación hace que el estudiante se sienta mal, por lo que prefiere seguir la regla.

Segundo tipo, el seguimiento *tracking*, parte de la coordinación entre las consecuencias que la regla plantea y las consecuencias que la persona obtiene de forma natural por su acción (Olaz & Polk, 2021; Törneke et al., 2008). En el ejemplo anterior, el estudiante se esfuerza en obtener buenas calificaciones porque, en efecto, sus padres se sienten orgullosos y felices por ello. Aquí, se observa que la conducta es la misma (el esfuerzo en obtener buenas calificaciones), aunque seguir la regla es funcionalmente diferente.

El tercer tipo de seguimiento funciona en coordinación con los seguimientos *pliance* y *tracking*. El seguimiento *augmenting*, permite identificar en qué nivel la consecuencia que se especifica en la regla puede funcionar como un reforzador o como castigo, y así, alterar el valor de la consecuencia de la regla seguida (Olaz & Polk, 2021; Törneke et al., 2008). Por ejemplo, que el estudiante obtenga o no buenas calificaciones va a depender de que las consecuencias de seguir la regla sean importantes para él. Si para el estudiante es importante que sus padres estén orgullosos y felices por sus buenas calificaciones, esto va a aumentar (*augmenting*) el valor apetitivo de tales conductas.

Cabe señalar que, desde la RFT se identifican cuatro razones por las que una persona no ha de seguir las reglas. Estás son: 1) la respuesta que describe la regla puede no ser parte del repertorio de la persona, 2) la regla puede ser dada por alguien con poca credibilidad desde la perspectiva del oyente, 3) es probable que el refuerzo no se otorgue para el seguimiento de la regla, y 4) si la red relacional de la regla es contradictoria o incoherente respecto a la historia del oyente (Törneke et al., 2008).

El lenguaje, al desarrollarse de manera natural, va creando una interacción con el comportamiento en cada persona. Una vez que las personas adquieren conciencia verbal sobre sí mismas, son capaces de interpretar, explicar y evaluar el propio comportamiento (Olaz & Polk, 2021). Así, las personas viven en un contexto verbal y van respondiendo a él a partir de las historias y reglas que ellas mismas elaboran.

Los seres humanos, cuando han integrado a su repertorio verbal ciertas reglas y señales contextuales, son capaces de actuar con un propósito, de forma que, al construir nuevas reglas con nuevos comportamientos, pueden hacer cosas que nunca habían hecho y con

consecuencias que no habían alcanzado antes, creando clases de respuestas tanto flexibles como inflexibles (Törneke et al., 2016). Una manera particular de interactuar con el propio comportamiento surge a partir del seguimiento de *autorreglas*, estas son reglas que van dirigidas a la propia persona y que influyen en sus propias acciones (Törneke et al., 2017).

Las autorreglas pueden ser sencillas o complejas, algunas pueden ser elaboradas y explícitas y otras pueden ser automáticas y sutiles. Según el propósito de la conducta, pueden ser reglas que promuevan la adaptación de la persona, o que generen un seguimiento problemático donde persista un curso de acción inefectivo (Olaz & Polk, 2021).

En el desarrollo temprano de una persona, se establecen relaciones de coordinación entre “Yo” y “Mi”, y relaciones de oposición entre “Yo” y “Tú” u “Otros” (Törneke et al., 2016). Para la RFT, el Yo es un comportamiento o acción verbal (*selfing*) complejo y dinámico enmarcado en una red de relaciones, donde se destacan los marcos deícticos (espaciales, personales y temporales). Una persona con la capacidad de establecer relaciones deícticas podrá desarrollar una perspectiva de “Yo, Aquí y Ahora” que podrá diferenciar del “Otro, Allá, Entonces” (Olaz & Polk, 2021).

La forma en la que el Yo se constituye es a través de un proceso de aprendizaje de auto discriminaciones, que involucra la capacidad verbal de notar, describir y relacionar el propio comportamiento con otros comportamientos (también propios) y regular las propias acciones de manera simbólica (Atkins, 2013). Si las personas son capaces de discriminar sus propios eventos internos y externos, se estarán incluyendo relaciones de coordinación y oposición que permitirán un Yo flexible que, a su vez, dará paso a respuestas nuevas y diferentes sobre la propia forma de responder, enmarcando jerárquicamente el comportamiento en torno a un Yo deíctico (Olaz & Polk, 2021).

Entonces, la FP desde la RFT se convierte en una especial forma de interacción entre la persona y su comportamiento, donde se estará haciendo uso de un repertorio verbal generalizado con el cual la persona ha enmarcado su propia conducta en jerarquía con un Yo deíctico, que ayudará a reducir las funciones discriminativas aversivas de esas conductas y promoverá un comportamiento regulado por reglas que especifican augmentals, asociados a valores que transforman las acciones vinculadas a ellas en reforzadores intrínsecos (Gil-Luciano et al., 2017; Olaz & Polk, 2021).

Flexibilidad Psicológica desde ACT

En ACT, la FP es el proceso final al cual se pretende llegar en una intervención terapéutica. Desarrollar esta habilidad permite que la persona aprenda a observar sus reacciones públicas (acciones o conductas) y sus reacciones privadas (pensamientos, sentimientos, recuerdos, emociones e impulsos), diferenciarse de ellas y tener la capacidad de elegir cómo responder a tales reacciones, teniendo presente lo que es importante o valioso para sí, y si dicha acción les acerca o les aleja de sus valores (Páez-Blarrina & Montesinos-Marín, 2016).

En la intervención psicológica, ACT buscará contingencias directas y procesos verbales indirectos con la finalidad de influir en el establecimiento experiencial de una mayor FP a través de seis procesos psicológicos: la aceptación, la defusión cognitiva, un sentido del Yo dentro de un contexto, la acción comprometida ligada a los valores y el contacto con el momento presente. Por tanto, en este contexto terapéutico, el enfoque en ACT puede definirse a partir de estos seis procesos psicológicos normales que se encuentran alrededor de la FP como un concepto central. El *Hexaflex* es el modelo más conocido que ha explicado la relación de estos seis procesos (ver Figura 1; Biglan et al., 2008; Hayes, 2008; Hayes et al., 2005, 2006, 2012; Zhang et al., 2018).

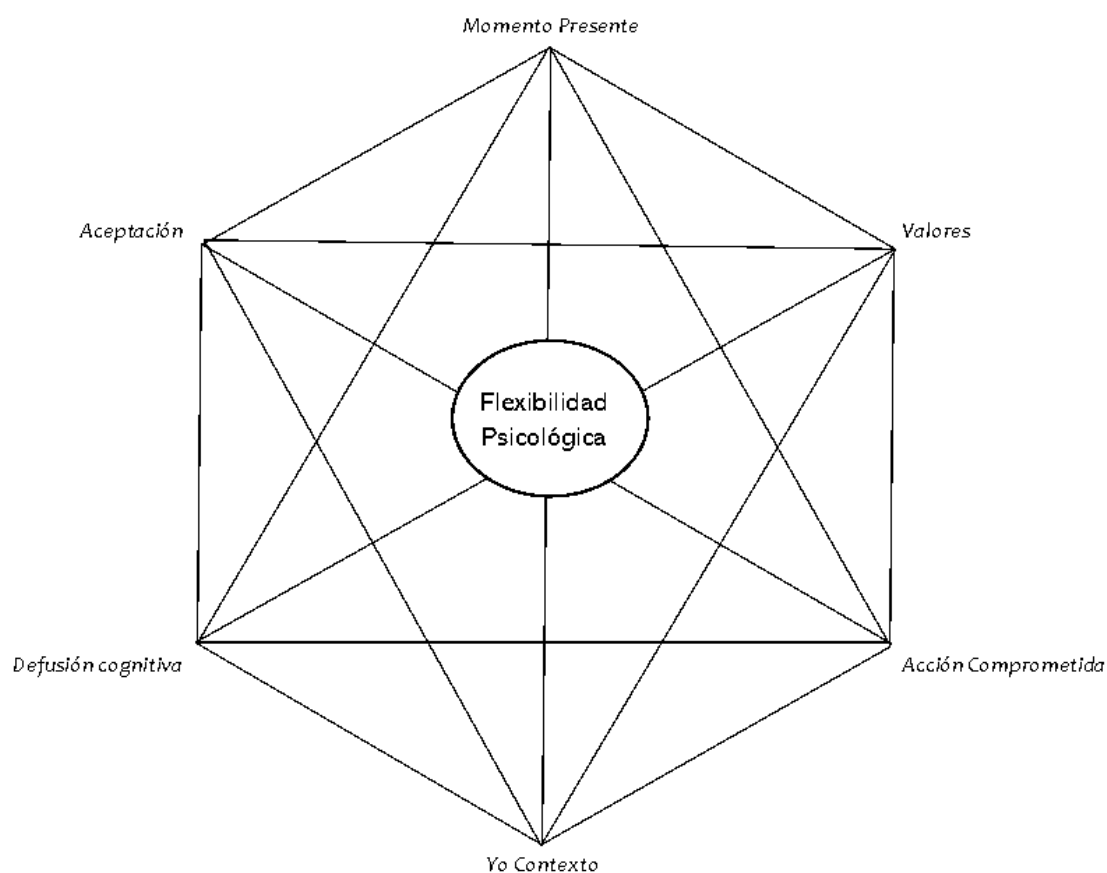
Aceptación. Este proceso, se enseña como alternativa a la evitación experiencial. El objetivo es aumentar la libertad psicológica de la persona para responder de manera flexible a los eventos, aún en presencia de experiencias de su propia historia que limitan el repertorio. La aceptación, implica una postura de curiosidad activa, interés y exploración deliberada y consciente de experiencias privadas, sin la necesidad de intentar cambiar la frecuencia o forma en que estas ocurren. En ACT, la aceptación no es un fin en sí mismo, es más, un método para aumentar la acción basada en valores (Hayes et al., 2012).

Defusión cognitiva. Se utiliza bajo técnicas que pretenden alterar las funciones indeseables de las experiencias privadas, en particular, los pensamientos, en lugar de alterar su forma o la frecuencia en que aparecen (Biglan et al., 2008). Este proceso funciona al cambiar los contextos que sustentan el significado literal de pensamientos desagradables, es decir, se intenta cambiar la forma de interacción o relación con los pensamientos, creando contextos que debilitan la función de la experiencia privada (Biglan et al., 2008; Hayes et al., 2005). En la clínica, se pretende enseñar a los clientes a

ver los pensamientos como pensamientos, los sentimientos como sentimientos, los recuerdos como recuerdos, y las sensaciones físicas como sensaciones físicas (Hayes et al., 2005). El resultado que se desea es, la disminución en la credibilidad, el apego o el impacto de pensamientos y experiencias privadas, en lugar de un cambio inmediato en la frecuencia (Hayes et al., 2012).

Figura 1

Hexaflex en ACT.



Yo en contexto. Este concepto, hace referencia a las habilidades de perspectiva que una persona necesita para informar sobre su propio comportamiento, desde un punto de vista coherente (Zhang et al., 2018). Existen tres lugares o perspectivas desde las cuales el lenguaje humano conduce a un sentido del Yo: el Yo conceptualizado, el Yo como proceso y el Yo como observador (Biglan et al., 2008; Hayes et al., 2012). El Yo conceptualizado es la forma rígida y literal de atribuir características al yo. Este reduce la flexibilidad del comportamiento porque la persona intenta tener la razón sobre sus

autodescripciones, lo cual, puede llevar al rechazo del contenido contradictorio. El segundo, Yo como proceso, implica tener conciencia de las experiencias en curso (momento presente), lo que ayuda a orientar el comportamiento de las personas. El tercer sentido, Yo como observador, desarrolla bajo la experiencia consciente la cualidad de “Yo/Aquí/Ahora” que se diferencia del “Tú/Allá/Entonces”, denominados en RFT como relaciones deícticas (Biglan et al., 2008). El “aquí/ahora” será la perspectiva desde la que se experimentan directamente los acontecimientos, entonces, los límites no pueden ser contactados de forma consciente por la persona que experimenta este proceso, porque contactar los acontecimientos desde esta perspectiva es en sí, tener conciencia (Hayes et al., 2005). En ACT, se puede acceder a este sentido trascendente del yo, desde procesos como la defusión, la atención plena, ejercicios experienciales y metáforas, con la intención de ayudar a las personas a experimentar la sensación de que este “yo” es un lugar seguro en donde puede sentir todo lo que desea y no desea, ya que permanece inalterable (Biglan et al., 2008).

Acción comprometida. Este proceso requiere ayudar a la persona a definir objetivos en áreas específicas de su vida, con dirección hacia lo que es valioso para sí, y actuar sobre estos objetivos, siendo conscientes de los obstáculos psicológicos. Los patrones de acción comprometida se construyen y hacen más grandes al tiempo que se aumentan de forma gradual el tamaño y la amplitud de las áreas que se abordan (Hayes et al., 2005). También, se pueden construir patrones más grandes mediante objetivos intermedios alcanzables (Zhang et al., 2018). Además, se alienta a la persona a ser responsable de dichos patrones resultantes. En este proceso, la intención es construir patrones de comportamiento que comiencen a funcionar para la persona, a partir de acciones efectivas vinculadas a los valores elegidos (Hayes et al., 2005, 2012). Los protocolos de ACT requieren trabajo de terapia y tareas que estén vinculadas a objetivos de cambio de comportamiento a corto, mediano y largo plazo ajustados al área específica y apoyado en el contexto de los otros procesos de ACT (Hayes et al., 2012).

Valores. En ACT los valores son definidos como cualidades que la persona elige para motivar su acción intencional, estos solo se pueden instanciar, es decir, la persona los elige y especifica, de esta manera, ayudan como reforzadores intrínsecos del comportamiento (Hayes et al., 2005). Con este proceso, se pretende que la persona elija conscientemente actuar en direcciones valiosas, sean cuales sean los pensamientos y sentimientos que surjan durante la acción. Desde ACT se pueden encontrar valores en

áreas como relaciones íntimas, relaciones familiares, relaciones sociales, carrera o empleo, educación o crecimiento personal, recreación, espiritualidad, ciudadanía y salud o bienestar físico (Biglan et al., 2008). Los valores son diferentes de las metas, por el hecho de que un valor no es un resultado tangible, si no que representa una cualidad de acción (Zhang et al., 2018). Desde la perspectiva de ACT, los valores que se establecen definen la dirección en la cual una persona quiere moverse. Entonces, perseguir un objetivo puede facilitar una vida valiosa, aunque un valor define una forma de vida, no un fin (Biglan et al., 2008).

Momento presente. Este proceso se caracteriza porque las personas están capacitadas para observar y notar lo que está presente en su entorno y experiencia privada, y porque se ha enseñado a etiquetar y describir lo que está presente, sin juzgar ni evaluar en exceso. Estas características permiten establecer un sentido de “yo como proceso” (Hayes et al., 2005). El objetivo de este proceso es que las personas experimenten el mundo de forma más directa y así, su comportamiento es más flexible y sus acciones dirigidas a sus valores con mayor consciencia, prestando un contacto continuo sin prejuicios con los eventos psicológicos y ambientales que van ocurriendo (Biglan et al., 2008). Los ejercicios de atención plena y control de la atención se utilizan en ACT para promover el contacto enfocado, voluntario y flexible con el momento presente (Hayes et al., 2012). Si las personas logran atender de forma flexible, fluida y voluntaria a las experiencias internas y externas inmediatamente relevantes, las demandas de desempeño podrán ajustarse mejor a lo que está ocurriendo en el momento actual (Zhang et al., 2018).

El modelo del Hexaflex para la FP dentro de ACT, permite promover en las personas la habilidad de crear una vida plena y significativa, a través de la relación de sus seis procesos. Sin embargo, este modelo ha recibido algunas críticas, lo que eventualmente fomenta la imprecisión de los conceptos o términos utilizados, en especial, cuando se trata de operacionalizar para ser evaluados de manera empírica (Olaz & Polk, 2021).

Modelo ACT-Matrix

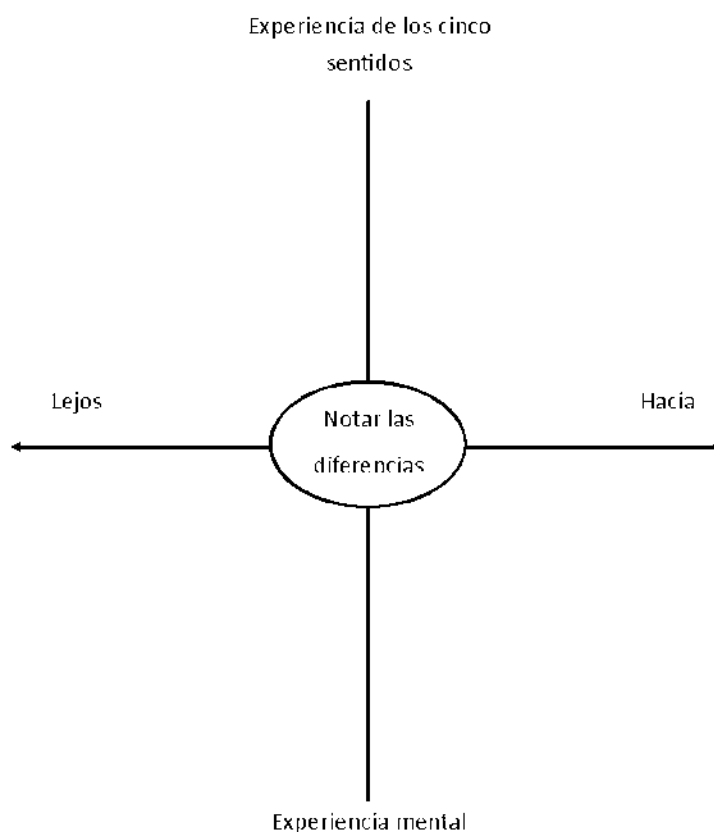
La matrix es un diagrama interactivo creado por Kevin Polk, Mark Webster y Jerold Hambright, con la finalidad de aumentar la FP de las personas, en casi cualquier contexto y en cualquier momento. Kevin Polk refiere que “las personas interactúan con el diagrama

y experimentan pensamientos, sentimientos e impulsos que preferirían no tener mientras eligen actuar hacia quién o qué es importante” (Polk & Schoendorff, 2014, p. 1). Además, agregan que la matrix se comparte entre las personas, y que esta acción de compartir ayuda a lograr un mejor entrenamiento en FP.

El diagrama de la matrix clasifica el proceso de ACT en dos tareas principales: 1) notar la diferencia entre la experiencia de los cinco sentidos o sensorial y la experiencia mental; y 2) notar la diferencia entre cómo se siente moverse hacia lo importante y cómo se siente alejarse de experiencias mentales no deseadas (Polk & Schoendorff, 2014). El diagrama de la matrix se dibuja con dos líneas (ver Figura 2), en la parte superior se encuentran las “Experiencias de los cinco sentidos”, en la parte inferior las “Experiencias mentales”, de lado derecho “Hacia”, de lado izquierdo “Lejos”, al centro donde las líneas cruzan se ubica el “notar las diferencias”.

Figura 2

Diagrama de la matrix.



Olaz y Polk (2021) describen el proceso de hacer ACT a través del diagrama matrix en tres pasos, añaden el paso previo para comenzar a entrenar la FP (ver Figura 3). El *calentamiento* (Polk & Schoendorff, 2014) que es el paso esencial para dar inicio al entrenamiento, consiste en las dos tareas principales: notar la diferencia entre las experiencias de los cinco sentidos y las mentales, y notar la diferencia entre moverse hacia las cosas importantes y alejarse de las experiencias mentales desagradables. Además, este paso previo permite ayudar al consultante a clasificar las experiencias en los diferentes cuadrantes del diagrama, notando quien o qué es importante, los obstáculos internos, las conductas de alejamiento y las conductas de aproximación. Por último, en este apartado, se evalúan las conductas de alejamiento y las de aproximación, y se invita al consultante a poner en práctica lo hasta ahora aprendido.

El primer paso del modelo ACT-matrix, se enfoca en ayudar al consultante a notar la relación que existe entre lo que hace y las consecuencias problemáticas de esto. En muchas ocasiones, las personas crean patrones de acción inefectivos que persisten hasta generar problemas psicológicos, estos se explican por la regulación verbal basada en el seguimiento de autorreglas. La EED es un ejemplo de acciones de persistencia inefectiva (Olaz & Polk, 2021).

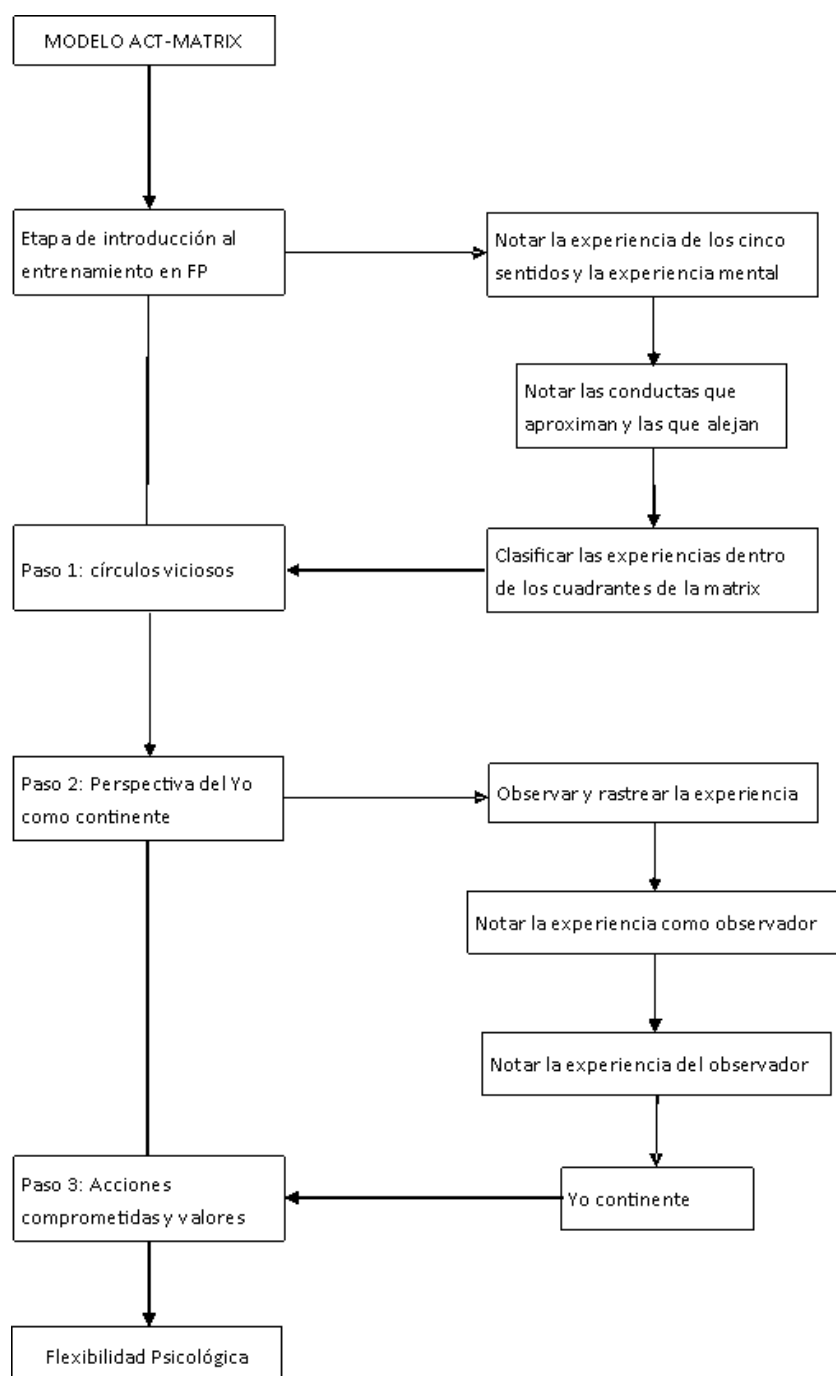
El segundo paso tiene el propósito de generar en el consultante la perspectiva de *selfing* flexible, que le ayude a aumentar su sensibilidad al contexto a través del no identificarse con sus creencias y autoimágenes. Este *selfing* flexible se desarrolla a partir del tacto puntual de las experiencias internas y de un repertorio relacional que permita al consultante adoptar una postura observacional respecto a las propias experiencias (McHugh et al., 2009).

Para Olaz y Polk (2021), esta perspectiva flexible relacionada al propio comportamiento se desarrolla con cuatro tareas principales. El objetivo de la primera tarea es que el consultante pueda observar su experiencia desde el aquí y el ahora, que pueda nombrarla y describirla, al tiempo que rastrea los eventos que anteceden y las consecuencias de la propia experiencia. El objetivo de la segunda tarea consiste en ayudar al consultante a evocar un contexto verbal en el cual pueda vincularse a su experiencia *con* perspectiva, es decir, donde el consultante pueda observar que la experiencia sucede allá-entonces y pueda relacionarse con ella posicionándose como un observador ubicado aquí-ahora. El objetivo de la tercera tarea es que el consultante pueda notar *la* perspectiva, esto es, que pueda observar la propia perspectiva de observador. Por último, el objetivo de la cuarta

tarea es promover una perspectiva del *Yo continente*, en la cual, el consultante aprende a relacionarse con su experiencia desde una posición del Yo que contiene e integra dichas experiencias.

Figura 3

Proceso del entrenamiento en FP por medio del modelo ACT-Matrix.



El tercer paso, último dentro del modelo ACT-matrix, consiste en ayudar al consultante a desarrollar un repertorio conductual basado en la aproximación hacia aquello que es importante en su vida (Olaz & Polk, 2021). En este paso, el repertorio alternativo se desarrolla a partir de *augmentals* que generan funciones apetitivas relacionadas a los valores. Si bien, la intención es que estas conductas predominen, la realidad es que el consultante aprenderá a observar su comportamiento a partir de redes relacionales con funciones tanto apetitivas como aversivas que coexisten.

Este último paso se enfoca en integrar dos de los procesos psicológicos de ACT: los valores y la acción comprometida. La definición de *valores* que se maneja en el modelo ACT-matrix, parte de los presupuestos filosóficos del CF, que se explican como fenómenos de comportamiento y, por esta razón, han de contextualizarse en un análisis funcional de la conducta (Da Silva Ferreira et al., 2019). Los valores serán considerados como cualidades de acción estables u objetivos amplios verbalmente construidos, que formarán nuevas funciones apetitivas para la conducta del consultante y, por lo tanto, serán enmarcadas en autorreglas que se ubicarán como redes de relaciones jerárquicas (Olaz & Polk, 2021).

La acción comprometida hace referencia a la disposición del consultante de notar cuándo las acciones se están saliendo del camino para ir hacia aquello que es importante, y poder regresar a estas acciones valoradas (Olaz & Polk, 2021).

El modelo ACT-matrix, siguiendo los tres pasos, resulta un proceso sencillo y práctico de aplicar en los procesos psicológicos que se pretende desarrollar desde ACT para generar la habilidad de la FP en las personas. Es, además, un proceso que integra los seis procesos de ACT en cada uno de sus pasos, aunque los separa para su desarrollo específico y focalizado. Es posible considerar la Matrix como una metáfora visual, que se encuentra libre de contenido y que funciona como transporte al representar patrones de comportamiento de aproximación y evitación, con respecto al contexto público y privado, para así, transformar las funciones de los patrones de comportamiento de la persona (Olaz & Polk, 2021).

CAPÍTULO 3

ANTECEDENTES CLÍNICOS Y METODOLÓGICOS SOBRE TRATAMIENTOS DE ANSIEDAD

Hablar de los tratamientos, intervenciones o programas de atención que pretenden disminuir los síntomas de la ansiedad, es pensar en un gran número de propuestas, casi una para cada necesidad e interés de las personas que la desarrollan. Uno de los principales dilemas en la elección del tratamiento, podría ser cuestionar la eficacia de un procedimiento farmacológico frente a uno psicológico. Respecto a este dilema, Cuijpers et al. (2013) realizan un metaanálisis de estudios en los que compararon directamente la psicoterapia y la medicación antidepresiva en el tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad. Como resultado, encontraron que el tamaño del efecto general que indica la diferencia entre la psicoterapia y la farmacoterapia después del tratamiento en los trastornos seleccionados no fue estadísticamente significativo. En lo particular, encontraron que la farmacoterapia fue significativamente más eficaz que la psicoterapia en la distimia, y la psicoterapia (TCC en su mayoría) fue significativamente más eficaz que la farmacoterapia en el trastorno obsesivo-compulsivo.

En otro estudio, realizado por Ballesteros-Cabrera y Sarmiento-López (2013), donde se compara el riesgo versus el beneficio del uso de tratamientos psicológicos respecto al uso de tratamientos de tipo farmacológico en niños y adolescentes diagnosticados con trastorno de ansiedad (TA), se encuentra que la terapia farmacológica más efectiva es aquella que implica el uso de Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) con resultados asociados a una mejora en el núcleo sintomático inicial de los TA. En cuanto a las terapias psicológicas, la psicoterapia cognitivo-conductual presenta una efectividad del 50% en tratamientos de 10 a 20 sesiones.

Un trabajo más reciente, que proporciona recomendaciones a partir de la revisión de guías clínicas, metaanálisis y revisiones sistemáticas de estudios controlados, es el realizado por Bandelow et al. (2017), quienes confirman el uso de la terapia psicológica (especialmente TCC por ser la de mayor nivel de evidencia), farmacológica (ISRS por ser de primera línea) o una combinación de ambas, como tratamientos efectivos para los trastornos de ansiedad.

Con la intención de indagar en la eficacia y desarrollo de los tratamientos psicológicos para la ansiedad, en este capítulo se presentan los resultados de algunos estudios que han sido desarrollados en los últimos años para atender a los trastornos de ansiedad. Se consideran como antecedentes a aquellos tratamientos preventivos (Aznar García, 2014), que utilizaron técnicas innovadoras como yoga (Forfyflow, 2011) o realidad virtual (García-García et al., 2011), técnicas de las TCC (Bahamón-Muñetón, 2012; James et al., 2020; Poves-Oñate et al., 2010; Reynolds et al., 2012; Wagner et al., 2014), la combinación de TCC y Terapia Contextual (Desnoyers et al., 2016; Webb et al., 2016), procesos psicológicos de la Terapia Contextual como mindfulness (Hofmann et al., 2010; Langer et al., 2017; Martínez-Escribano et al., 2017), estudios que comparan ACT con TCC (Hancock et al., 2016; Sewart et al., 2019) u otros (Hernández Gómez, 2019; Kallesoe et al., 2016), y tratamientos con ACT en específico (Eilenberg et al., 2017; Molina Moreno & Quevedo Blasco, 2019; Pérez Rivero & Uribe Rodríguez, 2016; Ruiz et al., 2018).

Tratamientos con técnicas de la Terapia Cognitivo-Conductual

Quizá una de las formas de contrarrestar las consecuencias por enfermedades físicas y trastornos psicológicos en adolescentes sea a partir de prevenir sobre ello. Aznar García (2014) realizó un estudio con el objetivo de evaluar si la aplicación de un programa preventivo breve realizado en el contexto escolar y aplicado por profesores tutores, tendría un efecto significativo en la modificación de variables que predicen la aparición futura de trastornos de ansiedad. En este, participaron 98 estudiantes de secundaria, con una media de edad de 12.44, de los cuales el 55.1% eran hombres. Se asignaron al azar a 36 estudiantes en el grupo experimental y a 62 en el grupo control sin tratamiento. El programa que recibió el grupo experimental constó de 4 sesiones grupales de 45 minutos con TCC, donde se incluyeron técnicas de relajación (respiración diafragmática, relajación muscular progresiva y visualización), técnicas de reestructuración cognitiva, técnicas de resolución de problemas y toma de decisiones. Los resultados mostraron diferencias significativas entre el pretest y posttest en el grupo experimental en todas las variables relacionadas a la ansiedad, lo contrario ocurrió con el grupo control, donde no se encontraron diferencias significativas entre ambas mediciones. Por lo tanto, concluyen que el programa preventivo logra reducir los niveles de sensibilidad a la ansiedad en los participantes que recibieron la intervención. Además, esta reducción estuvo acompañada de una disminución en las puntuaciones de sintomatología ansiosa y de afecto negativo,

lo que contribuye moderadamente a reducir la presencia de alguno de los factores de riesgo personales para el desarrollo de trastornos de ansiedad.

Es cierto que los aportes científicos han expuesto los resultados de tratamientos diversos e innovadores para ayudar a las personas a disminuir los síntomas de ansiedad. En algunas ocasiones, estos son acompañados de técnicas cognitivo-conductuales. Por ejemplo, la investigación de Forfylow (2011), quien realiza una revisión sistemática de estudios que prueban el yoga como una estrategia clínica complementaria a la TCC para tratar la ansiedad y la depresión. Aunque el yoga parece ser una intervención clínica eficaz, Forfylow (2011) concluye que es necesario realizar investigaciones más rigurosas que respalden su uso dentro del tratamiento de la salud mental, y que esta práctica sea un complemento de la psicoterapia. Siguiendo con tratamientos innovadores, García-García et al. (2011), realizan una revisión cualitativa con el propósito de estudiar la relevancia de la terapia de exposición mediante realidad virtual e internet como tratamiento para el TA/fobia social. En total revisan 24 artículos, concluyendo que la evidencia disponible muestra indicios razonables de su efectividad, y que es necesario realizar estudios con mayores tamaños muestrales.

Aunque los programas de intervención para la ansiedad se han diversificado con el uso de tecnologías o actividades no terapéuticas como complementos, las técnicas de la TCC siguen siendo de las más utilizadas en el diseño de estos programas. Poves-Oñate et al. (2010) utilizaron como base el modelo de Meichembaum, que incluye tres fases de intervención: educativa, de adquisición de habilidades y de consolidación, para describir la experiencia de un tratamiento grupal breve de pacientes mujeres con TAG. El programa resulta prometedor, aunque consideraron como criterio de eficacia la alta clínica y la recuperación del nivel de actividad habitual de las participantes. Lo que supondría una limitación para sus resultados, debido a la falta de evaluación posterior al tratamiento.

