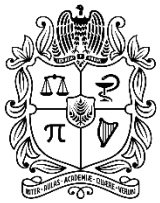

UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Eficacia de una Intervención Grupal en Formato on-line basada en la Terapia Contextual para la Regulación de la Ira en Adultos Jóvenes

Kevin Andrés Cubillos Torres

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Ciencias Humanas, Departamento de Psicología

Bogotá D.C., Colombia

2023

Eficacia de una Intervención Grupal en Formato on-line basada en la Terapia Contextual para la Regulación de la Ira en Adultos Jóvenes

Kevin Andrés Cubillos Torres

Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:

Magíster en Psicología Clínica

Director:

Mg. Óscar Mauricio Gallego Villa

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Ciencias Humanas, Departamento de Psicología

Bogotá D.C., Colombia

2023

Declaración de obra original

Yo declaro lo siguiente:

He leído el Acuerdo 035 de 2003 del Consejo Académico de la Universidad Nacional. «Reglamento sobre propiedad intelectual» y la Normatividad Nacional relacionada al respeto de los derechos de autor. Esta disertación representa mi trabajo original, excepto donde he reconocido las ideas, las palabras, o materiales de otros autores.

Cuando se han presentado ideas o palabras de otros autores en esta disertación, he realizado su respectivo reconocimiento aplicando correctamente los esquemas de citas y referencias bibliográficas en el estilo requerido.

He obtenido el permiso del autor o editor para incluir cualquier material con derechos de autor (por ejemplo, tablas, figuras, instrumentos de encuesta o grandes porciones de texto).

Por último, he sometido esta disertación a la herramienta de integridad académica, definida por la universidad.

_____

Nombre: Kevin Andrés Cubillos Torres

Fecha: 31 de enero del 2023

Resumen

Eficacia de una Intervención Grupal en Formato on-line basada en la Terapia Contextual para la Regulación de la Ira en Adultos Jóvenes

La mayoría de los tratamientos para la regulación de la ira son en formato presencial, hacen énfasis en la reducción de síntomas y minimizan los marcadores funcionales y positivos de la emoción. Excepto la Terapia Contextual para la Regulación de la Ira (CART) que se fundamenta en un enfoque transdiagnóstico. Por ello, el objetivo general de estudio fue evaluar la eficacia de una intervención grupal en formato on-line basada en CART, aplicada a una muestra de un solo grupo, conformada por 12 adultas jóvenes universitarias (edad: M = 25.83 años). La intervención consistió en seis sesiones principales y una de seguimiento tres semanas después. Los instrumentos de medición que se aplicaron fueron la Anger and Violence Impairment Scale, el Cuestionario de Aceptación Acción II, el Cuestionario de Fusión Cognitiva, el Cuestionario de valores y la Mindful Attention Awareness Scale. Los cuales fueron aplicados en cuatro momentos de la intervención (“pre”, “intermedio”, “post” y “seguimiento”). Los resultados indican diferencias estadísticamente significativas y relevancia clínica del efecto en todas las variables al comparar el “pre” y el “seguimiento”. A pesar, de la sencillez metodológica, este estudio brinda información relevante que corrobora los beneficios de CART al ser aplicada a mujeres adultas con dificultades en el manejo de la ira.

Palabras clave: regulación de la ira, terapia contextual, psicoterapia on-line, terapia de grupo.

Abstract

Efficacy of a group intervention in an online format based on Contextual Therapy for the regulation of anger in young adults

Most treatments for anger regulation are in a face-to-face format, emphasize symptom reduction, and minimize functional and positive markers of the emotion. Except for Contextual Anger Regulation Therapy (CART) which is based on a transdiagnostic approach. Therefore, the general objective of the study was to evaluate the effectiveness of a group intervention in an on-line format based on CART, applied to a single group sample of 12 young adult female university students (age: M = 25.83 years). The intervention consisted of six main sessions and a follow-up session three weeks later. The measurement instruments used were Anger and the Violence Impairment Scale, the Acceptance and Action Questionnaire-II, the Cognitive Fusion Questionnaire, the Valuing Questionnaire and the Mindful Attention Awareness Scale. These were applied at four moments during the intervention ("pre", "intermediate", "post" and "follow-up"). The results indicate statistically significant differences and clinical significance of effect in all variables when comparing "pre" and "follow-up". Despite its methodological simplicity, this study provides relevant information that corroborates the benefits of CART when applied to adult women with anger management difficulties.

Keywords: anger regulation, contextual therapy, on-line therapy, group therapy.

Tabla de contenidos

Resumen 4

Palabras clave 4

Abstract 5

Keywords 5

Tabla de contenidos 6

Lista de tablas 9

Introducción 10

Marco Teórico 15

- Ira Normal 15
- Ira Clínica 16
- Modelo de Evitación de la Ira (AAM) 18
- Terapia Contextual para la regulación de la ira (CART) 20

Antecedentes 23

- Adaptación de Gallego-Villa 27

Marco Metodológico 28

- Objetivo General 28
- Objetivos específicos 28
- Variables 28
  - Variable Independiente 28
  - Variables Dependientes 28
- Diseño 30
- Hipótesis 30

Instrumentos 31

- Anger and Violence Impairment Scale 31
- Cuestionario de Aceptación Acción II 32
- Cuestionario de Fusión Cognitiva 32
- Cuestionario de valores 33
- Mindful Attention Awareness Scale 33
- Entrevista de admisión 34

Población 34

Criterios de exclusión 34

Muestra 36

Procedimiento 36

Descripción del tratamiento 37

Consideraciones éticas 37

Análisis de los datos 39

Resultados 40

Discusión 53

Referencias 58

Anexos 66

Anexo A. Formato de la traducción de la Anger and Violence Impairment Scale 66

Anexo B. Formato e instructivo de entrevista de valoración de los problemas de regulación de la ira para CART 69

Anexo C. Formato de Consentimiento informado para CART 72

Anexo D. Estructura de las sesiones que conforman el protocolo CART 73

Anexo E. Ejemplo de no-superación de la prueba de normalidad por una de las variables. 77

Anexo F. Formato Actividad Mapa de la ira 78

Reseña biográfica del aspirante 79

Lista de tablas

Tabla 1 Comparación de estadísticos descriptivos de la AVIS 41

Tabla 2 Prueba T de Wilcoxon y tamaño del efecto de la AVIS 42

Tabla 3 Comparación de estadísticos descriptivos del AAQ-II 43

Tabla 4 Prueba T de Wilcoxon y tamaño del efecto del AAQ-II 44

Tabla 5 Comparación de estadísticos descriptivos del CFQ 45

Tabla 6 Prueba T de Wilcoxon y tamaño del efecto del CFQ 46

Tabla 7 Comparación de estadísticos descriptivos del VQ-Progreso 47

Tabla 8 Prueba T de Wilcoxon y tamaño del efecto del VQ-Progreso 48

Tabla 9 Comparación de estadísticos descriptivos del VQ-Obstrucción 49

Tabla 10 Prueba T de Wilcoxon y tamaño del efecto del VQ-Obstrucción 50

Tabla 11 Comparación de estadísticos descriptivos de la MAAS 51

Tabla 12 Prueba T de Wilcoxon y tamaño del efecto de la MAAS 52

Introducción

Varios autores en la literatura sobre las emociones, secundan el hecho de que la ira y la violencia van de la mano. Muntané (2012), explica que la violencia "es una actividad física desencadenada por la cólera, que es fruto de la ira, emoción que activa el sistema nervioso y la conducta humana (p.2)". Strongman (2003), agrega "una persona (con tendencia a la ira) puede enfadarse y volverse agresiva al menor indicio de desacuerdo y reaccionar con violencia emocional y física (p. 198)". Gardner y Moore (2014), especifican que "la emoción de la ira proporciona la motivación para el comportamiento agresivo o violento, el cual a su vez sirve para aliviar el malestar subjetivo de la ira".

Ahora bien, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2003) define la violencia como el uso intencional de la fuerza física o el poder, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona, un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. Incluyendo, tanto el comportamiento suicida como los conflictos armados.

En lo que respecta a Colombia, ha vivido de manera permanente en un estado de confrontaciones armadas (Fandiño-Losada y Guerrero, 2017). Desde el siglo 19 hasta la fecha se ha desarrollado un alto número de guerras civiles, a pesar de varios procesos de paz. Lo cual ha conllevado a que el país se ha considerado como uno de los más violentos del mundo, aún en comparación con vecinos del continente. Así pues, de acuerdo con el Balance de InSight Crime de los homicidios en 2022, Colombia ocupa el tercer lugar entre los países más violentos de América Latina, por debajo de Venezuela y Honduras, con una tasa de 26.09 por cada cien mil habitantes. Cifra casi similar a la del año inmediatamente anterior (26.8 por cada cien mil

habitantes), atribuida, en su mayor parte, a fenómenos socioculturales, como la violencia política o el tráfico de drogas

Por otra parte, según el Boletín Epidemiológico Semanal del Instituto Nacional de Salud de Colombia (2022), la tasa de notificación de casos sospechosos de violencia de género, intrafamiliar y ataques con agentes químicos fue de 225.5 casos por cada cien mil habitantes, lo cual representa un aumento del 20.7% con respecto a lo reportado en el año anterior, a través del Sistema de vigilancia en salud pública. “El tipo de violencia que se reporta con mayor frecuencia es la violencia física (47.7%), seguido de violencia sexual (26.8%), negligencia y abandono (16.3%) y violencia psicológica (9.3%)” (p.2).

Junto con ello, Fandiño-Losada y Guerrero (2017), exponen que en varias ciudades del país (Cali, Medellín, Bogotá), frente a la aplicación de la Encuesta de victimización, percepción de seguridad, confianza y temor ciudadano (realizada por el Instituto CISALVA), la ciudadanía manifestó 47% de aprobación de la justifica por la propia mano, 47% secundó el derecho a matar para defender la familia y 36% consintió la “limpieza social”. Además, “se encontró que los padres y madres que decían no maltratar nunca a sus hijos, al preguntarles si les habían pegado con un objeto duro que podría hacerles daño, una tercera parte respondía afirmativamente” (p. 10).

Ante dicho panorama, se hace evidente la necesidad de intervenciones clínicas que aporten a la disminución de los porcentajes de violencia en Colombia, la cual se ha venido normalizando con el paso de los años y cada día se hace más presente (Ortiz, 2019). Tanto a nivel macro, en los departamentos que son corredores estratégicos del narcotráfico y epicentros del conflicto armado (Arauca, Putumayo, Cauca, Chocó, Guaviare y el Valle del Cauca), como a nivel micro en las comunidades y familias del resto del país. Por ejemplo, en Bogotá, de acuerdo

al informe del Observatorio de Salud de Bogotá del 2022, el subsistema de vigilancia de violencia intrafamiliar y género, maltrato infantil y violencia sexual (SIVIM) recibió notificación de 44.117 casos de violencia intrafamiliar con una variación porcentual al incremento del 45,4% con respecto al año 2021.

No obstante, volviendo al inicio de esta introducción y a la luz del Modelo de la Evitación de la Ira (Gardner y Moore, 2014), el comportamiento agresivo/violento se entiende como una estrategia de evitación o escape, que funciona para atenuar la experiencia completa de la ira, junto con la sensación de falta de control o vulnerabilidad que, generalmente es el desencadenante inicial de esta emoción. En otras palabras, y generalizando, la violencia en Colombia es el reflejo de cuan vulnerables se sienten los colombianos cuando se enojan.

Sin embargo, al revisar los modelos terapéuticos orientados a la intervención de dificultades con el manejo de la ira, se encuentra que la mayoría de estos se enfocan en intervenir los aspectos más topográficos de la emoción, lo cual ha conllevado a sobredimensionar la reducción de los síntomas y minimizar los marcadores funcionales, positivos y de significado personal de la misma (Hayes, et al., 2014).

Además, los protocolos de intervención cuya eficacia se ha estudiado, se desarrollaron en su mayoría para el formato de psicoterapia presencial, pero, como menciona la Organización Panamericana de la Salud (2020), con la pandemia de COVID-19 se destacó la importancia y la utilidad de la telepsicología para proporcionar una manera de poner en contacto a los usuarios y profesionales de la salud cuando no es posible una consulta de manera presencial.

En dicho escenario, el protocolo de Gallego-Villa (2021) representa una excepción, ya que, en primer lugar, es una adaptación de la Terapia Contextual para la Regulación de la Ira (Gardner y Moore, 2014), la cual está basada en el Modelo de la evitación de la ira, citado

anteriormente. Es decir, contempla esta problemática desde una perspectiva funcional, entiendo la evasión de la vulnerabilidad provocada por la experiencia de la ira, como factor mantenedor de la violencia. En segundo lugar, este autor diseñó el protocolo para ser aplicado en formato breve, grupal y online. Y, en tercer lugar, está respaldado tanto por un estudio de adaptación y validación realizado luego de la pandemia, como por un posterior estudio de eficacia (Gallego-Villa, 2022) en el que los resultados fueron prometedores.

De ahí surge el presente proyecto, con el propósito de realizar un estudio de eficacia a dicho protocolo, manteniendo el formato, en una población de adultos jóvenes (sin discriminación de género) y adaptándolo al contexto del Servicio de Atención Psicológica de la Universidad Nacional de Colombia. El cual hace parte del Centro de Psicología Aplicada del Departamento de Psicología de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Colombia (sede Bogotá) y es apoyado por los grupos de Psicología Clínica, Salud, Neuropsicología y Psicometría de la Universidad.

Por último, no está de más destacar las virtudes de la psicoterapia de grupo. Desde luego, esta cubre la base procedimental de la psicoterapia individual, es decir:

> "Una persona cualificada establece un contrato profesional con un paciente y lleva a cabo intervenciones terapéuticas verbales y no verbales con el objetivo de aliviar el malestar psicológico, cambiar el comportamiento inadaptado y estimular el crecimiento y el desarrollo de la personalidad. (Vinogradov y Yalom,1996, pp. 15)

Sin embargo, además de la "interacción paciente-terapeuta", en la psicoterapia de grupo está la "interacción paciente-paciente", la cual también es usada como instrumento para fomentar el cambio y el bienestar en cada uno de los miembros. Así pues, se destacan los siguientes

factores terapéuticos intrínsecos a la terapia de grupo propuestos por Vinagrodov y Yalom (1996):

- Infusión de esperanza. Las narrativas y modelos de mejoría manifestados por los demás pacientes brindan esperanza sobre la mejoría propia.
- Universalidad. Los pacientes se percatan de que no son los únicos que presentan problemas y dificultades como las propias. Así que siente alivio, en lugar de aislamiento y soledad.
- Transmisión de información. La información se comparte en red. Pues, el terapeuta o los otros miembros del grupo brindan consejos u orientación directa sobre problemas vitales.
- Altruismo. Los participantes se ayudan unos a otros. Con lo cual pueden vivir la experiencia de ser útil a otros y sentir gratificación.
- Desarrollo de habilidades sociales potencializado, al haber distintas de personalidades dentro del grupo y, gracias a la ejecución de juegos de roles más complejos.
- Comportamiento imitativo. A través de la observación directa mutua se replican patrones de comportamiento saludables entre los pacientes.
- Catarsis, que surge al compartir con los demás el propio mundo interior y ser aceptado incondicionalmente por el grupo.
- Recapitulación correctiva del grupo familiar primario. Con frecuencia, los pacientes pueden enactuar, con los demás miembros, las dinámicas familiares que se dieron en el pasado.
- Factores existenciales. Cuando se interactúa de manera significativa con los demás, surgen en la consciencia los hechos dados de la existencia: la muerte, la soledad, la

libertad y la carencia de sentido. A medida que van aceptando estas cuestiones, los miembros se disponen a actuar con mayor significado.