Otro estudio que arroja evidencia del uso de técnicas cognitivo-conductuales es el realizado por Bahamón-Muñetón (2012), quien utilizó la exposición cognitiva de forma graduada, la reestructuración cognitiva mediante la terapia racional emotiva y la relajación muscular en una mujer con TAG. Aplicó el BAI antes y después del tratamiento. Los resultados muestran una disminución en el puntaje del nivel de ansiedad, por lo que concluye que el tratamiento puede ser útil y eficaz en este caso.

Para mencionar el efecto de las terapias psicológicas centradas en los trastornos de ansiedad en niños y jóvenes, Reynolds et al. (2012) realizaron una revisión cuantitativa integral de ensayos controlados aleatorios de alta calidad metodológica en la que incluyen 55 estudios. Los autores identifican variabilidad en la calidad de los ensayos, aunque las calificaciones de calidad fueron más altas para los ensayos recientes, muchos de estos tuvieron poco poder estadístico, y rara vez se evaluaron los efectos adversos. En mayor parte, los ensayos evaluaron la TCC o la terapia conductual. Otros resultados indicaron que la terapia psicológica para la ansiedad en niños y jóvenes fue moderadamente efectiva en general, pero los tamaños del efecto fueron de pequeños a medianos cuando se comparó la terapia psicológica con una condición de control activo (en lista de espera). El tamaño del efecto para las intervenciones distintas de la TCC no fue significativo. La participación de los padres en la terapia no se asoció con una efectividad diferencial. El tratamiento dirigido a trastornos de ansiedad específicos, la psicoterapia individual y la psicoterapia con niños mayores y adolescentes tuvieron tamaños del efecto mayores que los de los tratamientos dirigidos a una variedad de trastornos de ansiedad, psicoterapia grupal y psicoterapia con niños más pequeños. Pocos estudios incluyeron un seguimiento efectivo. Por último, los autores sugieren seguir los estándares de informe CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials, por sus siglas en inglés [Normas Consolidadas para las publicaciones de Ensayos Clínicos]) en futuros estudios que midan el efecto de la terapia psicológica en TA.

Un estudio que prueba la efectividad de tratamientos dirigidos a trastornos de ansiedad específicos es el que realizaron Wagner et al. (2014), quienes tuvieron como objetivo evaluar la eficacia de un programa breve en grupo de Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) para disminuir la ansiedad social. Los resultados mostraron diferencias de medias y el tamaño de efecto mostró un cambio significativo en las medidas postratamiento en comparación con las medidas pretratamiento, tanto a nivel global como en las cinco dimensiones del Cuestionario de Ansiedad para Adultos (CASO-A30) y la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS-SR). Por tanto, concluyen que el programa de EHS es eficaz para disminuir la ansiedad social de los universitarios y el CASO-A30 un instrumento de medición adecuado para evaluar el TAS.

La TCC como tratamiento para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes ha mostrado eficacia en distintos estudios, como lo refieren James et al. (2020), quienes a diferencia del estudio de Reynolds et al. (2012), examinaron el efecto de la TCC para los

trastornos de ansiedad infantil en comparación con la lista de espera/sin tratamiento, el tratamiento habitual, el control de la atención, el tratamiento alternativo y la medicación. Incluyeron 87 estudios en análisis cuantitativos. Los resultados preliminares mostraron la remisión del diagnóstico de ansiedad primaria posterior al tratamiento y la aceptabilidad (número de participantes que abandonaron el estudio en la evaluación posterior al tratamiento), y los resultados secundarios incluyeron la remisión de todos los diagnósticos de ansiedad, la reducción de los síntomas de ansiedad, la reducción de los síntomas depresivos y la mejora del funcionamiento global, efectos adversos y efectos a más largo plazo.

Tratamientos con técnicas de la TCC y la Terapia Contextual

Aun cuando la TCC ha mostrado eficacia en los tratamientos para la ansiedad, el trabajo de Webb et al. (2016), permitió comparar los diferentes subconjuntos de habilidades terapéuticas y el cambio de síntomas entre pacientes con depresión mayor que reciben tratamiento en entornos hospitalarios psiquiátricos. Recibieron tratamiento psicoterapéutico y farmacológico combinado un total de 173 pacientes, quienes completaron evaluaciones repetidas de habilidades de TCC tradicional, habilidades de DBT y FP, así como síntomas depresivos y de ansiedad. Los resultados indicaron que solo el uso de estrategias de activación conductual predijo significativamente la mejora de los síntomas depresivos en esta muestra; mientras que las habilidades DBT y la FP predijeron el cambio de los síntomas de ansiedad. Los autores concluyen en la importancia de regular las estrategias de activación conductual para los pacientes con depresión y desarrollar habilidades DBT y de flexibilidad psicológica para mejorar los síntomas de ansiedad.

Algunas de las variables implicadas en el mantenimiento del TAS son la atención centrada en uno mismo y las conductas de seguridad. Desnoyers et al. (2016) examinaron estas variables en dos terapias para el TAS: la terapia grupal cognitiva conductual y la terapia grupal basada en mindfulness y la aceptación. Participaron 137 personas, la media de edad fue de 34.4 años, el 54% mujeres. Se asignaron aleatoriamente a los grupos de tratamiento de 12 semanas (n= 53 para cada grupo) o al grupo control en lista de espera (n= 31). Las variables se midieron en cuatro momentos: al inicio, a la mitad, al final y a los 3 meses de tratamiento. Los resultados mostraron que, en ambas condiciones de

tratamiento las conductas de seguridad y la atención centrada en uno mismo disminuyeron significativamente respecto al grupo control, pero no difirieron entre sí en la medición al final del tratamiento. Los análisis de mediación arrojan dos modelos: 1) Conductas de seguridad que median la relación entre atención centrada en uno mismo y la ansiedad social, y 2) Atención centrada en uno mismo que median la relación entre las conductas de seguridad y la ansiedad social. Estos modelos fueron compatibles con los dos grupos de tratamiento. Por lo tanto, ambos tratamientos pueden tener el potencial a lo largo del tiempo de reducir la atención centrada en uno mismo y las conductas de seguridad que sirven para mantener el TAS.

Cuando las variables como la atención centrada en uno mismo y las conductas de seguridad son dirigidas adecuadamente, pueden ayudar a reducir los síntomas de la ansiedad social (Desnoyers et al., 2016). En este sentido, la aplicación de técnicas como mindfulness o atención plena ha sido cada vez más frecuente entre los programas de tratamiento para la ansiedad.

Tratamientos con procesos psicológicos de la Terapia Contextual

Un estudio que tuvo como objetivo realizar un metaanálisis del tamaño del efecto en intervenciones con mindfulness para la ansiedad y los síntomas del estado de ánimo en muestras clínicas, fue el de Hofmann et al. (2010). Incluyeron 39 estudios con un total de 1140 participantes que recibieron terapia basada en la atención plena para una variedad de afecciones, incluido el cáncer, el TAG, la depresión y otras afecciones psiquiátricas o médicas. Las estimaciones del tamaño del efecto sugirieron que la terapia basada en la atención plena fue moderadamente efectiva para mejorar la ansiedad (g de Hedges = 0.63) y los síntomas del estado de ánimo (g de Hedges = 0.59) desde antes hasta después del tratamiento en población general. Mientras que en pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, esta intervención se asoció con tamaños del efecto (g de Hedges) de 0.97 y 0.95 para mejorar los síntomas de ansiedad y del estado de ánimo, respectivamente. Los autores indicaron que estos tamaños del efecto fueron sólidos, no estuvieron relacionados con el año de publicación de los artículos seleccionados o con el número de sesiones de tratamiento y que se mantuvieron durante el seguimiento. Concluyeron que estos resultados sugieren que la terapia basada

en mindfulness es una intervención prometedora para tratar la ansiedad y los problemas del estado de ánimo en poblaciones clínicas.

En cuanto a las intervenciones para el tratamiento de la ansiedad en niños y adolescentes, Martínez-Escribano et al. (2017), realizaron una revisión sistemática sobre la eficacia de las intervenciones con atención plena. De los 15 artículos que encontraron, solo 7 fueron incluidos. Los estudios indicaron que la intervención con atención plena proporciona resultados positivos, tales como una disminución significativa de síntomas de ansiedad y una mejora en el funcionamiento global. Los autores destacaron que estas intervenciones pueden ser eficaces en niños y adolescentes con síntomas y/o trastornos de ansiedad. Sin embargo, concluyen que todavía es un campo en desarrollo, formado por estudios con múltiples limitaciones, por lo que requiere de más investigación.

El trabajo de Langer et al. (2017), determinó el impacto de una intervención basada en mindfulness sobre los estados emocionales negativos de la ansiedad, estrés y depresión en escolares chilenos de secundaria. Participaron 88 estudiantes (46 mujeres), asignados aleatoriamente al grupo de mindfulness o al control. Intervinieron por ocho semanas en sesiones de 45 minutos. Los resultados mostraron una reducción significativa de la ansiedad, la depresión y la sintomatología general en el grupo experimental en comparación con el grupo control. Aunque estos cambios no se mantuvieron durante los seguimientos. Sin embargo, al analizar los cambios intrasujeto en el grupo mindfulness respecto a las variables estudiadas, estos sí mostraron una disminución significativa a los tres y seis meses de seguimiento. Los autores concluyen que la intervención con mindfulness puede ser efectiva en el contexto educativo como una estrategia para reducir estados emocionales negativos y para prevenir factores de riesgo en grupos de población adolescente.

Tratamientos con Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

En este apartado, se exponen algunos estudios realizados con ACT tanto en modalidad individual, como grupal. En su mayoría, son trabajos que abordaron trastornos de ansiedad, dentro de alguna subcategoría. Los participantes que incluyen son generalmente adolescentes, aunque también se presentan algunos en poblaciones adultas.

Un primer trabajo es el que realizaron Molina Moreno y Quevedo Blasco (2019). Éste, es una revisión sistemática que describe la aplicación de ACT en niños y adolescentes, y analiza su efectividad en dicho campo de aplicación. A partir de la búsqueda en las plataformas Web of Science, ProQuest y Psycodoc, incluyeron 42 artículos, de los cuales 88% fueron publicaciones en inglés y 74% con participantes adolescentes. Las problemáticas que abordaron fueron variadas, de más a menos artículos, se encontraron: problemas de dolor crónico, conductas problema, patrones depresivos, anorexia, estrés, trastorno obsesivo-compulsivo, conducta antisocial con problemas de control de impulsos, problemas de habilidades sociales y de convivencia, TDAH, autismo, síndrome de Tourette, trastorno de estrés postraumático, por mencionar las más relevantes.

En su mayoría, los artículos que presentaron corresponden a estudios grupales, nueve son estudios de caso único. En todos los estudios se trata de intervenciones clínicas, así que los resultados fueron analizados en términos de eficacia a nivel individual, aunque utilizaron un método grupal. El número de sesiones varía de un estudio a otro para cada intervención, aunque es evidente el reducido número de sesiones que supone la aplicación del modelo ACT tanto en el contexto de investigación como en el clínico.

Los resultados muestran que ACT es eficaz en el tratamiento de los diferentes problemas abordados. Se pudo observar que, si la flexibilidad psicológica incrementa, se consiguen cambios conductuales en niños que presentan conductas desadaptativas en el hogar o en el colegio, en adolescentes que participan en competencias deportivas, en niños con dolor crónico o en adolescente con problemas alimenticios.

Por último, señalaron que los artículos seleccionados fueron publicados entre el año 2001 y el año 2018, sin embargo, la mitad de ellos corresponden a los últimos 5 años, lo que indica el crecimiento de investigaciones con ACT en niños y adolescentes. Además, señalaron que un posible sesgo en los resultados que se presentan puede ser que en la mayor parte de los casos la metodología utilizada es muy similar, por las características de ACT y su clara fundamentación contextual-funcional. Lo que supone que los estudios son realizados por profesionales formados en la utilización de la terapia, generando un sesgo tanto en los diseños como en la manera de presentar los resultados.

Estudios de caso

La eficacia de los tratamientos con ACT se ha probado tanto en formato grupal (con estudios experimentales) como en formato individual (con estudios de caso único). Aún con la limitación de generalizar los resultados procedentes de estudios de caso, ACT ha demostrado ser útil para atender diferentes problemáticas. En cuanto a los estudios de caso, Pérez Rivero y Uribe Rodríguez (2016) expusieron el caso de una mujer de 35 años con diagnóstico de cáncer de mama en estadio II, quien desarrolló un trastorno mixto de ansiedad y depresión con conductas de evitación. Utilizaron un diseño tipo ABA, en el que establecieron una línea base a través del BDI-II, STAI Estado-Rasgo, y HAD para ansiedad y depresión como evaluaciones estandarizadas, y un registro de indicadores conductuales para observar el cambio clínico; en seguida introdujeron un tratamiento de 14 sesiones con técnicas de ACT que incluyeron la desesperanza creativa, la desactivación de las funciones verbales, la clarificación de valores y la pérdida de control sobre los eventos privados. Los autores realizaron un ANOVA entre la primera y la última medición para establecer el grado de diferencia encontrado entre las escalas clínicas, para los indicadores conductuales utilizaron gráficos. Los resultados del ANOVA mostraron diferencias significativas en todas las escalas. Además, se observó en los registros la disminución de pensamientos intrusivos, el aumento de pensamientos no interferentes, la disminución de conductas de evitación y el aumento de conductas orientadas a conseguir sus valores. Por tanto, concluyeron afirmando que ACT como modelo terapéutico, reporta ser eficaz en pacientes oncológicos que presentan un patrón de evitación experiencial y un patrón conductual inflexible gobernado por reglas.

En otro estudio con diseño de caso, Ruiz et al. (2018) realizaron una evaluación de línea base múltiple para probar el efecto de un protocolo breve de ACT centrado en el pensamiento negativo repetitivo (PNR) para los trastornos emocionales moderados. Los participantes fueron 10 adultos que presentaban síntomas emocionales de moderados a graves según la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés-21 (DASS-21) y el Cuestionario de Salud General-12 (GHQ-12). Quienes participaron, completaron líneas base de 5 a 7 semanas sin que mostraran tendencias de mejora en las escalas. Enseguida, recibieron el protocolo ACT de 2 sesiones individuales y les realizaron un seguimiento a los 3 meses. Los autores analizaron los datos bajo un enfoque bayesiano para identificar cambios clínicamente significativos (CCS) para los diseños experimentales de caso único (DECU), este análisis requirió evidencia sustancial del efecto de la intervención y puntajes en el

rango no clínico. Los resultados mostraron que 9 de los participantes tuvieron un cambio clínicamente significativo en el GHQ-12 y 7 participantes en el DASS-21. Los cálculos de los tamaños del efecto se realizaron con la diferencia de medias estandarizadas para DECU, para facilitar la comparación y la integración de los resultados con los diseños de grupo. Estos cálculos arrojaron tamaños de efecto muy grandes para síntomas emocionales ($d = 2,44$ y $2,68$), preocupación patológica ($d = 3,14$), evitación experiencial ($d = 1,32$), fusión cognitiva ($d = 2,01$), pensamiento repetitivo ($d = 2,51$) y vida valorada ($d = 1,54$ y $1,41$). No se encontraron eventos adversos. Los autores sugieren más pruebas empíricas de los protocolos ACT centrados en PNR.

Un tercer trabajo que expone los hallazgos de ACT en formato individual y con un tipo de estudio más descriptivo que experimental, es el de Hernández Gómez (2019), quien se dedicó a comprobar la utilidad de las terapias de tercera generación en la reducción de los síntomas y la mejora del funcionamiento de un paciente con ansiedad social. Aplicó un tratamiento de 14 sesión con ACT y activación conductual. Los resultados mostraron un aumento en la flexibilidad psicológica y en el funcionamiento del paciente en diversas áreas vitales. Además, la disminución de los síntomas de ansiedad y depresión. Aunque los resultados no son generalizables, si es posible rescatar aspectos importantes de su trabajo, por ejemplo, el desarrollo del tratamiento y el análisis de los datos clínicos. Al ser un estudio de caso, permite describir ampliamente el desarrollo de las sesiones y los aspectos clínicos que van surgiendo en la vida del paciente para que esta sea funcional.

Estudios aleatorizados controlados que comparan ACT con otros modelos de tratamiento

Con el propósito de evaluar la efectividad de ACT en un grupo de niños con trastornos de ansiedad mixtos, Hancock et al. (2016) desarrollaron un estudio aleatorizado controlado que comparó esta terapia con TCC tradicional, el primer estudio en su tipo. Participaron 193 niños, asignados a un programa grupal de 10 semanas de ACT, TCC o control en lista de espera. Se evaluó la ansiedad y la calidad de vida antes del tratamiento, después del tratamiento y a los 3 meses posteriores. En cuanto a los programas, ambos incluyeron psicoeducación, exposición y capacitación en habilidades (p. ej. resolución de problemas, habilidades sociales), aunque su aplicación difirió según el grupo de tratamiento. El programa ACT usó todos los procesos que comprende el modelo “hexaflex”, y cada

sesión comenzó con un ejercicio de atención plena. Al término del estudio, se incluyeron a 157 niños que completaron el tratamiento (ACT= 54, TCC= 57, C= 46; M= 11 años, SD= 2.76; 58% mujeres). Los análisis mostraron que ambos tratamientos (ACT y TCC) fueron superiores al grupo control en lista de espera en todos los resultados, revelando diferencias estadística y clínicamente significativas, que incluso, se mantienen a los 3 meses del tratamiento. Sin embargo, al comparar los resultados de ACT con TCC, se observó que estos produjeron resultados similares. Los autores concluyen que ACT puede ser una opción de tratamiento respaldada empíricamente para los jóvenes ansiosos, aunque no sugieren que ACT sea equivalente a la TCC o que deba ser utilizada en su lugar. Además, afirmaron que es necesario realizar más estudios de este tipo para replicar los hallazgos.

Un estudio posterior, que también comparó la TCC con ACT y en el que participaron 111 adultos (M= 28.3 años). Fue el realizado por Sewart et al. (2019), con el objetivo de comparar el efecto de la TCC con ACT sobre el afecto positivo y el afecto negativo en el TAS. Los participantes recibieron 12 sesiones semanales de una hora en formato individual de tratamiento con TCC (n= 45) o con ACT (n= 35). Se realizaron dos llamadas de seguimiento a los 6 y 12 meses desde el término del tratamiento. Los datos obtenidos se compararon con una condición de control en lista de espera (n= 31) y con datos normativos de una muestra general de adultos. Entre los resultados, se encontró que el afecto negativo tuvo una disminución significativa en ambos tratamientos (TCC y ACT) desde la evaluación previa hasta la posterior al tratamiento. Solo ACT superó al control en lista de espera en la reducción del afecto negativo. En cuanto al afecto positivo, este aumentó significativamente tanto en TCC como en ACT desde antes hasta después del tratamiento, pero ninguno de estos tratamientos superó al control en lista de espera en el aumento de afecto positivo. Sewart et al. (2019) coinciden con la conclusión de Hancock et al. (2016), ACT y TCC comparten mecanismos de tratamiento que los hace más similares que distintos. Además, agregan que es necesario centrarse en optimizar la influencia de TCC y ACT en el aprendizaje de amenazas y recompensas, y explicar los procesos comunes de cambio.

El surgimiento de ACT como tratamiento psicológico, conlleva a la evaluación de su eficacia y comparación con otros tipos de tratamientos, quizás, más comunes y/o tradicionales, en los diferentes problemas de salud. Tal es el caso del estudio que realizaron Kallesøe et al. (2016), quienes al igual que Hancock et al. (2016) y Sewart et al.

(2019), se dedicaron a comparar la eficacia de ACT, en este caso, ACT grupal con la atención habitual mejorada en adolescentes que presentan un grado de síndrome somático funcional (SSF) evaluado a través del constructo unificador del síndrome de angustia corporal multiorgánica. Participaron 120 adolescentes de 15 a 19 años. Una vez diagnosticados y evaluados, se asignaron aleatoriamente a 1) una consulta con un psiquiatra quien prescribió un plan de tratamiento farmacológico personalizado o 2) a un grupo terapéutico de ACT, que constó de 9 módulos y una reunión de seguimiento, cada sesión de 3 horas. Los participantes fueron evaluados en seis momentos distintos: en línea base, a los 2, 4, 6, 8, y 12 meses. Entre los resultados, el primario fue una mejoría en la salud física; los secundarios incluyeron mejoría en la gravedad de los síntomas autoinformados, la interferencia de los síntomas, la depresión y la ansiedad, la preocupación por la enfermedad y el estrés percibido. Los autores afirmaron que este estudio es uno de los primeros ensayos clínicos aleatorizados más grande que evalúan el efecto de una intervención grupal con adolescentes que presentan un rango de síndrome sintomático funcional grave. Además, indican que entre las limitaciones del estudio se encuentran: ser un estudio a gran escala en un área con conocimientos limitados, realizar una evaluación exhaustiva a los pacientes brindando una explicación basada en la evidencia de su enfermedad, tanto la evaluación como el tratamiento se realizan en un ámbito especializado afectando la generalización.

Una última referencia de ensayos controlados aleatorios que prueban la eficacia de ACT en algún grupo poblacional, para la evidencia del presente trabajo, es el estudio de Eilenberg et al. (2017). Quienes aplicaron un tratamiento con ACT en formato grupal para personas con ansiedad severa por la salud e investigaron las variables de ACT (flexibilidad psicológica y atención plena) que intervienen en esta condición. Participaron 126 adultos (M= 37 años), se asignaron aleatoriamente al grupo de tratamiento con ACT (n= 63) y al grupo control en lista de espera (n= 63). Los participantes asignados al tratamiento con ACT recibieron 10 sesiones grupales, cada una de 3 horas de duración y con 9 participantes por grupo. El tratamiento fue proporcionado por dos psicólogos capacitados en ACT, y se centró en identificar formas inútiles de responder a pensamientos, emociones y sensaciones corporales difíciles relacionados con la enfermedad y en aplicar estrategias de cambio de comportamiento guiadas por valores individuales. Los resultados mostraron efectos indirectos estadísticamente significativos de ACT sobre el resultado de la preocupación por la enfermedad 6 meses después del tratamiento para la flexibilidad psicológica y para la subescala de atención plena de “no

reaccionar”. Por lo que concluyen que la flexibilidad psicológica puede tener un efecto indirecto de pequeño a moderado en la disminución de la preocupación por la enfermedad. Los autores aclaran que los resultados son tentativos ya que no existió una condición de control en comparación activa, sin embargo, respaldan que la flexibilidad psicológica es una variable interviniente en el tratamiento con ACT que ayuda a disminuir la preocupación por la enfermedad en pacientes con ansiedad grave por la salud.

Los trabajos revisados en este subapartado dejan la reflexión de que existen intervenciones preventivas, con actividades físicas o con uso de otras tecnologías como complementos a la terapia psicológica (Aznar García, 2014; Forfytlow, 2011; García-García et al., 2011) eficaces para tratar los síntomas de la ansiedad.

Se presenta evidencia suficiente sobre la eficacia de la TCC en los tratamientos para la ansiedad general o específica (Bahamón-Muñetón, 2012; James et al., 2020; Poves-Oñate et al., 2010; Reynolds et al., 2012; Wagner et al., 2014), aunque la evidencia muestra poca diferencia entre el uso de TCC y técnicas de la Terapia Contextual o ACT. En este sentido, la técnica de mindfulness logra ser efectiva en el tratamiento de la ansiedad, incluso, logra mantener el efecto durante el seguimiento.

En estudios más recientes (Langer et al., 2017; Martínez-Escribano et al., 2017), el mindfulness engloba la ansiedad y la depresión en los trastornos emocionales como un solo diagnóstico. Aunque la técnica de mindfulness es por si sola un tratamiento para los trastornos emocionales, dentro del entrenamiento en flexibilidad psicológica que plantea ACT, el componente del momento presente integra los aspectos básicos del mindfulness, por lo que, es importante tener en cuenta su efecto en estos tratamientos.

Por último, está claro que ACT es eficaz para tratar diferentes problemas de salud mental en niños, adolescentes y adultos (Molina Moreno & Quevedo Blasco, 2019). Aunque es importante seguir generando evidencia que respalde su aplicación, especialmente en estudios de ensayos controlados en formato grupal (Hancock et al., 2016; Ruiz et al., 2018).

CAPÍTULO 4

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Justificación

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) refiere el tema de la salud mental como uno de los principales problemas sanitarios en la población, incluyendo a los adolescentes, con mayor riesgo de morir. En este informe, los trastornos de salud mental, como la depresión y la ansiedad, explican hasta un 16% de la carga mundial de morbilidad y lesiones en las personas de entre 10 y 19 años. Cabe destacar que la mayor parte de los trastornos de salud mental que se presentan en la adultez, comenzaron antes de los 14 años, sin embargo, la mayoría de los casos no son tratados ni detectados a tiempo.

Según Tayeh et al. (2016) entre el 2.8% y 32% de los niños y adolescentes pueden sufrir un TA. Sin embargo, a nivel mundial, la depresión es la cuarta causa de enfermedad y discapacidad entre los adolescentes de 15 y 19 años, mientras que la ansiedad es la novena causa principal en el mismo rango de edades (OMS, 2021).

En México, para el año 2021, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) presenta los resultados de la Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (ENBIARE). En estos se destaca que la proporción de población con síntomas de depresión asciende a 15.4% de la población adulta, mientras que, entre las mujeres alcanza 19.5 por ciento. Además, el 19.3% de la población adulta tiene síntomas de ansiedad severa, mientras otro 31.3% revela síntomas de ansiedad mínima o en algún grado. De acuerdo con la misma encuesta, 14.8% de la población adulta perdió su trabajo o negocio en los últimos doce meses (entre julio de 2020 y julio de 2021) sin poder recuperarlo, y el 43.4% tienen la expectativa de no poder sufragar los gastos del mes.

A estos últimos datos, hacen referencia Quintana-Díaz y Lozano-Lesmes (2022), quienes relacionan los síntomas de estrés, las alteraciones psicológicas, como la ansiedad o la depresión y las crisis económicas, acompañadas de preocupación por el trabajo, la disminución de ingresos económicos, sentimientos de incapacidad para proteger a la familia y el desamparo si ocurriera el aislamiento, con el miedo a la enfermedad y la

muerte, así como con el hecho de cambiar la rutina de vida (aislamiento y cuarentena), a partir de la crisis mundial que se vivió por la cuarentena en la época de coronavirus, afectando así el entorno biopsicosocial de las poblaciones.

En la Encuesta Nacional de los Hogares (ENH, 2018) que realizó el INEGI en México para el año 2017, se reportó que 31,317,763 de mexicanos entre 15 y 29 años presentaron sentimientos de preocupación o nerviosismo y sentimientos de depresión. Diariamente, son 1 479 681 casos con esta condición, es decir, el 4.7% del total; en esta misma encuesta es el 37.2% de los michoacanos mayores de 7 años y hasta los 65, los que presentan sentimientos de preocupación o nerviosismo. Es importante aclarar que los sentimientos de preocupación o nerviosismo son solo parte del TA, y no son determinantes para su diagnóstico.

En un estudio realizado en la región norte de Jalisco (México), donde se evaluó la ansiedad en los adolescentes de bachillerato (M= 17 años), se reportó que el 34.1% de los adolescentes presentaron ansiedad; de los cuales el 23.9% obtuvieron un nivel leve, 6% moderada, 3.9% grave y .3% severa. En este mismo, según el sexo, el 30.1% de hombres y el 36.9% de mujeres presentaron ansiedad (Quiñonez-Tapia et al., 2015). En el contexto educativo, uno de los principales problemas que ocasiona la ansiedad en los estudiantes es el bajo rendimiento académico (Egovial-Santana, 2016), situación que propicia la deserción escolar, irregularidad en los cursos académicos e incluso desinterés en continuar estudios profesionales. Con relación a la salud mental, algunos de los estudiantes que presentan ansiedad pueden presentar síntomas de depresión, lo cual aumenta el riesgo en el contexto escolar (Serrano-Barquín et al., 2013).

Otro estudio que destaca la importancia de tratar los síntomas de ansiedad es el realizado por Jean-Cortés et al. (2020), quienes encontraron asociación entre la ansiedad y la depresión con estilos de vida no saludables como el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias, actividad física y hábitos de sueño en estudiantes universitarios. En este mismo, se encontró una prevalencia mayor de niveles altos de ansiedad en mujeres, además, refieren que la ansiedad en hombres está asociada al consumo de tabaco, mientras que en mujeres se asocia al consumo de alcohol, y que la actividad física (30 minutos de ejercicio, caminatas o andar en bicicleta) ayuda a disminuir los síntomas de ansiedad.

Una consecuencia más, asociada a los niveles altos de ansiedad, la encuentran Tresáncoras et al. (2017), en un estudio cuyo objetivo fue conocer la relación existente entre el uso problemático de la aplicación de WhatsApp con la personalidad y el nivel de ansiedad en la población adolescente. En dicho estudio, además de encontrar que, en prevalencia, las mujeres son quienes presentan mayor ansiedad, para ambos géneros encuentra que a mayor ansiedad mayor uso problemático de WhatsApp.

Respecto a los tratamientos o intervenciones, se cree conveniente hacer uso de las técnicas y terapias de conducta debido a la eficacia que han demostrado en sus tratamientos (Bandelow et al., 2017; James et al., 2020; Reynolds et al., 2012; Tolin, 2010), para los trastornos de ansiedad en diversas poblaciones. Así pues, serán específicamente las Terapias Contextuales las que se utilizan en la presente investigación, ya que toman en cuenta los aspectos contextuales y funcionales de los procesos psicológicos. En particular, los que generan o mantienen la sintomatología ansiosa, con la finalidad de lograr un cambio positivo en la calidad de vida de la persona (Hayes, 2004).

Dicho lo anterior, es importante mencionar que el propósito de la presente investigación es evaluar el efecto de un tratamiento contextual para disminuir el puntaje de ansiedad en los estudiantes de bachillerato.

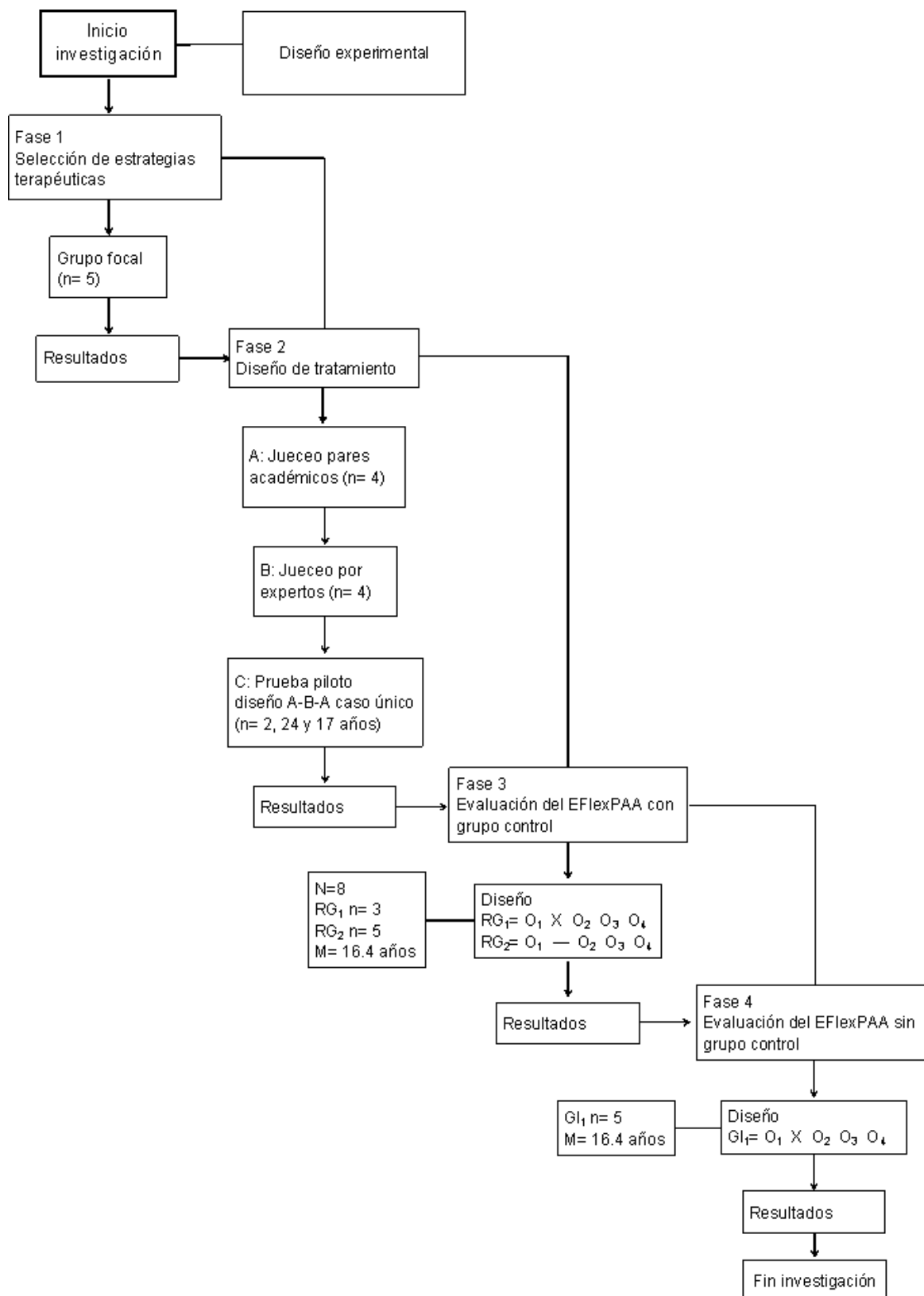
El desarrollo de esta investigación (ver Figura 4) utiliza un diseño experimental con cuatro fases:

- Fase 1: Selección de estrategias terapéuticas.
- Fase 2: Diseño del tratamiento.
- Fase 3: Evaluación del EFlexPAA con grupo control.
- Fase 4: Evaluación del EFlexPAA sin grupo control.

Bajo este diseño se busca desarrollar un tratamiento contextual que beneficie a las personas que padecen ansiedad. Para ello se tomaron en cuenta las sugerencias de psicólogos contextuales respecto a la forma actual de evaluar y abordar terapéuticamente los trastornos de ansiedad en adolescentes. Estas sugerencias ayudaron a crear y probar previamente el material del tratamiento posible para esta problemática. Por último, los resultados de las fases 1 y 2 llevaron a la aplicación final del tratamiento en dos versiones, una comparando un grupo de tratamiento con un grupo control y otra, de un nuevo grupo de tratamiento sin comparación con un grupo control.

Figura 4

Desarrollo de la investigación.



Pregunta de investigación

¿Qué efecto tendrá un tratamiento contextual para disminuir el puntaje de ansiedad en los estudiantes de bachillerato?

Objetivo general de investigación

Evaluar el efecto de un tratamiento contextual para disminuir el puntaje de ansiedad en los estudiantes de bachillerato.

Objetivos específicos de investigación

- Identificar las recomendaciones de psicólogos del área clínica respecto a la forma actual de evaluar y abordar terapéuticamente los trastornos de ansiedad en adolescentes.
- Diseñar un tratamiento contextual para estudiantes de bachillerato que presentan ansiedad.
- Identificar si existen diferencias clínicas en las mediciones de ansiedad y flexibilidad psicológica, entre el grupo que recibe tratamiento y el grupo control.
- Identificar si existen diferencias clínicas entre las mediciones de ansiedad y flexibilidad psicológica en el grupo 3 que recibe tratamiento.

Hipótesis generales de investigación

De trabajo: Este tratamiento contextual es efectivo para disminuir el puntaje de ansiedad en los estudiantes de bachillerato.

Nula: Este tratamiento contextual no es efectivo para disminuir el puntaje de ansiedad en los estudiantes de bachillerato.

Cada fase de la investigación tiene sus propios objetivos e hipótesis, así como su método, resultados y conclusión, mismos que se describen en el apartado correspondiente. Al final del documento se escribe una discusión general, que incluye las fases de la investigación.

CAPÍTULO 5

FASE 1: SELECCIÓN DE ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS

Objetivo general

Identificar las recomendaciones de psicólogos del área clínica respecto a la forma actual de evaluar y abordar terapéuticamente los trastornos de ansiedad en adolescentes.

Objetivo específico

- Generar una primera propuesta de tratamiento.

MÉTODO

Diseño

Estudio exploratorio de tipo cualitativo usando la técnica de grupo focal.

Participantes

Se contó con la participación de 5 psicólogos expertos en el área clínica, en terapias contextuales y en investigación (2 hombres y 3 mujeres), dos moderadoras y una observadora, todos seleccionados de manera no probabilística. Las características de los participantes se describen en la Tabla 1.

Técnicas de recolección de datos

Ficha de información profesional. Rúbrica en la cual los participantes describieron su grado académico, área profesional y ocupación.

Guía de entrevista. Guía semiestructurada de 9 preguntas abiertas que se preparó para llevar a cabo la discusión del grupo focal. Esta guía incluye la descripción del objetivo del grupo para introducir a la discusión. Algunas de las preguntas que contiene son: ¿Cuáles

son las principales situaciones generadoras de ansiedad que los adolescentes expresan en la consulta?, ¿Cuáles son las principales dificultades que ustedes enfrentan al momento de hacer un diagnóstico de los TA?, ¿Cuáles son los principales instrumentos que utilizan para evaluar los trastornos de ansiedad?

Escenario

Plataforma Google Meet.

Tabla 1

Características de participantes en grupo focal.

Participante	Sexo	Escolaridad	Ocupación
PA	Femenino	Maestría	Estudiante de doctorado y psicóloga en un centro educativo
PB	Masculino	Maestría	Profesor en una universidad pública y psicoterapeuta clínico
PC	Femenino	Licenciatura	Psicoterapeuta en un centro de intervención psicológica
PD	Masculino	Maestría	Psicoterapeuta y director en un centro de intervención psicológica
PE	Femenino	Maestría	Profesora en una universidad pública y psicóloga clínica particular

Procedimiento

Los participantes se eligieron a través de un muestreo por conveniencia, se identificó al grupo de expertos y se les hizo llegar una invitación con los datos y objetivos de la sesión. Previo a la sesión se les envió el Consentimiento de Participación (Apéndice 1), mismo que se pidió firmaran y regresaran por correo electrónico. La sesión se realizó en línea a través de la plataforma Google Meet, tuvo una duración de 60 minutos y se desarrolló según lo señalado en la Tabla 2, donde se observa en la primera columna el tiempo dedicado por actividad, seguido de la actividad a realizar y, por último, el objetivo que se determinó para tal actividad. Posterior a la sesión, se transcribió y analizó la información obtenida.

Consideraciones éticas

A través de una invitación a participar en la sesión de grupo focal, se dio a conocer a los participantes el objetivo, fecha y hora, así como el medio por el cual se llevaría a cabo la reunión. Una vez que aceptaron y confirmaron su presencia, se les envió el Consentimiento de Participación, donde firmaron su acuerdo de colaborar. En dicho documento, se mencionan los datos de la reunión, los objetivos propuestos, su derecho a declinar de la sesión en cualquier momento sin que ello afecte su persona, así como los beneficios de su contribución. De igual forma, se menciona que toda la información obtenida mediante grabación será tratada y resguardada con fines académicos y de investigación, cuidando que esta misma sea confidencial. Todo lo anterior según lo establecido en los artículos 118, 121 y 122 del Código de Ética del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología [SMP], 2010).

Tabla 2

Plan de trabajo Grupo focal.

Tiempo	Actividad	Objetivo actividad
2 min	Bienvenida y encuadre de la sesión - Presentación de las moderadoras - Encuadre de la sesión (contenidos y tiempo)	Dar a conocer a las moderadoras. Explicar los objetivos y estructura del grupo focal.
8 min	Presentaciones participantes	Que los participantes se conozcan entre sí.
5 min	Intención del grupo focal (proyecto de investigación)	Informar a los participantes sobre el proyecto de investigación que promueve la sesión de grupo focal.
5 min	Breve descripción de los Trastornos de Ansiedad	Introducir a los participantes en el tema a discutir.
30 min	Discusión	Obtener información respecto a la forma actual de evaluar y abordar los trastornos de ansiedad en adolescentes.
10 min	Cierre - Comentarios y/o sugerencias - Agradecimientos	Concluir la sesión y agradecer a los participantes.

Análisis de datos

La información obtenida del grupo focal se analizó siguiendo los pasos del proceso secuencial de análisis para entrevistas o grupos focales que describen Creswell y Creswell (2018). Este proceso incluye los siguientes pasos: 1) organizar y preparar los datos para el análisis; 2) hacer una lectura reflexiva de los datos; 3) codificar los datos seleccionando fragmentos y delimitando una categoría; 4) generar una descripción y temas y; 5) representar la descripción y los temas.

RESULTADOS

A partir de los pasos del proceso de análisis se identificaron cuatro temas, que permitieron la clasificación y selección de la información para el propio estudio cualitativo. Los temas fueron: análisis funcional, diagnóstico, instrumentos y tratamiento, que a su vez fueron definidos según la información de la unidad de análisis (Tabla 3). Se encontró que la técnica de evaluación más utilizada es el análisis funcional de la conducta, entre los instrumentos de evaluación más comunes están el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y la Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS). Así mismo, se refieren los procesos transdiagnósticos como estrategias terapéuticas para abordar los síntomas de ansiedad. Finalmente, se desarrolla una primera propuesta de tratamiento, la cual, consta de 9 sesiones, incluyendo una sesión de entrevista y evaluación previa, y dos sesiones de seguimiento. Se plantea un tratamiento grupal en sesiones semanales de 2 horas de duración. Esta propuesta se describe ampliamente al final de este apartado.

Tabla 3

Definición de los temas encontrados.

Temas	Definición
Análisis funcional de la conducta	Hace referencia a la estrategia de evaluación conductual con la cual se identifican las situaciones del ambiente que generan un problema en el individuo.
Diagnóstico clínico	Hace referencia a la estrategia de evaluación desde un modelo psicopatológico.
Instrumentos	Herramientas de evaluación clínica que los participantes recomiendan y reconocen como adecuadas para el diagnóstico.
Tratamiento	Sugerencias de técnicas terapéuticas o terapias para el desarrollo de la intervención.

Análisis funcional de la conducta

Desde la psicología clínica, la recomendación terapéutica es evitar los diagnósticos basados en aspectos topográficos, es decir, aquellos diagnósticos que se limitan a señalar la presencia o ausencia de síntomas establecidos en los manuales de clasificación, por ejemplo, el DSM y el CIE, y centrarse más en un análisis funcional de la conducta, es decir, observar el comportamiento de la persona e identificar su función dentro de un ambiente específico. Froxán-Parga (2020) menciona que el objetivo del análisis funcional es identificar las posibles funciones de la conducta, a través del desintegrar la complejidad de éstas en sus secuencias o unidades funcionales, cuyos elementos muestran una relación de contingencia. Así, la autora invita a los psicólogos a hacer uso del análisis funcional desde el momento en que identifican el problema hasta el proceso del tratamiento. Como lo señalan los participantes del grupo focal:

PB: "... Regresamos un poco más a los modelos del análisis experimental de la conducta o al análisis conductual aplicado, donde no se necesita tener un diagnóstico como para validar una intervención, necesitamos una observación sobre el comportamiento porque realmente es sobre lo que vamos a operar..."

PD: "... La herramienta básica para poder dimensionar el problema de una persona estaría basada en el análisis del comportamiento, específicamente el análisis funcional de conducta..."

PC: "... Es muy difícil basarnos en un análisis topográfico y dejar de lado la cuestión funcional, lo primordial en una intervención termina siendo eso, ver el análisis funcional de todas las cuestiones que está pasando la persona..."

Hacer un análisis funcional de la conducta ayudaría a identificar los comportamientos que se presentan no solo en eventos ansiosos; de esta manera, un tratamiento que contemple en todo momento la información que se obtiene a través del análisis funcional apoyaría en el cambio de comportamientos que resultan disfuncionales para la persona.

Diagnóstico clínico

Los manuales de clasificación de los trastornos mentales como el CIE y DSM han generado una serie de críticas hacia su falta de validez tanto discriminante como conceptual y predictiva (Timimi, 2014). Está claro que estas taxonomías proporcionan una herramienta para el diagnóstico mediante un lenguaje psicopatológico descriptivo (González-Pando et al., 2018), que de inicio ayuda en la identificación de los síntomas, tal como lo refieren los participantes:

PE: "... Estoy de acuerdo en que el DSM empieza a tener una fuerte tendencia hacia el desuso, da mucha luz como para poder diferenciar todos estos grupos de criterios que nos dan un trastorno específico, pero que ya en la vida clínica diaria, pues las patologías no se ven así..."

PB: "... Me parece que el avance de la psicología en términos eh, no solo terapéuticos, sino también de investigación y modelos teóricos que explican el comportamiento, han dejado de considerar que el DSM-IV, pues, es la guía como para el diagnóstico..."

PB: "... La psicología moderna ya no va sobre el diagnóstico de los trastornos, sino más bien sobre la medición de algunas conductas y de algunas habilidades..."

Sin embargo, determinar un diagnóstico a partir de solo los síntomas permite ubicar entre la población aquellos casos que requieren de atención profunda, para posteriormente conceptualizar el caso a través de una entrevista (Clark & Beck, 2012) que, además, integre el objetivo del análisis funcional de la conducta (Froxán-Parga, 2020).

Instrumentos

Aunque parece contradictorio el uso de instrumentos para realizar diagnósticos dentro de una práctica clínica dirigida al análisis funcional de la conducta, o donde la experiencia de los expertos está enfocada a las terapias contextuales, su uso sigue siendo útil, especialmente para los reportes clínicos de investigación. Por ello, entre los instrumentos que más se destacan en la práctica clínica están la Escala de Ansiedad de Beck (Beck et al., 1988), la Escala de Ansiedad de Hamilton (Hamilton, 1959) y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI, por sus siglas en inglés; Spielberger et al., 1970). Además, son los de mayor uso en las investigaciones científicas por las características psicométricas que han reportado (Agudelo et al., 2008; Bahamón-Muñetón, 2012; Herrera-Gutiérrez et al., 2012; Lobo et al., 2002; Martínez Otero Pérez, 2014; Quiñonez-Tapia et al., 2015; Ramírez-Osorio & Hernández-Mendoza, 2012; Robles et al., 2001). De igual forma son los instrumentos que destacan los participantes:

PB: "... La escala de Beck y la de Hamilton, que a mí me parece que cubren perfectamente bien la intensidad y los modos del fenómeno de la ansiedad."

PD: "... STAI, el de estado-rasgo, la versión para adolescentes..."

Las tres escalas han sido traducidas al idioma español, para población adulta, excepto el STAI que también se adaptó en adolescentes. Son escalas breves que miden un nivel de ansiedad a través de la descripción de los síntomas. De las escalas que sugieren los participantes, solo las escalas de Beck y Hamilton han sido adaptadas a población mexicana.

Además de los instrumentos que permiten la valoración diagnóstica, los participantes recomiendan instrumentos que evalúen las habilidades o procesos incluidos en el tratamiento:

PD: "... Hay instrumentos que miden el nivel de atención plena o que miden la fusión cognitiva..."

PC: "... Hay un cuestionario que también se utiliza para medir la flexibilidad, es AAQ-II Cuestionario de Aceptación y Acción dos..."

Incluir instrumentos que evalúen el proceso de aprendizaje que se aplica en el tratamiento, atiende a lo señalado por Froxán-Parga (2020) al hacer énfasis en estos

procesos como los responsables del cambio conductual, que finalmente son la base de los tratamientos cognitivo-conductuales, donde también se incluye ACT.

Tratamiento

Identificar las técnicas terapéuticas más eficaces desde las TCC de tercera generación debería partir de lo que se pretende con el cambio y de los procesos que se intentan incluir en el tratamiento. González-Pando et al. (2018) hacen referencia al término “transdiagnóstico” que explica cómo los trastornos están asociados selectivamente a través de la constatación de procesos o núcleos psicopatológicos que han sido compartidos entre los diversos problemas de salud mental. En este sentido, los participantes opinan:

PD: “... ¿En qué está basado ese tratamiento? O ¿Qué puntos toca? Eso es lo que podría interesar evaluarse, que vuelvo a esta parte del transdiagnóstico: patrones de evitación, desregulación emocional, literalidad del pensamiento...”

PC: “... Hay procesos que subyacen en todos estos diferentes modelos...”

PB: “... La Terapia de Aceptación y Compromiso, pues, desarrolla muchas habilidades, la regulación emocional, la defusión cognitiva...”

PD: “... Es altamente probable que con el mismo tratamiento se puedan abordar todos los trastornos...”

Entonces, si el tratamiento hace énfasis en un proceso común a diversos trastornos, refiriendo a los trastornos de ansiedad, se estaría presentando un tratamiento transdiagnóstico (González-Pando et al., 2018). En tal caso, abordar procesos como la flexibilidad psicológica y su contraparte, la evitación experiencial desde ACT (Olaz & Polk, 2021), supondría hacer una investigación con resultados de utilidad, ya que se analizan los procesos de aprendizaje que producen el cambio conductual (Froxán-Parga, 2020).

Primera propuesta de tratamiento

A partir de las sugerencias hechas por los expertos y por la literatura revisada se propone un tratamiento de 9 sesiones titulado *TACT-SA: Tratamiento basado en Terapia de*

Aceptación y Compromiso para Síntomas de Ansiedad. El cual es un tratamiento grupal breve dirigido a adolescentes que presentan ansiedad, con el objetivo de guiar al participante en el entrenamiento en Flexibilidad Psicológica (FP) para que aprenda a interactuar con las distintas experiencias que generan ansiedad en función de los valores o lo que es importante para sí.

En cuanto a su estructura, la primera sesión es una sesión individual en donde se realizará una entrevista. Las siguientes 8 sesiones son grupales, de éstas 6 corresponden al tratamiento y las 2 últimas son sesiones de seguimiento a uno y tres meses. Las sesiones requieren una duración de 70-90 minutos, que se realizan semanalmente, excepto las sesiones de seguimiento, que serán al mes y a los tres meses de haber concluido el tratamiento.

A continuación, se presenta la estructura del tratamiento y orden de los tópicos a incluir (Tabla 4).

Tabla 4

Estructura de la primera propuesta de tratamiento.

Sesión	Título sesión	Tópico	Objetivos generales
0	Entrevista y evaluación	Entrevista y evaluación individual	Valorar el estado psicológico inicial del participante a través de la aplicación de una entrevista contextual, el BAI y el AAQ-II.
1	Un modo distinto de observar	Encuadre e introducción al tratamiento con ACT	Explicar las características del tratamiento y delimitar las condiciones de trabajo. Establecer el punto de vista de ACT.
2	Creando una mente flexible	Flexibilidad Psicológica (FP)	Introducir al participante en el entrenamiento en FP a través del ejercicio de la Matrix.
3	Señor Lu Loop	Persistencia inefectiva	Que el participante identifique la relación que existe entre lo que hace y las consecuencias que obtiene de su conducta.

Sesión	Título sesión	Tópico	Objetivos generales
4	Mi Yo-yo	Sentido del Yo: 1. Observar y rastrear la experiencia 2. Notar la experiencia como observador	Desarrollar la capacidad de autoobservación del participante a través de identificar la experiencia y vincularse a esta con perspectiva desde la posición de un observador.
5	Mi Yo-yo	Sentido del Yo: 3. Notar la experiencia del observador 4. Notar la experiencia del Yo continente	Desarrollar la capacidad de autoobservación del participante a través de identificar la propia perspectiva de observador, para enseguida generar una perspectiva de Yo que contiene e integra experiencias.
6	El próximo destino	Valores y plan de acción	Que el participante construya un plan de acciones comprometidas que le aproximen a aquello que es más valioso para sí. Valorar el estado psicológico del participante al término de las sesiones de tratamiento a través de la aplicación del BAI y el AAQ-II.
7	Seguimiento 1 mes	Evaluación de seguimiento a 1 mes	Valorar el estado psicológico del participante al mes de concluir las sesiones de tratamiento, a través de la aplicación de una entrevista contextual, el BAI y el AAQ-II.
8	Seguimiento 3 meses	Evaluación de seguimiento a 3 meses	Valorar el estado psicológico del participante a los tres meses de concluir las sesiones de tratamiento, a través de la aplicación de una entrevista contextual, el BAI y el AAQ-II.

CONCLUSIÓN

A partir de los resultados expuestos, derivados del diálogo entre expertos que participaron en el grupo focal y de la revisión de diferentes tratamientos, surge la primera propuesta de tratamiento. Se determina la implementación de una primera sesión individual que permita conocer y explorar el comportamiento de los participantes antes de recibir el tratamiento, haciendo uso de la estrategia del análisis funcional de la conducta. En esta misma sesión

se decide incluir los instrumentos de evaluación para la ansiedad, como parte de la identificación sintomatológica y; la flexibilidad psicológica, como proceso psicológico. Estos son utilizados como un primer punto de comparación, respecto a la medición post tratamiento y los seguimientos.

En cuanto a la estrategia terapéutica, se decide un tratamiento con base en ACT por ser una terapia que aborda principalmente la flexibilidad psicológica, como un proceso que influye en los núcleos psicopatológicos que comparten un conjunto de problemas dentro de la salud mental. Además, se elige por ser un modelo de tratamiento breve e integral, pues incluye otros procesos psicológicos como la aceptación, el momento presente, los valores, la acción comprometida, el Yo contexto y la defusión. Estos procesos pueden verse desglosados en las sesiones 1 a 6.

Finalmente, se decide incluir dentro del tratamiento dos sesiones de seguimiento, una sesión al mes de haber concluido las 5 sesiones y otra sesión a los tres meses. Estas sesiones permiten observar los cambios posibles en los participantes una vez que han concluido el tratamiento, de forma que, estos cambios puedan interpretarse en términos de efecto.

CAPÍTULO 6

FASE 2: DISEÑO DE TRATAMIENTO

Objetivo general

Diseñar un tratamiento contextual para estudiantes de bachillerato que presentan ansiedad.

Objetivo específico

- Realizar el pilotaje del tratamiento diseñado, en una muestra individual de adolescentes que presentan ansiedad.

MÉTODO

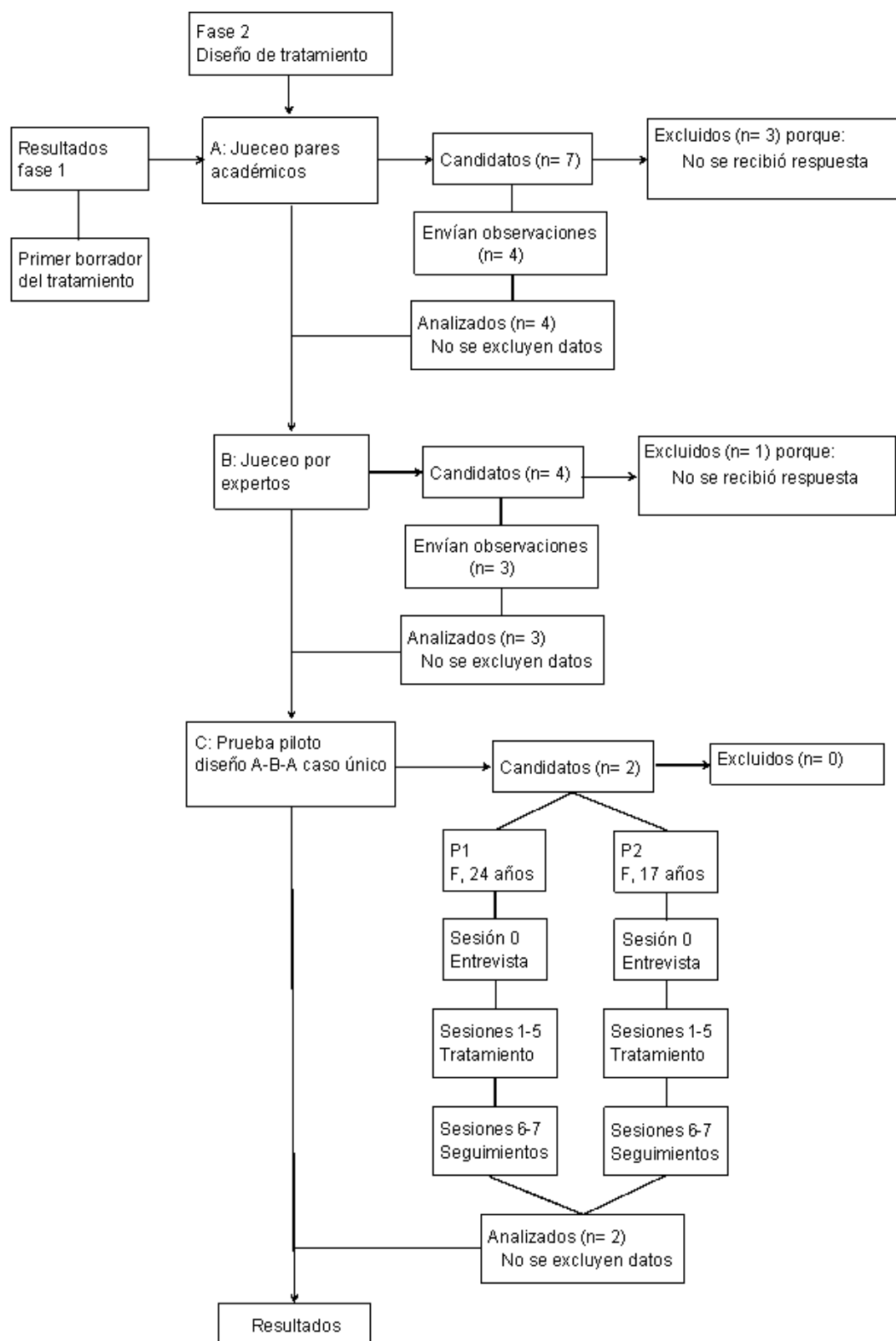
El procedimiento de esta segunda fase se divide en tres etapas. La etapa A comprende un jueceo por pares académicos de la primera propuesta del tratamiento, con el propósito de hacer modificaciones a la estructura, tiempos de actividades, modalidad de aplicación, redacción de las cartas descriptivas y listas de chequeo y, ajustar la claridad de los objetivos del tratamiento y de las sesiones.

La etapa B describe el proceso que se siguió para el jueceo del tratamiento por expertos en el tema. Esta etapa tuvo el objetivo de conocer la opinión de los expertos sobre qué tan adecuados o inadecuados les parecían los siguientes aspectos: a) objetivo de cada sesión, b) actividades propuestas para cada sesión y, c) tareas solicitadas a los participantes.

Finalmente, la etapa C describe la aplicación y resultados de dos pruebas piloto que se realizaron al tratamiento una vez que concluyó la primera etapa. Estas aplicaciones tuvieron como propósito probar las estrategias terapéuticas, instrucciones, tiempos, número de sesiones, materiales e instrumentos, se efectuó con una modalidad en línea y de manera individual.

Figura 5

Proceso de diseño del tratamiento.



Procedimiento

El desarrollo del diseño del tratamiento (Figura 5) inicia con una primera revisión teórica sobre las terapias cognitivo-conductuales para los trastornos de ansiedad; se toman en cuenta los resultados de la Fase 1: Selección de estrategias terapéuticas, donde se preguntó a psicólogos clínicos sobre la forma de evaluar y tratar los síntomas de ansiedad. Se continúa con una segunda revisión teórica, y enseguida la investigadora principal toma un entrenamiento para conocer el modelo ACT-Matrix, con la finalidad de fortalecer las herramientas terapéuticas, tener claridad en algunas estrategias y generar nuevos recursos para la presente intervención. En lo particular, se diseña el tratamiento bajo el fundamento de las terapias contextuales, el modelo Matrix y la Teoría de los Marcos Relacionales (TMR; Olaz & Polk, 2021), aunque también se hace uso de estrategias cognitivo-conductuales (como los autorregistros).

Una vez diseñado un primer borrador del tratamiento (Fase 1), se realizan las listas de chequeo, que servirán como formatos de control para llevar a cabo las actividades programadas y cumplir con ellas de forma ordenada y sistemática (González-González & Jimeno-Bernal, 2012). Enseguida se procede a un primer jueceo entre pares académicos (Etapas A) y se hacen las modificaciones pertinentes al diseño del tratamiento y a las listas de chequeo. Lo anterior permite continuar con el jueceo por expertos y llevar a cabo las pruebas piloto individuales del tratamiento (Etapas B y C). Se procede a las modificaciones sugeridas tanto en el jueceo por expertos como en las pruebas piloto individuales.

Etapas A: Jueceo por pares académicos

Participantes

Participaron 4 pares académicos: dos estudiantes de doctorado (mujer y hombre), un estudiante de maestría (hombre) y un investigador con doctorado (hombre). La muestra de pares académicos se seleccionó por conveniencia de manera no probabilística.

Instrumentos

Se les proporcionó el documento del primer borrador de las cartas descriptivas del tratamiento y las listas de chequeo que se realizaron para esta investigación. Ambas cuentan con la información general del tratamiento: nombre del tratamiento, qué es,

objetivo general, estructura del tratamiento. Las cartas descriptivas contienen la distribución de las actividades de cada una de las sesiones del tratamiento: tópico, duración, actividad y su tiempo destinado, así como los materiales a utilizar. Mientras que las listas de chequeo contienen las actividades e instrucciones específicas a emplear para guiar la aplicación del tratamiento.

Procedimiento

El procedimiento fue: 1) enviar por correo electrónico las cartas descriptivas y las listas de chequeo a los pares académicos; 2) dar tiempo para que revisen y comenten los documentos; 3) recibir los documentos con las observaciones; 4) hacer las modificaciones pertinentes a los documentos; y 5) pasar a etapa de jueceo por expertos.

Resultados

Entre las sugerencias que se recibieron de los pares académicos ante la evaluación del primer borrador del tratamiento se encontraron: correcciones a la redacción del título del tratamiento y el apartado ¿Qué es?; ajustar redacción del objetivo del tratamiento, objetivos generales y específicos de cada sesión; integración de actividades de inicio como conocer el estado de ánimo de los participantes; indicar en las cartas descriptivas cuáles sesiones son individuales y cuáles son grupales; hacer más generales las instrucciones en las actividades de las listas de chequeo e incluir los nombres de las metáforas a utilizar; agregar el nombre de los instrumentos a utilizar en la sesión 0, 5-7; y por último, añadir el formato de todos los materiales a utilizar durante cada sesión, considerando las cartas de Consentimiento y Asentimiento de Participación para padres, madres o tutores y alumnos, respectivamente, así como la guía de entrevista.

Etapas B: Jueceo por expertos

Participantes

Se seleccionó de manera no probabilística a una muestra de expertos integrada por 3 psicólogos: dos mujeres con estudios de maestría y un hombre con estudios de doctorado, todos con experiencia en terapias contextuales y que trabajan principalmente

con adolescentes. Participaron como jueces expertos para evaluar el tratamiento que se diseñó.

Instrumento

Diseñado para este proyecto, el formato de jueceo pretende recabar información sobre las características del Entrenamiento en Flexibilidad Psicológica para Adolescentes con Ansiedad (EFlexPAA). Este formato digital, creado en la plataforma Formularios de Google específicamente para esta investigación (ver Apéndice 2), constó de 49 reactivos en los que se solicita a cada participante que evalúe de acuerdo a una escala Likert de 5 puntos (1= totalmente inadecuado; 5= totalmente adecuado), los aspectos generales del tratamiento, la claridad de los objetivos por sesión, la congruencia entre los temas y actividades, la conveniencia de las actividades en casa y los elementos considerados en los autorregistros, además, se deja un espacio para observaciones en caso de que los participantes deseen realizar alguna. Se solicitó la evaluación de estos aspectos para cada una de las sesiones de tratamiento.

Procedimiento

Este inició contactando a los expertos por correo electrónico. Una vez que aceptaron participar como jueces, se les envió a sus correos el formato de jueceo a través de un enlace de Formularios de Google. Se esperó una semana para la recepción de respuestas. Enseguida se procedió al análisis cualitativo de las respuestas y a la corrección de los ajustes sugeridos en el tratamiento. Se realizaron los cambios que se consideraron pertinentes según las bases teóricas del tratamiento. Por último, se procede a la etapa C, prueba piloto individual.

Resultados

Descripción del EFlexPAA.

El EFlexPAA es un tratamiento grupal breve dirigido a adolescentes que presentan ansiedad, el cual se desarrolla como un entrenamiento en FP por medio del modelo ACT-Matrix (Olaz & Polk, 2021) con la finalidad de disminuir las experiencias que provocan los síntomas ansiosos. Además, con ello se pretende que los adolescentes identifiquen la función de su conducta ansiosa, que desarrollen la capacidad de auto observación, que generen una perspectiva de Yo, que contiene e integra experiencias y que construyan un

plan de acciones comprometidas, guiadas por sus valores, para que logren un mejor manejo de la ansiedad y de las experiencias que generan la misma.

El tratamiento se compone de 8 sesiones en total (Tabla 5); la primera sesión es individual y tiene una duración de 60 minutos, el resto de las sesiones son en formato grupal y tienen una duración de 90-120 minutos, éstas se realizan semanalmente de forma presencial. La primera sesión es de admisión y encuadre, las siguientes 5 sesiones forman parte del entrenamiento en FP y las últimas 2 sesiones son el seguimiento a un mes y el seguimiento a tres meses de haber concluido el tratamiento. Las fases del EFlexPAA se explican a continuación.

Admisión y encuadre

Los objetivos de esta fase (1 sesión) son: que los participantes firmen el Asentimiento de Participación y su padre, madre o tutor, el Consentimiento de Participación (este solo en caso de que sean menores de 18 años), explicar las características del tratamiento y delimitar las condiciones de trabajo y, conocer el estado psicológico inicial del participante a través de una entrevista y la aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II), con la finalidad de tener un registro previo a modo de línea base que ayude a comparar los cambios en las siguientes etapas del tratamiento.

Tratamiento

El objetivo de esta fase (5 sesiones) será entrenar a los participantes en las habilidades de cada uno de los tópicos a desarrollar, con el propósito de disminuir las experiencias que provocan los síntomas ansiosos. Cada sesión de tratamiento está estructurada en tres partes:

- i) Introducción:
 - (1) Bienvenida y revisión del estado de ánimo
 - (2) Revisión de obstáculos durante la semana
 - (3) Revisión y retroalimentación de actividad en casa
- ii) Desarrollo del tópico

- (1) Tópico
- (2) ¿Qué te pareció el ejercicio de hoy?
- (3) Retroalimentación
- iii) Conclusión
 - (1) Resumen
 - (2) Explicar actividad para casa
 - (3) Cierre de la sesión.

Seguimiento

Los objetivos de esta fase (2 sesiones) son valorar el estado psicológico del participante al mes y tres meses de concluir las sesiones de tratamiento, a través de la aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II), y reforzar las estrategias necesarias para continuar con el plan de acción.

Tabla 5

Esquema de tópicos del EFlexPAA.

Sesión	Título sesión	Tópico	Objetivos generales
0	Admisión y encuadre	Entrevista y evaluación individual	Explicar las características del tratamiento y delimitar las condiciones de trabajo. Conocer el estado psicológico inicial del participante a través de una entrevista y la aplicación de una batería de instrumentos.
1	Empecemos por una mente flexible	Flexibilidad Psicológica (FP)	Introducir a los participantes en la identificación de las conductas de aproximación y alejamiento, así como en las experiencias internas y externas por medio del modelo ACT-Matrix con relación a la ansiedad.
2	Sentir ansiedad una y otra vez	Persistencia inefectiva	Identificar la función del comportamiento de los participantes ante la ansiedad como experiencia interna desagradable.
3	Mi Yo observador (primera parte)	Sentido del Yo: rastrear la experiencia como observador.	Desarrollar la capacidad de auto observación de los participantes a través de identificar la experiencia y vincularse a esta con perspectiva desde la posición de un Yo observador (tomando distancia).