- Cohesión. Los miembros de un grupo cohesivo se aceptan y se apoyan mutuamente, para formar vínculos significativos.

Marco Teórico

Ira Normal

Dentro de los procesos afectivos, la ira es una emoción, o sea, una respuesta multidimensional con connotaciones adaptativas, funcionales y de supervivencia. Suele ser breve, intensa y temporalmente asociada con eventos que representan conflicto u amenaza para el equilibrio del individuo (Palmero et al., 2011). Según Izard (1993), su carácter multidimensional se debe a que la ira, al igual que las demás emociones, se manifiesta a través de cuatro sistemas de respuesta: (1) neurofisiológico, con la activación del sistema nervioso simpático; (2) comportamental, mediante patrones conductuales de aproximación y/o ataque; (3) cognitivo, por medio de una valoración negativa del suceso y (4) fenomenológico, como un aumento de la propia energía.

Como menciona Strongman (2003), “la ira siempre ha sido incluida en la lista de emociones básicas”. Ekman (1992), quien se ha dedicado a la investigación de la expresión emocional dentro de diversas culturas alrededor del mundo, secunda dicha categorización. Él considera que la ira reúne los criterios necesarios para ser considerada una “familia de expresiones emocionales”, pues comparten las siguientes características : (1) expresión facial universal distintiva, (2) expresiones faciales similares en otras especies de primates, (3) fisiología distintiva, (4) universalidad en los eventos que anteceden la respuesta (5) coherencia en los

sistemas de respuesta, (6) un rápido inicio, (7) una breve duración, (8) valoración automática, (9) ocurrencia imprevisible.

En consonancia, desde una perspectiva evolutiva, son varias las funciones de la ira. Izard (1991), plantea, como obvia, la función de "energizar" al individuo para desencadenar y organizar procesos psicológicos y fisiológicos relacionados con la defensa y el dominio. Además, regula los comportamientos sociales e interpersonales, como el establecimiento de límites. Y estructura procesos que favorecen la acción dirigida a objetivos (Lemerise y Dodge, 2008). De modo que la ira permite superar obstáculos para la consecución de una meta.

Por otra parte, la ira también puede obrar como emoción secundaria, al intervenir como una respuesta afectiva ante otros estados emocionales como la tristeza, la ansiedad, la alegría, etc. Gardner y Moore (2014) presentan un ejemplo: el miedo, que algunas personas pueden experimentar como insoportable, se asocia, frecuentemente, con una sensación de falta de control y vulnerabilidad. La cual llega a servir de estímulo discriminatorio para la ira.

Ira Clínica

En general, la ira es considerada como "negativa", ya que socialmente se percibe como una parte integral de la agresión, la hostilidad y la violencia (Strongman, 2003). Además, si se tuviera que determinar el mensaje social, que comunica esta emoción, sería "sal de mi camino", lo cual significa, una amenaza para alguien que está interferido. Y más aún, en ocasiones, la ira no solo está ligada al deseo de hacer a un lado a quien estorba, sino también a la necesidad puntual de lastimar y/o eliminar al oponente (Ekman, 2003).

A esto se añade que, si bien la ira es una emoción necesaria y funcional para interactuar y adaptarse a los distintos contextos, ésta se puede convertir en una dificultad clínica, como platean Gardner y Moore (2014), cuando se presenta con una alta frecuencia, ya que le procura al

individuo estar constantemente en estado de alerta. Así pues, la mayoría de los recursos personales se invierten para monitorear y controlar tanto el entorno externo, como los procesos internos (cogniciones, emociones y sensaciones) que resulten amenazantes. Lo cual deriva, a la larga, en dificulta para discriminar “amigos de enemigos”, presentando de forma regular un patrón comportamental agresivo e incluso violento al relacionarse.

Junto con ello, existe una gran cantidad de evidencia que señala una relación entre la ira clínica y el desarrollo de enfermedad cardiovascular. Específicamente, se ha identificado un aumento de la inflamación arterial periférica en respuesta a la hostilidad, lo cual es un conocido factor de riesgo de aterosclerosis e infarto de miocardio (Ridker et al., 2000). Vista aquí la hostilidad como “un proceso rumiativo de ira crónica” (Gardner y Moore, 2008).

Así mismo, el componente conductual de la ira, o sea, la violencia, resulta en costos significativos a nivel personal y social, en lo referente a salud pública, sistema judicial y penitenciario. Dado que, por citar algunos casos, los individuos con tendencia al enojo son dos veces más probables a ser arrestados (Tafrate et al, 2002); en un gran porcentaje de los accidentes vehiculares los conductores presentaban niveles altos de agresividad (Deffenbacher et al., 2000); la ira es un mediador de violencia doméstica y abuso de sustancias (Barbour et al., 1998); en Colombia la crianza siempre ha estado marcada por la violencia (SIVIGILA, 2020).

Finalmente, es importante señalar que dentro del DSM no existe ninguno diagnóstico relacionado con la ira para población adulta, pero sí hay una adición, denominada Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, para menores de 18 años, en el DSM-V (2014). Según Gardner y Moore (2014), esta categoría diagnóstica conceptualiza de manera integral la ira clínica.

Modelo de Evitación de la Ira (AAM)

Este modelo de comprensión de la ira clínica, también denominado AAM, por su sigla en inglés, es propuesto por Gardner y Moore (2014), a partir del énfasis que se le ha dado al desarrollo de una comprensión más integral de los procesos transdiagnósticos presentes en los trastornos mentales, en lugar de centrarse en los aspectos topográficos (signos y síntomas).

Particularmente, entre los referentes teóricos destacan: El NAS o *Negative afffect síndrome* (Barlow et al., 2004), Modelo tripartito de ansiedad y depresión (Clark y Watson, 1991) y el Modelo de la triple vulnerabilidad (Barlow et al., 2011). De por sí, acorde a este último, el AAM sugiere tres distintas diátesis o vías causales, cuya interacción sinérgica deriva en la presencia de los trastornos emocionales. Estas son: diátesis biológica, psicológica general y psicológica especifica.

La primera diátesis da cuenta de la contribución biológica y genética al sistema motivacional, que orienta a un individuo a responder al castigo y la recompensa, según la naturaleza de su contexto, así como a la necesidad de una acción inmediata. Dicho sistema puede volverse una vulnerabilidad biológica que pone al susodicho en riesgo de ser altamente sensible a la presencia de una amenaza, ya sea interna/somática (que a menudo resulta en condiciones clínicas basadas en ansiedad) o externa/interpersonal (que a menudo resulta en condiciones clínicas basadas en la ira) (Moore y Gardner, 2007).

Por su parte, la diátesis psicológica general, refleja el impacto que las experiencias de vida especificas tienen en un individuo. En el caso de las personas con ira, las que prevalecen son aquellas vivencias tempranas aversivas en las que, en su momento, ante una amenaza severa la posibilidad de retirada fue bloqueada o percibida como no disponible, promoviendo el escape

defensivo, en forma de agresión. En efecto, como los estudios han confirmado las historias caracterizadas por negligencia y abuso tanto físico como emocional predicen niveles altos de ira.

Adicionalmente, un estudio reciente evaluó el impacto de varios estilos de apego, que sin duda pueden entenderse como una consecuencia directa de las primeras experiencias aversivas mencionadas anteriormente, en el nivel de ira experimentada. Este estudio sugirió que el apego ansioso adulto, teorizado como un resultado directo de la experiencia de maltrato temprano, es directamente predictivo de altos niveles de rasgo de ira en una muestra no clínica (Pess et al., 2012), y también está relacionado tanto con la falta de control de la esta emoción como con los esfuerzos excesivos para reprimir la misma. Se ha demostrado que el apego evitativo está relacionado con altos niveles de atribuciones hostiles, falta de conciencia de las señales fisiológicas de la ira y comportamiento de escape (Mikulincer, 1998).

Añádase a la segunda diátesis, la anticipación hostil, la cual surge en respuesta a los entornos sociofamiliares tempranos altamente negativos que son frecuentes para los individuos con ira clínica, se desarrolla una tendencia funcional basada en la supervivencia en la que el sujeto escanea el entorno externo e interno en busca de signos tempranos de posible daño/vulnerabilidad personal (física o psicológica). Esto a menudo, toma la forma de interpretaciones excesivas de desaires personales, afrentas físicas y una amplia gama de amenazas percibidas y /o comportamientos que indican “falta de respeto” de parte del otro (Gardner y Moore, 2014).

Finalmente, la diátesis psicológica específica refiere a la integración del temperamento biológico y la historia temprana de aprendizaje social. Concretamente, el AMM sugiere que esta diátesis, la más vinculada a las manifestaciones de ira clínica, es una desregulación emocional. En otras palabras, es la incapacidad para ser consciente de la ira, tolerarla y modularla cuando

sea necesario y apropiado. Si la emoción no se tolera, se procesa deficientemente y/o no se modula adecuadamente según sea necesario, se responde como una señal aversiva que desencadena la evitación o el escape de la emoción (Gardner y Moore, 2014). Este proceso se ha descrito a menudo con el término evitación experiencial (Hayes et al., 2014) que es la falta de disposición para permanecer en contacto con experiencias internas incómodas (cogniciones, sensaciones físicas, sentimientos subjetivos).

Desde de esta perspectiva, el comportamiento agresivo/violento es visto como una estrategia de evitación o escape, que funciona para atenuar la experiencia completa de la ira, junto con la sensación de falta de control o vulnerabilidad que pudo haber sido el desencadenante inicial. E igualmente, la rumiación hostil funciona como una forma de evitación experiencial a través del pensamiento repetitivo y recurrente sobre violaciones históricas percibidas y/o posibles violaciones futuras, con poco o ningún enfoque en los sentimientos de enojo en sí mismos (Gardner y Moore, 2014).

En conclusión, el AAM sugiere que, en las personas con ira clínica, se puede reconocer una historia de aversión temprana y crónica de las vivencias internas, fundamentada en una triple vulnerabilidad (biológica y psicológica) que conduce a sesgos en el procesamiento de la información y déficits en la regulación de las emociones, lo que a su vez da como resultado esfuerzos intentos para evitar la experiencia de la ira. Esta evitación toma la forma tanto de la rumiación hostil (evitación cognitiva) como del comportamiento agresivo y violento (evitación conductual).

Terapia Contextual para la regulación de la ira (CART)

Gardner y Moore (2014) desarrollaron el protocolo clínico Contextual Anger Regulation Therapy (o CART por sus siglas), con la noción de que el tratamiento de la ira clínica debe

intervenir directamente aquellos mecanismos psicológicos, de desregulación emocional, que el modelo teórico y la investigación de la AAM han identificado como fundamentales para el desarrollo y mantenimiento de esta condición. Por tanto, CART se define como una terapia conductual basada en la atención plena y la aceptación, que incluye también estrategias de tratamiento para la eficacia interpersonal y la regulación de emociones. Según los autores, "CART refleja el primer modelo de tratamiento psicológico que utiliza un marco de regulación emocional, específicamente para el tratamiento de la ira clínica" (p. 72).

En otros términos, CART se centra en promover la flexibilidad psicológica, modelo transdiagnóstico unificado del funcionamiento humano y de adaptabilidad planteado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes et al., 2014), y constituido por los siguientes procesos:

Aceptación. Implica el proceso voluntario de adoptar una postura abierta, receptiva, flexible y sin juicios que permita o mantenga el contacto con las propias vivencias emocionales que tienen lugar momento-a-momento o con los acontecimientos que puedan originarlas. Lo cual, es contrario, a la **evitación experiencial**, entendida como un indicador de inflexibilidad que refleja el deseo de suprimir, controlar o eliminar aquellas experiencias internas que se supone pueden resultar angustiosas (Hayes et al., 2014).

Defusión Cognitiva. Proceso mediante el cual el individuo desarrolla la capacidad de tomar distancia de su propio proceso de su pensamiento, aprendiendo así percibir los pensamientos simplemente como lo que su mente le está diciendo en ese momento en particular, y no como una verdad/realidad absoluta a la que debe responder. De tal manera, se reduce el comportamiento problemático regido por reglas. Por lo contrario, la **fusión cognitiva** se define como el proceso por el cual un individuo responde a sus cogniciones como si fueran

verdades/realidades absolutas que requieren una gama inmediata (y generalmente rígida y estrecha) de respuestas conductuales (Gardner y Moore, 2014).

Los **valores personales.** Son cualidades deseadas, relativas tanto a la acción física como a la psicológica. En otras palabras, describen como el individuo desea comportarse de manera continua, teniendo en cuenta aquello que le es importante, el tipo de persona que desea ser y la vida que le gustaría tener (Harris, 2019). Cuando no hay contacto con lo importante de la propia vida, se presenta inactividad, impulsividad o evitación persistente (Wilson y Luciano, 2014).

Atención plena (o mindfulness). Definida por Gardner y Moore (2014) como un conjunto de habilidades psicológicas, cuyo propósito es aumentar la consciencia de lo que sucede en el instante presente (también llamado "el aquí y ahora") con un propósito y sin hacer juicios. En otras palabras, representa la capacidad de fijar, cambiar, ampliar o estrechar intencionalmente el foco atencional de manera flexible, según lo requiera la situación y el contexto. Adicionalmente, CART también fomenta procesos interpersonales de bienestar, englobados en:

Eficacia interpersonal. Capacidad para definir prioridades en las relaciones sociales, desarrollar un comportamiento influyente con los demás, comunicarse de manera asertiva, manejar conflictos interpersonales y poner en práctica la resolución de problemas en la interacción con otros (Linehan, 2015).