Sesión	Título sesión	Tópico	Objetivos generales
4	Mi Yo observador (segunda parte)	Sentido del Yo: la experiencia del observador y del Yo continente.	Desarrollar la capacidad de auto observación de los participantes a través de identificar la propia perspectiva de observador, para enseguida generar una perspectiva del Yo que contiene e integra experiencias (tomando distancia).
5	El próximo destino	Valores y plan de acción.	Construir un plan de acciones comprometidas que permitan al participante aproximarse a aquello que es más valioso para sí. Valorar el estado psicológico del participante al término de las sesiones de tratamiento a través de la aplicación de una batería de instrumentos.
6	Seguimiento 1 mes	Evaluación de seguimiento a 1 mes	Valorar el estado psicológico del participante al mes de concluir las sesiones de tratamiento, a través de la aplicación de una batería de instrumentos. Reforzar las estrategias necesarias para continuar con el plan de acción.
7	Seguimiento 3 meses	Evaluación de seguimiento a 3 meses	Valorar el estado psicológico del participante a los tres meses de concluir las sesiones de tratamiento, a través de la aplicación de una batería de instrumentos. Reforzar las estrategias necesarias para continuar con el plan de acción.

Etapas C: Prueba piloto individual

Diseño

En estas pruebas se utiliza un diseño A-B-A de caso único.

Participantes

La muestra de la prueba piloto del tratamiento se seleccionó por conveniencia y de manera no probabilística. Participaron dos mujeres, una de 24 y otra de 17 años, una egresada de licenciatura, otra estudiante de bachillerato respectivamente (Tabla 6), a quienes se les aplicó el tratamiento, posterior a ser evaluado por jueces y habiendo realizado las modificaciones pertinentes.

Tabla 6

Características de las participantes en la prueba piloto individual.

Participante 1	Participante 2
Edad: 24 años	Edad: 17 años
Sexo: Femenino	Sexo: Femenino
Escolaridad: Licenciatura	Escolaridad: Bachillerato
Lugar de residencia: Zacapú, Mich.	Lugar de residencia: Morelia, Mich.

Instrumentos

Guía de Entrevista: análisis funcional de la conducta ansiosa. Se trata de un breve cuestionario basado en el análisis funcional de Ruiz (2016), el cual se divide en dos partes. La primera parte ayuda a recabar datos de identificación, datos sociodemográficos y datos familiares; la segunda parte corresponde al análisis funcional de la conducta, donde se obtiene información acerca del contexto en el que se desarrolla cada participante relacionado con los síntomas de ansiedad. Su objetivo es explorar los antecedentes, conductas o emociones y consecuencias de las situaciones en las cuales se presenta la ansiedad (ver Apéndice 3).

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; estandarización mexicana por Robles et al., 2001). Evalúa la severidad de los síntomas de ansiedad y los discrimina de los síntomas depresivos. Es un instrumento de autorreporte, con una duración de 10-15 minutos y para personas de 13 años en adelante. Contiene 21 ítems, que se califican en una escala de 4 puntos (0= poco o nada, 3= severamente). Se interpreta según el puntaje obtenido en ansiedad mínima, leve, moderada y severa. Dentro de sus características psicométricas (Robles et al., 2001), el análisis factorial arrojó cuatro factores principales (subjetivo, neurofisiológico, autonómico y pánico); el índice de confiabilidad para la escala total es de 0.83; se obtuvo la confiabilidad test-retest del inventario, el índice de correlación intraclase fue $r = .75$; la validez convergente se obtuvo correlacionando los puntajes del inventario con los del Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE); con la escala de ansiedad de estado: $r = .60$; con la de ansiedad de rasgo, $r = .59$.

Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II; adaptación a población española por Ruiz et al., 2013). Evalúa la evitación experiencial o, su contraparte, la flexibilidad psicológica. Es un cuestionario autoaplicable, para personas mayores de 17 años. Cuenta con siete

reactivos, cada uno con siete opciones de respuesta tipo Likert que van de nunca es verdad (1) a siempre es verdad (7). Un puntaje alto revela evitación experiencial. Como características psicométricas (Ruiz et al., 2013), cuenta con un índice de confiabilidad de 0.88 en esta adaptación; para la validez discriminante, las puntuaciones del AAQ-II discriminaron entre muestras clínicas y no clínicas; y como validez de criterio, se encontraron fuertes correlaciones con diversos síntomas psicológicos (p. ej. depresión, ansiedad, fobia, somatización, obsesividad-compulsión) calidad de vida (p. ej. salud mental y salud física) y otros constructos psicológicos (p. ej. autoeficacia, creencias positivas, autoconciencia).

Autorregistros. Se utilizaron con la finalidad de obtener una medida indirecta de la percepción del nivel de ansiedad que experimentan los participantes y las situaciones diarias que acompañan esta experiencia. En el formato de autorregistro diseñado para este tratamiento los participantes registran 1) la hora en que sucede un evento ansioso, 2) la situación que provocó este evento ansioso, 3) las personas que estaban presentes, 4) el puntaje de ansiedad experimentado según la escala 0 a 10 (donde 0 es nada de ansiedad y 10 es demasiada ansiedad), 5) los pensamientos y conductas que surgen durante el evento y por último, 6) registran un valor del día referido como “Hoy lo importante es:”, este último elemento se va integrando a la estrategia terapéutica de ACT.

Procedimiento

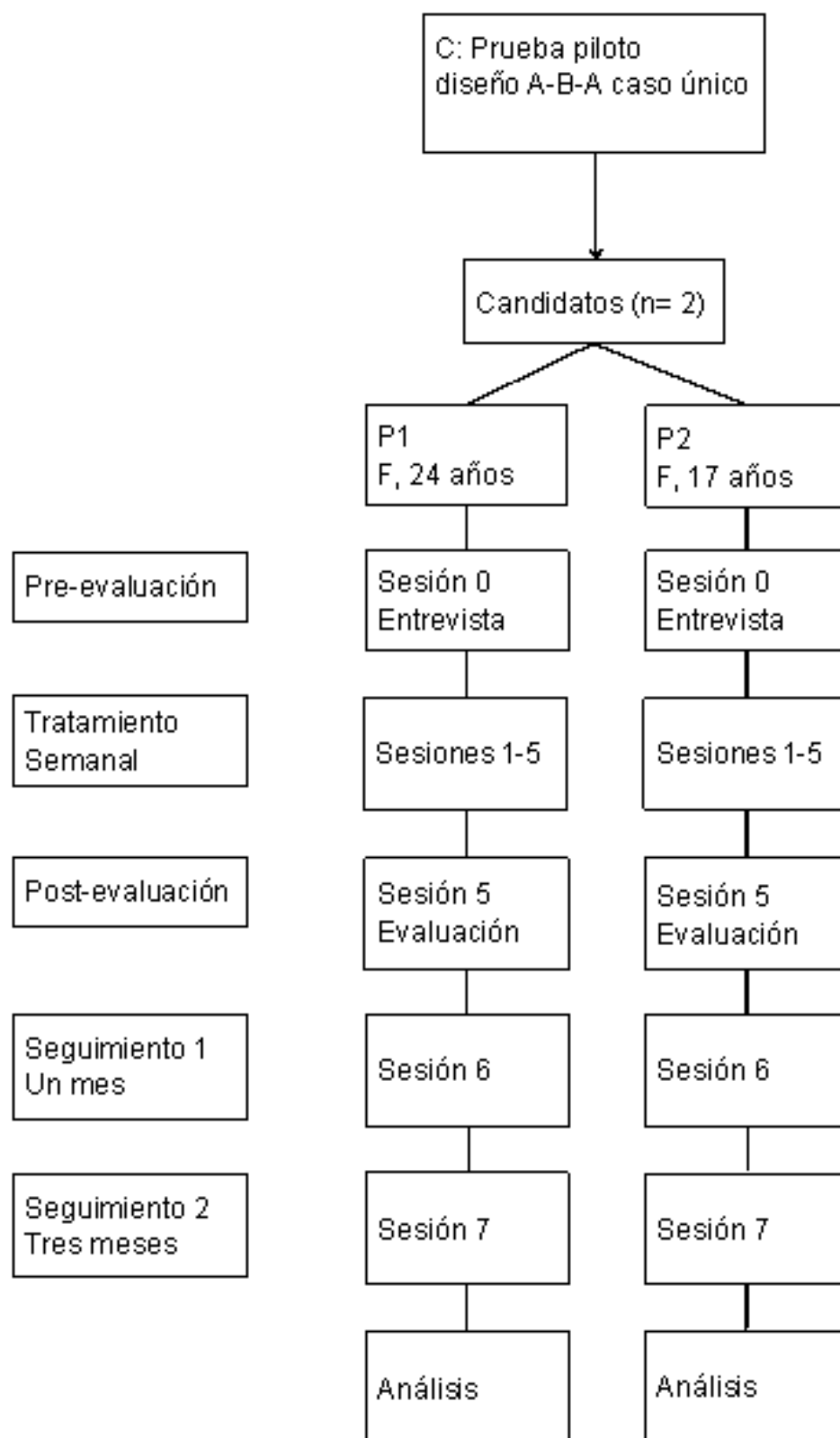
Se aplicó de manera individual y en línea el EFlexPAA, tal como se describe en la Figura 6. En la sesión 0 se les aplicó la entrevista de análisis funcional, el BAI y el AAQ-II, y se firmó el Consentimiento de Participación. Se realizaron las sesiones 1 a 5. En las sesiones 5, 6 y 7 se aplicaron de nuevo los instrumentos de evaluación. Las sesiones de seguimiento se hicieron al mes y a los 3 meses de haber concluido el tratamiento. Al finalizar cada sesión se hacen los ajustes correspondientes a las cartas descriptivas y las listas de chequeo, derivados de errores o correcciones observadas durante el ejercicio de prueba. Los datos obtenidos se analizaron de manera individual.

Consideraciones éticas

A través del Consentimiento de Participación (Apéndice 4), donde se explicó el objetivo, duración y estructura del tratamiento, así como el tiempo destinado a cada sesión y las actividades que se comprometieron a hacer, las participantes otorgaron su autorización.

Figura 6

Proceso del EFlexPAA en prueba piloto.



En este documento se explicó que el uso de los datos será con fines de investigación y, por lo tanto, son confidenciales. También se explicó que la relación con la terapeuta será únicamente profesional y se basará en el respeto mutuo y en el seguimiento a los derechos civiles y humanos. Las participantes aceptaron asistir puntualmente a las sesiones y avisar a la terapeuta en caso de faltar a una. Por último, quedó explícito el derecho a declinar de su participación en el momento que así lo decidiesen, sin que ello implique un riesgo a su persona. Las condiciones y características de los consentimientos se definen según lo establecido en los artículos 118,121 y 122 del Código de Ética del Psicólogo (SMP, 2010).

Análisis de datos

Los datos socio demográficos recogidos en la guía de entrevista sirven para hacer un análisis descriptivo de la muestra que participa. El análisis funcional, en cambio, se analiza de manera cualitativa como elementos que integran contingencias (Froxán-Parga, 2020), es decir, de esta información se analizan los antecedentes, conductas y consecuencias que ocurren durante el o los eventos ansiosos que experimenta la persona.

Para observar el patrón de cambio de los puntajes del BAI y el AAQ-II a través de las distintas fases del tratamiento, se realiza un análisis visual de los datos (Bono-Cabré & Arnau-Gras, 2014), este consiste en observar un gráfico de puntos de datos y líneas y constatar en qué medida el tratamiento ha modificado los patrones conductuales entre las distintas fases. Para ello es importante tener en cuenta el puntaje, la tendencia y la variabilidad de los datos que serán analizados visualmente.

De igual manera, para que el análisis visual de los datos tenga mayor confiabilidad, se aplica la fórmula de Blanchard y Schwartz (1988; en Pinjarkar et al., 2015) para evaluar el cambio clínico, el cual se obtiene de restar el puntaje pretratamiento menos el puntaje post tratamiento, dividirlo entre el puntaje pretratamiento y el resultado multiplicarlo por cien, tal como se observa en la Figura 7.

El resultado obtenido se interpreta como un cambio clínico si este es igual o mayor de 50%, por el contrario, no representa un cambio clínico si este es menor que 50%.

Figura 7

Fórmula para evaluar el cambio clínico.

$$\frac{\text{Puntaje PreTx} - \text{Puntaje PostTx}}{\text{Puntaje PreTx}} \times 100 = \text{Cambio clínico}$$

y

$$\frac{\text{Puntaje PreTx} - \text{Puntaje Seguimiento}}{\text{Puntaje PreTx}} \times 100 = \text{Cambio clínico}$$

En cuanto al puntaje subjetivo de ansiedad obtenido a través de los autorregistros, este se analizó por el método de Porcentaje de datos que Exceden la Mediana (*Percentage of data points Exceeding the Median* o PEM). Se define como el porcentaje de datos de la fase de tratamiento que supera (por encima en las medidas funcionales o por debajo en las medidas disfuncionales) a la mediana de los datos de la Línea Base (LB; Ma, 2006, en Sanz & García-Vera, 2015). Para calcular la mediana, se ordenan de forma creciente todos los datos de la LB y si el número de datos es impar, la mediana es el dato que los divide en dos partes iguales, superiores e inferiores a él y si el número de datos es par se identifican los dos datos que dividen en dos partes iguales la serie ordenada de datos y esos dos datos se promedian. A continuación, para calcular el PEM se dibuja desde la mediana una línea que atraviese la fase de tratamiento y se calcula el porcentaje de datos de la fase de tratamiento que están por encima de la línea de la mediana (en las medidas funcionales) o por debajo (en las medidas disfuncionales), ver Figura 8.

El rango de valores del PEM varía de 0 a 100% y sus porcentajes se interpretan como tratamiento cuestionable o no efectivo si es <70%, tratamiento moderadamente efectivo si está entre 70% y 89%, y tratamiento muy efectivo si está entre 90% y 100%.

Figura 8

Fórmula para calcular PEM.

$$\text{PEM} = \frac{\text{Nº datos del Tx que exceden la mediana de la LB}}{\text{Total de nº datos del TX}} \times 100$$

Resultados

Los datos obtenidos de las muestras en la prueba piloto se reportan a continuación de manera individual.

Participante 1

Mujer de 24 años, originaria de Zacapu (Michoacán), es casada, tiene licenciatura en Nutrición y actualmente es vendedora y supervisora en un negocio local. Vive con su esposo, quien es psicólogo y labora como terapeuta y docente. La participante refiere que en las últimas semanas ha presentado síntomas ansiosos que le interrumpen el sueño y algunas de sus actividades laborales, principalmente nota que estas crisis están relacionadas con el estrés y presión de su trabajo. Como antecedentes a sus eventos de ansiedad, refiere carga de trabajo excesiva, estrés y pensar que tiene mucho trabajo y que tiene que terminarlo pronto. Generalmente, sus eventos de ansiedad ocurren en las noches antes de dormir. Entre las conductas que realiza ante el evento ansioso están: continuar con sus labores cuando este ocurre en su lugar de trabajo y tomar “gotitas” de hierbas relajantes, estas conductas son relativamente recientes. Como consecuencias a corto plazo, ella identifica que la ansiedad desaparece, sin embargo, a largo plazo persiste un sentimiento de mal humor, irritabilidad y enojo, por lo que las conductas que hace le ayudan solo un momento.

Los puntajes obtenidos en las evaluaciones Pre-Post tratamiento y los seguimientos 1 y 2 del BAI y el AAQ-II con sus interpretaciones, se pueden observar en la Tabla 7. Se destaca una disminución mayor a 10 puntos entre las evaluaciones Pre-Post tratamiento y Seguimiento 1 del BAI y entre la evaluación Pretratamiento y Seguimiento 1 del AAQ-II, sin embargo, existe una disminución de la FP entre el Seguimiento 1 y el Seguimiento 2. La comparación de los datos obtenidos durante las fases del tratamiento muestra un patrón de decremento-incremento de los puntajes. En el caso del BAI esto se interpreta como una disminución-aumento del nivel de ansiedad. Mientras que en el AAQ-II la disminución de los puntajes se interpreta como un aumento-disminución en la flexibilidad psicológica, véase la Figura 9.

Aplicando la fórmula del cambio clínico, los porcentajes que se obtienen para el análisis del pre y post son BAI= 47.2% y AAQ-II= 23.3%, mientras que para el análisis del pre y el seguimiento 1 son BAI= 41.7% y AAQ-II= 46.7%, véase Tabla 8. Según la interpretación

de la fórmula de Blanchard y Schwartz (1988; Pinjarkar et al., 2015) dichos puntajes no representan un cambio clínico, ya que no son mayores del 50%.

Los datos del autorregistro se observan en la Figura 10. Al aplicar el análisis PEM se obtuvo un 76%, lo que se interpreta como tratamiento moderadamente efectivo.

Tabla 7

Puntajes BAI y AAQ-II pre-post tratamiento y seguimientos de participante 1.

Instrumentos	Pre-tx	Post-tx	Seg 1	Seg 2
BAI	36	19	21	34
Interpretación	Severa	Moderada	Moderada	Severa
AAQ-II	30	23	16	37
Interpretación	Baja	Media	Alta	Baja

Nota: Pre-tx = Evaluación previa tratamiento; Post-tx = Evaluación posterior tratamiento; Seg 1 = Seguimiento a un mes; Seg 2 = Seguimiento a tres meses; BAI = Inventario de Ansiedad de Beck; AAQ-II = Cuestionario de Aceptación y Compromiso II.

Tabla 8

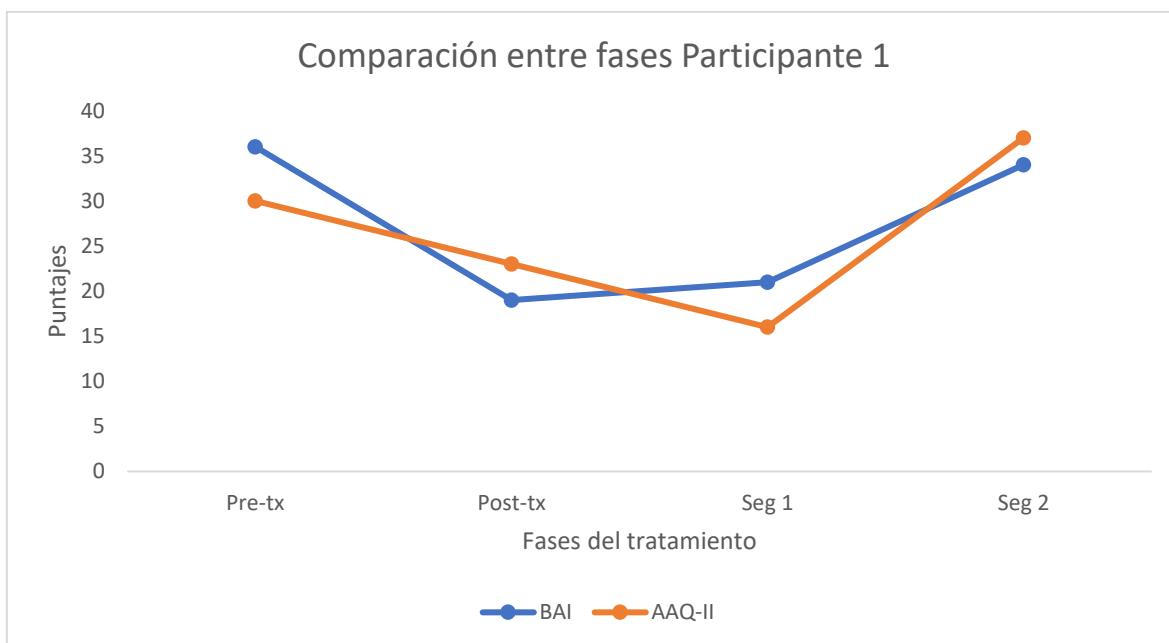
Porcentaje de cambio clínico en participante 1.

Instrumentos	Pre-tx	Post-tx	% cambio	Seg 1	% Pre/Seg 1	Seg 2	% Pre/Seg 2
BAI	36	19	47.2	21	41.7	34	5.6
AAQ-II	30	23	23.3	16	46.7	37	-23.3

Nota: Pre-tx = Evaluación previa tratamiento; Post-tx = Evaluación posterior tratamiento; % cambio = porcentaje de cambio clínico entre Pre-tx y Post-tx; Seg 1 = Seguimiento a un mes; % Pre/Seg 1 = porcentaje de cambio clínico entre Pre-tx y Seg 1; Seg 2 = Seguimiento a tres meses; % Pre/Seg 2 = porcentaje de cambio clínico entre Pre-tx y Seg 2; BAI = Inventario de Ansiedad de Beck; AAQ-II = Cuestionario de Aceptación y Compromiso II.

Figura 9

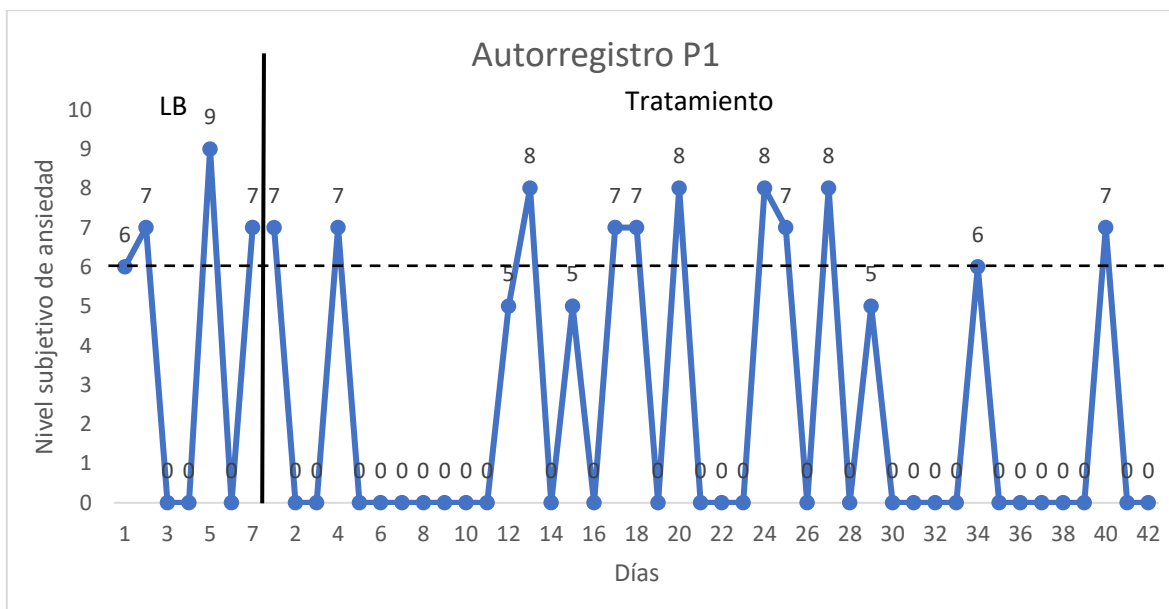
Comparación de los datos obtenidos durante las fases del tratamiento participante 1.



Nota: Pre-tx = Evaluación previa tratamiento; Post-tx = Evaluación posterior tratamiento; Seg 1 = Seguimiento a un mes; Seg 2 = Seguimiento a tres meses; BAI = Inventario de Ansiedad de Beck; AAQ-II = Cuestionario de Aceptación y Compromiso II.

Figura 10

Autorregistro del puntaje subjetivo de ansiedad en participante 1.



Participante 2

Mujer de 17 años, originaria de Morelia (Michoacán), estudiante de bachillerato. Vive con sus padres, quienes son profesionistas, y su hermano mayor, quien es estudiante. La participante refiere que en las últimas semanas ha presentado síntomas ansiosos cuando se acerca un evento social al que debe asistir, especialmente sucede al ir a la escuela, acudir a reuniones familiares o con amigos cercanos. También refiere que los síntomas de ansiedad aparecen ante tareas o actividades complicadas de la escuela que le hacen pensar en abandonar la actividad o postergar su realización, lo que promueve que los síntomas de ansiedad aumenten. Generalmente, la manera en que logra calmar los síntomas es diciéndose a sí misma cosas como “no pasa nada”, “sí puedo”, “sí sé”, entre otras. A corto plazo esta estrategia funciona, sin embargo, la ansiedad regresa con la próxima situación.

Los puntajes obtenidos durante las etapas de tratamiento muestran cambios de entre 15 y 20 puntos en el BAI, mientras que en el AAQ-II los puntajes disminuyen y se mantienen con hasta 14 puntos por debajo (ver Tabla 9). La comparación de los datos obtenidos durante las fases del tratamiento muestra un patrón de variación cíclica para los puntajes del BAI y un patrón de mejora en los puntajes del AAQ-II, en el caso del BAI esto se interpreta como una alternancia en el nivel de ansiedad, mientras que en el AAQ-II la disminución de los puntajes se interpreta como un aumento en la flexibilidad psicológica, véase la Figura 11.

Aplicando la fórmula del cambio clínico, los porcentajes que se obtienen para el análisis del pre y post son BAI= 60.7% y AAQ-II= 32.4%, mientras que para el análisis del pre y el seguimiento 2 son BAI= 53.6% y AAQ-II= 35.3%, véase Tabla 10. Según la interpretación de la fórmula de Blanchard y Schwartz (1988; en Pinjarkar et al., 2015) solo el porcentaje de cambio del BAI representa un cambio clínico, ya que es mayor del 50%.

Los datos del autorregistro se observan en la Figura 12, al aplicar el análisis PEM se obtuvo un 81%, lo que se interpreta como Tratamiento moderadamente efectivo.

Tabla 9

Puntajes BAI y AAQ-II pre-post tratamiento y seguimientos de participante 2.

Instrumentos	Pre-tx	Post-tx	Seg 1	Seg 2
BAI	28	11	33	13
Interpretación	Moderada	Leve	Severa	Leve
AAQ-II	34	23	22	22
Interpretación	Baja	Media	Media	Media

Nota: Pre-tx = Evaluación previa tratamiento; Post-tx = Evaluación posterior tratamiento; Seg 1 = Seguimiento a un mes; Seg 2 = Seguimiento a tres meses; BAI = Inventario de Ansiedad de Beck; AAQ-II = Cuestionario de Aceptación y Compromiso II.

Tabla 10

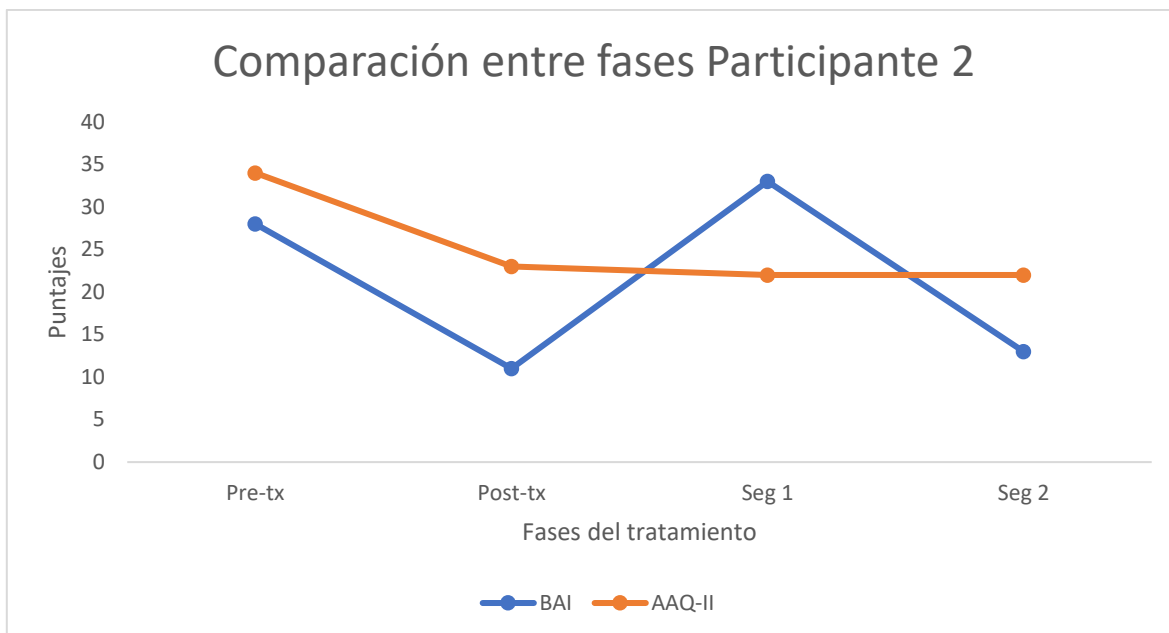
Porcentaje de cambio clínico en participante 2.

Instrumentos	Pre-tx	Post-tx	% cambio	Seg 1	% Pre/Seg 1	Seg 2	% Pre/Seg 2
BAI	28	11	60.7	33	-17.9	13	53.6
AAQ-II	34	23	32.4	22	35.3	22	35.3

Nota: Pre-tx = Evaluación previa tratamiento; Post-tx = Evaluación posterior tratamiento; % cambio = porcentaje de cambio clínico entre Pre-tx y Post-tx; Seg 1 = Seguimiento a un mes; % Pre/Seg 1 = porcentaje de cambio clínico entre Pre-tx y Seg 1; Seg 2 = Seguimiento a tres meses; % Pre/Seg 2 = porcentaje de cambio clínico entre Pre-tx y Seg 2; BAI = Inventario de Ansiedad de Beck; AAQ-II = Cuestionario de Aceptación y Compromiso II.

Figura 11

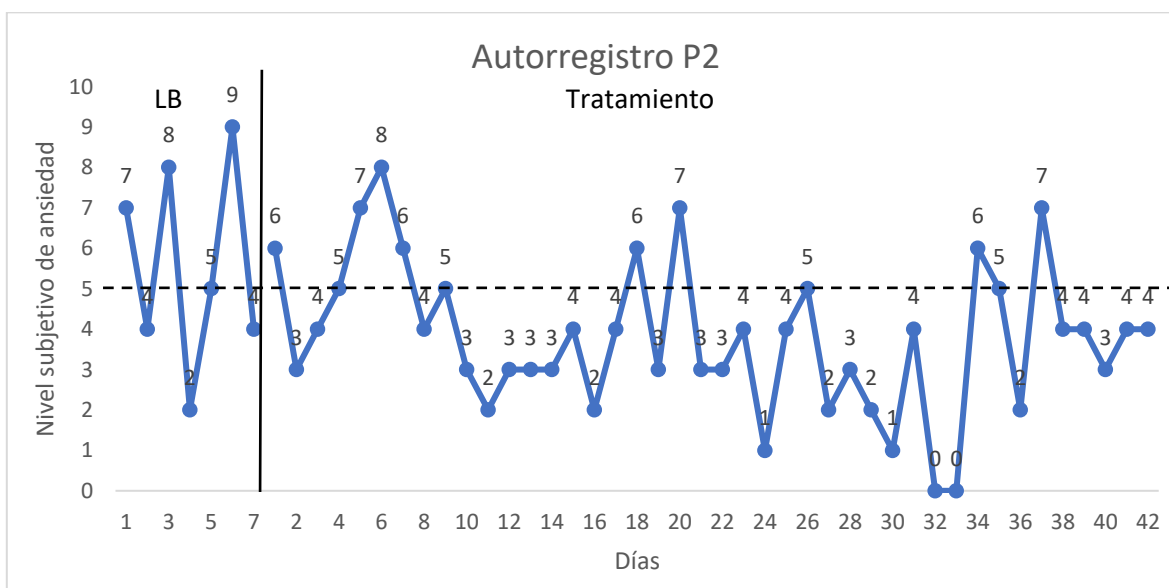
Comparación de los datos obtenidos durante las fases del tratamiento participante 2.



Nota: Pre-tx = Evaluación previa tratamiento; Post-tx = Evaluación posterior tratamiento; Seg 1 = Seguimiento a un mes; Seg 2 = Seguimiento a tres meses; BAI = Inventario de Ansiedad de Beck; AAQ-II = Cuestionario de Aceptación y Compromiso II.

Figura 12

Autorregistro del puntaje subjetivo de ansiedad en participante 2.



CONCLUSIÓN

La fase 2 contiene en cada etapa las decisiones que de manera consecutiva se tomaron para llegar al diseño final del tratamiento. La etapa A sirvió para hacer los ajustes técnicos al tratamiento, de manera que cada sesión es sistemática al contar con los mismos elementos tanto descriptivos como de estructura interna, es decir, cada sesión cuenta con un tema, objetivos, actividades, tiempos por actividad y materiales, así como una introducción, un desarrollo del tópico y una conclusión. Además, esta etapa permitió ser valorada por académicos que, aunque no son expertos en la estrategia terapéutica, si son expertos en el desarrollo de tratamientos, por lo tanto, sus aportaciones están dirigidas al contenido técnico y estructural de las sesiones. En esta etapa se sugirió el uso de los autorregistros como medida subjetiva de la ansiedad, lo cual, de forma clínica permitió conocer el proceso de cambio individual que cada participante percibe de sí.

La etapa B permitió consolidar la estructura del tratamiento. Éste pasó de contar con 9 sesiones a 8 sesiones, incluidas las sesiones de seguimiento. Las aportaciones de los expertos produjeron cambios específicos en el contenido de las sesiones, esto ayudó a clarificar los objetivos y materiales en cada tema. Se incluyeron actividades de atención plena para introducir a la sesión, con la finalidad de que el participante haga contacto con la experiencia de la ansiedad. También se hizo énfasis en el uso de metáforas para producir la defusión de ideas arbitrarias. Las actividades para casa se enfocaron en crear una extensión de la experiencia aprendida durante la sesión, misma que es descrita por cada participante en los autorregistros, donde además del puntaje subjetivo de ansiedad se incluyeron elementos propios de ACT, como son: los valores, las acciones comprometidas, las experiencias internas y externas, y las consecuencias de estas últimas. De tal manera que, estos autorregistros ayudaron a analizar clínicamente el proceso personal de cada participante.