Con todo ello, los objetivos centrales, establecidos por Gardner y Moore (2014), para este tratamiento son:

1. Desarrollar una mayor capacidad para aceptar/tolerar y entender la ira como una experiencia emocional normal y necesaria.
2. Desarrollar una mayor capacidad para reflexionar y utilizar eficazmente la información proporcionada por las emociones (la ira en particular), así como modular

la ira cuando sea necesario, para resolver problemas y gestionar conflictos interpersonales.

3. Desarrollar una mayor flexibilidad en las respuestas conductuales disponibles (incluidas habilidades mejoradas) para situaciones que provocan ira que están de acuerdo con los valores personales, lo que culmina en una mayor eficacia interpersonal y calidad de vida.

En síntesis, CART se enfoca en ayudar a los individuos a desarrollar una relación diferente con cogniciones relacionadas con la ira y la experiencia subjetiva y fisiológica de la ira en sí. A diferencia, de las terapias tradicionales que hacían hincapié en la reestructuración cognitiva y los ejercicios de relajación como un medio para reducir la ira y, con suerte, el comportamiento agresivo/violento (Gardner y Moore, 2008).

Antecedentes

Los autores de CART citan tres estudios en los que se investigó la eficacia del tratamiento, en formato presencial, con distintos grupos poblacionales estadounidenses que presentaban un alto de ira y agresividad:

El primero de ellos se realizó con una muestra de 193 participantes que fueron remitidos por el juzgado, debido a una variedad de delitos de violencia no-doméstica (como agresión simple y agravada). Aunque, el porcentaje de deserción fue del 75%, debido a las expectativas infundadas por el contexto mismo de la remisión (“esperaban una o dos horas de clases para controlar la ira”), los resultados sugieren que los 48 asistentes que completaron la terapia obtuvieron grandes beneficios, pues hubo reducción significativa en todas las variables medidas, a saber: reacciones agresivas al rechazo social percibido o amenazas a la autoestima ($p < .05$, $d =$

.41), rumiación de la ira ($p < .05$, $d = .47$), resentimiento ($p < .05$, $d = .32$), agresión física ($p < .01$, $d = .89$) (Gardner y Moore, 2010, como se citó en Gardner y Moore, 2014).

El segundo estudio se llevó a cabo con 45 adultos, obligados a recibir tratamiento por violencia doméstica (hacía sus parejas), de los cuales 32 (71%), concluyeron CART. Con respecto a la variable de resultado más relevante, o sea el comportamiento violento manifiesto, un participante (3%) de los que completaron el tratamiento reincidió, luego de cinco meses de la última sesión. En contraste, de los que no completaron CART, cinco participantes (38%) reincidieron. Así mismo, los primeros también mostraron una reducción significativa de las situaciones desencadenantes de ira, junto con mejoras en la flexibilidad psicológica, regulación emocional y eficacia interpersonal (Gardner, Moore, y Dettore, 2013, como se citó en Gardner y Moore, 2014).

Por último, se aplicó una adaptación de CART, en un colegio urbano de bajo estrato socioeconómico, a un grupo de 12 estudiantes de quinto grado (de 10 a 12 años) que manifestaban niveles crónicos de agresión física y verbal con frecuentes suspensiones escolares. Al finalizar el tratamiento, los menores presentaron aumentos significativos en la concentración, un buen desempeño académico y habilidades cognitivas de orden superior. Además de niveles reducidos de conductas agresivas e impulsivas, según lo medido por los autoinformes de los maestros (Dettore, Lee, y Gardner, 2012, como se citó en Gardner y Moore, 2014).

Junto con ello, cabe mencionar ciertas investigaciones, en distintos países, en las que también se fomentó la flexibilidad psicológica, a través de la Terapia de Aceptación y Compromiso (también llamada ACT, por su sigla en inglés), como tratamiento para la ira clínica en diversos grupos etarios:

Chang y Hwang (2017), desarrollaron un programa de intervención basado en ACT para un grupo de 9 niños, de entre 9 y 10 años, que practicaban taekwondo, pertenecientes a una escuela primaria de Seúl, Corea del Sur. Fue una intervención breve de ocho sesiones orientada a reducir los niveles de ira e irritabilidad. Los resultados mostraron que el programa cambió la diversa inflexibilidad psicológica de los participantes a un estado flexible y orientado a los valores, que fue respaldado por sus cambios de humor positivos después de cada sesión. En particular, adoptaron una actitud positiva (junto con pensamientos y sentimientos) hacía el taekwondo.

O'Driscoll, Percy y McAleese (2020), realizaron un estudio de caso con un niño de 11 años que asistía a una escuela convencional en Irlanda del Norte. Fue remitido a terapia por comportamientos problemáticos relacionados con sentimientos abrumadores de ira y había sido suspendido de la escuela en tres ocasiones por respuestas agresivas hacia el personal y sus compañeros. Se le aplicó una intervención breve basada en ACT, de cinco sesiones semanales, de aproximadamente una hora. A lo largo del tratamiento, hubo una marcada mejora en los niveles de flexibilidad psicológica y en su nivel de ira. Después de la intervención disminuyó del rango “moderadamente elevado” al rango “promedio”.

Masoumian et al. (2021), llevaron a cabo un estudio para comparar la eficacia de ACT frente a la Terapia Cognitiva Conductual (CBT), ambas en formato breve de 7 sesiones. Escogieron varias universidades publicas de la provincia de Teherán (en Irán), luego seleccionaron al azar 400 estudiantes hombres, a los que se les administró el Cuestionario de Agresión. De los que obtuvieron puntajes superiores al promedio, se seleccionaron al azar 30, n = 15 para ACT y n = 15 para CBT (edad media = 24.63 años). Los resultados indicaron que al final del tratamiento, hubo una disminución significativa en el grado de ira entre los participantes

y una mejora significativa en todas las subescalas de las relaciones interpersonales. Además, se encontró una diferencia significativa entre los 2 grupos de ACT y CBT en términos de reducción de la ira. Los cambios de ira en el grupo ACT fueron mayores, pero no hubo diferencias significativas entre ambos grupos.

Donahue, Santanello, Marsiglio y Male (2017), evaluaron la eficacia de una intervención grupal ACT para un grupo de 23 veteranos militares estadounidenses (edad media = 54,83) que reportaron dificultades con la ira y el comportamiento agresivo. El tratamiento tuvo 12 sesiones semanales, con evaluaciones administradas previas al tratamiento, posteriores al mismo y a las 6 semanas de seguimiento. Los resultados indicaron reducción de la agresión física y un amento en la flexibilidad psicológica. Sin embargo, no se encontraron cambios significativos en la reactividad a la ira, la calidad de vida y la agresión verbal.

Para finalizar, Harvey et al. (2021), desarrollaron un diseño exploratorio de medidas repetidas, en el que evaluaron una intervención basada ACT de cinco sesiones, con personal militar de las Fuerzas de Defensa de Nueva Zelanda. La población fueron soldados de entre 20 y 29 años, referidos principalmente por sus unidades y personal médico por problemas relacionados con la ira, el consumo de alcohol y el estrés. La muestra (n=292), estuvo conformada por 24 grupos de 5 a 15 participantes cada uno. Luego de uno y tres meses después del tratamiento, los participantes mostraron reducciones significativas en sus niveles de consumo de alcohol, ira y agresión, estrés percibido, ansiedad y percepciones de que los demás son responsables de sus circunstancias. Además, los hallazgos sugirieron que los participantes desarrollaron una mayor conciencia y manejo de sus emociones como resultado de esta intervención.

Adaptación de Gallego-Villa

Entrando en materia, el estudio de eficacia que se desarrolla aquí, pretende ejecutar el protocolo de Gallego-Villa (2022). El cual es una adaptación de CART para ser aplicada en formato breve, grupal y online, pero que él denominó "Terapia de aceptación y compromiso para la regulación de la ira", por su similitud teórico-practica, al ser ambas terapias contextuales y tomar la inflexibilidad psicológica, o concretamente la evasión de la ira, como fundamento de la ira clínica (Eifert, McKay y Forsyth, 2006).

Dicho protocolo fue validado por Gallego-Villa en el 2021 con población colombiana de adultos jóvenes (de entre 18 a 30 años) y su eficacia fue evaluada por el mismo autor en el 2022. Dentro de las estrategias y técnicas que se utilizan se hallan: psicoeducación, identificación de valores personales, automonitoreo, ejercicios de mindfulness, estrategias para desengancharse de los pensamientos y las emociones, activación comportamental y compromiso, solución de problemas interpersonales, y acompañamiento en el desarrollo de actividades extra sesión.

Este protocolo consta de seis sesiones, una por semana, con una duración de aproximadamente dos horas y una sesión de seguimiento un mes después de la sesión número seis. A continuación, se exponen los ejes temáticos y operativos que guían cada una de las sesiones:

- Sesión 1: Psicoeducación sobre el Modelo de Evitación de la Ira (AAM), identificación de valores y acciones comprometidas.
- Sesión 2: Desarrollo de habilidades mindfulness para el manejo de la emoción.
- Sesión 3: Defusión cognitiva.
- Sesión 4: Aceptación y regulación de la ira.
- Sesión 5: Desarrollando la efectividad interpersonal (valores interpersonales).

- Sesión 6: Manejo de conflictos, prevención de recaídas y cierre de la intervención.
- Sesión de seguimiento.

Marco Metodológico

Objetivo General

Evaluar la eficacia de una intervención grupal en formato on-line basada en la Terapia contextual para la regulación de la ira en adultos jóvenes.

Objetivos específicos

1. Desarrollar una intervención grupal en formato on-line basada en la terapia contextual para la regulación de la ira en adultos jóvenes.
2. Medir indicadores de inflexibilidad psicológica vinculados a la regulación problemática de la ira.
3. Determinar la eficacia de una intervención grupal en formato on-line basada en la terapia contextual para la regulación de la ira en adultos jóvenes.

Variables

Variable Independiente

Relativa a la intervención grupal en formato on-line basada en la terapia contextual para la regulación de la ira.

Variables Dependientes

Relativas a los indicadores de inflexibilidad psicológica que se identifican en los casos de regulación problemática de la ira:

1. Grado de discapacidad de la ira y la violencia. Entendido como el grado de impacto negativo que la ira y el comportamiento violento están teniendo en la

propia vida (Gardner y Moore, 2014). Medido por la Anger and Violence Impairment Scale (Gardner y Moore, 2014).

2. Grado de evitación experiencial. Entendido como el grado de esfuerzo por suprimir, controlar o eliminar aquellas experiencias internas que se supone pueden resultar angustiosas, en particular aquellas relacionadas con la ira (Hayes et al., 2014). Medido por el Cuestionario de Aceptación Acción II (Bond et al., 2011.
3. Grado de fusión cognitiva. Grado de control estimular que tienen los acontecimientos verbales, sobre las respuestas conductuales, con exclusión de otras variables contextuales (Eifert et al., 2006). Medido por el Cuestionario de Fusión Cognitiva (Gillanders et al., 2014).
4. Nivel de progreso respecto a valores personales. Representa la frecuencia de ejecución de conductas basadas en valores, así como el grado de claridad para identificar aquello (áreas, contextos, objetivos) que es importante a nivel vital (Harris, 2019). Medido por el Cuestionario de Valores (Smout et al., 2014).
5. Nivel de obstrucción respecto a valores personales. Representa el grado de dificultad para vivir de acuerdo con los valores, reflejado en la frecuencia de repertorios conductuales de inacción e impulsividad (Wilson y Luciano, 2014). Medido por el Cuestionario de Valores (Smout et al., 2014).
6. Grado de atención plena. Representa el grado capacidad para fijar, cambiar, ampliar o estrechar intencionalmente el foco atencional de manera flexible, según lo requiera la situación y el contexto (Gardner y Moore, 2014). Medido por Mindful Attention Awareness Scale (Brown y Ryan, 2003),

Diseño

Teniendo en cuenta que esta investigación pretende ser un estudio de eficacia clínica, se entiende que su alcance sea correlacional. Pues, se espera conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más variables en una muestra particular (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Para lo cual, se tienen en cuenta las siguientes características de diseño:

- Cuasiexperimental, ya que la muestra no es seleccionada de forma aleatoria sino según los criterios de inclusión del estudio, a través de una entrevista de admisión previa para evaluar la presencia de los mismos.
- Intrasujeto o medidas repetidas, cada uno de los sujetos de la muestra recibe la totalidad del tratamiento y es evaluado, a través de las medidas formales, en cuatro momentos, a saber: (1) pre, previo al inicio de la intervención; (2) intermedio, al final de la tercera sesión; (3) post, al final de la sexta sesión de intervención; (4) seguimiento, al final de la sesión de seguimiento.

Hipótesis

1. Con respecto a la variable “grado de discapacidad de la ira y la violencia”, se hipotetiza que: las puntuaciones obtenidas en los momentos posteriores al “pre” serán menores que aquellas que obtuvieron entonces. Indicando una disminución del nivel de inflexibilidad psicológica.
2. Con respecto a la variable “grado de evitación experiencial”, se hipotetiza que: las puntuaciones obtenidas en los momentos posteriores al “pre” serán menores que aquellas que obtuvieron entonces. Indicando una disminución del nivel de inflexibilidad psicológica.

3. Con respecto a la variable “grado de fusión cognitiva”, se hipotetiza que: las puntuaciones obtenidas en los momentos posteriores al “pre” serán menores que aquellas que obtuvieron entonces. Indicando una disminución del nivel de inflexibilidad psicológica.
4. Con respecto a la variable “nivel de progreso respecto a valores personales”, se hipotetiza que: las puntuaciones obtenidas en los momentos posteriores al “pre” serán mayores que aquellas que obtuvieron entonces. Indicando una disminución del nivel de inflexibilidad psicológica.
5. Con respecto a la variable “nivel de obstrucción respecto a valores personales”, se hipotetiza que: las puntuaciones obtenidas en los momentos posteriores al “pre” serán menores que aquellas que obtuvieron entonces. Indicando una disminución del nivel de inflexibilidad psicológica.
6. Con respecto a la variable “grado de atención plena”, se hipotetiza que: las puntuaciones obtenidas en los momentos posteriores al “pre” serán mayores que aquellas que obtuvieron entonces. Indicando una disminución del nivel de inflexibilidad psicológica.

Instrumentos

En cada uno de los cuatro momentos de medición, se le aplica a cada uno de los sujetos de la muestra, las siguientes cinco medidas formales, en forma de autoinforme. Cada una orientada a dar cuenta de un indicador de inflexibilidad psicológica presente en la regulación problemática de la ira:

- **Anger and Violence Impairment Scale**, también conocida como AVIS (Gardner y Moore, 2014), es una escala breve, incluida dentro del protocolo original de CART, para evaluar el grado de impacto negativo que la ira y el comportamiento violento están

teniendo en la propia vida. Fue adaptada al español para efectos prácticos de este estudio (Anexo A). Se compone de 5 ítems con respuesta tipo Likert de 4 puntos, que van desde 0 = no se identifica en absoluto a 4 = se identifica completamente.