Finalmente, la etapa C es una prueba piloto individual del tratamiento. En esta, las condiciones de aplicación difieren del plan original (tratamiento grupal para adolescentes). Una primera razón de esta diferencia es que para realizar esta etapa no se contaba con las condiciones y la muestra requerida para ello, es decir, debido a la pandemia por el Virus SarsCov2 en México, las actividades académicas en instituciones escolares eran en línea, lo que dificultó la selección de la muestra. Otra razón de esta diferencia es que la

prueba piloto fue realizada en línea, mientras que el plan original del tratamiento es llevarse a cabo de manera presencial. Aun con estas diferencias, fue posible hacer un análisis previo sobre el efecto del tratamiento y en dado caso, se realizaron los ajustes necesarios antes de la aplicación meta.

Los resultados del PEM en ambas pruebas piloto muestran que el tratamiento es moderadamente efectivo, estos resultados se obtienen de los datos del autorregistro de cada una de las participantes. Es importante mencionar que desde la práctica clínica estos datos son relevantes porque son el reflejo del puntaje subjetivo de ansiedad percibido por cada una, además, se describe el contexto en el que se encuentran cuando se percibe un evento ansioso. En el caso de las participantes en la prueba piloto, los eventos promotores de la ansiedad estaban relacionados a cuestiones escolares o laborales, y cuestiones familiares o con sus núcleos sociales.

Respecto a los análisis del porcentaje del cambio clínico realizados con los datos del BAI y el AAQ-II, no es posible observar un resultado que represente un cambio clínico en todas las fases del tratamiento para ambas participantes. Se observa un cambio clínico solo en los síntomas de ansiedad entre la evaluación previa y posterior al tratamiento, y entre la evaluación previa y el seguimiento a tres meses en la participante 2, pero no en la participante 1. Se cree que estos resultados se deben a la alta sensibilidad de los instrumentos para determinar en el caso del BAI los síntomas de ansiedad, y en el caso del AAQ-II la FP con relación a el contexto en que se encuentran las personas al momento de responder a dichos instrumentos. En el caso de la participante 1, al momento del segundo seguimiento se encontraba viviendo una situación complicada con su pareja. Por lo que se considera que ambos instrumentos son sensibles al contexto de las personas en el momento presente.

Las presentes conclusiones dan pie a continuar la investigación y aplicar el tratamiento a la muestra final.

CAPÍTULO 7

FASE 3: EVALUACIÓN DEL EFlexPAA CON GRUPO CONTROL

Objetivo general

Identificar si existen diferencias clínicas en las mediciones de ansiedad y flexibilidad psicológica, entre el grupo que recibe tratamiento y el grupo control.

Objetivos específicos

- Identificar el patrón de cambio en las mediciones de ansiedad y flexibilidad psicológica de cada participante a través de un análisis visual de datos.
- Identificar el efecto del tratamiento en cada participante a través de los datos del autorregistro.

Hipótesis

Existirán diferencias clínicas respecto al puntaje de ansiedad y la flexibilidad psicológica, entre el grupo que recibe tratamiento y el grupo control.

Variables

Variable independiente: EFlexPAA.

Variable dependiente: ansiedad, flexibilidad psicológica.

MÉTODO

Diseño

Esta fase parte de un diseño experimental de dos grupos con medidas repetidas, tal como se observa en la Tabla 11.

Tabla 11*Diseño de la fase 3.*

Grupo	Pretest	Tratamiento	Posttest	Seguimiento 1 mes	Seguimiento 3 meses
Experimental <i>RG₁</i>	O ₁	X ₁	O ₂	O ₃	O ₄
Control <i>RG₂</i>	O ₁	----	O ₂	O ₃	O ₄

Participantes

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, una vez que respondieron la batería de instrumentos utilizada como filtro de selección se eligieron a los estudiantes que cumplieron con los criterios de inclusión, y enseguida se asignaron al azar a los diferentes grupos.

Inicialmente, participaron 11 adolescentes (2 hombres y 9 mujeres) con un promedio de edad de 16.4, que en su mayoría se encontraban estudiando el cuarto semestre de bachillerato en el turno vespertino de una escuela preparatoria pública en la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Los 11 estudiantes de bachillerato formaron parte de dos grupos distintos: el grupo 1 tratamiento con 5 participantes, el grupo 2 control con 6 participantes (ver Tabla 12). Al finalizar el tratamiento, la muestra estuvo conformada por 8 estudiantes: 3 en el grupo de tratamiento y 5 en el grupo control.

Tabla 12*Participantes, fase 3.*

Grupo	Hombres	Mujeres	N Inicio	N final	N Perdidas
1 tratamiento	0	5	5	3	2
2 control	2	4	6	5	1
			N= 11	N= 8	N= 3

Los participantes cumplieron con los siguientes criterios:

Inclusión

- Ser estudiantes de bachillerato.
- Tener entre 14 y 19 años.
- Puntuar con ansiedad severa (31 a 63 puntos) según el BAI.
- Manifestar su interés de participar en el tratamiento a través del Asentimiento Informado de Participación.
- Entregar el Consentimiento Informado de Participación firmado por su padre, madre o tutor.

Exclusión

- Abusar de alguna droga ilegal.
- Tener una condición física (discapacidad motora y/o sensorial) que dificulte su participación en el tratamiento.
- Que ya estén recibiendo algún tratamiento psicológico para la ansiedad.

Eliminación

- Faltar a más de dos sesiones seguidas del tratamiento.
- Estar en desacuerdo con las condiciones del tratamiento.

Instrumentos

Para la fase 3 se utilizaron dos baterías de instrumentos. Una batería que funcionó como filtro de selección para los estudiantes que cumplan con los criterios de inclusión y puedan participar en el tratamiento. La segunda batería forma parte de las mediciones pretest-postest y de seguimiento del tratamiento.

A continuación, se describen los instrumentos del filtro de selección:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; estandarización mexicana por Robles et al., 2001). Descrito en el apartado de Instrumentos de la Etapa C prueba piloto individual, incluida en la Fase 2 (ir a página 75).

Cuestionario de Evitación y Fusión-Adolescentes (CEF-A; validación en población española por Valdivia-Salas et al., 2016). Es un instrumento de autorreporte, para

adolescentes de entre 11 y 17 años. Tiene un formato de respuesta de 5 puntos (0= nada cierta a 4= muy cierta). Los puntajes altos revelan inflexibilidad psicológica. En esta investigación se utilizará la versión extensa de 17 ítems, cuyas características psicométricas son: índice de confiabilidad de IP= .87, FC= .81 y EE= .76. En los análisis de validez concurrente se encontró una correlación entre FC y EE alta ($r = .71$, $p < .05$), aunque sus efectos sobre las variables criterio fueron diferentes. Por un lado, la relación de FC con Depresión fue positiva y significativa ($\beta = .53$, $p < .05$), y con Satisfacción con la vida fue negativa y significativa ($\beta = -.37$, $p < .05$). Por otro lado, EE solo mostró una relación positiva y significativa con Satisfacción con la vida ($\beta = .23$, $p < .05$). Se probó la validez predictiva, los resultados mostraron que FC predijo EE, depresión y Satisfacción con la vida. Sin embargo, EE solo predijo FC, mostrando un patrón de influencia no recursivo.

Subescala de Uso/abuso de sustancias del Cuestionario de Tamizaje de Problemas en Adolescentes (POSIT- Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers; validado por la Universidad Nacional Autónoma de México y el Instituto Nacional de Psiquiatría “Juan Ramón de la Fuente Muñiz”, 1997). Es un instrumento para adolescentes de entre 13 y 19 años. La versión mexicana se compone de 81 reactivos agrupados en siete áreas de su vida cotidiana: uso/abuso de sustancias, salud mental, relaciones familiares, relaciones con amigos, nivel educativo, interés laboral, conducta agresiva/delictiva. Entre sus características psicométricas destacan: su nivel de medición nominal dicotómico (Sí/No) y su transformación a un nivel escalar cuando se integran las puntuaciones por área. Su confiabilidad promedio es de $\alpha = .90$. En cuanto a la validez, el POSIT mide lo que busca medir y cuenta con el suficiente rigor en términos de contenido, constructo, predicción y sensibilidad/especificidad. Para esta investigación se utiliza la subescala de Uso/abuso de sustancias que incluye 17 reactivos en total. Todos los ítems son Red Flags (RF), una sola puntuación (Sí) señala riesgo. El tiempo aproximado de respuesta es de 10 a 15 minutos. El índice de confiabilidad para esta subescala es de .87.

Subescala de Salud mental del Cuestionario de Tamizaje de Problemas en Adolescentes (POSIT- Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers; validado por la Universidad Nacional Autónoma de México y el Instituto Nacional de Psiquiatría “Juan Ramón de la Fuente Muñiz”, 1997). Descrito anteriormente. Para esta investigación se utiliza la subescala de Salud mental que incluye 16 reactivos en total. El punto de corte es

5 / RF: 5 puntos (Sí) señala riesgo. El tiempo aproximado de respuesta es de 10 a 15 minutos. El índice de confiabilidad para esta subescala es de .80.

A continuación, se describen los instrumentos del tratamiento:

Guía de Entrevista: análisis funcional de la conducta ansiosa. Descrito en el apartado de Instrumentos de la Etapa C prueba piloto individual, incluida en la Fase 2 (ir a página 75 o ver Apéndice 3).

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; estandarización mexicana por Robles et al., 2001). Descrito en el apartado de Instrumentos de la Etapa C prueba piloto individual, incluida en la Fase 2 (ir a página 75).

Cuestionario de Evitación y Fusión-Adolescentes, (CEF-A; validación en población española por Valdivia-Salas et al., 2016). Descrito anteriormente en los instrumentos de filtro de selección.

Autorregistros. Se utilizaron con la finalidad de obtener una medida indirecta de la percepción del puntaje de ansiedad que experimentan los participantes y las situaciones diarias que acompañan esta experiencia. En el formato de autorregistro diseñado para este tratamiento los participantes registran 1) la situación que provocó este evento ansioso, 2) la conducta o acción que se realizó después del evento ansioso, 3) el puntaje de ansiedad experimentado según la escala 0 a 10 (donde 0 es nada de ansiedad y 10 es demasiada ansiedad), 4) los pensamientos, sensaciones o emociones que surgen durante el evento y por último, 5) registran una conducta o acción que les aproxime a aquello que es importante, este último elemento se va integrando a la estrategia terapéutica de ACT.

Escenario

La fase 3 de la presente investigación se llevó a cabo en las instalaciones de la Escuela Preparatoria Lic. Eduardo Ruiz, una institución pública, que pertenece al sistema autónomo de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, ubicada en la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Procedimiento

Como se observa en la Figura 13, la realización de la fase 3 inició con la presentación del proyecto de investigación a los directivos escolares para obtener su autorización. Una vez que se consiguió la autorización, se procedió a la capacitación de una persona que apoyó en contactar a los participantes, organizar las citas de la sesión 0, realizar algunas entrevistas, y que estuvo pendiente de proporcionar los materiales a los participantes durante el tratamiento.

Enseguida, se aplicó la batería de instrumentos como filtro de selección en la población escolar, de manera digital a través de la aplicación Formularios de Google. Se identificó la muestra de adolescentes candidatos a recibir el tratamiento, quienes cumplieron con los criterios de inclusión. Una vez identificados, se les notificó que podían ser parte del proyecto y del tratamiento.

A los candidatos interesados se les programó una cita y acudieron de manera presencial a la sesión 0 del tratamiento, en donde se explicó por medio del Asentimiento de Participación (Apéndice 4) el objetivo del proyecto y del tratamiento, ahí mismo se aplicó la batería de instrumentos que forman parte del tratamiento.

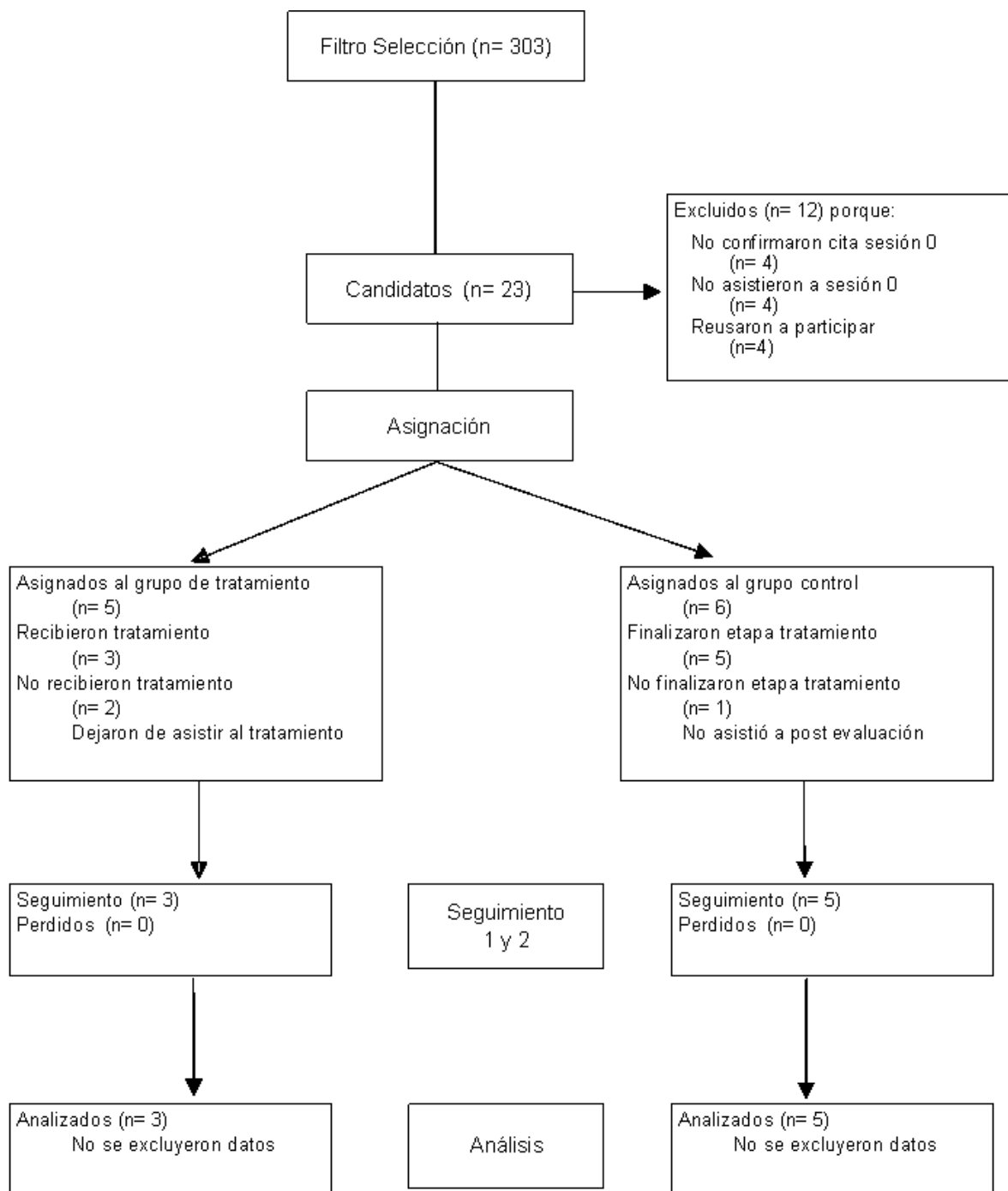
Todos los candidatos firmaron el Asentimiento de Participación, y a los menores de edad se les entregó el Consentimiento de Participación y se les indicó que debían regresarlo al día siguiente de la sesión 0 firmados por su padre, madre o tutor, de esta manera se autorizó la participación del estudiante en el proyecto.

Una vez reunida la muestra de participantes se asignó aleatoriamente al grupo 1 tratamiento y al grupo 2 control. Ambos fueron notificados del grupo al que se asignaron.

Al finalizar la sesión 5 del tratamiento se recolectaron los datos de evaluación post tratamiento en ambos grupos. Esta recolección se obtuvo también en el seguimiento al mes y tres meses para cada grupo. Todo el tratamiento se llevó a cabo de manera presencial. Por último, se realizaron los análisis estadísticos de los datos obtenidos y se procede a la fase 4.

Figura 13

Proceso de la fase 3.



Consideraciones éticas

Se consideró la autorización de la institución para llevar a cabo esta investigación. Para ello, se expuso de manera oral y escrita los objetivos, el procedimiento y la justificación de

la investigación a las autoridades escolares. Para los estudiantes menores de 18 años, se consideró el Asentimiento Informado de participación y el Consentimiento Informado de sus padres, mientras que los estudiantes mayores de edad firmaron el Consentimiento Informado como autorización a ser parte del estudio.

A través del Consentimiento de Participación y el Asentimiento de Participación (ver Apéndice 4) proporcionado a los estudiantes, se les explicó el objetivo, duración y estructura del tratamiento, así como el tiempo destinado a cada sesión y las actividades que se comprometieron a realizar los participantes. En estos documentos se explicó que el uso de los datos es con fines de investigación y, por lo tanto, son confidenciales. También se explicó que la relación con la terapeuta será únicamente profesional y se basará en el respeto mutuo y en el seguimiento a los derechos civiles y humanos.

Los participantes aceptaron asistir puntualmente a las sesiones y avisar a la terapeuta en caso de faltar a una. Por último, quedó explícito el derecho a declinar de su participación en el momento que así lo decidiesen, sin que ello implique un riesgo a su persona. Las condiciones y características de los consentimientos se definen según lo establecido en los artículos 118,121 y 122 del Código de Ética del Psicólogo (SMP, 2010).

Análisis de datos

Para observar el patrón de cambio de los puntajes del BAI y el CFE-A a través de las distintas fases del tratamiento, se realizó un análisis visual de los datos (Bono-Cabré & Arnau-Gras, 2014), ver apartado Análisis de datos en Etapa C prueba piloto individual, de la Fase 2 (página 78).

De igual manera, para que el análisis visual de los datos tenga mayor confiabilidad, se aplica la fórmula de Blanchard y Schwartz (1988; en Pinjarkar et al., 2015) ver apartado Análisis de datos en Etapa C prueba piloto individual (página 78). Para evaluar el cambio clínico de manera grupal, primero se obtiene la mediana de los puntajes del grupo por fase de tratamiento y enseguida se aplica la fórmula utilizando la mediana como puntaje de cada fase del tratamiento.

En cuanto al puntaje subjetivo de ansiedad obtenido a través de los autorregistros, este se analizó por el método PEM (Ma, 2006, en Sanz & García-Vera, 2015) ver apartado Análisis de datos en Etapa C prueba piloto individual (página 79). A continuación, para

calcular el PEM se dibuja desde la mediana una línea que atraviese la fase de tratamiento y se calcula el porcentaje de datos de la fase de tratamiento que están por encima de la línea de la mediana (en las medidas funcionales) o por debajo (en las medidas disfuncionales). Este porcentaje se analiza de forma individual entre los participantes que recibieron el tratamiento.

RESULTADOS

En la Tabla 13 se pueden observar las medianas de los puntajes obtenidos en el BAI y el CEF-A por grupo durante las fases del tratamiento. En general, se observa una baja en ambas mediciones, lo cual significa una disminución en el puntaje de ansiedad y un aumento en la flexibilidad psicológica, incluido en el grupo control. Sin embargo, se observa una reducción mayor a 10 puntos entre la evaluación previa y posterior en la mayoría de las mediciones, excepto en CEF-A del grupo control, que se mantienen arriba de 30 puntos.

La comparación de los datos obtenidos durante las fases de tratamiento del grupo 1 tratamiento muestra un patrón de mejora en ambas mediciones, lo que se traduce en una disminución de la ansiedad y un aumento en la flexibilidad psicológica. Mientras que en el grupo 2 control, se observa un patrón de mejora en el CEF-A, es decir, un aumento en la flexibilidad psicológica, y un patrón de decremento-incremento en el BAI, o una disminución y aumento en el puntaje de ansiedad.

Los porcentajes que representan un cambio clínico se consiguen de la evaluación previa y el seguimiento al mes del BAI en los dos grupos. Además, se observa un porcentaje mayor a 50 entre la evaluación previa y posterior al tratamiento del BAI en el grupo 1 tratamiento. En el porcentaje de cambio del CEF-A, no se observan cambios clínicos mayores a 50% en ninguno de los grupos, ver Tabla 14.

Tabla 13

Medianas de los puntajes obtenidos por grupo en BAI y CEF-A.

	Instrumentos	Pre-tx	Post-tx	Seg 1	Seg 2
G1 tratamiento	BAI	38	25	25	26
	Interpretación	Severa	Moderada	Moderada	Moderada
	CEF-A	47	35	39	37
	Sin interpretación	-	-	-	-
G2 control	BAI	36	25	20	28
	Interpretación	Severa	Moderada	Moderada	Moderada
	CEF-A	36	33	31	30
	Sin interpretación	-	-	-	-

Nota: Pre-tx = Evaluación previa tratamiento; Post-tx = Evaluación posterior tratamiento; Seg 1 = Seguimiento a un mes; Seg 2 = Seguimiento a tres meses; BAI= Inventario de Ansiedad de Beck; CEF-A= Cuestionario de Evitación y Fusión – Adolescentes.

Tabla 14

Porcentaje de cambio clínico en BAI y CEF-A por grupo.

	Grupo 1 tratamiento		Grupo 2 control	
	BAI	CEF-A	BAI	CEF-A
Pre-tx	38	47	36	36
Post-tx	25	35	25	33
% cambio	52	34.29	44	9.09
Seg 1	25	39	20	31
% Pre/Seg 1	52	20.51	80	16.13
Seg 2	26	37	28	30
% Pre/Seg 2	46.15	27.03	28.57	20

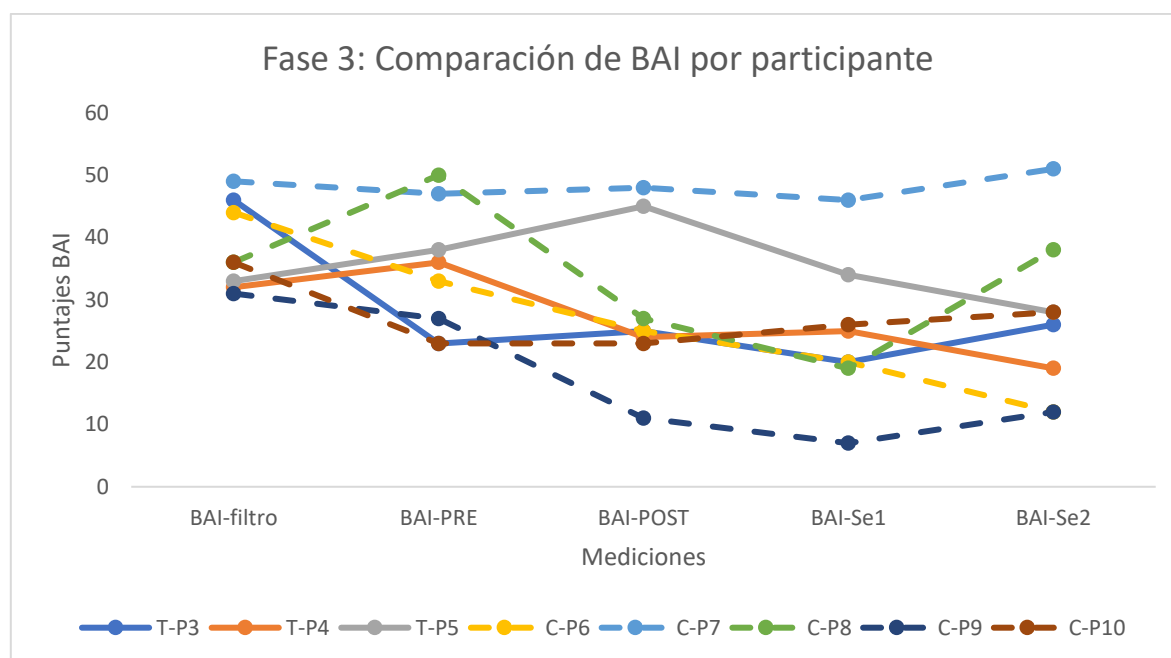
Nota: BAI= Inventario de Ansiedad de Beck; CEF-A= Cuestionario de Evitación y Fusión – Adolescentes; Pre-tx = Evaluación previa tratamiento; Post-tx = Evaluación posterior tratamiento; % cambio = porcentaje de cambio clínico entre Pre-tx y Post-tx; Seg 1 = Seguimiento a un mes; % Pre/Seg 1 = porcentaje de cambio clínico entre Pre-tx y Seg 1; Seg 2 = Seguimiento a tres meses; % Pre/Seg 2 = porcentaje de cambio clínico entre Pre-tx y Seg 2.

El análisis visual de los puntajes del BAI por participante con ambos grupos (tratamiento y control) muestra un patrón distinto al observado en las medianas por grupo. En este análisis (ver Figura 14) se observa que los participantes del grupo 1 de tratamiento tienden a un patrón de mejora y logran una estabilidad en el puntaje de ansiedad. En comparación con los participantes del grupo 2 control, quienes tienen patrones distintos, por ejemplo, el C-P6 muestra un patrón de mejora importante, mientras que el C-P7 se mantiene en un nivel severo de ansiedad, en cambio, el C-P8 y el C-P9 muestran un patrón de incremento-decremento en el puntaje de ansiedad. Además, se observa que los cambios más amplios suceden a partir de la evaluación posterior al tratamiento.

Al comparar de manera visual los datos obtenidos del CEF-A (ver Figura 15) por participante en ambos grupos, se observa un patrón de mejora en los participantes del grupo 1 tratamiento, a diferencia de los participantes del grupo 2 control que muestran un patrón estable entre sus niveles de flexibilidad psicológica. Incluso, se observa en el C-P6 que, aunque su puntaje de ansiedad disminuyó, su puntaje de FP no tuvo cambios en el patrón de comportamiento de los puntajes. Por el contrario, la C-P7 muestra un patrón de mejora en el CEF-A, aunque ello no signifique una mejora en la FP, sin embargo, esta mejora no se observa en su nivel de ansiedad.

Figura 14

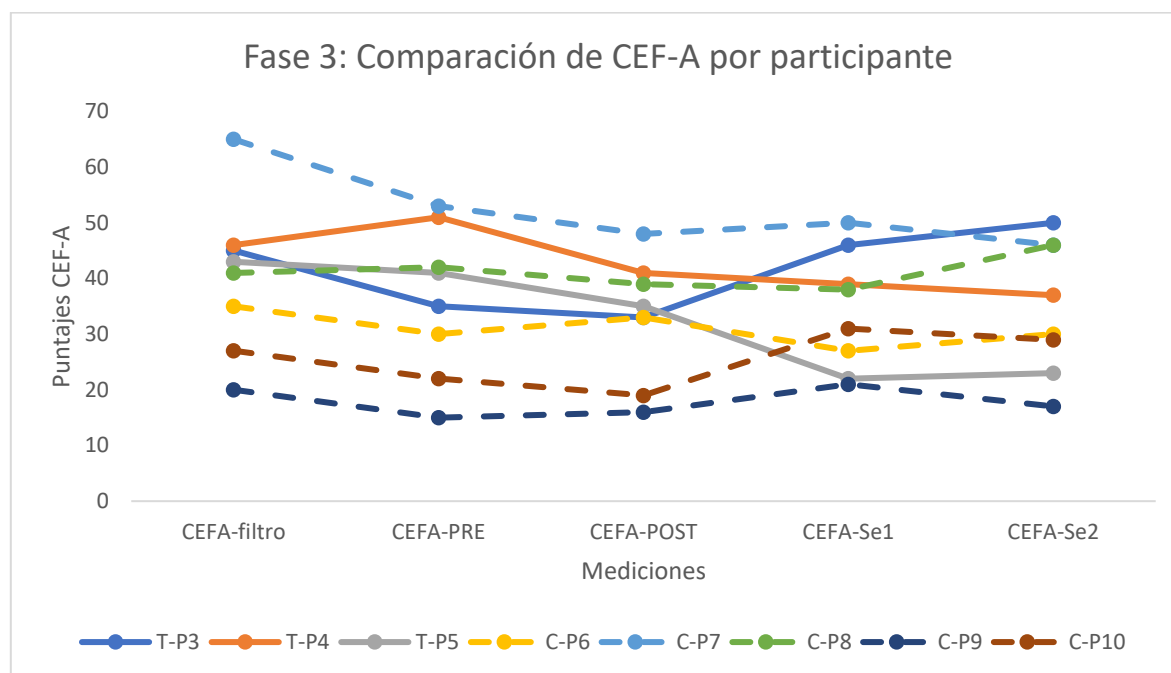
Fase 3: Comparación de BAI por participante.



Nota: BAI= Inventario de Ansiedad de Beck; PRE= evaluación previa; POST= evaluación posterior; Se1= Seguimiento al mes; Se2= Seguimiento a tres meses; T-P= Tratamiento-Participante; C-P= Control-Participante.

Figura 15

Fase 3: Comparación de CEF-A por participante.

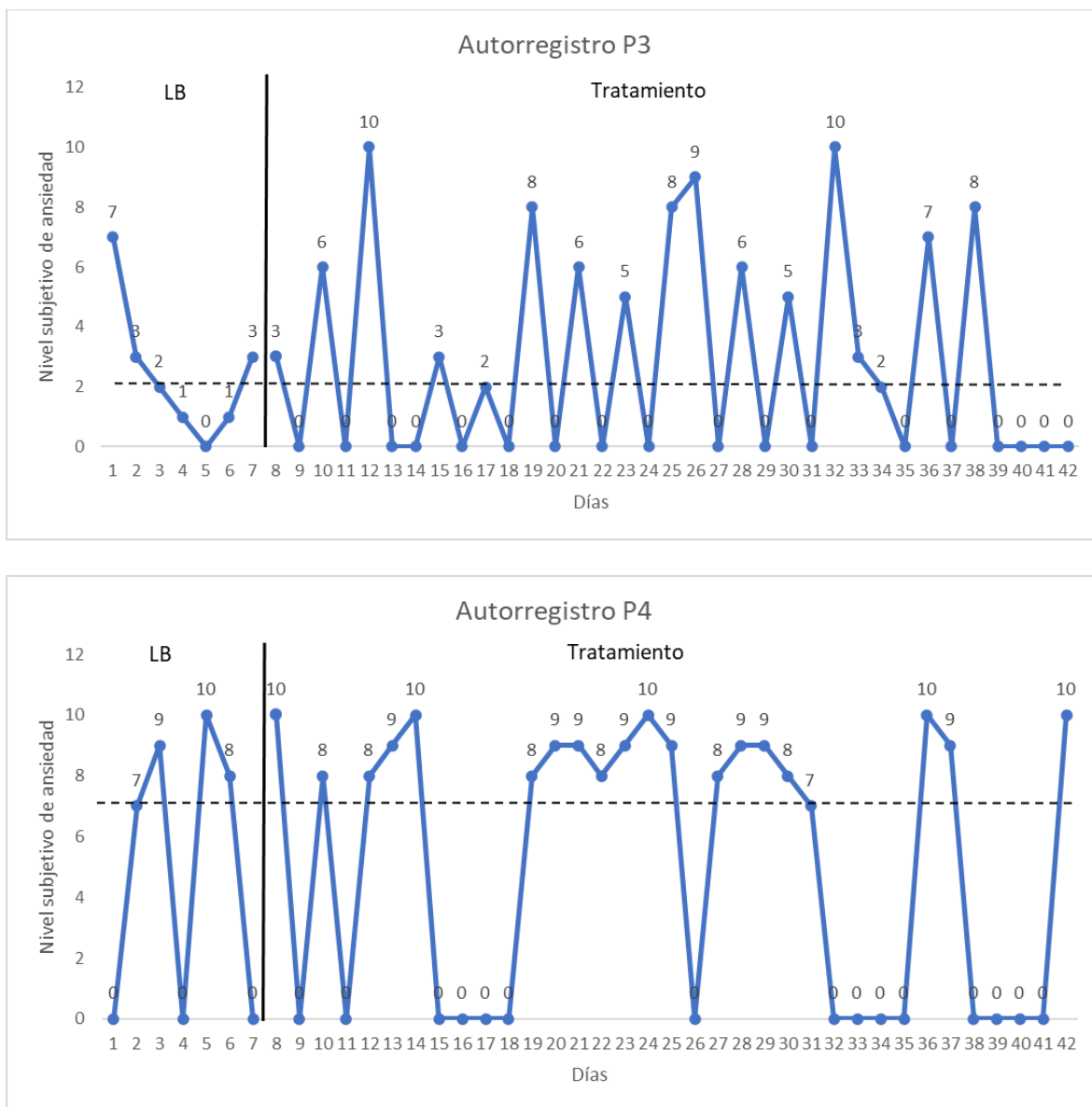


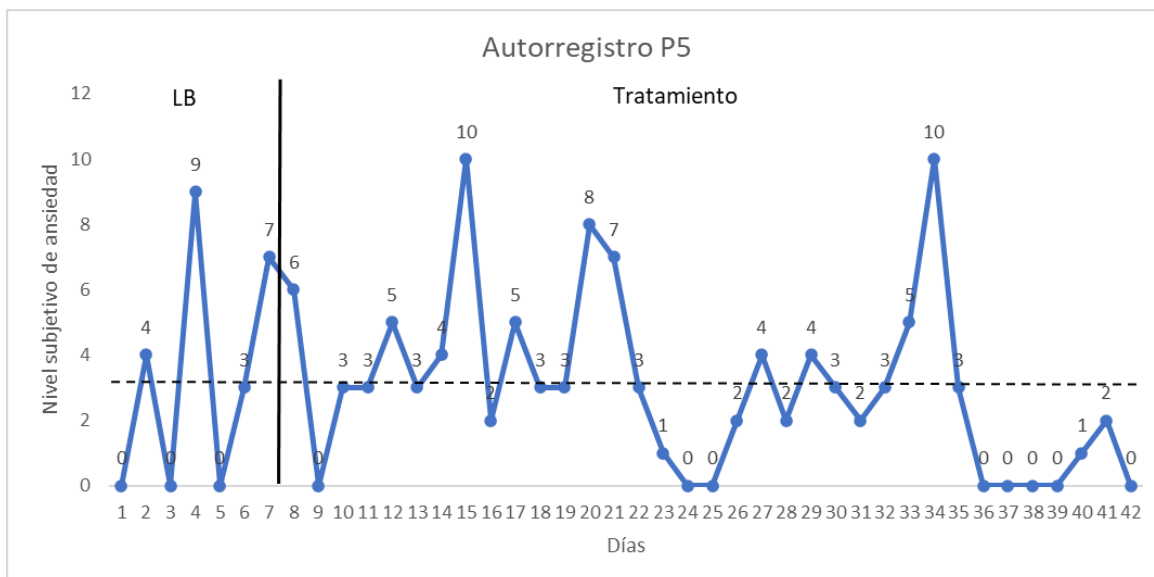
Nota: CEF-A= Cuestionario de Evitación y Fusión – Adolescentes; PRE= evaluación previa; POST= evaluación posterior; Se1= Seguimiento al mes; Se2= Seguimiento a tres meses; T-P= Tratamiento-Participante; C-P= Control-Participante.