Se califica mediante la suma de las puntuaciones obtenidas en cada ítem. A mayor puntuación, mayor grado de ira y violencia.

- **Cuestionario de Aceptación Acción II** (Acceptance and Action Questionnaire II, AAQ-II; Bond et al., 2011), es una medida formal de la evitación experiencial e inflexibilidad psicológica (Hayes et al., 2014). Se compone de 7 ítems con respuesta tipo Likert de 7 puntos, que van desde 1 = nunca es verdad, hasta 7 = siempre es verdad. Fue validado en Colombia por Ruíz, Suárez-Falcón, Cárdenas-Sierra et al. (2016). Obtuvo una adecuada consistencia interna ($\alpha = .887$), así como una adecuada validez convergente, discriminante y concurrente (Hayes et al., 2004).

  Se califica mediante la suma de las puntuaciones obtenidas en cada ítem. A mayor puntuación, mayor grado de evitación experiencial. Las puntuaciones promedio de los participantes sin dificultades clínicas suelen estar en torno a 18 y 23 puntos. Las puntuaciones promedio de los participantes clínicos son superiores a 29 puntos.

- **Cuestionario de Fusión Cognitiva**, mejor conocido como CFQ (Cognitive Fusion Questionnaire; Gillanders et al., 2014), es una escala para valorar la fusión cognitiva e inflexibilidad psicológica. Su estructura es igual a la de AAQ-II. Fue validado en Colombia por Ruíz et al. (2017). Obtuvo una adecuada consistencia interna ($\alpha = .87$).

  Se califica mediante la suma de las puntuaciones obtenidas en cada ítem. A mayor puntuación, mayor grado de fusión cognitiva. Las puntuaciones promedio de los

participantes sin dificultades clínicas suelen estar en torno a 20 y 24 puntos. Las puntuaciones promedio de los participantes clínicos son superiores a 29 puntos.

- **Cuestionario de valores** (Valuing Questionnarie, VQ; Smout et al., 2014), es una medida de valores personales, que consta de 10 ítems distribuidos en dos factores: Progreso y Obstrucción. Progreso representa la puesta en marcha de conductas basadas en valores, así como la claridad de identificar aquello (áreas, contextos, objetivos) que es importante a nivel vital. Obstrucción refleja la dificultad de vivir de acuerdo con los valores. Fue validado en Colombia por Ruíz et al. (en revisión). Obtuvo una adecuada consistencia interna ($\alpha = .83$).

  Se califica mediante la suma de las puntuaciones obtenidas en cada ítem. A mayor puntuación en la subescala de Obstrucción, mayor dificultad para actuar de acuerdo a valores. Por el contrario, a mayor puntuación en la subescala de Progreso, mayor contacto con valores al actuar. Las puntuaciones promedio de los participantes no clínicos suelen estar en torno a 18 y 20 puntos en Progreso y 10 a 12 puntos en Obstrucción. Mientras que, las puntuaciones promedio de los participantes clínicos suelen estar en torno a 16 y 18 puntos en Progreso y entre 15 y 17 en Obstrucción.

- **Mindful Attention Awareness Scale** (MAAS) (Brown y Ryan, 2003), es una escala diseñada para evaluar la atención plena. Se compone de 15 ítems con respuesta tipo Likert de 7 puntos, que van desde 1 = casi siempre, hasta 6 = casi nunca. Fue adaptada al español por Ruíz, Suárez-Falcón y Riaño-Hernández (2016). Obtuvo una adecuada consistencia interna ($\alpha = .89$).

  Se califica mediante la suma de las puntuaciones obtenidas en cada ítem. A mayor puntuación, mayor habilidad para atención de manera plena y consciente. Las

puntuaciones promedio de los participantes no clínicos suelen situarse en torno a los 65 puntos.

Adicionalmente, en la etapa de selección de la muestra, se usa un formato de entrevista estructurada creado para el estudio. Con el cual, se evalúa el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión en los interesados a participar, a la par que también se caracteriza a quienes finalmente participan.

- **Entrevista de admisión.** Formato de entrevista de admisión diseñado por Gallego-Villa (2021) (Anexo B). Dirigido a: (1) clarificar los componentes centrales de la problemática de regulación de la ira en los interesados; (2) evaluar el nivel de afectación de la problemática en los interesados; (3) establecer si los entrevistado cumplen los criterios para ingresar al tratamiento. (4) retroalimentar a los interesados con la reformulación de su problemática (análisis funcional) e introducción a la propuesta de intervención con CART. (5) Leer y diligenciar el consentimiento informado (Anexo C).

Población

Adultos jóvenes colombianos de entre 18 y 30 años con dificultades en regulación y expresión de la ira en contextos interpersonales, de ambos géneros.

Criterios de exclusión

No pueden participar en el estudio aquellos interesados que hayan presentado, en el último mes, las siguientes condiciones psico-afectivas:

- Adicción a sustancias psicoactivas (SPA). Entendido por la OPS (2023) como un trastorno crónico y recurrente, generado por el uso repetido y prolongado en el tiempo de SPA. Se caracteriza por “necesidad intensa de la sustancia y pérdida de la capacidad de

controlar su consumo, a pesar de consecuencias adversas en el estado de salud o en el funcionamiento interpersonal, familiar, académico, laboral o legal".

- Síntomas psicóticos. Según el National Institute of Mental Health (NIMH, s.f.), son alteraciones de los pensamientos y las percepciones, que generan dificultad para distinguir entre "lo que es y lo que no es real". "Incluyen delirios (creencias falsas) y alucinaciones (ver u oír cosas que otros no ven ni oyen). Otros síntomas incluyen hablar de forma incoherente o sin sentido y comportarse de forma inapropiada para la situación en la que se encuentra".
- Conductas suicidas. De acuerdo al Ministerio de Salud y Protección Social (2021), estas incluyen: "pensar en el suicidio (ideación suicida), planificar el suicidio, intentar el suicidio y cometer un suicidio propiamente dicho" (p.4).
- Crisis intensas de desregulación emocional. Episodios en los que hay una "falta de control sobre la propia conducta caracterizada por una hiperreactividad emocional (experimentar emociones intensas que surgen con facilidad y no ser capaz de controlarse cuando surgen) y dificultad para regresar a un estado de calma" (Bertomeu, 2019).
- Grandes dificultades para reconocer y respetar los derechos de las otras personas. Síntoma asociado con los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta. También hace parte de los criterios para el Trastorno de la personalidad antisocial (American Psychological Association [APA], 2014).
- Grandes dificultades para sentir empatía/compasión por los sentimientos de los demás. Síntoma asociado a diversos trastornos, tales como los mencionados antes y otros del clúster B de los trastornos de la personalidad (APA, 2014).

Muestra

La muestra estuvo conformada por doce participantes, todas mujeres. Las cuales fueron seleccionadas mediante muestreo no probabilístico. Concretamente por muestreo intencional o por conveniencia.

Procedimiento

Tanto el protocolo de CART que fue aplicado a la muestra, como el procedimiento para el desarrollo de este estudio, fueron aprobados por el Comité de Ética de Investigación de la Universidad Nacional de Colombia. El procedimiento se dividió en las siguientes etapas:

1. Convocatoria. Se realizó el reclutamiento de la muestra a través del envío de mensajes masivos vía email a la comunidad de la Universidad Nacional de Colombia, desde las cuentas de la Facultad de Ciencias Humanas y, a través de las redes sociales del Servicio de Atención Psicológica de la Universidad Nacional, especificando los criterios de inclusión.
2. Selección. Las personas que mostraron interés y que, supuestamente, cumplían con los criterios de inclusión (a saber, 30 personas), fueron valoradas en una entrevista estructurada en modalidad virtual, de 40 minutos de duración aproximada. Así pues, con quienes definidamente cumplieron con criterios de inclusión (12 mujeres), se procedió a la valoración inicial de las variables de interés de la investigación. Luego se les dio una explicación detallada del estudio y, posteriormente firmaron el consentimiento informado.
3. Intervención. Se forma el grupo a intervenir con las doce admitidas y se inicia el tratamiento. El cual estuvo conformado por seis sesiones principales y una de seguimiento: las sesiones principales tuvieron una duración aproximada de dos horas una

vez por semana; la sesión de seguimiento tuvo la misma duración y se realizó tres semanas después de la sexta sesión de intervención.

No obstante, solo once participantes asistieron a todas las sesiones, incluida la de seguimiento. La restante sólo asistió a las sesiones principales, "por dificultades con el horario". De tal manera que, únicamente once participantes cuentan con los cuatro momentos de medición (pre, intermedio, post, seguimiento) y la restante sólo con los tres primeros.

Descripción del tratamiento

Como se mencionó antes en el apartado "Marco referencial", el estudio de eficacia que se desarrolla aquí, pretende ejecutar el protocolo de Gallego-Villa (2022). El cual es una adaptación de CART (Gardner y Moore, 2014) para ser aplicada en formato breve, grupal y online. En el Anexo D, se encuentra una descripción detallada de la estructura de cada una de las sesiones, así como sus objetivos.

Cada sesión incluye actividades para desarrollar en el encuentro y actividades extra sesión. A partir de la segunda sesión, al iniciar cada encuentro, se realiza una revisión (que propicia el dialogo) sobre las practicas semanales de las actividades extra sesión.

Consideraciones éticas

Este estudio se desarrolló teniendo en cuenta los lineamientos de la Resolución 8430 de 1993 de Ministerio de Salud y Protección de la República de Colombia, en particular el título II, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en seres humanos. A partir de su clasificación de los estudios según el grado de riesgo, la presente es una "investigación con riesgo mínimo". Pues si bien, existe un riesgo al tratarse de la aplicación de un esquema terapéutico, la Terapia Contextual para la Regulación de la Ira es

una intervención clínica que se fundamenta en principios teórico-prácticos, que ya han sido validados empíricamente (Gardner y Moore, 2014; Gallego-Villa, 2021; 2022).

Así mismo, se mantuvo la Ley 1090 de 2006, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. De tal forma que, los principios universales del Artículo 2° sirvieron de guía. Al actuar con responsabilidad, manteniendo los altos estándares de competencia, al garantizar la confidencialidad de los datos de cada uno de los participantes y al velar por su bienestar, brindando la información suficiente sobre cada uno de los procedimientos del tratamiento y sobre su libertad de participación en el mismo.

Lo cual se puede evidenciar en el consentimiento informado (anexo C), elaborado para fines prácticos del estudio, que cada participante diligenció antes de iniciar el tratamiento y, que atiende tanto a lo estipulado en la Ley 1616 de 2013, especialmente el Artículo 6° numerales 13 y 14, como a lo señalado por el Colegio Colombiano de Psicólogos en la Doctrina No. 3 (2018), sobre el consentimiento informado en el ejercicio de la psicología en Colombia. Este incluye información sobre la investigación, el tratamiento, sus implicaciones, el carácter voluntario de su participación y demás derechos de los participantes, con el fin de proteger y garantizar el bienestar de los mismos.

Por otra parte, se consideraron las pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, elaborada por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017). Así como, el Código de Conducta de los Psicólogos propuesto por la American Psychological Association (APA) (2017).

En cuanto, a los interesados, en participar en el estudio, que no fueron admitidos, se les explicó la razón de la decisión (según los criterios de inclusión) y se les facilitó el contacto con dos Servicios de Atención Psicológica, a saber: el Servicio de Atención Psicológica de la Universidad Nacional y al Servicio de Atención Psicológica de la Universidad Santo Tomás. Además, se les dio a conocer la línea 106 de la Secretaria Distrital de Salud, destinada a la atención psicosocial.

Análisis de los datos

Dada la naturaleza cuantitativa, discreta y de intervalo de las seis variables intervenidas, se empleó el software estadístico Jamovi versión 2.3.18, en español, para realizar el análisis de los datos. Específicamente, en un primer momento, se desarrolló un análisis descriptivo de las variables, teniendo en cuenta las medidas de tendencia central (media, mediana) y de dispersión (desviación estándar, máximo, mínimo). También se incluyó la prueba de normalidad Shapiro-Wilk para definir el estadístico a usar.

Así pues, se aplicó la prueba no paramétrica, T de Wilcoxon para muestras apareadas, con el fin de determinar las diferencias (intragrupo) entre las puntuaciones obtenidas en los cuatro diferentes momentos de medición, emparejados de la siguiente forma: pre e intermedio, intermedio y post, post y seguimiento, pre y seguimiento). Esto, teniendo en cuenta que: (1) son muestras relacionadas, (2) el muestreo fue no probabilístico (3) el tamaño de la muestra fue pequeño (<30) y (4) no todas las variables se ajustan al supuesto de normalidad (Anexo E) en cada uno de los momentos de medición.

Luego de haber evaluado el nivel significa estadística, se procedió a determinar la magnitud del efecto, para lo cual se utilizó el Coeficiente de correlación biserial por rangos. Esto permitió calcular la correlación entre la variable independiente (intervención CART), con cada

una las variables dependientes (indicadores de inflexibilidad psicológica), hallando así el nivel de relevancia clínica.

Resultados

A nivel general, al aplicar las pruebas no paramétricas de Wilcoxon, se halló, en todas las variables un nivel elevado, tanto de significancia estadística, como de relevancia clínica (véase las tablas). Lo cual, se hace evidente al comparar las medidas iniciales con las finales "pre y seguimiento", pues se observa una marcada reducción de los indicadores de inflexibilidad psicológica.

No obstante, los resultados se expondrán tomando cada variable de manera específica, debido al énfasis de este estudio, en evaluar minuciosamente el efecto de la variable independiente, momento a momento, durante el tratamiento.

Con respecto al grado de discapacidad de la ira medido por la Anger and Violence Impairment Scale (AVIS), se puede observar en la Tabla 1, una tendencia constante a la reducción, tanto de la media como de la mediana, según se desarrolla el tratamiento. Pues, esta última pasó de 10.5 puntos en el "pre" a 5 puntos en el seguimiento y la media de 9.75 a 5.36, respectivamente.

De igual forma, la dispersión de los datos fue disminuyendo progresivamente. Pues, en cuanto a desviación estándar, en el "pre" fue 4.18, mientras que en el "seguimiento" paso a 2.46. También el mínimo y el máximo se fueron acotando con la ejecución de las sesiones (1 y 16 en el pre, se delimitó a la mitad en el post, 1 y 8). Lo cual implica un menor grado de discapacidad de la ira en la cotidianidad de las participantes. En otros términos, el impacto negativo de la ira pasó de un promedio de 9.75 puntos, antes de comenzar el tratamiento, a 5.36 en la sesión de seguimiento.