Los resultados del análisis PEM para los datos recabados a través de los autorregistros de quienes participaron en el grupo 1 tratamiento, revelaron un 57.1% en P3, 45.7% en P4 y 68.6% en P5, en los tres casos el porcentaje es menor a 70, lo que se interpreta como un tratamiento cuestionable. Los datos pueden observarse en la Figura 16.

Figura 16

Autorregistros del puntaje subjetivo de ansiedad en participantes 3, 4, 5.





CONCLUSIÓN

A partir de los resultados obtenidos en la Fase 3 y debido a la pérdida de participantes en el grupo de tratamiento, se decidió reunir a un nuevo grupo de tratamiento (grupo 3) para hacer una segunda aplicación de este (Fase 4). Se propuso un diseño distinto en esta nueva fase, donde se omitió el grupo control y la asignación al azar, esto, con la finalidad de reducir variables como la historia, la administración de las pruebas, la mortalidad experimental e incluso la regresión estadística que pudieran afectar la validez interna de la aplicación del tratamiento.

En los resultados de la Fase 3, se observó que algunos participantes del grupo control tuvieron mejoría, lo que permea la validez interna del grupo. Algunos de ellos comentaron que una vez que asistieron a la evaluación previa y conocieron su diagnóstico, buscaron estrategias propias de afrontamiento y solución a la ansiedad. Desde la práctica clínica, el patrón de mejora o decremento de los síntomas de ansiedad y el aumento o estabilidad de la FP en cada uno de los participantes, sobre todo, referente a los participantes del grupo control que no recibió tratamiento, pudieron ser atribuidos a las características personales de cada uno, es decir, a sus propias habilidades o estrategias psicológicas. Por ejemplo, se dio cuenta de la habilidad en resolución de problemas de algunos, en las habilidades de comunicación de otros, en estrategias de afrontamiento, por mencionar algunas, aunque muchas de estas fueron conductas de evitación. Incluso, los cambios del

grupo control, pudieron ser consecuencia del hecho de saber sus resultados en los instrumentos de selección, mismos que les motivo a buscar ayuda.

Además, en todos los participantes, es posible que esta mejora se diera por el contexto educativo, ya que se encontraban en un periodo de adaptación al regreso de las actividades presenciales en la institución, consecuente a la pandemia por el Virus SarsCov2. Lo anterior, pudo ser un detonante de los síntomas de ansiedad.

Posteriormente, se observa mejora en los datos del BAI, que pudieron ser atribuidos a la adaptación de las actividades escolares.

Los resultados del análisis PEM para los datos del autorregistro de cada participante que recibió el tratamiento durante esta fase, muestran que el efecto de este debe ser cuestionado. Contrario a los resultados obtenidos en la Fase 2 durante las pruebas piloto, donde se consideró un tratamiento moderadamente efectivo. En ambos casos, los resultados sugieren ajustar y volver a evaluar el tratamiento.

Finalmente, porque se cree que la adaptación al contexto escolar de forma presencial pudo influir en los resultados tanto del grupo que recibió el tratamiento como del grupo control, es que se refuerza la apertura de un nuevo grupo. De esta manera, será posible comparar las diferencias entre el grupo control y el grupo 3 que recibe tratamiento.

Como parte de las consideraciones éticas, se cumple con la invitación al grupo control para tomar el tratamiento una vez que se terminó la recolección de datos del seguimiento dos. Solo dos personas accedieron a tomar el entrenamiento, ninguna de ellas lo concluyó.

CAPÍTULO 8

FASE 4: EVALUACIÓN DEL EFlexPAA SIN GRUPO CONTROL

Objetivo general

Identificar si existen diferencias clínicas entre las mediciones de ansiedad y flexibilidad psicológica en el grupo 3 que recibe tratamiento.

Objetivos específicos

- Identificar si existen diferencias clínicas entre las mediciones de ansiedad y flexibilidad psicológica del grupo control de la Fase 3 y el grupo de tratamiento de la Fase 4.
- Identificar el patrón de cambio en las mediciones de ansiedad y flexibilidad psicológica de cada participante a través de un análisis visual de datos.
- Identificar el efecto del tratamiento en cada participante a través de los datos del autorregistro.
- Identificar las conductas clínicas de los participantes previas y posteriores al tratamiento.

Hipótesis

Existirá un cambio clínico en el puntaje de ansiedad y la flexibilidad psicológica entre la evaluación previa y la evaluación posterior al tratamiento en el grupo 3.

Variables

Variable independiente: EFlexPAA.

Variable dependiente: ansiedad, flexibilidad psicológica.

MÉTODO

Diseño

Esta fase parte de un diseño cuasi experimental de un solo grupo con medidas repetidas, tal como se observa en la Tabla 15.

Tabla 15

Diseño de la fase 4.

Grupo	Pretest	Tratamiento	Posttest	Seguimiento 1 mes	Seguimiento 3 meses
Experimental G_{I1}	O_1	X_1	O_2	O_3	O_4

Participantes

Para esta fase, se seleccionan nuevos candidatos, de los cuales, participan 7 adolescentes (3 hombres y 4 mujeres, ver Tabla 16) con una edad promedio de 16.4. Estudiantes de cuarto y sexto semestre de bachillerato en el turno vespertino de la misma preparatoria que los participantes de la Fase 3.

Los participantes del grupo 3 de tratamiento fueron elegidos por conveniencia una vez que cumplieron con los requisitos de inclusión, mismos que se describen en el apartado de Participantes de la Fase 3.

Tabla 16

Participantes, fase 4.

Grupo	Hombres	Mujeres	N Inicio	N final	N Perdidas
3 tratamiento	3	4	7	5	2

Instrumentos

Se utilizan las dos baterías de instrumentos descritas en el apartado de Instrumentos de la Fase 3 (ir a página 90).

Escenario

Al igual que en la Fase 3, esta fase se realiza en las instalaciones de la Escuela Preparatoria Lic. Eduardo Ruiz.

Procedimiento

Esta fase se desprende de la Fase 3 (Figura 17). Al mes de comenzar el tratamiento con el grupo 1, una vez concluido hasta la quinta sesión, se notificó a otro grupo de nuevos candidatos su viable participación en el tratamiento y en el proyecto.

Se programó una cita para que asistieran a la sesión 0, en donde se llevó a cabo la explicación del proyecto y el tratamiento, y se aplicó la batería de instrumentos inicial. Se firmó el Asentimiento de Participación y se entregó el Consentimiento de Participación para ser firmado por su padre, madre o tutor.

Una semana después de la sesión 0, se inició la aplicación del tratamiento (5 sesiones, una por semana). A las cinco semanas se recabaron los datos de la evaluación post tratamiento, posteriormente se realizó el seguimiento 1 y 2 (al mes y dos meses de haber concluido la sesión 5). Finalmente, se analizaron los datos obtenidos, se compararon con el grupo control de la Fase 3, y se concluyó la aplicación del tratamiento.

Consideraciones éticas

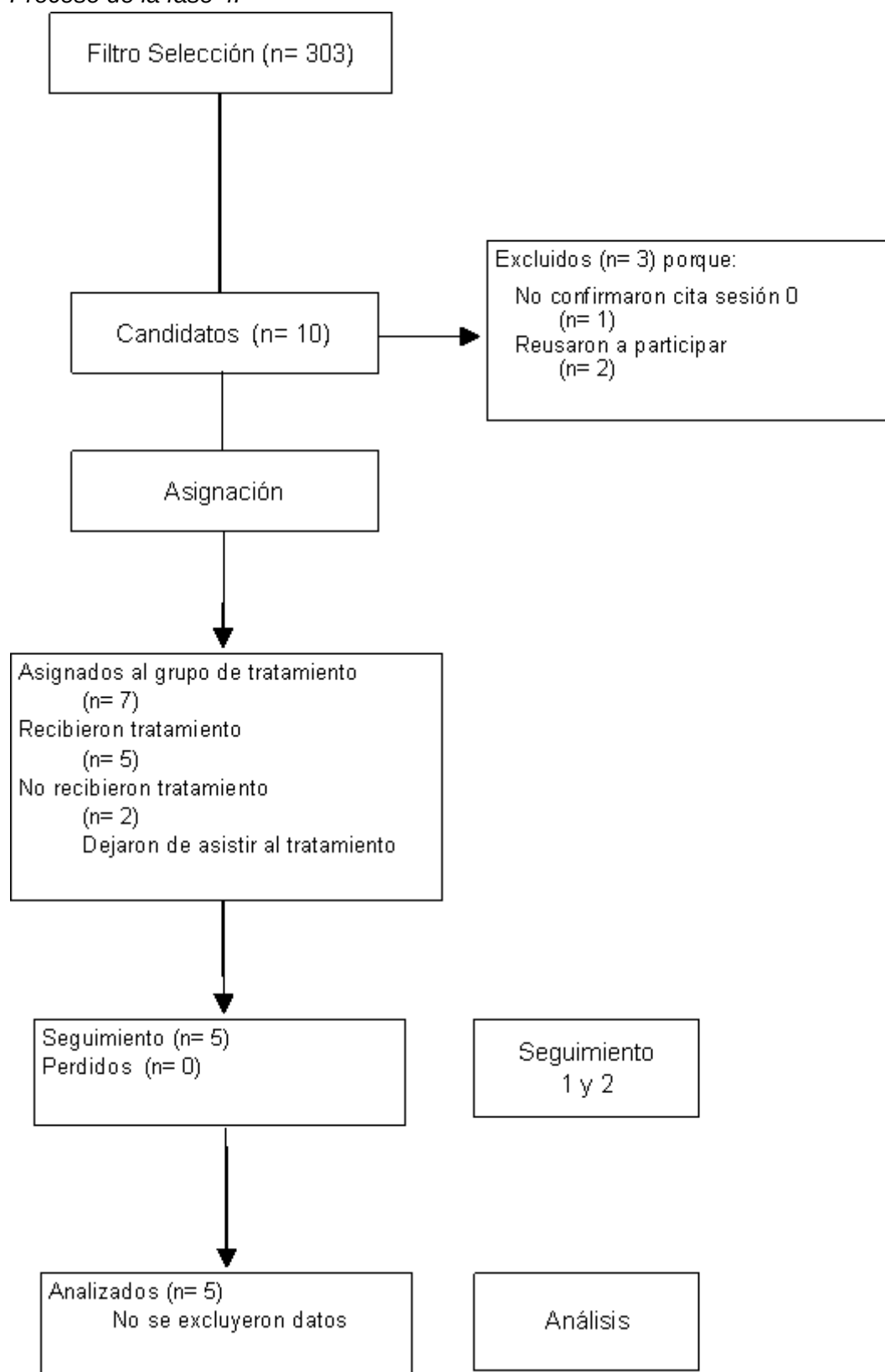
Ver mismo apartado en Fase 3 (página 94).

Análisis de datos

Los datos se analizaron de la misma forma que en la Fase 3 (ver apartado Análisis de datos en Fase 3, página 95).

Figura 17

Proceso de la fase 4.



RESULTADOS

Comparación entre grupos

En la Tabla 17, se observan las medianas y los porcentajes de cambio clínico obtenidos en el BAI y el CEF-A en los grupos 2 (control) y 3 (tratamiento). Los porcentajes que representan un cambio clínico se observan en el seguimiento al mes del BAI en los dos grupos, donde se obtiene 80 y 67.5%, siendo menor el porcentaje del grupo 3. Sin embargo, la diferencia es notable en los porcentajes de cambio clínico obtenidos en el segundo seguimiento del grupo 3 de tratamiento, resultando un 123.33% en el BAI y un 78.85% en el CEF-A.

Tabla 17

Medianas y porcentaje de cambio clínico en BAI y CEF-A por grupo.

	Grupo 2 control		Grupo 3 tratamiento	
	BAI	CEF-A	BAI	CEF-A
Pre-tx	36	36	33.5	46.5
Post-tx	25	33	28	41
% cambio	44	9.09	19.64	13.41
Seg 1	20	31	20	44
% Pre/Seg 1	80	16.13	67.5	5.68
Seg 2	28	30	15	26
% Pre/Seg 2	28.57	20	123.33	78.85

Nota: BAI = Inventario de Ansiedad de Beck; CEF-A = Cuestionario de Evitación y Fusión – Adolescentes; Pre-tx = Evaluación previa tratamiento; Post-tx = Evaluación posterior tratamiento; % cambio = porcentaje de cambio clínico entre Pre-tx y Post-tx; Seg 1 = Seguimiento a un mes; % Pre/Seg 1 = porcentaje de cambio clínico entre Pre-tx y Seg 1; Seg 2 = Seguimiento a tres meses; % Pre/Seg 2 = porcentaje de cambio clínico entre Pre-tx y Seg 2.

Comparación intragrupal

En la Tabla 18 se pueden observar las medianas de los puntajes obtenidos en el BAI y el CEF-A durante las fases del tratamiento del grupo 3, estos resultados permiten observar

un antes y un después del tratamiento como grupo. En general, se observa un patrón de mejora con la disminución en ambas mediciones, lo cual significa una disminución en el puntaje de ansiedad y un aumento en la flexibilidad psicológica. Se observa una disminución de casi el 50% del puntaje entre las evaluaciones previas y el segundo seguimiento.

Tabla 18

Medianas de los puntajes obtenidos del grupo 3 en BAI y CEF-A.

	Instrumentos	Pre-tx	Post-tx	Seg 1	Seg 2
G3 tratamiento	BAI	33.5	28	20	15
	Interpretación	Severa	Moderada	Moderada	Leve
	CEF-A	46.5	41	44	26
	Sin interpretación	-	-	-	-

Nota: Pre-tx = Evaluación previa tratamiento; Post-tx = Evaluación posterior tratamiento; Seg 1 = Seguimiento a un mes; Seg 2 = Seguimiento a tres meses; BAI= Inventario de Ansiedad de Beck; CEF-A= Cuestionario de Evitación y Fusión – Adolescentes.

Al aplicar la formula del cambio clínico, se obtienen tres porcentajes que representan dicho cambio. Se obtiene un 67.5% de cambio clínico representativo al comparar los puntajes previos con el seguimiento 1 en el BAI, el 123.33% entre la evaluación previa y el segundo seguimiento en el BAI, y el 78.85% entre la evaluación previa y el segundo seguimiento en el CEF-A, ver Tabla 19.

Tabla 19

Porcentaje de cambio clínico en BAI y CEF-A.

Grupo 3 tratamiento							
Instrumentos	Pre-tx	Post-tx	% cambio	Seg 1	% Pre/Seg 1	Seg 2	% Pre/Seg 2
BAI	33.5	28	19.64	20	67.5	15	123.33
CEF-A	46.5	41	13.41	44	5.68	26	78.85

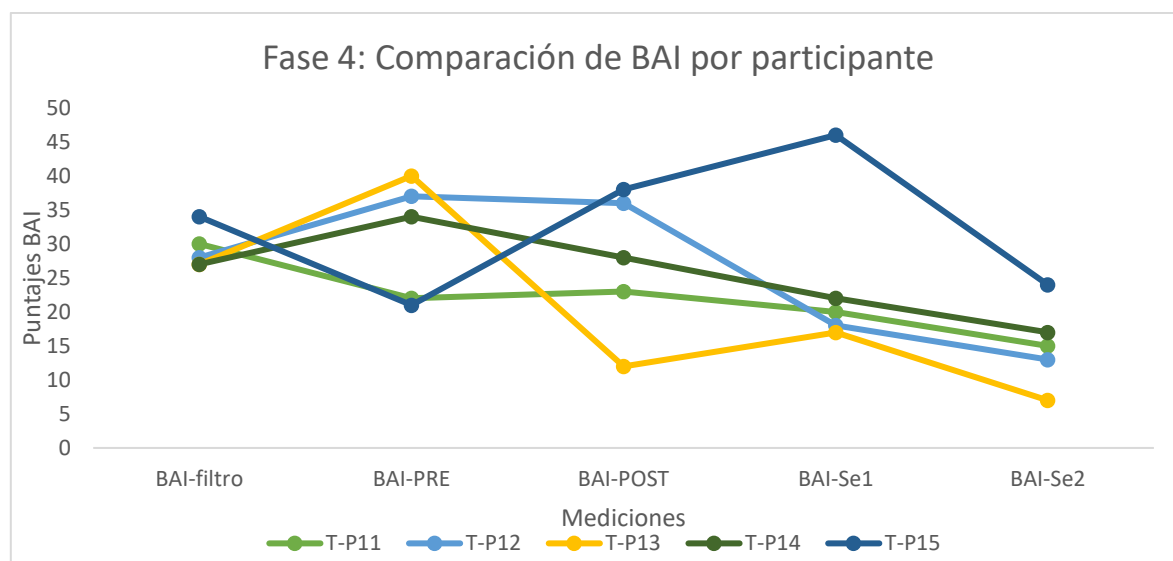
Nota: BAI= Inventario de Ansiedad de Beck; CEF-A= Cuestionario de Evitación y Fusión – Adolescentes; Pre-tx = Evaluación previa tratamiento; Post-tx = Evaluación posterior tratamiento; % cambio = porcentaje de cambio clínico entre Pre-tx y Post-tx; Seg 1 =

Seguimiento a un mes; % Pre/Seg 1 = porcentaje de cambio clínico entre Pre-tx y Seg 1; Seg 2 = Seguimiento a tres meses; % Pre/Seg 2 = porcentaje de cambio clínico entre Pre-tx y Seg 2.

El análisis visual de los datos obtenidos a través del BAI (Figura 18) en cada participante del grupo 3, muestra tres patrones de cambio distintos: se observa un patrón de mejora en el T-P11, un patrón de incremento-decremento en T-P12 y T-P14, y un patrón de variación cíclica en T-P13 y T-P15. Se observa que en el seguimiento 1, los participantes 11,12 y 14 tienden a una disminución en los síntomas de ansiedad. De igual forma, se observa en el seguimiento 2, la disminución de los síntomas de ansiedad en todos los participantes.

Figura 18

Fase 4: Comparación de BAI por participante.

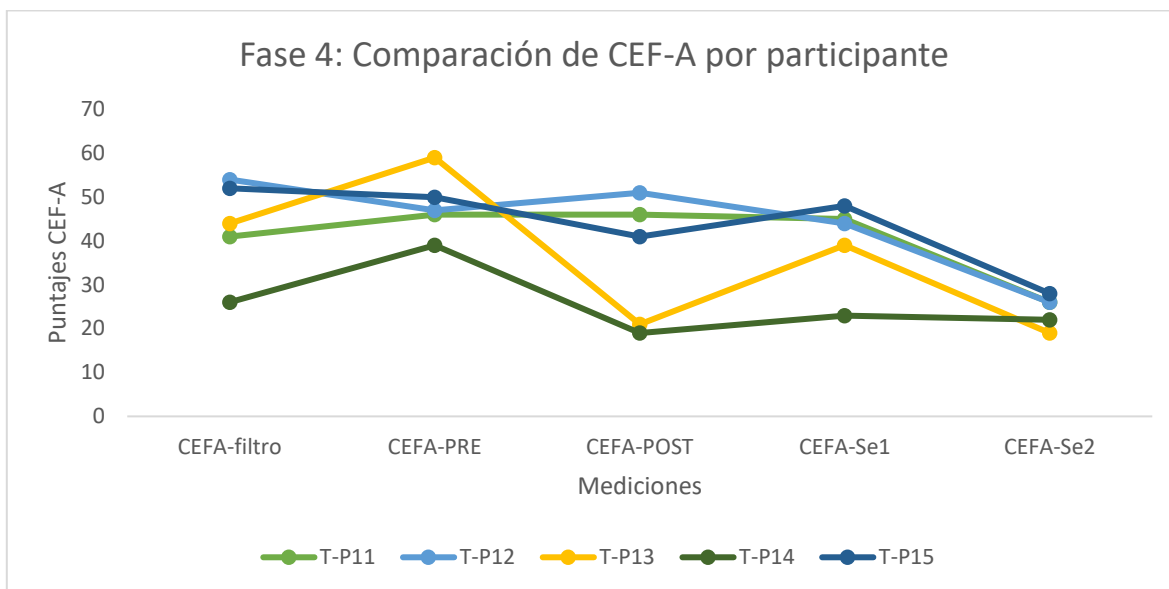


Nota: BAI= Inventario de Ansiedad de Beck; PRE= evaluación previa; POST= evaluación posterior; Se1= Seguimiento al mes; Se2= Seguimiento a tres meses; T-P= Tratamiento-Participante.

Los datos obtenidos del CEF-A proporcionan un análisis visual (Figura 19) por participante del grupo 3, en este se observan cuatro patrones de cambio diferentes: un patrón estable para los participantes 11 y 12; un patrón de variación cíclica para la participante 13; un patrón de incremento-decremento para el participante 14, y un patrón de mejora para el participante 15. En todos los casos, se puede hablar de un aumento en la FP al obtener los datos del segundo seguimiento.

Figura 19

Fase 4: Comparación de CEF-A por participante.

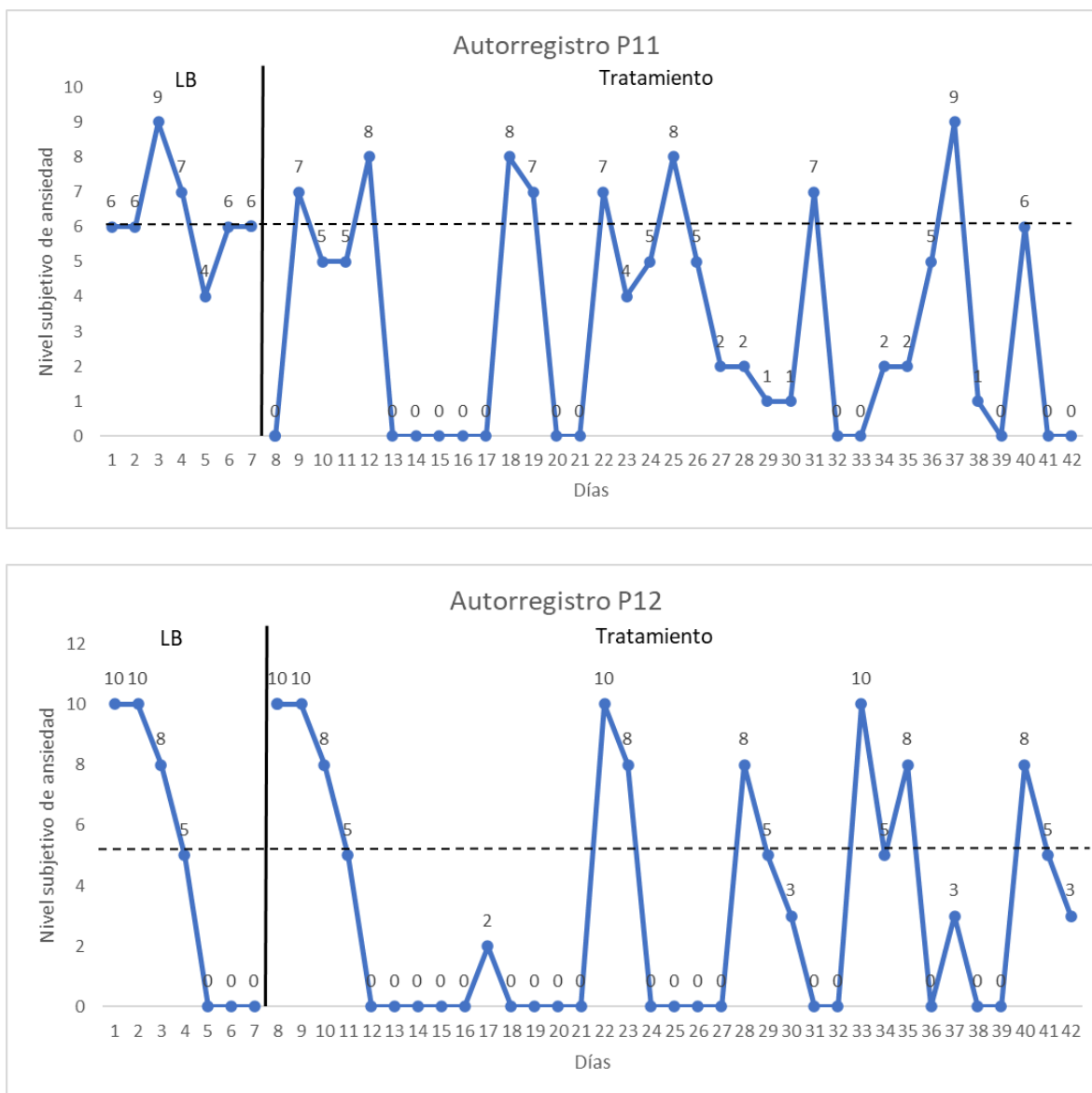


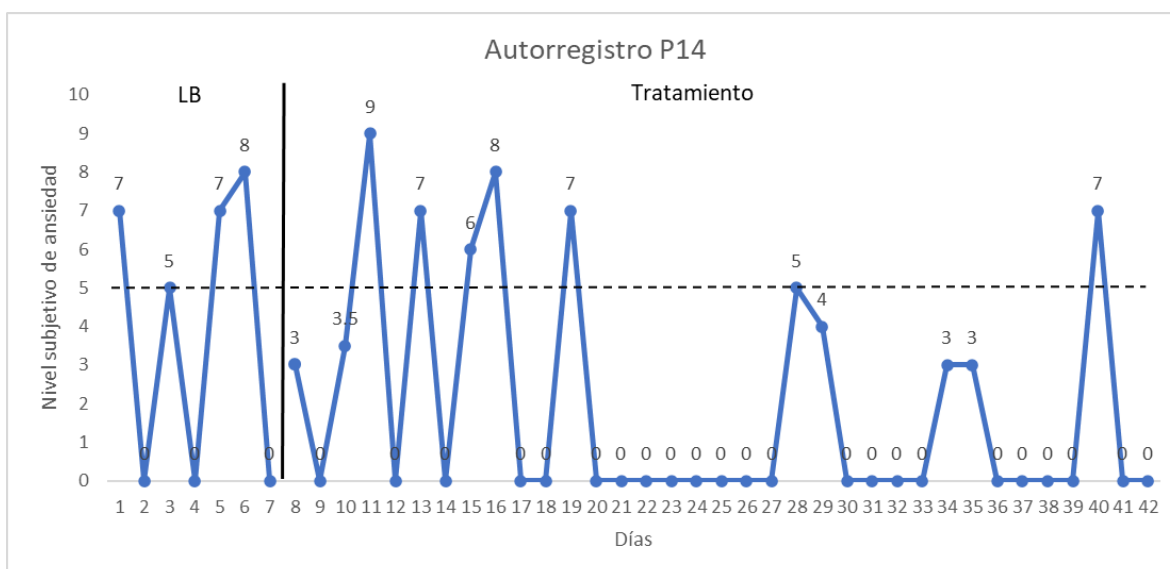
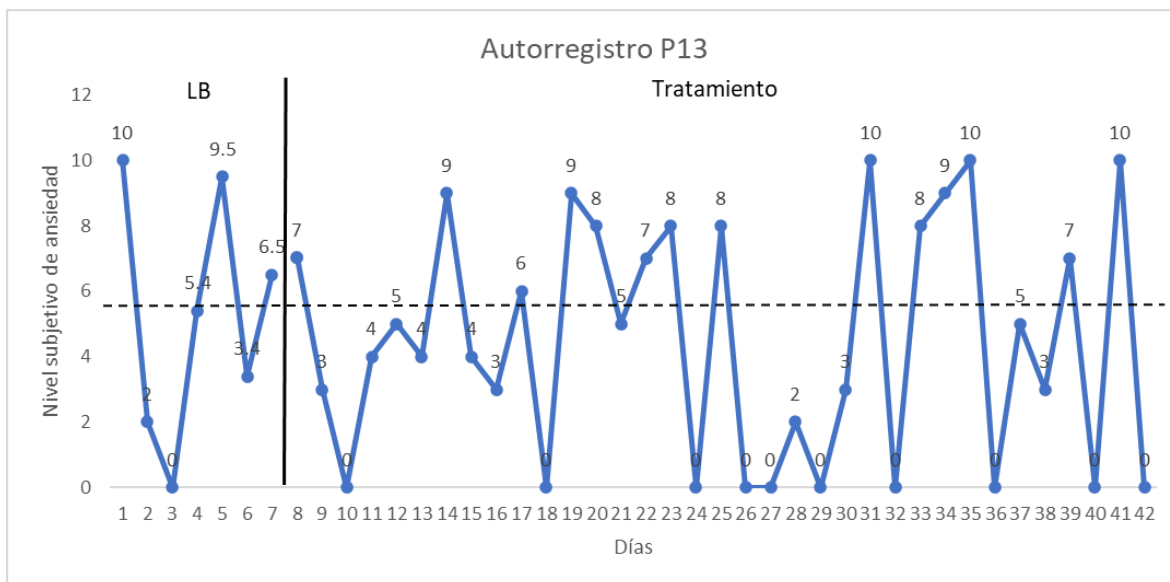
Nota: CEF-A= Cuestionario de Evitación y Fusión – Adolescentes; PRE= evaluación previa; POST= evaluación posterior; Se1= Seguimiento al mes; Se2= Seguimiento a tres meses; T-P= Tratamiento-Participante.

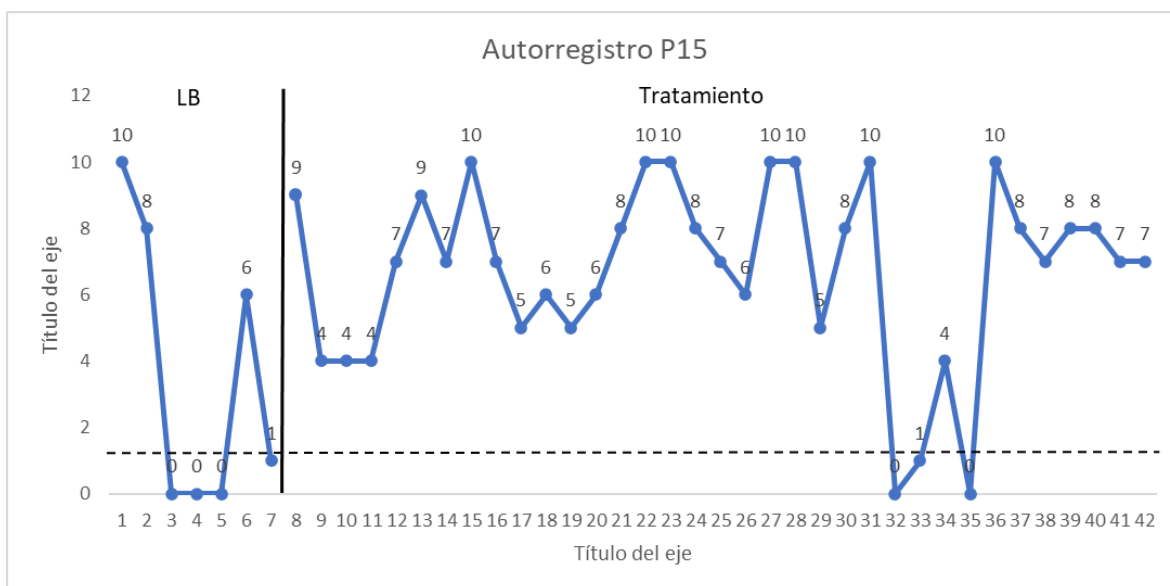
Los resultados del análisis PEM para los datos recabados a través de los autorregistros de quienes participaron en el grupo 3 tratamiento, revelaron un 77.1% en P11, 74.3% en P12, 60% en P13, 82.9% en P14 y 8.6% en P15, en tres casos el porcentaje es mayor a 70, lo que se interpreta como un tratamiento moderadamente efectivo. En los casos restantes, el tratamiento se considera cuestionable. Los datos pueden observarse en la Figura 20.

Figura 20

Autorregistros del puntaje subjetivo de ansiedad en participantes de grupo 3.







Comparación de conductas clínicas

En la Tabla 20, se describen las conductas clínicas que presentaron los participantes antes de iniciar el tratamiento y al finalizarlo, con relación al manejo o control de la ansiedad y a sus propios valores.

Tabla 20

Comparación conductas clínicas en participantes.