Tabla 1

Comparación de estadísticos descriptivos de la AVIS

	pre	interm	post	seguim
N	12	12	12	11
Perdidos	0	0	0	1
Media	9.75	8.08	6.25	5.36
Mediana	10.5	8.50	5.50	5
Desviación estándar	4.18	2.87	3.17	2.46
Mínimo	1	2	2	1
Máximo	16	13	13	8

Por otra parte, de acuerdo a los "valores de p" que se obtuvieron al comparar los cuatro momentos de medición (Tabla 2), mediante la T de Wilcoxon, se observa que $p< 0.05$, en todos los apareamientos, excepto en el post y seguimiento. Es decir que, se puede rechazar la hipótesis nula, ya que existe una diferencia estadísticamente significativa al comparar el pre con las puntuaciones obtenidas en los momentos posteriores (por ejemplo, en "pre e intermedio" $p=0.037$, al igual que en "pre y seguimiento" $p=0.006$).

De igual forma, el coeficiente de Correlación biseriada de rangos (Tabla 2), indica que el tamaño del efecto es clínicamente relevante en todos los casos, menos entre el post y el seguimiento. Inicia, siendo mediano ($r=0.655$ en "pre e intermedio") y continúa magnificándose paulatinamente hasta la sesión de seguimiento, cuando ya ha alcanzado un gran tamaño=0.864.

Tabla 2

Prueba T de Wilcoxon y tamaño del efecto de la AVIS

			Estadístico	p		Tamaño del Efecto
pre	interm	W de Wilcoxon	45.5 [a]	0.037	Correlación biseriada de rangos	0.655
interm	post	W de Wilcoxon	46.0 [a]	0.032	Correlación biseriada de rangos	0.673
post	seguim	W de Wilcoxon	32.5 [a]	0.319	Correlación biseriada de rangos	0.182
pre		W de Wilcoxon	61.5	0.006	Correlación biseriada de rangos	0.864

Nota. $H_a\ \mu_{\text{Medida 1 - Medida 2}} > 0$
* respecto al tamaño del efecto, si r=0, no hay efecto; si r=0.2 es pequeño; si r=0.5, es mediano; si r=8, es grande (Roberts y Ilardi, 2003).

[a] 1 par(es) de valores estaban repetidos

En cuanto a la evitación experiencial, medida por el Cuestionario de Aceptación Acción II (AAQ-II), se puede observar en la Tabla 3, una tendencia constante a la reducción, tanto de la media como de la mediana, según se desarrolla el tratamiento. Pues, esta última se redujo a la mitad, pasó de 37 puntos en el "pre" a 18 puntos en el seguimiento. De igual forma, la dispersión de los datos fue disminuyendo progresivamente. Por lo menos, en lo que respecta a la desviación estándar, en el "pre" fue 12.8, mientras que en el "seguimiento" paso a 8.51. Sin embargo, con el mínimo y el máximo la tendencia no es tan clara.

En otros términos, el grado de evitación experiencial, antes de comenzar el tratamiento, estaba dentro del promedio clínico (M= 33.2 puntos), pero luego se redujo a M=22.7 en el post y

continuó progresando hasta la sesión de seguimiento con M=20.3, lo cual se halla dentro del promedio no-clínico.

Tabla 3

Comparación de estadísticos descriptivos del AAQ-II

	pre	interm	post	seguim
N	12	12	12	11
Perdidos	0	0	0	1
Media	33.2	27.0	22.7	20.3
Mediana	37.0	29.5	22.0	18
Desviación estándar	12.8	10.9	8.66	8.51
Mínimo	7	8	7	8
Máximo	47	46	37	41

Por otro lado, de acuerdo a los "valores de p" que se obtuvieron al comparar los cuatro momentos de medición (Tabla 2), mediante la T de Wilcoxon, se observa que $p< 0.05$, en todos los apareamientos. Es decir que, se puede rechazar la hipótesis nula, ya que existe una diferencia estadísticamente significativa al comparar el pre con las puntuaciones obtenidas en los momentos posteriores (por ejemplo, en "pre e intermedio" $p=0.003$, al igual que en "pre y seguimiento" $p=0.004$).

Así mismo, al aplicar coeficiente de Correlación biseriada de rangos (Tabla 4), se obtiene que el tamaño del efecto es clínicamente relevante en todos los casos. Inicia, siendo de gran magnitud ($r=0.955$ en "pre e intermedio") y, aunque disminuye leventemente entre el intermedio y el post ($r=0.727$), en la sesión de seguimiento, el efecto supera su magnitud inicial ($r=0.964$).

Tabla 4

Prueba T de Wilcoxon y tamaño del efecto del AAQ-II

			Estadístico	p		Tamaño del Efecto
pre	interm	W de Wilcoxon	64.5 [a]	0.003	Correlación biseriada de rangos	0.955
interm	post	W de Wilcoxon	57.0 [a]	0.018	Correlación biseriada de rangos	0.727
post	seguim	W de Wilcoxon	51.0	0.059	Correlación biseriada de rangos	0.545
pre		W de Wilcoxon	54.0 [a]	0.004	Correlación biseriada de rangos	0.964

Nota. $H_a\ \mu_{\text{Medida 1 - Medida 2}} > 0$

[a] 1 par(es) de valores estaban repetidos

En cuanto a la fusión cognitiva, medida por el CFQ, se puede observar en la Tabla 5, una tendencia constante a la reducción, tanto de la media como de la mediana, según se desarrolla el tratamiento. Pues, esta última se redujo considerablemente, pasó de 34 puntos en el "pre" a 19 puntos en el "seguimiento". De igual forma, la dispersión de los datos fue disminuyendo progresivamente. Por lo menos, en lo que respecta a la desviación estándar, en el "pre" fue 11.1, mientras que en el "seguimiento" paso a 8. Sin embargo, con el mínimo y el máximo la tendencia a la disminución es más difusa, ya que en la sesión de seguimiento se delimitaron (13 y 47 en el pre, mientras que en el post 7 y 38) pero en el seguimiento se volvió a ampliar (8 y 39).

En otros términos, el grado de fusión cognitiva, antes de comenzar el tratamiento, estaba dentro del promedio clínico (M= 34.6 puntos), pero en el intermedio pasó a M=28.2, en el post

M=23.8 y continuó progresando hasta la sesión de seguimiento con M=20.5, lo cual se halla dentro del promedio no-clínico.

Tabla 5

Comparación de estadísticos descriptivos del CFQ

	pre	interm	post	seguim
N	12	12	12	11
Perdidos	0	0	0	1
Media	34.6	28.2	23.8	20.5
Mediana	34.0	28.5	25.5	19
Desviación estándar	11.1	9.15	7.96	8.25
Mínimo	13	11	7	8
Máximo	47	46	38	39

Junto con ello, de acuerdo a los “valores de p” que se obtuvieron al comparar los cuatro momentos de medición (Tabla 6), mediante la T de Wilcoxon, se observa que $p< 0.05$, en todos los apareamientos. Es decir que, se puede rechazar la hipótesis nula, ya que existe una diferencia estadísticamente significativa al comparar el pre con las puntuaciones obtenidas en los momentos posteriores (por ejemplo, en “pre e intermedio” p=0.014, al igual que en “pre y seguimiento” p=0.002).

De igual forma, como se puede apreciar en la Tabla 6, el coeficiente de Correlación biseriada de rangos indica que el tamaño del efecto es clínicamente relevante en todos los casos. Inicia, siendo de gran magnitud (r=0.864 en “pre e intermedio”) y, aunque disminuye leventemente entre el intermedio y el post (r=0.727), en la sesión de seguimiento, el efecto supera a su magnitud inicial (r=1.000).

Tabla 6

Prueba T de Wilcoxon y tamaño del efecto del CFQ

			Estadístico	p		Tamaño del Efecto
pre	interm	W de Wilcoxon	61.5 [a]	0.006	Correlación biseriada de rangos	0.864
interm	post	W de Wilcoxon	67.5	0.014	Correlación biseriada de rangos	0.731
post	seguim	W de Wilcoxon	51.0 [a]	0.009	Correlación biseriada de rangos	0.855
pre	seguim	W de Wilcoxon	66.0	0.002	Correlación biseriada de rangos	1.000

Nota. H_a $\mu_{\text{Medida 1 - Medida 2}} > 0$

[a] 1 par(es) de valores estaban repetidos

En cuanto, al nivel de progreso relativo a valores personales, medido por el VQ subescala Progreso", se puede observar en la Tabla 7, una tendencia al aumento, tanto de la media como de la mediana, durante el desarrollo del tratamiento. La mediana pasó de 17 puntos en el "pre" a 22 puntos en el "seguimiento" (aunque en el post fueron "24 puntos"). Por otra parte, la dispersión de los datos fue disminuyendo progresivamente. Por lo menos, en lo que respecta a la desviación estándar, en el "pre" fue 7.09, mientras que en el "seguimiento" paso a 4,58. Sin embargo, con el mínimo y el máximo la tendencia es más difusa, ya que en cada sesión fluctuaban los límites (5 y 28 en el "pre", 14 y 27 en el "intermedio", 5 y 29 en el post).

Dicho de otra forma, el nivel de contacto con valores estaba dentro del promedio clínico, antes de comenzar el tratamiento (M= 17.1 puntos), pero para el intermedio aumentó

drásticamente (M=21.1) y partir de ahí siguió progresando de manera gradual, hasta el seguimiento (M=22.2), superando, incluso, el promedio no-clínico, dado el nivel superior de contacto con valores en el día a día.

Tabla 7

Comparación de estadísticos descriptivos del VQ-Progreso

	pre	**interm**	**post**	**seguim**
N	12	12	12	11
Perdidos	0	0	0	1
Media	17.1	21.1	22.1	22.2
Mediana	17.0	21.5	24.0	22
Desviación estándar	7.09	4.14	6.22	4.58
Mínimo	5	14	5	13
Máximo	28	27	29	29

Junto con ello, de acuerdo a los "valores de p" que se obtuvieron al comparar los cuatro momentos de medición (Tabla 6), mediante la T de Wilcoxon, se observa que $p< 0.05$, solo en dos de los apareamientos, a saber: "pre e intermedio" (0.011), "pre y seguimiento (0.009)". Aun así, es posible rechazar la hipótesis nula, ya que existe una diferencia estadísticamente significativa al comparar el pre con las puntuaciones obtenidas en los momentos posteriores, siendo la más relevante "pre y seguimiento".

De igual forma, al aplicar el coeficiente de Correlación biseriada de rangos (Tabla 8), se obtiene que el tamaño del efecto es clínicamente relevante en los mismos dos casos en los que hay significancia estadística: "pre e intermedio" con r=-0.7564, "pre y seguimiento" con r=-0.8182). Además, el valor de r es negativo en todos los casos, lo cual señala una correlación negativa. Ya que, a diferencia de las anteriores variables, el indicador (progreso) aumenta en lugar de disminuir, a medida que se desarrolla el tratamiento.

Tabla 8

Prueba T de Wilcoxon y tamaño del efecto del VQ-Progreso

			Estadístico	p		Tamaño del Efecto
pre	interm	W de Wilcoxon	9.50	0.011	Correlación biseriada de rangos	-0.7564
interm	post	W de Wilcoxon	33.50	0.347	Correlación biseriada de rangos	-0.1410
post	seguim	W de Wilcoxon	27.00 [a]	0.500	Correlación biseriada de rangos	-0.0182
pre	seguim	W de Wilcoxon	6.00	0.009	Correlación biseriada de rangos	-0.8182

Nota. $H_a\ \mu_{\text{Medida 1 - Medida 2}} < 0$

[a] 1 par(es) de valores estaban repetidos

En cuanto, al nivel de obstrucción frente a los valores personales, medido por el VQ subescala Obstrucción", se puede observar en la Tabla 9, una tendencia constante al decrecimiento tanto de la media como de la mediana, durante el desarrollo del tratamiento. La mediana, se redujo más de un 50%, pues pasó de 22 puntos en el "pre" a 8 puntos en el "seguimiento". Por otra parte, la dispersión de los datos fue disminuyendo progresivamente hasta el post. Ya que, en lo que respecta a la desviación estándar, en el "pre" fue 11.2, en el intermedio hubo un cambio drástico a 8.35 y en el post alcanzó 5.50, el valor más bajo. En el seguimiento superó al intermedio (con 9.15). De igual manera, el mínimo y el máximo alcanzaron sus valores más acotados en el post (4 y 23). En el seguimiento se ampliaron (1 y 34).

En otras palabras, el nivel de obstrucción con respecto a valores, superaba el promedio clínico, antes de comenzar el tratamiento (M= 20.8 puntos), pero para el intermedio disminuyó

drásticamente (M=14.2) y partir de ahí siguió reduciéndose de manera gradual, hasta el seguimiento (M=10.5), cuando quedo muy por debajo, incluso, del promedio no-clínico.

Tabla 9

Comparación de estadísticos descriptivos del VQ-Obstrucción

	pre	interm	post	seguim
N	12	12	12	11
Perdidos	0	0	0	1
Media	20.8	14.2	10.9	10.5
Mediana	22.0	12.0	11.5	8
Desviación estándar	11.2	8.35	5.50	9.15
Mínimo	6	4	4	1
Máximo	49	35	23	34

Adicionalmente, de acuerdo a los “valores de p” que se obtuvieron al comparar los cuatro momentos de medición, mediante la T de Wilcoxon (Tabla 10), se observa que $p< 0.05$, en todos los apareamientos, a excepción del “post y seguimiento” (0.562). Así pues, es posible rechazar la hipótesis nula, ya que existe una diferencia estadísticamente significativa al comparar el pre con las puntuaciones obtenidas en los momentos posteriores, siendo la más relevante “pre y seguimiento” (0.002).

De igual forma, al aplicar el coeficiente de Correlación biseriada de rangos (Tabla 10), se obtiene que el tamaño del efecto es clínicamente relevante en los mismos tres casos en los que hay significancia estadística: “pre e intermedio” con r=-1.0000, “intermedio y post” con r=-0.5909, “pre y seguimiento” con r=1.000). Además, el valor de r es positivo en todos los casos, lo cual señala una correlación positiva. Ya que el indicador (obstrucción) disminuye a medida que se desarrolla el tratamiento.

Tabla 10

Prueba T de Wilcoxon y tamaño del efecto del VQ-Obstrucción

			Estadístico	p		Tamaño del Efecto
pre	interm	W de Wilcoxon	55.0 [a]	0.003	Correlación biseriada de rangos	1.0000
interm	post	W de Wilcoxon	52.5 [b]	0.045	Correlación biseriada de rangos	0.5909
post	seguim	W de Wilcoxon	26.5 [b]	0.562	Correlación biseriada de rangos	-0.0364
pre	seguim	W de Wilcoxon	66.0	0.002	Correlación biseriada de rangos	1.0000

Nota. H_a $\mu_{\text{Medida 1 - Medida 2}} > 0$

[a] 2 par(es) de valores estaban repetidos

[b] 1 par(es) de valores estaban repetidos

Finalmente, en cuanto, al grado de atención plena, medido por la Mindful Attention Awareness Scale (MAAS), se puede observar en la Tabla 11, al igual que en el nivel de progreso, una tendencia constante al crecimiento tanto de la media como de la mediana, durante el desarrollo del tratamiento. La mediana inicialmente se hallaba en 36 puntos, pero, aunque en el "post" decreció (57.5 puntos), en el "seguimiento" aumentó de nuevo a 64 puntos. Por otra parte, la dispersión de los datos fue disminuyendo progresivamente hasta el post. Ya que, en lo que respecta a la desviación estándar, en el "pre" fue 21.8, en el intermedio hubo un cambio gradual a 19.3 y en el post alcanzó 14.2, el valor más bajo, pero en el seguimiento subió a 15.8. Sin embargo, con el mínimo y el máximo la tendencia es más difusa, ya que en cada sesión fluctuaban los límites.

De tal manera que, el grado de atención plena estaba dentro del promedio clínico, antes de comenzar el tratamiento (M= 47.9 puntos) y, si bien, fue aumentando gradualmente hasta el seguimiento cuando alcanzó su pico (M=64.3), le faltó media unidad para situarse dentro del promedio no-clínico.

Tabla 11

Comparación de estadísticos descriptivos de la MAAS

	pre	**interm**	**post**	**seguim**
N	12	12	12	11
Perdidos	0	0	0	1
Media	47.9	59.0	62.8	64.3
Mediana	36.0	62.0	57.5	64
Desviación estándar	21.8	19.3	14.2	15.8
Mínimo	25	34	45	40
Máximo	90	90	90	90

Además, de acuerdo a los "valores de p" que se obtuvieron al comparar los cuatro momentos de medición (Tabla 12), mediante la T de Wilcoxon, se observa que $p< 0.05$, solo en dos de los apareamientos, a saber: "pre e intermedio" (0.003), "pre y seguimiento (0.005)". Aun así, es posible rechazar la hipótesis nula, ya que existe una diferencia estadísticamente significativa al comparar el pre con las puntuaciones obtenidas en los momentos posteriores, siendo la más relevante "pre y seguimiento".

De igual forma que en el VQ Progreso, al aplicar el coeficiente de Correlación biseriada de rangos (Tabla 12), se obtiene que el tamaño del efecto es clínicamente relevante en los mismos dos casos en los que hay significancia estadística: "pre e intermedio" con r=-1.0000, "pre y seguimiento" con r=-1.0000. Además, el valor de r es negativo en todos los casos, lo cual

señala una correlación negativa. Ya que, a diferencia de las anteriores variables, el indicador (atención plena) aumenta en lugar de disminuir, a medida que se desarrolla el tratamiento.

Tabla 12

Prueba T de Wilcoxon y tamaño del efecto de la MAAS

			Estadístico	p		Tamaño del Efecto
pre	interm	W de Wilcoxon	0.0 [a]	0.003	Correlación biseriada de rangos	-1.0000
interm	post	W de Wilcoxon	17.5 [b]	0.091	Correlación biseriada de rangos	-0.4697
post	seguim	W de Wilcoxon	24.5 [a]	0.617	Correlación biseriada de rangos	0.0889
pre	seguim	W de Wilcoxon	0.0 [a]	0.005	Correlación biseriada de rangos	-1.0000

Nota. $H_a\ \mu_{\text{Medida 1 - Medida 2}} < 0$

[a] 2 par(es) de valores estaban repetidos

[b] 1 par(es) de valores estaban repetidos

En síntesis, y como se mencionaba al inicio, todas las variables dependientes obtuvieron un nivel alto, tanto de significancia estadística como de relevancia clínica, en dos apareamientos de los cuatro evaluados. A saber, “pre e intermedio” y “pre y seguimiento”. Es decir, las dos correlaciones entre el momento previo y un momento posterior. Por el contrario, el apareamiento con menor diferencia significativa fue “post y seguimiento”, ya que en cuatro de las seis variables $p>0.05$ y $r<0.2$, o sea, un tamaño del efecto muy pequeño. De lo cual, podría deducirse que el cambio clínico al inicio del tratamiento es mayor, que en el resto de la intervención.

Discusión

El objetivo general de este estudio era evaluar la eficacia de una intervención grupal en formato on-line basada en la Terapia Contextual para la relación de la ira en adultos jóvenes. Así pues, aunque se trató de una intervención breve, este protocolo logró reducir los indicadores de inflexibilidad psicológica (evitación experiencial, fusión cognitiva y obstrucción hacía valores), con la consecuente disminución del grado de incapacidad de la ira y la violencia. Además, aumentó los indicadores de flexibilidad psicológica, tales como el nivel de progreso respecto a valores personales y el grado de atención plena.

Estos resultados se ajustan a la información obtenida al revisar la literatura científica. Concretamente, hay coherencia con el estudio de eficacia que realizó Gallego-Villa (2022) de este mismo protocolo, con dos grupos (uno control y otro experimental) de adultos jóvenes colombianos. Sus "resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas en la variable condición", es decir, que pertenecer al grupo experimental se asoció con mayor reducción relativa a los indicadores de inflexibilidad psicológica.

Particularmente, respecto a los comportamientos agresivos y/o violentos que interferían en el adecuado desempeño en los diferentes contextos vitales, hubo una reducción considerable (según los resultados de la AVIS). Lo cual, va en consonancia con los estudios realizados por los autores de CART. Es decir, tanto con la investigación que fue realizada con acusados por delitos de violencia no-doméstica (Gardner y Moore, 2010, como se citó en Gardner y Moore, 2014), en la que al final del tratamiento hubo disminución de reacciones agresivas al rechazo social percibido y menor tasa de agresión física. Así, como con en el estudio realizado a adultos que violentaron a sus parejas (Gardner, Moore, y Dettore, 2013, como se citó en Gardner y Moore, 2014). Pues, quienes completaron el tratamiento mostraron en la sesión de seguimiento (cinco

meses luego de la última sesión) una reducción de la frecuencia de la ira y un menor porcentaje de reincidencia en comparación a quienes desertaron.

Lo cual, de acuerdo a Eifert et al. (2006) se puede atribuir a una mayor flexibilidad en las respuestas conductuales disponibles y a un repertorio más amplio de habilidades para hacer frente, a situaciones que provocan ira, de acuerdo con los valores personales. Repertorio que fue enriquecido por el tratamiento, al potencializar las habilidades de afrontamiento que ya existían (p. ej. comunicación asertiva, ejercicios de respiración) y al enseñar unas nuevas (v. gr. técnicas de defusión, contacto con el instante presente).

Al igual ocurrió, en la intervención realizada por Dettore, Lee, Gardner (2012, como se citó en Gardner y Moore). Los estudiantes de 10 a 12 años, exhibieron una baja en los patrones crónicos de violencia física y verbal que habían mostrado en su vida escolar. Además, comenzaron a presentar un buen desempeño académico, aumentos en la concentración y desarrollo de habilidades cognitivas superiores.

Pero, sobre todo, dichos cambios se fundamentan, según el Modelo de Evitación de Ira (AAM), en que se ha dado una modificación a la diátesis psicológica específica (Gardner y Moore, 2014; Hayes, et al., 2014). En otras palabras, las participantes han desarrollado una mayor capacidad para aceptar/tolerar y entender la ira como una experiencia emocional y necesaria. Con lo cual, la emoción ya no se procesa deficientemente, sino que se modula adecuadamente según es necesario (según el contexto y la situación). Se ha reducido la respuesta de evitación y escape ante esta emoción, como si de una señal aversiva se tratase.

Con ello, es relevante mencionar que los resultados obtenidos aquí también son coherentes con los conseguidos por los estudios basados en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), que como se señaló antes, es homóloga a CART (Eifert et al, 2006) al ser

empleada como tratamiento para la regulación de la ira. Así, tanto en las intervenciones con niños en contextos escolares (O'Driscoll et al., 2020; Chang y Hwang, 2017), como con adultos jóvenes universitarios (Masoumian et al, 2021) hubo reducción significativa en sus niveles de irritabilidad, hostilidad y agresión. Junto con un estado de flexibilidad psicológica, orientado a valores.

De igual forma, Donahue et al. (2017) y Harvey et al. (2021) intervinieron con ACT a un grupo de veteranos militares que, inicialmente, reportaron dificultades con la ira y el comportamiento agresivo. Los del primer estudio fueron evaluados al final y a las seis semanas posteriores, los del segundo al final y a los tres meses. En ambos, los militares exhibieron mejoras en cuanto a la agresión física y la flexibilidad psicológica que se mantuvieron luego del tratamiento. Similar ocurrió en el presente estudio, pues los cambios obtenidos, al finalizar CART online, se mantuvieron e incluso llegaron a progresar de manera similar a cuando seguían en la terapia (según el apareamiento "post y seguimiento" del 66,6% de las variables). Incluso, según sus narrativas, mejoraron la calidad de sus relaciones interpersonales.

Un factor explicativo adicional de estos hechos, puede concederse al proceso de defusión cognitiva (Wilson y Luciano, 2014), mediante el cual, las participantes adoptaron la capacidad de tomar distancia de su propio proceso de su pensamiento, pudiendo reflexionar y utilizar eficazmente la información proporcionada por la ira para resolver problemas y gestionar conflictos interpersonales con eficacia (Linehan, 2015).

Sin embargo, hubo una variable dependiente en este estudio que continuó dentro del promedio clínico (M = 64.5), aunque mostró una diferencia estadísticamente significativa ($p < .05$) y una magnitud del efecto considerable en el "pre y seguimiento" (TE = -1,0000). A saber:

el grado de atención plena. Del cual, no se habla puntualmente en los resultados de los estudios previos (citados antes). Ni siquiera Gallego-Villa (2022) lo menciona.

De modo que, si desea plantear una explicación, no es posible atribuirla a un menor peso de las actividades para mindfulness en el protocolo, ya que como se puede apreciar en el Anexo D "Contenido de actividades", estas se desarrollaron en todas y cada una de las sesiones. Incluso, se incluyeron desde el inicio del tratamiento, audios con distintos ejercicios de mindfulness para ser practicados extra sesión (p. ej. Mindfulness del pensamiento, Ejercicio un caminar consciente, Ejercicio comer consciente, etc.).

No obstante, Hayes, Strosahl y Wilson (2014) explican: "La evitación vivencial suele estar ligada a la fusión y las dos conducen a la rigidez de la atención" (p. 320). Es decir que, existe una relación directamente proporcional entre el elevado nivel de evitación de la ira que presentaban las participantes al iniciar el tratamiento y la dificultad para prestar atención de manera consciente y voluntaria durante el tratamiento. Lo cual, se agudizaba debido al formato virtual, ya que esté trae consigo una predisposición a la distracción (Llanga-Vargas, et al., 2021).

Complementando, la diátesis biológica del AAM (Moore y Gardner, 2007), también puede dar razón de dicha dificultad, pues el bajo umbral de sensibilidad inicial, fomentado por la influencia genética al sistema motivacional, demandaba una hipervigilancia constante ante la posible presencia de una amenaza en sus hogares, lo cual reducía el foco atencional de las participantes en los ejercicios.

En teoría, debido a la vinculación mutua de los procesos de flexibilidad psicológica (Harris, 2019), al haberse desarrollado en mayor medida la atención plena, consecuentemente, los otros procesos (aceptación, defusión, contacto con valores) hubieran progresado un poco más. Luego, sería pertinente realizar un seguimiento a largo plazo de los resultados de este

estudio para observar la evolución de los cambios obtenidos y, así, observar el comportamiento de las variables. Concretamente, sería interesante notar si el bajo grado de atención plena impactó negativamente a la flexibilidad psicológica, o el nivel alto de aceptación, defusión y progreso contribuyó para que la atención plena se potenciara. El análisis de esto, aportaría aún más a la comprensión teórica del Modelo de evitación de la ira (AAM) y permitiría intervenciones clínicas más eficaces dirigidas a adultos, en particular mujeres, con dificultades para regular la ira en el día a día.

Si bien, los resultados sobre la eficacia de esta intervención fueron prometedores y resulta conveniente para la representatividad de la muestra que todas las participantes fuesen mujeres de 25.83 años en promedio y estudiantes universitarias. Cabe señalar que hubo ciertas limitaciones, tales como: (1) pequeño tamaño de la muestra, (2) perdida muestral, (3) ausencia de grupo control, (4) no hubo muestreo aleatorio, y (5) uso casi exclusivo de cuestionarios de autoinforme como estrategia de evaluación. Por ello, resulta necesario replicar este estudio con muestras de mayor tamaño, presencia de un grupo control y que se compare la efectividad de este protocolo en los dos distintos formatos: virtual y presencial.

Para finalizar, es importante destacar el papel terapéutico que jugaron los factores intrínsecos a la terapia de grupo propuestos por Vinagrodov y Yalom (1996), que aunque de todos los estudios antecedentes, sólo se menciona de manera explícita, pero superficial por Chang y Hwang (2017), en la narrativa de las participantes de esta investigación y en la información obtenida mediante la observación directa, se evidencia la contribución que tuvo la infusión de esperanza, la universalidad, la transmisión de información y la catarsis, en las diferencias significativas y en los tamaños del efecto que se obtuvieron aquí.

Referencias

American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

American Psychological Association (2017*). Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Recuperado de https://www.apa.org/ethics/code/

Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (Quinta edición).* Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

Barbour, K. A., Eckhardt, C. I., Davison, G. C. y Kassinove, H. (1998). The experience and expression of anger in martially violent and martially discordant- nonviolent men. *Behavior Therapy, 29*, 173–191.

Barlow, D. H., Allen, L. B. y Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy, 35*(2), 205–230.

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B. y Ehrenreich-May, J. T. (2011). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Oxford, Inglaterra: University Press

Bertomeu, E. (23 de enero de 2019). *La desregulación emocional en los trastornos de personalidad* [Mensaje en un blog]. Recuperado de https://edupsicologo.com/desregulacion-emocional-trastornos-de-personalidad/

Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K. y Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. Behavior Therapy, 42, 676-688.