Participante	Conductas clínicas previas a tratamiento	Conductas clínicas posterior a tratamiento
T-P11	Se encerraba en casa a ver videos para no sentir inseguridad personal. Evitaba convivir con su familia quedándose a ver videos o escuchando música. Intentaba relajarse saliendo con sus amigos o escuchando música para evitar pensar en los exámenes. Evitaba clases donde había personas nuevas para no sentirse nervioso al socializar.	Planeó sus actividades de estudio para acreditar sus materias del bachillerato. Hizo trámites para la Universidad y fue aceptado. Se integra y convive con las personas cercanas (familia y amigos), ha tomado la iniciativa para entablar una conversación. Tiene presente que pensar en convivir con nuevas personas es algo que le produce ansiedad, aun así, sabe que está dispuesto para

Participante	Conductas clínicas previas a tratamiento	Conductas clínicas posterior a tratamiento
	Se retiraba de las clases que le generaban estrés por no entender un tema o actividad.	afrontarlo y tener la iniciativa de interactuar.
T-P12	Solía salirse de clases para evitar preguntar al profesor o participar. Salía a caminar a los jardines o irse a su casa para evitar la ansiedad de los exámenes. Evitaba estar en lugares con muchas personas, cuando se veía en la necesidad de estar, se ponía a escuchar música. Estar en una relación inestable con su pareja le hizo mostrarse insegura en su forma de ser y de vestir, llegó a la autolesión.	Cambió su forma de vestir, es más femenina y atrevida (uso de vestidos, faldas, ropa ajustada, botas). Luce más segura. Dejo de autolesionarse. Define con precisión las actividades que acercan a mejorar sus estudios. Mejoró la comunicación con sus papás, e incluso recibió apoyo de ellos. Presentó varias exposiciones frente a su clase, aun sintiendo nervios. Terminó la relación con su pareja porque se dio cuenta que no estaba funcionando y que no le hacía sentir cómoda.
T-P13	Discusiones frecuentes con padres por no comer, en consecuencia, se retiraba a su habitación a llorar, dormir, o escuchaba música usando audífonos cuando no podía irse a su habitación. Hábitos poco saludables de alimentación, podía estar un día sin comer y solo tomando agua. Salía a llorar al baño de la escuela cuando no lograba entender un tema o actividad y cuando le pedían que pasara a exponer. En algunas ocasiones se autolesionó. No salía de casa sin alguien que le acompañara, y para ir a la escuela se acompañaba siempre de un vecino.	Platicó con su familia sobre sus crisis de ansiedad y problemas de alimentación. Recibió apoyo de ellos para enfrentar la situación. Acreditó sus materias del bachillerato y ahora estudia la carrera de Diseño y confección. Es más independiente y responsable, realiza al menos 2 comidas al día y se prepara sus alimentos. Hace cosas sola (como ir de compras, a la escuela a solicitar algún trámite o información, al banco) y no se aísla cuando siente ansiedad. Identifica las consecuencias de no alimentarse sanamente (dolor de cabeza, debilidad, dolor de estómago, temblores) y observa la diferencia con los síntomas de la ansiedad.

Participante	Conductas clínicas previas a tratamiento	Conductas clínicas posterior a tratamiento
T-P14	Estar solo, ver películas, dibujar y aislarse en su habitación son actividades que le ayudaban a evitar pensar en “no decepcionar a sus padres y familia” y “la competencia entre sus primos”. Tener “pensamientos negativos” le provocaba ansiedad en cualquier lugar y momento (escuela y trabajo). Buscaba distraer estos pensamientos, pasando tiempo con sus amigos. En algunas ocasiones, se retiró de sus clases debido a los síntomas de ansiedad.	Aprovecha espacios como la hora de las comidas para fortalecer la comunicación con su mamá y su hermana. Planea y anticipa actividades con su papá, las comunica, y acepta si estas no se llevan a cabo, se adapta a las sugerencias de su papá. Se dedicó a leer, pintar y dibujar como actividades que le acercan a ser mejor artista. Planea sus actividades de estudio.
T-P15	Regresar a clases presenciales intensifico los síntomas de ansiedad, no asistía con regularidad a clases para evitar sentirla. Uno de los pensamientos más frecuentes era “no lograré el objetivo”, “no terminaré la preparatoria”, esto le distraía en clases o actividades, se aislaba, dejaba de comer y sufría insomnio. Discutía en muchas ocasiones con su mamá, y se dejaban de hablar por mucho tiempo. No expresaba lo que sentía o le pasaba.	Es responsable de sus actividades escolares y personales, asiste a sus clases y compromisos. Organiza sus tiempos y actividades del día, lo cual, ayudó a cumplirlas. Ahora se levanta más temprano para concluir a tiempo sus planes. Es puntual en sus actividades. Las discusiones con su mamá disminuyeron.

CONCLUSIÓN

En esta última fase, el objetivo de identificar si existen diferencias clínicas entre las mediciones de ansiedad y FP en el grupo 3, no reunió la evidencia necesaria para ser confirmado. Sin embargo, se identifica que el cambio clínico ocurre entre la evaluación previa y el seguimiento a dos meses tanto en el puntaje de ansiedad como en el puntaje

de FP, lo que hace referencia a la disminución de los síntomas de ansiedad y al aumento en la habilidad de entrar en contacto con el momento presente, y poder cambiar el comportamiento para fines valiosos.

Además, esta fase permitió identificar las diferencias clínicas entre los resultados del grupo control de la Fase 3 y el grupo que recibió el tratamiento en esta fase. En los resultados se observa que el grupo de tratamiento presenta cambios clínicos a largo plazo. En ambos grupos, tanto en el control como en el de tratamiento, se observa que los puntajes del BAI y el CEF-A disminuyen al paso del tiempo, sin embargo, es hasta el segundo seguimiento donde el grupo 3 de tratamiento logra un porcentaje representativo, que no se observa en el grupo control.

En cuanto a los patrones de cambio, se observa que cada participante tiene su propio esquema, y que, incluso, tanto en el BAI como en el CEF-A este patrón es similar en cada uno. Es posible que esta diferencia de patrones de forma individual se deba a la interacción y al nivel de involucramiento en las tareas y actividades del tratamiento, así como a la disposición de vivir la experiencia de este.

Por otro lado, los resultados del análisis PEM para los datos del autorregistro de cada participante que recibió tratamiento durante esta fase, coinciden con los resultados de las fases anteriores (2 y 3) donde también se obtienen porcentajes que se interpretan como tratamiento cuestionable o moderadamente efectivo, en esta última fase, se obtienen más porcentajes que apuntan a un tratamiento moderadamente efectivo.

En esta fase, también se logra identificar las conductas clínicas que los participantes refirieron antes del tratamiento (en la sesión 0) y las que se comentaron en la última sesión (segundo seguimiento), algo que no se incluye en la fase anterior de la presente investigación. Esta comparación proporciona la información clínica que los participantes refirieron como “logros”, “cambios” o “avances” a partir de lo aprendido en el tratamiento. De esta manera, se puede observar que los avances clínicos representan cambios importantes en las vidas de los chicos que participaron, aunque esto no se observa directamente en el porcentaje de cambio clínico, pero sí en los patrones de cambio.

Por último, el diseño de esta fase permitió obtener evidencia que complementa los resultados del tratamiento de la fase anterior. Además, una segunda aplicación del tratamiento con nuevos participantes seleccionados de manera conveniente y sin grupo control, ayudó a identificar otras limitaciones y fortalezas de este; por ejemplo, todos los

participantes que cumplieron con los criterios se incluyeron en el tratamiento y a todos se les dieron las mismas indicaciones, esto ayudó a mantener a todos en el grupo. Algunas diferencias que destacaron entre los participantes del grupo 1 (Fase 3) y del grupo 3 (Fase 4), fueron el grado escolar y la situación en la que se encontraban. Es decir, los participantes del grupo 3 eran en su mayoría de último año de preparatoria, mientras que los participantes del grupo 1 eran de primer año, por lo que se podría pensar que las edades pudieron influir en el compromiso del entrenamiento. En cuanto a la situación, los participantes del grupo 1 se encontraban en un periodo de adaptación al regreso presencial en la preparatoria, post pandemia, mientras que los participantes del grupo 3 ya habían pasado parte de ese periodo, pues el tratamiento lo iniciaron un mes después del grupo 1.

Es importante mencionar que el tratamiento no tuvo cambios en su estructura para esta segunda aplicación, es decir, los temas, objetivos, actividades y materiales se aplicaron de la manera en que se indica en la Fase 2 correspondiente al diseño del tratamiento. Finalmente, una limitación que se observó durante esta fase 4 fue la inasistencia ocasional, aunque todos tenían opción de reponer su sesión, se perdía un poco el sentido del tratamiento grupal y la interacción que en él se generaba. Quizá esta último influyó en que los resultados fueran positivamente diferentes a los resultados de la fase 3.

CAPÍTULO 9

DISCUSIÓN

Esta investigación tuvo como objetivo evaluar el efecto de un tratamiento contextual para disminuir el puntaje de ansiedad en los estudiantes de bachillerato. Los resultados obtenidos apoyan la hipótesis de trabajo que sugiere que este tratamiento contextual es efectivo para disminuir el puntaje de ansiedad en los estudiantes de bachillerato. Se rechaza la hipótesis nula.

En cuanto a los objetivos que se plantearon para cada fase, es posible decir que, en la Fase 1: Selección de estrategias terapéuticas. Se logró identificar las recomendaciones de psicólogos del área clínica, respecto a la forma actual de evaluar y abordar terapéuticamente los trastornos de ansiedad en adolescentes, permitiendo, además, generar una primera propuesta de tratamiento que constó de ocho sesiones, donde se incluyó una sesión de admisión y encuadre, cinco sesiones de tratamiento, y dos sesiones de seguimiento al mes y tres meses.

Se consiguió el objetivo de la Fase 2: Diseño del tratamiento. El cual fue diseñar un tratamiento contextual para estudiantes de bachillerato que presentan ansiedad, así mismo, se logró realizar el pilotaje del tratamiento diseñado en una muestra individual de dos mujeres que presentan ansiedad. El diseño del tratamiento tuvo ligeros cambios desde su versión inicial hasta la etapa del pilotaje, dentro de los más destacados están que, se añadió un formato de autorregistro, se agregan actividades de atención plena al inicio de cada sesión, se incluyeron metáforas para fomentar la defusión de ideas arbitrarias y se plantearon actividades a modo de tareas para que los participantes continuaran practicando durante la semana lo aprendido en la sesión. Los resultados del PEM para los datos de los autorregistros de las pruebas piloto mostraron que el tratamiento es moderadamente efectivo, sin embargo, no se obtuvieron porcentajes que representaran un cambio clínico al analizar los datos de las mediciones del BAI y el AAQ-II.

En la Fase 3: Evaluación del EFlexPAA con grupo control. Se logró identificar que existen diferencias en los porcentajes de las mediciones de ansiedad y FP entre el grupo que

recibe tratamiento y el grupo control; sin embargo, solo los porcentajes de las mediciones de ansiedad en el seguimiento 1 representaron un cambio clínico en ambos grupos. Y solo el porcentaje de la medición de ansiedad entre la evaluación previa y posterior al tratamiento en el grupo 1, representó un cambio clínico. En esta fase también se logró identificar un patrón de mejora en los participantes del grupo 1 en las mediciones de ansiedad y FP a través del análisis visual de datos, y se identificó el efecto del tratamiento como cuestionable a partir de los datos obtenidos en los autorregistros de los participantes.

En cuanto al objetivo de la Fase 4: Evaluación del EFlexPAA sin grupo control. Se logró identificar un cambio clínico entre la evaluación previa y el seguimiento al mes en el puntaje de ansiedad, y entre la evaluación previa y el seguimiento a los dos meses tanto en el puntaje de ansiedad como en el de FP en el grupo 3 que recibió el tratamiento. Sin embargo, no se identificaron cambios clínicos entre las demás mediciones. Al hacer la comparación entre el grupo control de la Fase 3 y el grupo 3 de tratamiento, se observa que los cambios que ocurren son a largo plazo (uno y tres meses) para el grupo 3, y que, aunque ocurre una disminución de los puntajes en ambas variables (ansiedad y FP) y ambos grupos, solo las últimas mediciones del grupo 3 (seguimiento al mes y tres meses), muestra un cambio clínico.

En los resultados de la Fase 4, también se lograron identificar tres patrones de cambio distintos para los puntajes de ansiedad, un patrón de mejora en un participante, uno de incremento-decremento en dos participantes, y un patrón de variación cíclica en dos participantes más. Para los puntajes de FP, se identificaron un patrón estable en dos participantes, un patrón de variación cíclica en otro, uno de decremento-incremento y un patrón de mejora en otro de los participantes. Además, se identificó que el tratamiento fue moderadamente efectivo para tres de los casos, y que, las conductas clínicas de los participantes mostraron cambios cualitativamente funcionales en todos los casos, por ejemplo, los participantes identificaron sus conductas de evitación (aislamiento, saltarse clases, no expresar opiniones o emociones, dedicar mucho tiempo a ver videos o escuchar música, no comer, no dormir, autolesionarse) y cambiaron por conductas que les aproximaban a sus valores (organización de tiempo, tomar iniciativa en la conversación, dedicar tiempo a su apariencia física, expresar sus emociones a sus familiares y amigos cercanos).

Los resultados obtenidos muestran que la FP puede ser una habilidad que al desarrollarse en las personas permite el contacto con el momento presente de forma consciente, fomentando el reconocimiento de emociones, sensaciones y pensamientos. Además, permite cambiar o persistir en actividades que ayudan a alcanzar un propósito centrado en lo que es valioso o importante para cada uno, tal como lo refieren Biglan et al. (2008) y Hayes et al. (2005). Por lo tanto, la FP puede ser un proceso psicológico que se fomente en tratamientos para diversos problemas de salud mental, especialmente para aquellos que pueden derivar en síntomas depresivos y/o de ansiedad, siempre y cuando se busque guiar a la persona a identificar y alcanzar sus valores.

Otro aporte a la psicología que este estudio puede generar es el desarrollo de tratamientos con una perspectiva transdiagnóstica, es decir, que no estén centrados propiamente en los síntomas o el diagnóstico de una persona, sino en los procesos psicopatológicos nucleares que mantienen determinados síntomas (Mansell et al., 2009; Sandín et al., 2012).

El tratamiento que se desarrolló tuvo como base teórica la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Hayes et al., 2001), lo que permitió el desarrollo de procesos psicológicos como la aceptación, la defusión cognitiva, el sentido del Yo dentro de un contexto, la acción comprometida ligada a los valores y el contacto con el momento presente (Biglan et al., 2008; Hayes, 2008; Hayes et al., 2005, 2006, 2012; Zhang et al., 2018), con la finalidad de entrenar a los adolescentes en FP por medio del modelo ACT-Matrix para disminuir las experiencias que provocan los síntomas ansiosos y tomar decisiones que permitieran a los adolescentes acercarse a lo que para cada quien fuera importante, a pesar de sentir esta emoción y/o cualquier otra experiencia interna que fuera desagradable.

Este trabajo de investigación también aporta evidencia del uso de ACT como herramienta terapéutica dentro de la psicología para tratamientos grupales. En el área clínica, ACT es utilizada normalmente en formato individual. Incluso, lo recomendable es utilizar este modelo terapéutico centrándose en los valores de cada persona. Algunos estudios han puesto a prueba la eficacia de ACT en formato grupal (Eilenberg et al., 2017; Hancock et al., 2016; Kallesøe et al., 2016; Molina Moreno & Quevedo Blasco, 2019; Sewart et al., 2019), aunque el análisis de los datos que se obtuvieron fuera en ambos formatos (individual y grupal). Respecto al uso de la terapia, Olaz y Polk (2021) refieren que ACT

en formato grupal es efectiva cuando el propósito o los valores son semejantes para todo el grupo, por ejemplo, en organizaciones donde el fin es en común.

Un último aporte al campo de la psicología que genera el presente estudio de investigación es el uso del análisis funcional como herramienta para comprender, explicar y/o modificar la conducta humana (Froxán Parga, 2020). Existe evidencia suficiente que señala la utilidad de esta herramienta, y este estudio lo confirma al considerar una sesión de admisión y evaluación de forma individual con cada participante, donde se recolectó la información de la conducta en términos de patrones de comportamiento y las variables ambientales (análisis funcional de la conducta), referidas como antecedentes y consecuentes de la conducta o lo que Olaz y Polk (2021) definen como el acto en contexto. Lo que permitió, por un lado, desarrollar el proceso de aprendizaje dirigido a esos patrones conductuales que se seleccionan, mantienen y/o fortalecen en situaciones particulares. Además, permitió identificar los cambios clínicos previos y posteriores a recibir el tratamiento, de tal forma que estos pudieron ser comparados.

Los resultados del análisis funcional realizado antes de recibir el tratamiento dieron la oportunidad de identificar los patrones conductuales de los participantes en torno a los síntomas de ansiedad, confirmando lo dicho por Hayes (2004) y Páez-Blarrina (2012) sobre que la ansiedad se mantiene especialmente por conductas de evitación experiencial. Es decir, el problema de las personas con ansiedad es con experimentar las reacciones privadas que han sido condicionadas a lo largo de su vida, llevándolos a realizar conductas de evitación y complicando por ende la salud mental. Esto es, los adolescentes que participaron en el estudio venían presentando una serie de conductas ligadas a evitar experimentar la ansiedad, sin saber con exactitud los motivos o razones que la provocaban, de tal forma que persistir en estas conductas los llevaba a consecuencias disfuncionales a largo plazo.

El análisis visual de los datos obtenidos del BAI y el CEF-A muestra patrones de cambio distintos en cada uno de los participantes de las distintas fases del estudio que recibieron el tratamiento. En su mayoría, estos patrones muestran mejoría de los síntomas de ansiedad y aumento en habilidades de FP, en comparación con los participantes del grupo control que no recibieron el tratamiento. Estos resultados coinciden con lo referido por Desnoyers et al. (2016), la atención centrada en uno mismo puede ayudar a reducir los síntomas de ansiedad. Uno de los procesos que se trabaja en la FP es el momento presente, mismo que se desarrolla a través de ejercicios de atención plena o atención

centrada en uno mismo, y que ha mostrado tener un efecto sólido en intervenciones para la ansiedad (Hofmann et al., 2010), así como disminución significativa de los síntomas y mejoría en el funcionamiento global (Martínez-Escribano et al., 2017), incluso en las sesiones de seguimiento hasta los seis meses (Langer et al., 2017).

Los resultados de este estudio también coinciden con lo expuesto por Molina Moreno y Quevedo Blasco (2019), al observar que si la FP incrementa se obtienen cambios conductuales en los participantes. En este caso, los adolescentes que mostraron un incremento en la FP también presentaron un aumento en conductas que les permitían acercarse a sus valores y disminución en conductas de evitación (Pérez Rivero & Uribe Rodríguez, 2016), por lo tanto, mostraron mejoría o baja de los síntomas de ansiedad. Este cambio conductual fue posible analizarse en los participantes de la Fase 4.

En cuanto a los resultados entre el grupo control y los grupos 1 y 3 que recibieron tratamiento, fue posible observar que los puntajes del BAI y el CEF-A disminuyeron hasta 20 puntos en aquellos que recibieron el tratamiento en ACT que en el grupo control en lista de espera, especialmente en los participantes del grupo 3. Lo anterior coincide con lo expuesto por Hancock et al. (2016), quien publicó en sus análisis que el tratamiento en ACT y TCC fue superior al grupo control en todos los resultados, sugiriendo que ACT puede ser una buena opción de tratamiento para los jóvenes ansiosos.

Además, esta comparación entre grupos coincide con los resultados de Sewart et al. (2019) al encontrar una disminución significativa del afecto negativo y un aumento significativo del afecto positivo en tratamiento con TCC y ACT, y una reducción del afecto negativo superior en ACT frente al grupo control en lista de espera. En general, los resultados de esta investigación coinciden con otros estudios realizados en que los cambios conductuales y las habilidades de FP pueden mantenerse a largo plazo (Eilenberg et al., 2017; Hancock et al., 2016; Kallesøe et al., 2016; Sewart et al., 2019).

En función de la calidad de la investigación o la validez interna de los hallazgos, se buscó que los procedimientos utilizados accedieran ir paso por paso en el desarrollo y aplicación del tratamiento. Además, la selección de los instrumentos estuvo orientada a las características de los participantes y también a las propiedades psicométricas de dichos instrumentos. Los criterios de inclusión y exclusión establecidos parece que también permitieron que el tratamiento estuviera enfocado a las necesidades y contexto de los adolescentes.

Respecto a los procedimientos utilizados, estos fueron desarrollados a partir de que se estableció un diseño explicativo de investigación, con la intención de desarrollar y probar un tratamiento contextual para disminuir el puntaje de ansiedad en los estudiantes de bachillerato. Por lo tanto, las Fases 1 y 2 corresponden al diseño del tratamiento, en la segunda fase se incluyó la prueba piloto del tratamiento formulado. Finalmente, en las Fases 3 y 4 se pone a prueba la eficacia del tratamiento contextual.

Aunque existen reportes que utilizaron un diseño explicativo, no se han encontrado reportes que hayan utilizado un tratamiento en ACT en formato grupal para adolescentes con ansiedad, si existen diseños tipo ABA (Pérez Rivero & Uribe Rodríguez, 2016) y de evaluación de línea base múltiple (Ruiz et al., 2018). Sin embargo, se coincide con otros estudios en cuanto al número reducido de sesiones empleadas para el tratamiento o intervención, donde reportan ser eficaces los tratamientos de 2 a 14 sesiones (Aznar García, 2014; Ballesteros-Cabrera & Sarmiento-López, 2013; Desnoyers et al., 2016; Eilenberg et al., 2017; Hancock et al., 2016; Hernández Gómez, 2019; Kallesøe et al., 2016; Langer et al., 2017; Molina Moreno & Quevedo Blasco, 2019; Pérez Rivero & Uribe Rodríguez, 2016; Ruiz et al., 2018; Sewart et al., 2019; Wagner et al., 2014) tanto en formato individual como en formato grupal, ya que es posible optimizar el tiempo que otros diseños requieren para el tratamiento de la ansiedad. Así mismo, tener menos sesiones implica invertir menos tiempo en un tratamiento y, por lo tanto, fortalecer el apego y compromiso a participar.

El proceso de inclusión de los participantes a la Fase 3 y 4 se realizó a partir de la aplicación de un filtro de selección con una serie de instrumentos para detección de síntomas de ansiedad (BAI), salud mental en general (POSIT-Subescala de Salud mental), uso o abuso de sustancias (POSIT-Subescala de Uso/abuso de sustancias) y FP (CEF-A). Además, este filtro tomó en cuenta los criterios de inclusión y exclusión para participar en el tratamiento. Este paso pudo influir de manera positiva en los resultados obtenidos, pues los adolescentes seleccionados fueron aquellos que más se apegaron a las características de atención del tratamiento.

Otro elemento que cuidó la calidad de la investigación fue los instrumentos utilizados. La mayoría de estos (BAI, POSIT-Subescala de Salud mental y POSIT-Subescala de Uso/abuso de sustancias) han sido validados en población mexicana, se recomienda su uso en adolescentes, su aplicación es sencilla y rápida, y sus características psicométricas muestran fuertes niveles de confiabilidad y validez. Además, el BAI, a

diferencia del STAI y del HARS, es uno de los instrumentos con mayor uso en México para determinar el nivel de ansiedad (Robles et al., 2001; Tafoya-Ramos et al., 2006), porque existe evidencia psicométrica en población mexicana, permite identificar la ansiedad desde los síntomas más comunes, discrimina entre los síntomas de ansiedad y los síntomas de depresión, y puede ser utilizado en un rango amplio de edades. De tal manera que los resultados obtenidos a través de los instrumentos utilizados pueden ser confiables.

Existen otro tipo de instrumentos que no son necesariamente para la discriminación e identificación de síntomas o trastornos. Son, en cambio, instrumentos que ayudan a evaluar los procesos de aprendizaje que se fomentan durante los tratamientos psicológicos. En este sentido, se mencionan aquellos instrumentos que tienen relación con las terapias contextuales y que evalúan el proceso principal de ACT, la flexibilidad psicológica, como lo es el AAQ-II (Ruiz et al., 2013) y el CEF-A (Valdivia-Salas et al., 2016).

En la Fase 3 se utiliza un procedimiento de aleatorización para el grupo que recibe tratamiento y el grupo control en lista de espera, con lo cual se pretende cuidar la validez interna de la investigación dando a cada participante la misma probabilidad de ser asignados a uno u otro grupo. Para la Fase 4 se realiza una segunda aplicación del tratamiento y se omite la asignación al azar y el grupo control. Quienes participan en esta fase ya habían sido identificados durante el filtro de selección, las diferencias entre los participantes de la Fase 3 y los de la Fase 4 consisten en que estos últimos presentan un nivel de ansiedad moderado y en su mayoría son estudiantes del último año de preparatoria. Con ello, el grupo de tratamiento de la Fase 4 es quien expone los resultados más significativos de la investigación.

Los análisis utilizados pudieron mermar la validez interna de los resultados obtenidos. El tratamiento fue moderadamente efectivo para disminuir el puntaje de ansiedad en los estudiantes al aplicar la fórmula de PEM (Ma, 2006, en Sanz & García-Vera, 2015) que utiliza los datos de los autorregistros, mientras que no se consiguió un cambio clínico al aplicar la fórmula de Blanchard y Schwartz (1988; en Pinjarkar et al., 2015) que utiliza los datos obtenidos de la mediana grupal de los instrumentos (BAI y CEF-A).

La diferencia de estas interpretaciones quizá es debida a los análisis utilizados. El PEM es sensible a una mayor cantidad de datos registrados y generalmente se obtiene de datos

continuos en un tratamiento con LB. Mientras que el porcentaje de cambio clínico solo toma en cuenta los datos obtenidos en mediciones previas, posteriores y de seguimiento de un tratamiento. Además, la interpretación de este porcentaje solo indica si es o no es significativo a partir de un único punto de corte (50%). En cambio, el PEM cuenta con tres interpretaciones: tratamiento cuestionable o no efectivo si es <70%, tratamiento moderadamente efectivo si está entre 70% y 89%, y tratamiento muy efectivo si está entre 90% y 100%. Sin embargo, hay evidencia de que las intervenciones clínicas pueden ser analizadas en términos de eficacia a nivel individual, aunque utilizaran un método grupal (Molina Moreno & Quevedo Blasco, 2019).

Debido al número de participantes involucrados en la investigación, no es posible generalizar los resultados obtenidos. Para ello, es necesario realizar estudios con mayores tamaños muestrales (García et al., 2011), donde se incluyan adolescentes de otras zonas geográficas de la ciudad, e incluso del país, dejando de lado un ámbito especializado, es decir, que no sea únicamente en un contexto educativo (Kallesøe et al., 2016), de diversas ocupaciones y no solo estudiantes, y que puedan incluirse adolescentes con diferentes niveles de ansiedad (Molina Moreno & Quevedo Blasco, 2019). Además, los procesos involucrados en ACT, al ser un campo en desarrollo aún con múltiples limitaciones, requiere de más investigación (Hancock et al., 2016; Martínez-Escribano et al., 2017; Ruiz et al., 2018).

Molina Moreno y Quevedo Blasco (2019) refieren un posible sesgo en los estudios donde se utiliza ACT, esto debido a que, en su mayoría, este tipo de estudios es realizado por personas capacitadas en dicha terapia. En la presente investigación, las personas que diseñaron y aplicaron el tratamiento no cuentan con una certificación en ACT, aunque sí con los conocimientos necesarios, lo cual, también podría ser un sesgo y al mismo tiempo una limitación en el estudio (Eilenberg et al., 2017).

Los resultados expuestos en esta investigación dejan un antecedente importante sobre la eficacia de ACT para los síntomas de ansiedad en adolescentes. Sin embargo, se sugiere para próximas investigaciones llevar a cabo el entrenamiento en FP con padres y madres, profesores y profesoras, y estudiantes que presenten no solo problemas de ansiedad, sino también, otro tipo de problemas como síntomas de depresión, conductas desafiantes o autolesivas, bajo rendimiento académico, problemas familiares, por mencionar.

Además, se pueden realizar estudios que comparen ACT con farmacoterapia en lugar de con TCC (Bandelow et al., 2017; Cuijpers et al., 2013), estudios que utilicen el entrenamiento en FP como prevención de la ansiedad o de cualquier otro problema relacionado a la salud mental (Aznar García, 2014), que utilicen otros procesos psicológicos relacionados a las terapias contextuales y no solo los procesos que incluye ACT (Webb et al., 2016), que utilicen otro tipo de análisis de datos (Pérez Rivero & Uribe Rodríguez, 2016) quizá más consistentes con la información recolectada.

Financiamiento

La realización de este proyecto fue gracias al apoyo económico otorgado por el Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnología (CONAHCYT) para la Maestría en Psicología que ofrece la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Psicología, a través de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (UMSNH).

REFERENCIAS

- Acevedo-Santos, A. (2014). *Adaptación e implementación de un tratamiento cognitivo conductual para la fobia social* [Tesis de maestría, Universidad Católica de Colombia]. DOI: 10.4324/9781315853178.
- Agudelo, D., Casadiegos, C., & Sánchez, D. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, 1(1), 34-39. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299023503006>
- American Psychiatric Association (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). <https://doi-org/10.1176/lappi.books.9780890425596>
- Atkins, P. W. B. (en prensa 2013). Empathy, self-other differentiation, and mindfulness. En K. Pavlovich y K. Krahne (Eds.), *Organizing Through Empathy* (pp. 49-70). Routledge. DOI:10.4324/9780203754030
- Aznar García, A. I. (2014). Evaluación de un programa de prevención de la ansiedad en adolescentes. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(1), 53-60. https://www.revistapcna.com/sites/default/files/14_06.pdf
- Bados, A. (2015). *Trastorno de ansiedad generalizada: guía para el terapeuta*. Síntesis.
- Bahamón-Muñetón, M. J. (2012). Tratamiento cognitivo-conductual con un componente de exposición cognitiva graduada en trastorno de ansiedad generalizada. *Revista de Psicología GEPU*, 3 (2), 256 – 268. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4392369>
- Ballesteros-Cabrera, M. P., & Sarmiento-López, J. (2013). Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: comparación entre tratamientos farmacológicos y terapias psicológicas. *Revista Vanguardia Psicológica*, 3(2), 184-195. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4815155>
- Bandelow, B., Michaelis, S., & Wedekind, D. (2017). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2): 93-106. DOI: 10.4135/9781452229546.n28
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35(2), 205-230. DOI: 10.1016/S0005-7894(04)80036-

- Beck, A., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897. DOI: 10.1037//0022-006x.56.6.893
- Biglan, A., Hayes, S. C., & Pistorello, J. (2008). Acceptance and Commitment: Implications for Prevention Science. *Prevention Science*, 9: 139-152. DOI 10.1007/s11121-008-0099-4
- Bojorquez de la Torre, J. D. (2015). *Ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios* [Tesis de maestría, Universidad de San Martín de Porres Facultad de Medicina Humana]. Repositorio Académico USMP. http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2247/1/bojorquez_j_d.pdf
- Bono-Cabré, R., & Arnau-Gras, J. (2014). *Diseños de caso único en ciencias sociales y de la salud*. Síntesis.
- Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A., & Seisdedos-Cuero, N. (2015). *STAI Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. Adaptación Española. Madrid: TEA Ediciones.
- Cascardo, E., & Resnik, P. E. (2016). *Ansiedad, estrés, pánico y fobias*. Ediciones B.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad: ciencia y práctica*. Desclée De Brouwer.
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Fifth edition. SAGE Publication.
- Crocq, M. A. (2015) A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 319-325. DOI: 10.31887/DCNS.2015.17.3/macrocq
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S. L., Andersson, G., Beekman, A. T., & Reynolds III, C. F. (2013). The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: a meta-analysis of direct comparisons. *World Psychiatry*, 12(2), 137-148. DOI: 10.1002/wps.20038
- Da Silva Ferreira, T. A., Simões, A. S., Ferreira, A. R., & Dos Santos, B. O. S. (2019). What are Values in Clinical Behavior Analysis? *Perspectives on Behavior Science*. 1-12. DOI:10.1007/s40614-019-00219-w

- Del Barrio, V. (2009). Raíces y evolución del DSM. *Revista de Historia de la Psicología*, 30(2-3), 81-90. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3043153.pdf>
- Desnoyers, A., Kocovski, N. L., Fleming, J. E., & Antony, M. M. (2016). Self-Focused Attention and Safety Behaviors across Group Therapies for Social Anxiety Disorder. *Anxiety, Stress & Coping*, 30(4), 441-455. DOI: 10.1080/10615806.2016.1239083
- Díaz Kuaik, I., & De la Iglesia, G. (2019a). Ansiedad: revisión y delimitación conceptual. *Summa Psicológica UST*, 16(1), 42-50. DOI: 10.18774/0719-448x.2019.16.1.393
- Díaz-Kuaik, I., & De la Iglesia, G. (2019b). La evaluación multidimensional de la ansiedad: Técnicas, aplicaciones y alcances. *Revista Evaluar*, 19(1), 43-58. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar>
- Díaz-Santos, C., & Santos-Vallín, L. (2018). La ansiedad en la adolescencia. *Revista de SEAPA Enfermería Comunitaria*, 6(1), 21-31. DOI:10.1007/978-1-4614-6633-8_32.
- Egovial-Santana, A. T. (2016). *Ansiedad y rendimiento académico en los estudiantes de 3ro, 4to y 5to año de la Escuela Académico Profesional de Ingeniería de Sistemas y Computación de la Universidad Peruana Los Andes* [Tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Educación]. CYBERTESIS Repositorio de Tesis Digitales. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/6837>
- Eilenberg, T., Hoffmann, D., Jensen, J.S., & Frostholm, L. (2017). Intervening variables in group-based acceptance & commitment therapy for severe health anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 92, 24-31. DOI: 10.1016/j.brat.2017.01.009.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., y Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528. DOI:10.1016/S0005-7967(02)00088-8
- Foody, M., Barnes Holmes, Y., Barnes Holmes, D., Törneke, N., Luciano, C., Stewart, I., & McEnteggart, C. (2014). RFT for clinical use: The example of metaphor. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(4), 305-313. DOI: 10.1016/j.jcbs.2014.08.001
- Forfylow, A. L. (2011). Integrating Yoga with Psychotherapy: A Complementary Treatment for Anxiety and Depression. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 45(2), 132-150. <https://psycnet.apa.org/record/2012-14139-003>