Bowen, S., & Marlatt, A. (2009). Surfing the urge: Brief mindfulness-based intervention for college student smokers. *Psychology of Addictive Behaviors, 23*(4), 666–671. https://doi.org/10.1037/a0017127

Brown, K. W. y Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 84,* 822–848. http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822

Deffenbacher, J. L., Huff, M. E., Lynch, R. S., Oetting, E. R. y Salvatore, N. F. (2000). Characteristics and treatment of high-anger drivers. *Journal of Counseling Psychology, 47*(1), 5. doi: 10.12965/jer.1732882.441

Chang, D. y Hwang S. (2017). The development of anger management program based on acceptance and commitment therapy for youth taekwondo players. *Journal of Exercise Rehabilitation, 13*(2): 160-167. doi: 10.12965/jer.1732882.441

Clark, L. A. y Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(3), 316–336.

Colegio Colombiano de Psicólogos. (2018). *Doctrina No. 3. Consentimiento informado en el ejercicio de la psicología en Colombia*. Recuperado de https://www.colpsic.org.co/wp-content/uploads/2020/12/Doctrina-No.-3-CONSENTIMIENTO-INFORMADO-dic-5-2018.pdf

Congreso de la Republica de Colombia (2013). *Ley 1616 del 21 de enero de 2013 por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental, y se dictan otras disposiciones*. Bogotá D.C.: Congreso de la República de Colombia.

Congreso de la Republica de Colombia (2006). *Ley 1090 del 6 de septiembre de 2006 por la cual se reglamenta el ejercicio profesional psicológico, se dicta el código deontológico y bioético*. Bogotá D.C.: Congreso de la República de Colombia.

Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas y Organización Mundial de la Salud (2017). *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos*. Recuperado de https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf

Donahue, J., Santanello, A., Marsiglio, M. y Van Male L. (2017). Acceptance and Commitment Therapy fot Anger Dysregulation with Military Veterans: A Pilot Study. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 47:* 233-241. DOI 10.1007/s10879-017-9361-z

Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition and emotion, 6*(4), 169-200.

Eifert, G. H., McKay, M., & Forsyth, J. P. (2006). Act on life not on anger: *The new Acceptance and Commitment Therapy guide to problem anger*. Oakland, CA: New Harbinger.

Gallego-Villa, O.M. (2022). *Manual de Terapia de Aceptación y Compromiso para Regular la Ira (ACT-RI).* [Manuscrito inédito]. Doctorado en Salud, Psicología y Psiquiatría. Universidad de Almería.

Gallego-Villa, O.M. (2022). Efecto de un tratamiento breve, grupal y online basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso para la regulación de la ira en jóvenes colombianos. *Revista Digital 2022 III Congreso Internacional ISEP*. 87-88.

Gallego-Villa, O.M. (2021). Adaptación y validación de un protocolo de regulación de la ira en jóvenes colombianos. *Revista Digital 2021 II Congreso Internacional ISEP*. 44-47.

Gardner, F. y Moore, Z. (2014). *Contextual Anger Regulation Therapy.* Nueva York, Estados unidos: Taylor & Francis Group.

Gardner, F. y Moore, Z. (2008). Understanding clinical anger and violence: the anger avoidance model. Behavior Modification 32(6): 897-912.

Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., … Remington, B. (2014). The development and initial validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy, 45*, 83-101. http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001

Guerrero, R. y Fandiño-Losada, A. (2017). ¿Es Colombia un país violento? *Colombia Médica, 48(*1).

Harris, R. (2009). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy (2nd ed.).* Oakland, EE. UU: New Harbinger.

Harvey, S., Bimler, D., Dickson, D. Pack, J., Sievwright, O., Baken, D. y Henricksen, A. (2021). Acceptance and Commitment Therapy Group Treatment with the Military: A Preliminary Study. *Journal of Military and Veterans' Health, 26*(4), 6-15. doi: 05.2021-69432619

Hayes, S. C., Strosahl, K. y Wilson, K. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso: proceso y práctica del cambio consciente.* Nueva York, Estados Unidos: Desclée de Brouwer.

InSight Crime. (2023). *Balance de InSight Crime de los homicidios en 2022*. Recuperado de https://es.insightcrime.org/noticias/balance-insight-crime-dhomicidios-en-2022/#Colombia

Izard, C. E. (1991). *The psychology of emotions.* Nueva York, Estados Unidos: Plenum Press.

Izard, C. E. (1993). Four systems for emotion activation: Cognitive and noncognitive processes. *Psychological Review, 100,* 68.

The jamovi project (2022). *jamovi*. (Version 2.3) [Computer Software]. Retrieved from https://www.jamovi.org.

Lemerise, E. y Dodge, K. (2008). The Development of Anger and Hostile Interactions. En Lewis, M., Haviland-Jones, J. y Feldman, L. (Ed.), *Handbook of emotions* (pp. 730-741). Nueva York, Estados unidos: The Guilford Press

Linehan, M. (2014). DBT Skills Training Manual. Nueva York, Estados Unidos: The Guilford Press

Llanga-Vargas, E., Guacho-Tixi, M. E., Andrade-Cuadrado, C. y Guacho-Tixi, M. R. (2021). Dificultades de aprendizaje en modalidad virtual. *Polo del Conocimiento, 6*(58), 789-804

Masoumian, S., Ashouri, A., Ghomian, S., Keshtkar., Siahkamary, E. y Vahed N. Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy Compared to Cognitive Behavioral Therapy on Anger and Interpersonal Relationships of Male Students. *Iranian Journal of Psychiatry 16(*1): 21–29. doi: 10.18502/ijps.v16i1.5374

Mikulincer, M. (1998). Attachment working models and the sense of trust: An exploration of interaction, goals, and affect regulation. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 1209–1224.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (1993). *Resolución número 8430 de 1993* (octubre 4). Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2021). *Prevención de la Conducta Suicida en Colombia*. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/estrategia-nacional-conducta-suicida-2021.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2022*). Boletín Epidemiológico Semanal. Semana epidemiológica 46* (13 al 19 de noviembre de 2022). Recuperado de

https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2022_Bolet%C3%ADn_epidemiologico_semana_46.pdf

Moore, Z. E. y Gardner, F. L. (Julio de 2007). *Understanding anger and violence: An Empirical investigation of the anger avoidance model*. The triennial conference of the World. Congress of Behavioural & Cognitive Therapies. Barcelona, España.

Muntane, M. D. (2012). La maté porque era mía. Psicobiología de la ira, de la violencia y la agresividad". Ediciones Díaz de Santos.

National Institute of Mental Health (s.f.). *Cómo comprender qué es la psicosis* (20). Recuperado de https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/documents/health/publications/espanol/como-comprender-que-es-la-psicosis/como-comprender-que-es-la-psicosis.pdf

O'Driscoll, D., Percy, A., & McAleese, M. (2020). An acceptance and commitment therapy (ACT)-based intervention for an adolescent experiencing anger difficulties. *DECP Debate*, (175), 32-38.

Organización Mundial de la Salud. (2020). *COVID-19 y telemedicina.* Recuperado de https://www3.paho.org/ish/index.php/es/telemedicine#:~:text=La%20pandemia%20de%20COVID%2D19,posible%20una%20consulta%20en%20persona.

Organización Panamericana de la Salud (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud.* Recuperado de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/725/9275315884.pdf

Organización Panamericana de la Salud (2023). *Abuso de sustancias.* Recuperado de https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias

Ortiz, T. S. (20 de septiembre de 2019). La normalización de la violencia, una de las causantes del miedo en los colombianos. *Periódico UNAL*. Recuperado de

https://periodico.unal.edu.co/articulos/la-normalizacion-de-la-violencia-una-de-las-causantes-del-miedo-en-los-colombianos/

Palmero, F., Guerrero, C., Gómez, C., Carpi, A. y Gorayeb, R. (2011). *Manual de teorías emocionales y motivacionales*. Recuperado de https://core.ac.uk/download/pdf/61393455.pdf

Pess, R. A., Trachta, H. R., Aster, A. M., Gardner, F. L., Marks, D. y Moore, Z. E. (noviembre de 2012*). The mediating role of emotion regulation on the relationship between insecure attachment style and negative affect*. The annual convention of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies, National Harbor, Maryland.

Ridker, P. M., Hennekens, C. H., Buring, J. E. y Rifai, N. (2000). C-reactive protein and other markers of inflammation in the prediction of cardiovascular disease in women. *New England Journal of Medicine, 342*, 836–843.

Roberts, M. C. y Ilardi, S. S. (2003). Handbook of Research Methods in Clinical Psychology. Blackwell Publishing: UK.

Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Cárdenas-Sierra, S., Durán, Y. A., Guerrero, K. y Riaño-Hernández, D. (2016). Psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II in Colombia. *The Psychological Record,* 66, 429-437.

Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J.C. y Riaño-Hernández, D. (2016). Psychometric properties of the Mindful Attention Awareness Scale in Colombian undergraduates. *Suma Psicologica, 23*, 18–24. http://dx.doi.org/10.1016/j.sumpsi.2016.02.003

Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Riaño-Hernández, D. y Gillanders, D. (2017). Psychometric properties of the Cognitive Fusion Questionnaire in Colombia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *49*, 80-87.

Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Segura-Vargas, M. A., & GilLuciano, B. (en revisión). Psychometric properties of the Spanish version of the Valuing Questionnaire in Colombia.

SIVIGILA (2020). Boletín epidemiológico semanal. Recuperado de https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2020_Bolet%C3%ADn_epidemiol%C3%B3gico_semana%2022.pdf

Smout, M., Davies, M., Burns, N. y Christie, A. (2014). Development of the Valuing Questionnaire (VQ). *Journal of Contextual Behavioral Science*, *3*, 164-172. doi: 10.1016/j.jcbs.2014.06.001

Stronngman, K. T. (2003). The Psychology of emotion. Chichester, Inglaterra: John Wiley & Sons Ltd.

Tafrate, R. C., Kassinove, H. y Dundin, L. (2002). Anger episodes in highand low-trait-anger community adults. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 1573–1590.

Vinogradov, S. y Yalom, I. (1996). Guía breve de psicoterapia de grupo. España: Paidós

Wilson, K. y Luciano, M. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT): Un tratamiento conductual orientado a los valores.* España: Ediciones Pirámide.

Anexos

Anexo A. Formato de la traducción de la Anger and Violence Impairment Scale

	Escala de discapacidad de la ira y la violencia (AVIS) (Gardner y Moore, 2014)

Las siguientes preguntas indagan acerca de tu experiencia con la ira y con el comportamiento agresivo o violento durante la semana anterior. Para cada pregunta, por favor, selecciona la respuesta que mejor describa tu experiencia de ira y agresión/violencia sólo durante la última semana.

1. Durante la semana pasada, ¿cuán a menudo sentí ira?
    a. No sentí ira la semana pasada
    b. Me enojé sólo una o dos veces la semana pasada
    c. Me enojé ocasionalmente (varias veces) la semana pasada
    d. Me enojé frecuentemente (a diario) la semana pasada
    e. Me enojé constantemente (varias veces al día cada día) la semana pasada
2. Durante la semana pasada, la intensidad de la ira que experimentaste fue:
    a. Muy baja. Mi ira apenas se notó
    b. Leve. Mi ira no fue muy incómoda
    c. Moderada. Mi ira fue incómoda. A veces afectó mi capacidad para relajarme y/o concentrarme
    d. Severa. Mi ira fue muy incómoda. Provocó que concentrarme en cualquier cosa fuera muy difícil.
    e. Extrema. Mi ira fue abrumadora. Fue casi imposible enfocarme en algo más
3. Durante la semana pasada, ¿cuán a menudo evitaste situaciones o gente porque sentiste ira o te preocupaste por llegar a enfadarte?
    a. Para nada. No evité nada por sentir ira o por preocuparme acerca de llegar a enfadarme
    b. Infrecuentemente. Evité personas o situaciones una o dos veces, pero usualmente confronté situaciones difíciles
    c. Ocasionalmente. Evité personas o situaciones algunas veces debido a mi ira o a mi preocupación por llegar a enfadarme

   d. Frecuentemente. A menudo evité personas o situaciones debido a mi ira o a mi preocupación por llegar a enfadarme
   e. Casi todo el tiempo. Evité personas o situaciones constantemente debido a ira o a mi preocupación por llegar a enfadarme

4. Durante la semana pasada, ¿cuán a menudo te implicaste en comportamientos agresivos o violentos (gritar, maldecir, amenazar, lanzar objetos, pelear, etc.)?
   a. Para nada. No me involucré en comportamientos agresivos o violentos
   b. Infrecuentemente. Me involucré en comportamientos agresivos o violentos una o dos veces
   c. Ocasionalmente. Me involucré en comportamientos agresivos o violentos algunas veces
   d. Frecuentemente. A menudo, me involucré en comportamientos agresivos o violentos
   e. Casi todo el tiempo. Me involucré en comportamientos agresivos o violentos constantemente
5. Durante la semana pasada, ¿qué tanto tu ira, tu preocupación acerca de llegar a enfadarte o tus comportamientos agresivos o violentos, interfirieron en tu habilidad para hacer las actividades necesarias en el trabajo, en el estudio o en el hogar?
   a. Nada. Mi ira, mi preocupación acerca de llegar a enfadarte o mis comportamientos agresivos o violentos no interfirieron en mi vida
   b. Levemente. Mi ira, mi preocupación acerca de llegar a enfadarte o mis comportamientos agresivos o violentos generaron algunas interferencias en mi vida laboral, académica o en mi hogar, pero me pude hacer cargo de la mayoría de las actividades que necesité hacer. Mi vida, en general, no estuvo afectada
   c. Moderadamente. Mi ira, mi preocupación acerca de llegar a enfadarte o mis comportamientos agresivos o violentos definitivamente interfirieron en mi vida laboral, académica o en mi hogar. La mayoría de las cosas se pudieron manejar, pero no todo, y algunas cosas se manejaron menos bien de lo acostumbrado. Mi vida se ha visto afectada un poco
   d. Severamente. Mi ira, mi preocupación acerca de llegar a enfadarte o mis comportamientos agresivos o violentos han afectado fuertemente mi vida laboral, académica o en mi hogar esta semana. Muchas cosas no se manejaron de la forma en que se debía. Mi vida ha estado afectada definitivamente

e. De forma extrema. Mi ira, mi preocupación acerca de llegar a enfadarte o mis comportamientos agresivos o violentos se volvieron abrumadores. He sido incapaz de funcionar consistente o adecuadamente en mi vida laboral, académica o en mi hogar. Experimenté o estuve a punto de experimentar consecuencias claras como la pérdida o la amenaza de pérdida del trabajo, estatus académico o vida familiar

Anexo B. Formato e instructivo de entrevista de valoración de los problemas de regulación de la ira para CART

	Formato e instructivo de entrevista de valoración de los problemas de regulación de la ira para CART **Consentimiento informado de participación en el tratamiento**

Presentación

Cordial saludo. Soy **Kevin Cubillos**, integrante del equipo de investigación de la Terapia Contextual de Regulación de la Ira (CART, por sus siglas en inglés). Te doy la bienvenida a esta entrevista.

Objetivo de la entrevista

El objetivo de esta entrevista es establecer si la intervención CART se ajusta a tus necesidades particulares en lo relacionado con la regulación de la ira. Para determinar esto, te haré una serie de preguntas acerca de tus dificultades actuales y el efecto que han tenido en tu vida. Tras esta exploración te indicaré la estrategia de acción más adecuada en tu caso entre la participación en CART o la recomendación de terapia individual. Es importante señalar que se garantiza la confidencialidad de toda la información que se mencione durante la entrevista.

¿Tienes alguna pregunta antes de empezar la entrevista?

Se procede al diligenciamiento de los datos sociodemográficos:

Fecha (DD/MM/AAAA)		**Hora inicio:**		**Hora finalización:**	

Información sociodemográfica

Nombre y apellidos del consultante:	
Tipo y número de documento de identidad	
Sexo:	
Edad actual:	
Fecha y lugar de nacimiento:	
Nivel educativo actual	
Celular	
Correo electrónico	
Con quiénes vive actualmente	
Nombre del(a) entrevistador(a):	

Motivo de consulta y factores de predisposición:

Pregunta	Respuesta del(a) consultante
¿En qué consisten tus dificultades de regulación de la ira? (solicitar ejemplos para precisar la información)	
¿Desde hace cuánto se presentan estas dificultades? (indicar la etapa del desarrollo, por ejemplo, la niñez, la adolescencia, etc.) ¿Identificas en esa época alguna situación o evento relacionado con la aparición de tus problemas de ira?	
¿A qué atribuyes la aparición de estos problemas de ira en tu vida?	

Análisis ABC de la conducta problema. Ahora vamos a identificar cómo se manifiestan tus dificultades con la regulación de la ira en la actualidad:

A. Detonantes de la ira	B. Reacciones	C. Consecuencias
¿En qué situaciones o momentos aparece con mayor frecuencia el problema? ¿Qué personas están presentes y qué están haciendo? *Cuando ocurren estas situaciones:* ¿Qué tiendes a pensar? ¿Cómo sientes la ira en tu cuerpo? ¿Cuáles son tus sensaciones? ¿Qué tan intensa tiende a ser tu ira? (0-10) ¿Qué te dan ganas de hacer? (identificar el impulso detonado por la ira)	¿Cuáles son tus reacciones más frecuentes ante lo que describiste en el punto anterior? ¿Qué es lo que tiendes a hacer y a decir en esas situaciones?	¿Qué ocurre después de que te comportas del modo en que acabas de describir? ¿Cómo cambian las situaciones, el comportamiento de otros, tus pensamientos o emociones después de que te comportas del modo en que has señalado?

Nivel de afectación:

Pregunta	Respuesta del(a) consultante
¿Cuáles áreas de tu vida se han visto afectadas por tus dificultades en la regulación de la ira? ¿De qué manera se han visto afectadas?	

Estado psicológico actual. Señalar si presentas alguna de las siguientes condiciones en la actualidad:

Condición	Sí	No	Observación
1. Adicción a sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco, marihuana, etc.)			
2. Síntomas psicóticos (alucinaciones, delirios, etc.)			
3. Conductas suicidas (tentativas de suicidio hace menos de dos meses)			
4. Crisis intensas de desregulación emocional			
5. Grandes dificultades para reconocer y respetar los derechos de las otras personas			
6. Grandes dificultades para sentir empatía/compasión por los sentimientos de los demás			

Expectativas (motivación):

Pregunta	Respuesta del(a) consultante
¿Qué has intentado hacer para resolver tu dificultad en el pasado? ¿Con qué resultados? ¿Qué esperas conseguir de esta intervención?	

Retroalimentación final:

De acuerdo con lo que hemos conversado durante esta entrevista (breve resumen de lo comentado en la sesión en términos del análisis funcional), considero que el programa CART Sí __ No ____ se ajusta a tus necesidades.

Anexo C. Formato de Consentimiento informado para CART

	Consentimiento informado de participación en la fase de intervención del programa CART (Gardner y Moore, 2014)

Yo _____ con cédula de ciudadanía número _____ de _____, confirmo que me han invitado a participar en la investigación "**EFICACIA de una intervención grupal en formato on-line basada en la Terapia Contextual para la Regulación del Ira en adultos jóvenes** " que se encuentra desarrollando **Kevin Andrés Cubillos Torres** (coordinador de la investigación) bajo la dirección del doctor Oscar Mauricio Gallego Villa, como parte de los estudios que se encuentra cursando en el programa de Maestría de Profundización en Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Colombia y como parte de su proyecto psicosocial en el Servicio de Atención Psicológica (SAP) de la Universidad Nacional de Colombia.

Manifiesto que me han explicado que el propósito de este estudio es evaluar la eficacia de la Terapia Contextual de Regulación de la Ira, en formato breve y grupal (Gardner y Moore, 2014) (CART, por su sigla en inglés) en adultos jóvenes colombianos (18 a 30 años) con dificultades en regulación y expresión de la ira en contextos interpersonales y que toda la información personal que se recolecte durante la investigación será utilizada solo con fines académicos e investigativos. Por lo anterior, en ninguna publicación en la que se utilicen mis datos se mencionará información que revele mi identidad, tal como lo contempla la Ley 1090 de 2006.

Mencionado lo anterior, acepto participar de manera voluntaria en la presente investigación, teniendo claridad acerca de mi libertad de retirar mi consentimiento de participación en esta investigación en cualquier momento si llego a considerarlo pertinente. Mi participación comprende:

1. Diligenciar oportunamente todos los instrumentos de evaluación que me soliciten en todas las ocasiones en que los terapeutas me lo soliciten.

2. Asistir y participar en las seis sesiones de intervención y la sesión de seguimiento, las cuales tendrán una duración aproximada de dos horas una vez por semana. La sesión de seguimiento será desarrollada tres semanas después de la sexta sesión de la intervención.

3. Desarrollar las actividades entre sesiones que me sean asignadas.

Si bien, la participación en esta investigación no conlleva a riesgos significativos para mí, se me ha informado que existe la posibilidad de presentar malestar emocional o dificultades en las áreas de ajuste vital que son propias del proceso de hacer cambios en el comportamiento. En dichas circunstancias contaré con el apoyo del equipo terapéutico para obtener asesoramiento ante estas circunstancias.

Como beneficio se encuentra la posibilidad de participar en el tratamiento de manera gratuita y aprender una amplia gama de estrategias para manejar mi ira y para promover acciones que me dirijan a lo que considero importante en mi vida personal.

En constancia firmo a los _____ días del mes de _____ de 20____.

Firma: _____

Anexo D. Estructura de las sesiones que conforman el protocolo CART

	Estructura plan de tratamiento CART formato grupal online (Gallego-Villa, 2021)

Sesión	Objetivos	Actividades en sesión	Actividades extra sesión
1. Psicoeducación sobre el Modelo de Evitación de la ira (AAM).	Establecer las bases de la relación terapéutica.	Presentación del equipo terapéutico. Exploración de expectativas. Repaso y aclaración de dudas sobre el consentimiento informado.	1. Mapa de la ira (ABC, Anexo F). Escribir algunos ejemplos de la semana o del pasado de situaciones en las que se experimentó ira, indicando los antecedentes, los comportamientos y las consecuencias.
	Promover la identificación de los componentes del patrón problemático de regulación de la ir, haciendo conexiones entre las experiencias de los participantes y el AAM.	Psicoeducación en el AAM. Ejercicio el Mapa de la Ira.	
	Validar el desarrollo histórico de los patrones comportamentales de los participantes, promoviendo la identificación de su impacto negativo en los ámbitos de vida valorados.	Contextualización sobre la CART a través del punto de elección.	
	Identificar las bases del modelo terapéutico CART		
2. Identificación de valores y acciones comprometidas. Desarrollo de	Incentivar la identificación de valores, objetivos y acciones vinculadas con lo importante en la vida de cada participante.	Ejercicio reflexivo “dando la vuelta a tu ira”. Ejercicio experiencial “Empujando nuestro dolor”.	Completar la brújula de valores. Continuar el ejercicio para definir con claridad los ámbitos

habilidades mindfulness para el manejo de la ira.		Ejercicio la Diana de valores.	vitales de mayor importancia, las intenciones y las barreras.
	Fomentar la atención no enjuiciadora y conectada al momento presente tanto de estímulos externo como internos, tanto apetitivos como aversivos.	Psicoeducación sobre el Mindfulness y su efecto en la experiencia emocional. Ejercicio de mindfulness de la consciencia emocional.	
	Incrementar la comprensión de que los eventos privados son tanto informativos como transitorios.		
3. Defusión cognitiva.	Ganar comprensión del concepto "fusión cognitiva" y su relación con los patrones de comportamiento problemáticos.	Ejercicio reflexivo "dando la vuelta a tu ira". Ejercicio experiencial "Empujando nuestro dolor". Ejercicio la Diana de valores.	Practica del ejercicio de mindfulness del pensamiento. Registro en el Mapa de la Ira, de situaciones en las que se experimentó ira. Reto personal. Registro de las acciones comprometidas ejecutadas.
	Ampliar el conocimiento de reglas verbales relevantes y la relación de las mismas con los patrones de comportamiento fusionado.	Ejemplos personales de fusión cognitiva en la vida de cada participante.	
	Promover el aprendizaje de estrategias de defusión de dichas reglas.	Entrenamiento en habilidades de defusión (notar, nombrar, neutralizar)	
	Fomentar el desarrollo de habilidades de contacto con el momento presente.	Ejercicio mindfulness de Respiración.	

4. Aceptación y regulación de la ira.	Tolerar o aceptar la presencia de la ira y las sensaciones de peligro y rechazo que están asociadas.	Exposición de estudio "Aceptación y disposición en el control de impulsos: ejemplo con la conducta de fumar" (Bowen y Marlatt, 2009). Ejercicio experiencial la Armadura de la ira.	Practica del ejercicio de mindfulness "un caminar consciente". Reto personal. Registro de las acciones comprometidas ejecutadas. Registro en el Mapa de la Ira, de situaciones (como los retos) en las que se experimentó ira.
	Distinguir entre el comportamiento impulsado por la ira y el comportamiento impulsado por valores personales.		
	Modular la ira cuando se considere necesario (no para sentirse mejor, sino porque al hacerlo el participante se conecta con sus valores personales.	Entrenamiento para la aceptación de la ira (Eifert, McKay y Forsyth, 2006).	
	Fomentar las habilidades de contacto con el momento presente.	Ejercicio mindfulness de La Respiración.	
5. Desarrollando la efectividad interpersonal (valores interpersonales).	Aclarar la conexión entre sus valores y las acciones comprometidas relacionadas con el ámbito interpersonal.	Introducción al concepto de "valor interpersonal". Metáfora del carbón.	Practica del ejercicio de mindfulness "comer consciente". Reto personal. Registro de las acciones comprometidas ejecutadas. Registro en el Mapa de la Ira, de situaciones (como los retos) en las que se experimentó ira.
	Identificar los déficits en habilidades que deben ser compensados para ampliar el repertorio de acciones orientadas a valores en el plano interpersonal.		
	Practicar las habilidades de escucha activa y expresión asertiva de la ira.	Metáfora del perdón como un regalo para sí mismo.	

	Fomentar las habilidades de contacto con el momento presente.	Entrenamiento en comunicación asertiva, adoptando una actitud mindfulness.
6. Manejo de conflictos, prevención de recaídas y cierre de la intervención.	Practicar las habilidades de solución de problemas interpersonales y manejo de conflictos.	Sondeo sobre las formas de manejo de conflictos.
	Repasar el modelo contextual de compresión de la ira problemática para evitar posibles recaídas.	Ejercicio de visualización de una situación de conflicto para identificar los distintos elementos del modelo.
	Desarrollar planes de acción para mantener vigente el uso de manera autónoma de los principios y estrategias del programa CART.	Diligenciamiento del formato de Plan de acción.
	Promover la finalización proactiva de la intervención.	Ejercicio experiencial “El pantano”.
Sesión de seguimiento.	Identificar, a través del reporte de los participantes y su comportamiento en sesión, en qué medida se han mantenido los logros alcanzados durante el tratamiento.	Sondeo sobre el estado actual de los participantes, sus cambios alcanzados y sus dificultades persistentes.
	Repasar los conceptos y habilidades desarrollados y las recomendaciones para el manejo de. posibles recaídas.	Ejercicio de mindfulness “escáner corporal”.
	Fomentar el desarrollo de habilidades de contacto con el momento presente.	Diligenciamiento del formato de Plan de acción.

Anexo E. Ejemplo de no-superación de la prueba de normalidad por una de las variables.

Prueba de Normalidad (Shapiro-Wilk) – VQ-Obstrucción

			W	p
pre	-	interm	0.888	0.112
interm	-	post	0.966	0.870
post	-	seguim	0.898	0.176
pre	-	seguim	0.832	0.025

Nota: Un valor de p < 0,05 sugiere una violación del supuesto de normalidad.

Anexo F. Formato Actividad Mapa de la ira

El mapa de la ira

Nombre:
Fecha:

A. Experiencia de la ira Describir la situación (qué pasó), los pensamientos (qué pensé), las emociones (qué sentí) o impulsos (qué tenías ganas de hacer), que experimentaste	**B. Reacciones de ira** Describir lo que hiciste (acciones), lo que dijiste o si te quedaste rumiando (dándole vueltas a lo que pasó) o pensando en un desquite o venganza (señalar de qué se trataba)	**C. Consecuencias** Describe las consecuencias que tuviste al comportarte como describiste en la columna B. Identifica tanto las consecuencias que consideres positivas como negativas (reacciones de los demás, lo que pasó con lo que sentiste o pensaste, afectación en tu trabajo, estudio, etc.)

Mis dudas para tutoría o taller
Escribe las dudas que te genera este ejercicio para consultar con tu tutor(a) o en el taller

Reseña biográfica del aspirante

Kevin Cubillos es psicólogo clínico, egresado de la Corporación Universitaria Minuto de Dios. Su práctica clínica se basa en las terapias contextuales, en particular en la Terapia de Aceptación y Compromiso. Tiene intereses investigativos por temas relacionados con la regulación emocional y la flexibilidad psicológica. Se inclina espiritualmente por las escuelas filosóficas orientales.