- Froxán-Parga, M. X. (Coord.) (2020). *Análisis funcional de la conducta humana: concepto, metodología y aplicaciones*. Pirámide.
- García-García, E. S., Rosa-Alcázar, A. I., & Olivares-Olivares, P. (2011). Terapia de Exposición Mediante Realidad Virtual e Internet en el Trastorno de Ansiedad/Fobia Social: Una Revisión Cualitativa. *Terapia Psicológica*, 29(2), 233-243. DOI: 10.4067/S0718-48082011000200010
- Gil-Luciano, B., Ruiz, F. J., Valdivia-Salas, S., & Suárez-Falcón, J. C. (2017). Promoting psychological flexibility on tolerance tasks: Framing behavior through deictic/hierarchical relations and specifying augmental functions. *The Psychological Record*, 67(1), 1–9. DOI: 10.1007/s40732-016-0200-5
- González-González, R., & Jimeno-Bernal, J. (2012). *Ckeck list / Listas de chequeo: ¿Qué es un checklist y cómo usarlo?* [Entrada de blog]. Recuperado de: <http://www.pdcahome.com/check-list/>
- González-Pando, D., Cernuda-Martínez, J. A., Alonso-Pérez, F., Beltrán-García, P., & Aparicio-Basauri, V. (2018). Transdiagnóstico: origen e implicaciones en los cuidados de salud mental. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(133), 145-166. DOI: 10.4321/S0211-57352018000100008
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32(1), 50–55. DOI:10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x
- Hancock, K. M., Swain, J., Hainsworth, C. J., Dixon, A. L., Koo, S., & Munro, K. (2016). Acceptance and Commitment Therapy versus Cognitive Behavior Therapy for Children with Anxiety: Outcomes of a Randomized Controlled Trial, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, DOI: 10.1080/15374416.2015.1110822
- Harris, R. (2021). *Hazlo simple: una guía de iniciación a los conceptos básicos de la ACT y muchas más cosas*. Obelisco.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*, 3(4), 639-665. DOI: 10.1016/S0005-7894(04)80013-3
- Hayes, S. C. (2008). Climbing Our Hills: A Beginning Conversation on the Comparison of Acceptance and Commitment Therapy and Traditional Cognitive Behavioral

- Therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(4), 286-295. DOI: 10.1111/j.1468-2850.2008.00139.x
- Hayes, S. C., & Smith, S. (2013). *Sal de tu mente y entra en tu vida: La nueva Terapia de Aceptación y Compromiso*. Desclee de Brouwer.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Kluwer Academic/Plenum.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25. DOI: 10.1016/j.brat.2005.06.006.
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levim, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976-1002. DOI: 10.1177/0011000012460836.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, K. G. (2005). What is Acceptance and Commitment therapy? En Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (Eds.). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. (pp. 3-29). Springer Science + Business Media.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavior disorder: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168. DOI: 10.1037//0022-006x.64.6.1152
- Hernández Gómez, A. (2019). Intervención desde la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Activación Conductual en un caso de ansiedad social. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*, 10(2), 156-171. DOI: 10.29059/rpcc.20190602-97
- Herrera-Gutiérrez, E., Brocal-Pérez, D., Sánchez-Mármol, D. J., & Rodríguez-Dorantes, J. M. (2012). Relación entre actividad física, depresión y ansiedad en adolescentes. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12(2), 31-38. <https://www.redalyc.org/pdf/2270/227028254005.pdf>

- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169-183. DOI: 10.1037/a0018555
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018, 28 mayo). Encuesta nacional de hogares 2017 [Comunicado de prensa]. <https://www.inegi.org.mx/programas/enh/2017/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021, 14 diciembre). *Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado 2021-ENBIARE* [Comunicado de prensa]. <https://www.inegi.org.mx/programas/enbiare/2021/>
- Jacobson, N. S., & Christensen, A. (1996). *Integrative couple therapy: Promoting acceptance and change*. Norton.
- James, A. C., Reardon, T., Soler, A., James, G., & Creswell, C. (2020). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11 (CD013162). DOI: 10.1002/14651858.CD013162.pub2.
- Jean-Cortés, C. I., Rivera-Aragón, S., Velasco-Matus, P. W., Guzmán-Álvarez, Á. O., & Ruiz-Jaimes, L. (2020). Ansiedad y depresión en estudiantes universitarios: Factores asociados con estilos de vida no saludables. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 10(2), 36-47. <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rllmc/article/view/79745>
- Kallesøe, K. H., Schröder, A., Wicksell, R. K., Fink, P., Ornbol, E., & Rask, C. U. (2016). Comparing group-based acceptance and commitment therapy (ACT) with enhanced usual care for adolescents with functional somatic syndromes: a study protocol for a randomised trial. *BMJ Open*, 6, 1-10. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-012743
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. Plenum.
- Langer, Á. I., Schmidt, C., Aguilar-Parra, J. M., Cid, C., & Magni, A. (2017). Mindfulness y promoción de la salud mental en adolescentes: efectos de una intervención en el contexto educativo. *Revista Médica de Chile*, 145(4), 476-482. DOI: 10.4067/S0034-98872017000400008

- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. The Guilford Press.
- Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Ré, R., Badía, X., & Baró, E. (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina Clínica*, 118(13), 493-499. DOI: 10.1016/s0025-7753(02)72429-9
- Luciano, C., & Hayes, S. C. (2001). Trastorno de Evitación Experiencial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 109-157. <http://www.aepc.es/ijchp/articulos.php?coid=Espa%EF%BF%BDol&id=6>
- Márquez-Caraveo M. E., & Pérez-Barrón, V. (2019). Factores protectores, cualidades positivas y psicopatología adolescente en contextos clínicos. *Salud pública de México*, 61(4), 470-477. DOI: 10.21149/10275.
- Martínez-Escribano, L., Piqueras, J. A., & Salvador, C. (2017). Eficacia de las intervenciones basadas en la atención plena (mindfulness) para el tratamiento de la ansiedad en niños y adolescentes: una revisión sistemática. *Behavioral Psychology*, 25(3), 445-463. <https://psycnet.apa.org/record/2017-55455-001>
- Martínez-Otero Pérez, V. (2014). Ansiedad en estudiantes universitarios: estudio de una muestra de alumnos de la Facultad de Educación. *ENSAYOS, Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 29(2), 63-78. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4911675.pdf>
- McHugh, L., Barnes- Holmes, Y., & Barnes- Holmes, D. (2009). Understanding and training perspective taking as relational responding. En R. A. Rehfeldt & Y. Barnes- Holmes (Eds.), *Derived relational responding applications for learners with autism and other developmental disabilities: A progressive guide to change*. (pp. 281– 300). New Harbinger.
- Meneses, J. (2013). Aproximación histórica y conceptos básicos de la psicometría. En J. Meneses, M. Barrios, A. Bonillo, A. Cosculluela, L. M. Lozano, J. Turbany, & S. Valero (Eds.). *Psicometría* (pp. 25-66). OUC.
- Molina Moreno, P., & Quevedo Blasco, R. (2019). Una revisión de la aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso con niños y adolescentes. *International Journal of*

Psychology and Psychological Therapy, 19(2), 173-188.
<https://psycnet.apa.org/record/2019-31830-004>

Morrison, J. (2015). *DSM-5: guía para el diagnóstico clínico*. Manual Moderno.

O'Connell, M. (2018). *Una vida valiosa*. Ediciones B.

Olaz, F., & Polk, K. (2021). *La Matrix, Manual de Usuario: Entrenando la Flexibilidad psicológica en tres pasos por medio de la Terapia de Aceptación y Compromiso*. Brujas.

Organización Mundial de la Salud. (2019). Clasificación internacional y estadística de enfermedades y problemas relacionados con la salud (11a ed.).

Organización Mundial de la Salud. (2021, 17 de noviembre). *Salud mental del adolescente*. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Organización Mundial de la Salud. (2022, 12 de agosto). *Salud del adolescente y el joven adulto*. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>

Páez-Blarrina, M. (2012). ACT para el tratamiento de los trastornos del espectro ansioso. En M. Páez-Blarrina & O. Gutiérrez-Martínez (Coords.). *Múltiples aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. (pp. 73-88). Pirámide.

Páez-Blarrina, M., & Montesinos-Marín, F. (2016). *Tratando con terapia de aceptación y compromiso: Habilidades terapéuticas centrales para la aplicación eficaz*. Pirámide.

Pagano, R. (2011). *Estadística para las ciencias del comportamiento*. Cengage Learning.

Pérez Rivero, P. F., & Uribe Rodríguez, A. F. (2016). Terapia de aceptación y compromiso en un caso de trastorno mixto de ansiedad y depresión en una paciente con cáncer. *Psicooncología*, 13 (1), 101-111. DOI: 10.5209/rev_PSIC.2016.v13.n1.52490

Pinjarkar, R. G., Sudhi, P. M., & Bada-Math, S. (2015). Brief Cognitive Behavior Therapy in Patients with Social Anxiety Disorder: A Preliminary Investigation. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 37(1), 20-26. DOI: [10.4103/0253-7176.150808](https://doi.org/10.4103/0253-7176.150808)

- Polk, K. L., & Schoendorff, B. (2014). *The ACT Matrix: A new approach to building psychological flexibility across settings and populations*. New Harbinger Publications.
- Poves-Oñate, S., Romero-Gamero, R., & Vucínovich, N. (2010). Experiencia grupal breve para pacientes con trastorno de ansiedad en un Centro de Salud Mental. *Revista Asociación Especializada en Neuropsiquiatría*, 30(107), 409-418. DOI: 10.4321/s0211-57352010000300004.
- Puerta-Polo, J. V., & Padilla-Díaz, D. E. (2011). Terapia cognitiva - conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2), 251-257. <https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156315016.pdf>
- Quintana-Díaz, H., & Lozano-Lesmes, L. (2022). Estrés y ansiedad como respuestas a la cuarentena en época de coronavirus. *Neuronum*, 6(4), 442-452. <http://eduneuro.com/revista/index.php/revistaneuronum/article/view/303>
- Quiñonez-Tapia, F., Pérez-Avalos, M. Y., Martínez-Casillas, M. E., & Cordero-Carillo, C. (2015). La ansiedad en adolescentes de bachillerato de la región norte de Jalisco. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(1), 249-269. <https://revistas.unam.mx/index.php/repj/article/view/48201>
- Ramírez-Osorio, P., & Hernández-Mendoza, E. (2012). Resiliencia familiar, depresión y ansiedad en adolescentes en situación de pobreza. *Revista Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 20(2): 63-70. <https://www.medigrafix.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=36007>
- Reyes Ortega, M. A., & Kanter, J. W. (2017). *Psicoterapia Analítica Funcional*. Brujas.
- Reynolds, S., Wilson, C., Austin, J., & Hooper, L. (2012). Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 32: 251-262. DOI: 10.1016/j.cpr.2012.01.005.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., & Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades Psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 211-218.
- Ruiz, F. J., Flórez, C. L., García-Martín, M. B., Monroy-Cifuentes, A., Barreto-Montero, K., García-Beltrán, D. M., Riaño-Hernández, D., Sierra, M. A., Suárez-Falcón, J. C.,

- Cardona-Betancourt, V., & Gil-Luciano, B. (2018). A multiple-baseline evaluation of a brief acceptance and commitment therapy protocol focused on repetitive negative thinking for moderate emotional disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 9, 1-14. DOI: 10.1016/j.jcbs.2018.04.004
- Ruiz-Fernández, M. A., Díaz-García, M. I., & Villalobos-Crespo, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Desclée De Brouwer.
- Sánchez Guerrero, A., Patiño Hernández, M. L., Guerrero Muciño, A., & León Parra, B. (2008). *Manual para la aplicación del Cuestionario de Tamizaje de Problemas en Adolescentes (POSIT)*. Centros de Integración Juvenil, A. C.: Dirección de Prevención, Subdirección de Prevención y Departamento de Redes Sociales y Proyectos Especiales.
- Sanz, J., & García-Vera, M. P. (2015). Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Clínica y Salud*, 26, 167-180. DOI: 10.1016/j.clysa.2015.09.004.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. The Guilford Press.
- Serrano-Barquín, C., Rojas-García, A., & Ruggero, C. (2013). Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15(1), 47-60. <https://www.redalyc.org/pdf/802/80225697004.pdf>
- Sewart, A. R., Niles, A. N., Burklund, L. J., Saxbe, D. E., Lieberman, M. D., & Craske, M. G. (2019). Examining Positive and Negative Affect as Outcomes and Moderators of Cognitive-Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy for Social Anxiety Disorder. *Behavior Therapy*, 50(6), 1112-1124. DOI: 10.1016/j.beth.2019.07.001
- Sierra, J.C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 3(1), 10-59. <https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>
- Sociedad Mexicana de Psicología (2010). *Código Ético del Psicólogo*. Trillas.

- Society of Clinical Psychology, Division 12 American Psychological Association. (2021, 23 de julio). Psychological Treatments. <https://div12.org/treatments/>
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1970). *STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologist Press.
- Tafoya-Ramos, S. A., Gómez-Pérez Mitre, G., Ortega-Soto, H. A., & Ortiz-León, S. (2006). Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): validez y confiabilidad en estudiantes que solicitan atención psiquiátrica en la UNAM. *Psiquis* (15)3, 82-87.
- Tayeh, P., Agámez-González, P. M., & Chaskel, R. (2016). Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia. *Precop SCP*, 15(1). 6-18. <https://scp.com.co/wp-content/uploads/2016/04/1.-Trastornos-ansiedad-1.pdf>
- Timimi, S. (2014). No more psychiatric labels: Why formal psychiatric diagnostic systems should be abolished. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 14, 208-215. DOI: 10.1016/j.ijchp.2014.03.004
- Tolin, D. F. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30: 710-720. DOI: 10.1016/j.cpr.2010.05.003
- Törneke, N. (2017). *Metaphor in Practice. A professional's guide to using the science of language in psychotherapy*. New Harbinger Publications.
- Törneke, N., Luciano, C., & Valdivia Salas, S. (2008). Rule-governed behavior and psychological problems. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8(2), 141-156.
- Törneke, N., Luciano, C., Barnes Holmes, Y., & Bond, F. (2016). RFT for clinical practice: Three core strategies in understanding and treating human suffering. En R. D. Zettle, S. C. Hayes, D. Barnes Holmes, & A. Biglan (Eds.), *The wiley handbook of contextual behavioral science* (pp. 254-273). Wiley Blackwell. <https://www.iipsy.com/volumen8/num2/191/rule-governed-behavior-and-psychological-EN.pdf>
- Toro, R., Nieto, T., Mayorga, N., & Montaña, L. (2013). Ansiedad clínica: instrumentos de auto reporte más usados en población adulta. *Revista Vanguardia Psicológica*:

- Clínica, Teórica y Práctica*, 3(2), 173-183.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4815154.pdf>
- Tortella-Feliu, M. (2014). Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 110, 62-69.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4803018.pdf>
- Tresáncoras, A. G., García-Oliva, C., & Piqueras, J. A. (2017). Relación del uso problemático con la personalidad y la ansiedad en adolescentes. *Salud y Drogas*, 17(1), 27-36. <https://www.redalyc.org/pdf/839/83949782003.pdf>
- Valdivia Salas, S., Martín Albo, J., Zaldívar, P., Lombas, A. S., & Jiménez, T.I. (2016). Spanish validation of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth (AFQ-Y). *Assessment*, 1-13. DOI: 10.1177/1073191116632338
- Villatte, M., Hayes, S. C., & Villatte, J. L. (2016). *Mastering the clinical conversation: Language as intervention*. Guilford Publications.
- Wagner, M. F., Pereira, A. S., & Oliveira, M. S. (2014). Intervención sobre las dimensiones de la ansiedad social por medio de un programa de entrenamiento en habilidades sociales. *Behavioral Psychology*, 22(3), 423-440.
<https://psycnet.apa.org/record/2014-55699-003>
- Webb, C. A., Beard, C., Kertz, S. J., Hsu, K. J., & Björgvinsson, T. (2016). Differential role of CBT skills, DBT skills and psychological flexibility in predicting depressive versus anxiety symptom improvement. *Behaviour Research and Therapy journal*, 81, 12-20.
 DOI: 10.1016/j.brat.2016.03.006
- Wilson, K. G., & Luciano-Soriano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Pirámide.
- Wilson, K. G., Hayes, S. C., Gregg, J., & Zettle, R. D. (2001). Psychopathology and psychotherapy. En S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes y B. Roche (eds.), *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of language and cognition* (pp. 211-237). Kluwer Academic/Plenum.
- Zhang, C-Q., Leeming, E., Smith, P., Chung, P-K., Hagger, M. S., & Hayes, S. C. (2018) Acceptance and Commitment Therapy for Health Behavior Change: A Contextually

Driven Approach. *Frontiers in Psychology*, 8(2350), 1-6. DOI:
10.3389/fpsyg.2017.02350

APÉNDICES

Apéndice 1: Consentimiento de Participación al Grupo focal

Consentimiento de participación

Nombre:

Fecha:

Por medio de la presente, manifiesto mi acuerdo de participar en el **Grupo Focal** con el tema “**Trastornos de Ansiedad en Adolescentes: un instrumento para su diagnóstico clínico**”, mismo que forma parte de un proyecto de investigación desarrollado en la Maestría en Psicología por la Facultad de Psicología, UMSNH.

Este Grupo Focal tiene como objetivo conocer las sugerencias de psicólogos contextuales respecto a la forma actual de evaluar y abordar terapéuticamente los trastornos de ansiedad en adolescentes, el cual tendrá una duración de **90 minutos** y se realizará el día **03 de junio del año 2021** a las **19:30 horas**, a través de la plataforma **Google Meet**.

La sesión del grupo focal está dividida en tres apartados. El primer apartado cuenta con el encuadre de la sesión y presentación de las moderadoras y los participantes. El segundo apartado se enfoca en el desarrollo y exploración del tema. Y, el tercer apartado permite la conclusión de la sesión. Todo ello será grabado para su posterior análisis.

Por otro lado, sé que puedo declinar mi participación una vez iniciada la sesión, sin que ello tenga consecuencias a mi persona. Así mismo, sé que uno de los beneficios de mi participación es el aporte científico que pueda resultar de ello, y que los datos e información que proporcione serán confidenciales y utilizados solo para el objetivo de dicho grupo focal.

En caso de requerir información adicional sobre el proyecto de investigación y el manejo de la información recabada en la sesión de grupo focal puedo contactarme con Amaranta Yadira Gómez Rodríguez al correo electrónico amaranta.gomez@umich.mx o al número telefónico 4522097392.

¡Gracias por su participación!

Firma participante

Amaranta Yadira Gómez Rodríguez
Investigador a cargo
Facultad de psicología
UMSNH

Información del participante:

Grado de estudios:	
Área profesional:	
Experiencia clínica:	
Conocimiento en instrumentos de evaluación de los Trastornos de Ansiedad:	

Apéndice 2: Jueceo del Entrenamiento en Flexibilidad Psicológica para disminuir la Ansiedad en Adolescentes (EFlexPAA).

4/1/24, 18:48

Jueceo del Entrenamiento en Flexibilidad Psicológica para disminuir la Ansiedad en Adolescentes (EFlexPAA)

Jueceo del Entrenamiento en Flexibilidad Psicológica para disminuir la Ansiedad en Adolescentes (EFlexPAA)

Apreciable investigador:

Debido a que usted es un investigador y profesional de la salud mental, le solicitamos su colaboración para evaluar el Entrenamiento en Flexibilidad Psicológica para disminuir la Ansiedad en Adolescentes (EFlexPAA), esta evaluación le tomara 60 minutos aproximadamente, para su seguridad las respuestas se van guardando en automático.

Con el objetivo de evaluar un tratamiento grupal breve dirigido a adolescentes estudiantes de preparatoria que presentan ansiedad, se está desarrollando el EFlexPAA con base en la literatura científica y capacitaciones recibidas sobre el tema, en el cual se pretende entrenar a los adolescentes en Flexibilidad Psicológica (FP) por medio del modelo ACT-Matrix para disminuir la percepción negativa de las experiencias que les generan ansiedad, además, con ello se pretende que los adolescentes identifiquen la función de su conducta ansiosa, que desarrollen la capacidad de auto observación, que generen una perspectiva de Yo que contiene e integra experiencias y que construyan un plan de acciones comprometidas guiados por sus valores.

Previo al tratamiento, los participantes pasarán por un filtro de selección, en donde responderán una batería de instrumentos con el fin de que cumplan con los criterios de inclusión. Los instrumentos que serán aplicados son:

- I) Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)
- II) Cuestionario de Evitación y Fusión-Adolescentes (CEF-A)
- III) Subescala de Uso/abuso de sustancias del Cuestionario de Tamizaje de Problemas en Adolescentes (POSIT)
- IV) Subescala de Salud mental del Cuestionario de Tamizaje de Problemas en Adolescentes (POSIT)

El EFlexPAA, estará conformado por tres fases que a continuación se explican:

1. Admisión y encuadre: El objetivo de esta fase (1 sesión en formato individual) es explicar las características del tratamiento y delimitar las condiciones de trabajo. También conocer el estado psicológico inicial del participante a través de una entrevista y la aplicación de un instrumento. Por último, los participantes firmarán el consentimiento informado y sus padres o tutor el consentimiento informado.

2. Tratamiento: El objetivo de esta fase (5 sesiones en formato grupal) será entrenar a los participantes en las habilidades de cada uno de los tópicos a desarrollar, con el propósito de disminuir la percepción negativa de las experiencias que les generan ansiedad. Cada sesión de tratamiento está estructurada en tres partes:

- a. Introducción:

- i. Bienvenida y rapport
- ii. Revisión y retroalimentación de actividad en casa
- b. Desarrollo del tópico
 - i. Tema
 - ii. ¿Qué te pareció el ejercicio de hoy?
- iii. Retroalimentación
- c. Conclusión
 - i. Resumen
 - ii. Explicar actividad para casa
 - iii. Cierre de la sesión.

3. Seguimiento: El objetivo de esta fase (2 sesiones en formato grupal) es valorar el estado psicológico del participante al mes y tres meses de concluir las sesiones de tratamiento, a través de la aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II). Además, de reforzar las estrategias necesarias para continuar con el plan de acción.

Le pedimos que al momento de calificar cada una de las sesiones que conforman el EFlexPAA tenga en cuenta los siguientes aspectos:

- Qué tan claro es el objetivo de cada sesión.
- Que tan apropiadas son las actividades propuestas para cada sesión.
- Qué tan congruentes son las tareas solicitadas a los participantes.

De esta manera, usted evaluará los aspectos del diseño del EFlexPAA, conforme a la siguiente escala:

- > 1 = Totalmente inadecuado
- > 2 = Algo inadecuado
- > 3 = Ni adecuado ni inadecuado
- > 4 = Algo adecuado
- > 5 = Totalmente adecuado

Además, cada pregunta tiene un espacio para que, si usted lo juzga así, incluya los cambios o comentarios que considere necesarios.

Si requiere solucionar alguna duda específica puede contactar a Amaranta Gómez al número 4522097392 o al correo electrónico amaranta.gomez@umich.mx

**Indica que la pregunta es obligatoria*

1. Correo *

2. ¿Le gustaría participar? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí, quiero participar.
- ☐ No quiero participar.

Aspectos generales

3. 1. ¿Qué tan adecuados le parecen los criterios de inclusión de los participantes, que son: - Ser estudiantes de bachillerato. - Tener entre 14 y 19 años. - Puntuar con ansiedad leve, moderada o severa. - Tener disponibilidad e interés en asistir a las sesiones de tratamiento? *

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5
Tota	☐	☐	☐	☐	☐

Totalmente adecuado

4. Observaciones:

5. 2. ¿Qué tan adecuados le parecen los criterios de exclusión de los participantes, que son: - Abusar o depender de alguna droga. - Tener una condición física o psicológica que dificulte la participación al tratamiento. - Que ya estén recibiendo algún tratamiento psicológico? *

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5
Tota	☐	☐	☐	☐	☐

Totalmente adecuado

15. 7. ¿Qué tan adecuado le parece el formato de aplicación de las sesiones? - *
 Sesión de admisión y encuadre formato individual. - Sesiones de tratamiento formato grupal. - Sesiones de seguimiento formato grupal.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Tot: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente adecuado

16. Observaciones:

Sesión 0: Admisión y encuadre

A continuación se observa la estructura general de la Sesión 0. Posteriormente encontrará las preguntas para evaluar cada elemento de la sesión.

Sesión 0: Admisión y encuadre

Sesión 0 Admisión y encuadre			
Tópico		Objetivo general	Duración
Entrevista y evaluación individual		Explicar las características del tratamiento y delimitar las condiciones de trabajo. Conocer el estado psicológico inicial del participante a través de una entrevista y la aplicación de un instrumento.	60 min
Tiempo	Actividades	Objetivos	Materiales
5 min	Encuadre entrevista	Dar a conocer los objetivos de la sesión de admisión y encuadre.	Formato S0 Guía de entrevista
5 min	Presentación EFlexPAA	Dar a conocer las características de tratamiento.	
25 min	Entrevista	Identificar las características que presenta el participante respecto a la ansiedad.	
10 min	Aplicación instrumento	Conocer el nivel de Flexibilidad Psicológica.	Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II).
5 min	Consentimiento informado	Obtener la autorización del participante para iniciar el tratamiento.	Formato S0 Consentimiento Informado y Asentimiento
10 min	Autoregistro ansiedad Cierre	Explicar el llenado del autoregistro.	Formato S0 Autoregistro Ansiedad.

17. 8. ¿Qué tan adecuados le parecen los objetivos generales de la sesión? Explicar las características del tratamiento y delimitar las condiciones de trabajo. Conocer el estado psicológico inicial del participante a través de una entrevista y la aplicación de un instrumento (AAQ-II). *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Tot: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente adecuado

18. Observaciones:

19. 9. ¿Qué tan adecuadas le parecen las actividades de introducción de la sesión? - *
 Dar bienvenida a la sesión 0 de admisión y encuadre. - Presentación del terapeuta. - Mencionar el objetivo de la sesión. - Mencionar la duración de la sesión. - Explicar el proceso de la sesión. - Presentar qué es el EFlexPAA. - Presentar el objetivo del EFlexPAA. - Explicar en qué consiste el EFlexPAA. - Introducir a la entrevista.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Tot: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente adecuado

20. Observaciones:

27. 13. ¿Qué tan adecuadas le parecen las actividades de conclusión de la sesión? - *
- Obtener firma de consentimiento y de asentimiento. - Explicar qué es el autorregistro. - Explicar el objetivo del autorregistro para el tratamiento. - Utilizar una situación real del participante como ejemplo del llenado del autorregistro. - Confirmar que las instrucciones del autorregistro son claras. - Cierre de la sesión. - Dar fecha de la siguiente sesión.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Tot: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente adecuado

28. Observaciones:

29. 14. ¿Qué tan adecuados le parecen los rubros a considerar en el Autorregistro? - *
- Hora. - Situación. - Personas presentes. -Ansiedad subjetiva (0 al 10). - Pensamientos y conducta. -Hoy lo importante es:.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Tot: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente adecuado

30. Observaciones:

Sesión 1: Empecemos por una mente flexible

A continuación se observa la estructura general de la Sesión 1. Posteriormente encontrará las preguntas para evaluar cada elemento de la sesión.

Apéndice 3: Guía de Entrevista: análisis funcional de la conducta ansiosa.

Datos de identificación		
Fecha:	Número expediente:	Terapeuta:
Nombre:	Teléfono:	Correo electrónico:
Domicilio actual: Calle:	Número:	Colonia:

Datos sociodemográficos		
Edad:	Sexo: H M	Grado escolar:
Institución:		
¿Tienes un empleo?	¿Qué función realizas?	
Tipo de empleo:		
a. Ocasional	b. Permanente	c. Por horas
¿Desde cuándo laboras en ese lugar?		
¿Tienes pareja?	¿Cuánto tiempo llevan en la relación?	

Datos familiares					
¿Con quién vives en casa?					
¿Quiénes son las personas que aportan para cubrir los gastos básicos de la casa?					
Parentesco	Nombre	Edad	Nivel educativo	¿A qué se dedica?	¿Cómo es tu relación con...?

Análisis funcional

1. ¿Qué entiendes o sabes sobre lo que es la ansiedad?

2. En esta última semana ¿Qué cosas o eventos han provocado tu ansiedad?

3. Esta situación que provoca tu ansiedad ¿es algo nuevo o algo que se viene repitiendo en tu vida?
4. En esta última semana ¿Qué haces tu cuando sientes ansiedad? (tus acciones ante la ansiedad)

5. Y esto que has hecho ¿es algo nuevo o algo que se viene repitiendo en tu vida?
6. En esta última semana ¿Qué consecuencias o resultado has obtenido al hacer eso que has hecho cuando sientes ansiedad?

7. Ese resultado ¿es algo nuevo o algo que se viene repitiendo en tu vida?
8. Y este resultado ¿es algo que NO te ayuda, te ayuda por un momento o algo que te ayuda a largo plazo?
9. ¿hay algo más que quisieras platicarme?

Apéndice 4: Consentimiento y Asentimiento de participación al tratamiento para estudiantes y padres de familia.

Consentimiento informado de participación

Por medio de la presente, yo: _____ otorgo consentimiento para que mi hijo(a) participe como paciente en una investigación para el tratamiento de la Ansiedad que tiene el objetivo de entrenarle en estrategias dirigidas a desarrollar la Flexibilidad psicológica por medio del modelo ACT-Matrix para disminuir la percepción negativa de las experiencias que les generan ansiedad.

Este tratamiento consta de 8 sesiones en total, de las cuales una sesión es de admisión, cinco corresponden al tratamiento y dos son las sesiones de seguimiento, cada una de estas tiene una duración de 90 minutos, excepto la sesión de admisión, cuya duración es de 60 min. En la sesión 0 se le realiza una evaluación, y se le informa al participante si es candidato para este tratamiento o si de lo contrario será canalizado a una intervención acorde a sus necesidades.

Los datos que mi hijo proporcione serán de carácter confidencial, estos podrán ser utilizados con fines de investigación clínica, respetando en todo momento la privacidad y sin que represente algún riesgo hacia mi hijo(a). En cuanto a la relación con la terapeuta, esta será únicamente profesional y se basará en el respeto mutuo y en el seguimiento a los derechos civiles y humanos. Por tal, acepto que asista puntualmente a las sesiones, y si en algún momento llegara a faltar a la sesión, avisaré a la terapeuta por escrito, señalando las razones de la inasistencia.

Estoy de acuerdo en facilitar mi nombre y número telefónico como tutor para que mi hijo(a) pueda ser contactado por la terapeuta en caso necesario. Además, estoy de acuerdo en que mi hijo(a) asista a las sesiones de seguimiento que serán al 1.er y 3.er mes de haber concluido el tratamiento, cuyo objetivo es evaluar los cambios obtenidos durante este y reforzar alguna estrategia para continuar con el plan de acción.

Finalmente, se me ha informado que mi hijo(a) puede declinar de su participación en el momento que así lo desee, informando las razones al terapeuta. Para más información puedo contactar a Amaranta Yadira Gómez Rodríguez al número 45 o al correo electrónico amaranta.gomez@umich.mx.

La presente se llevó a cabo siendo las _____ horas del día ____ del mes de _____ del año _____.

Datos de tutor:

Nombre:

Teléfono:

Nombre y firma de Tutor

Nombre y firma de terapeuta

Asentimiento informado de participación

Por medio de la presente, yo: _____ otorgo mi consentimiento de participar como paciente en una investigación para el tratamiento de la Ansiedad que tiene el objetivo de entrenarme en estrategias dirigidas a desarrollar la Flexibilidad psicológica por medio del modelo ACT-Matrix para disminuir la percepción negativa de las experiencias que me generan ansiedad.

Este tratamiento consta de 8 sesiones en total, de las cuales una sesión es de admisión, cinco corresponden al tratamiento y dos son las sesiones de seguimiento, cada una de estas tiene una duración de 90 minutos, excepto la sesión de admisión, cuya duración es de 60 min. En la sesión 0 se me realiza una evaluación, y se me informa si soy candidato para este tratamiento o si de lo contrario seré canalizado a una intervención acorde a mis necesidades.

Los datos que proporcione serán de carácter confidencial, estos podrán ser utilizados con fines de investigación clínica, respetando en todo momento la privacidad y sin que represente algún riesgo hacia mi persona. En cuanto a la relación con mi terapeuta, esta será únicamente profesional y se basará en el respeto mutuo y en el seguimiento a los derechos civiles y humanos.

Por tal, acepto asistir puntualmente a las sesiones, y si en algún momento llegara a faltar a la sesión, avisaré a mi terapeuta por escrito, señalando las razones de mi inasistencia. Me comprometo a trabajar de manera activa y llevar a cabo los ejercicios y las tareas asignadas.

Estoy de acuerdo en facilitar el nombre y número telefónico de mi tutor para que pueda ser contactado por mi terapeuta en caso necesario. Además, estoy de acuerdo en asistir a las sesiones de seguimiento que serán al 1.er y 3.er mes de haber concluido el tratamiento, cuyo objetivo es evaluar los cambios obtenidos durante este y reforzar alguna estrategia para continuar con el plan de acción.

Finalmente, se me ha informado que puedo declinar de mi participación en el momento que así lo desee, informando mis razones al terapeuta. Para más información puedo contactar a Amaranta Yadira Gómez Rodríguez al número 452 o al correo electrónico amaranta.gomez@umich.mx.

La presente se llevó a cabo siendo las _____ horas del día ____ del mes de _____ del año _____.

Nombre y firma de Participante

Nombre y firma de terapeuta

EFLexPAA

ENTRENAMIENTO EN FLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD EN ADOLESCENTES

¿Qué es?

Es un tratamiento grupal breve dirigido a adolescentes que presentan ansiedad.

¿Cuál es el objetivo?

Entrenar a los adolescentes en Flexibilidad Psicológica (FP) por medio del modelo ACT-Matrix para disminuir las experiencias que provocan los síntomas ansiosos.

¿En qué consiste?

El tratamiento se compone de 8 sesiones en total; la primera sesión es individual y tiene una duración de 60 minutos, el resto de las sesiones son en formato grupal y tienen una duración de 90 minutos, estas se realizan semanalmente. El tratamiento se divide en tres fases:

