UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Diseño de una guía de consenso clínico para problemáticas psicológicas en adultos dirigida a terapeutas en formación en Terapia de Aceptación y Compromiso del Servicio de Atención Psicológica de la Universidad Nacional de Colombia

Angie Lizbeth Corredor Barón

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Ciencia Humanas, Departamento de Psicología
Bogotá, Colombia
2021

Diseño de una guía de consenso clínico para problemáticas psicológicas en adultos dirigida a terapeutas en formación en Terapia de Aceptación y Compromiso del Servicio de Atención Psicológica de la Universidad Nacional de Colombia

Angie Lizbeth Corredor Barón

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de:
Magíster en Psicología

Director:
Magíster en Psicología Óscar Mauricio Gallego Villa

Maestría en Psicología
Profundización en Psicología Clínica

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Ciencias Humanas, Departamento de Psicología
Bogotá, Colombia
2021

Tabla de Contenido

RESUMEN **6**

ABSTRACT **7**

JUSTIFICACIÓN **8**

MARCO TEÓRICO **13**

FUNDAMENTOS TEÓRICOS Y EPISTEMOLÓGICOS 13
PLANTEAMIENTO TEÓRICO Y CLÍNICO 15

MARCO EMPÍRICO **17**

OBJETIVOS **25**

GENERAL 25
DISEÑAR UNA GUÍA DE CONSENSO CLÍNICO PARA PROBLEMÁTICAS PSICOLÓGICAS EN ADULTOS DIRIGIDA A TERAPEUTAS EN FORMACIÓN EN TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO DEL SERVICIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. 25
ESPECÍFICOS 25

BENEFICIARIOS **25**

METODOLOGÍA **26**

FASES DEL ANÁLISIS DE CONSENSO 26
Conformación del equipo desarrollador *26*
Selección de la literatura y evidencia científica *27*
Redacción de las recomendaciones *28*
Preparación del documento preliminar *29*
Validación de la guía *29*

RESULTADOS **31**

PRIMERA VALIDACIÓN 31
SEGUNDA VALIDACIÓN 32
Análisis Cuantitativo *32*
Análisis Cualitativo *33*
SOCIALIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DE LA GUÍA 34

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES **34**

REFERENCIAS **36**

APÉNDICE A. GUÍA DE INTERVENCIÓN CLÍNICA **40**

PROPÓSITO DE LA GUÍA **43**

POBLACIÓN OBJETO Y ALCANCE 43

METODOLOGÍA DE CONSTRUCCIÓN Y EVIDENCIA 45

ANÁLISIS CUANTITATIVO 50
ANÁLISIS CUALITATIVO 51

ASPECTOS CONCEPTUALES Y FILOSÓFICOS 52

DEFINICIÓN DE DA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT) 52
EVIDENCIA EMPÍRICA DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO 52
CONTEXTUALISMO FUNCIONAL 60
CONDUCTISMO RADICAL 61
Análisis de la Conducta y su Relación con la Psicología del Aprendizaje 61
Condicionamiento Respondiente y/o Aprendizaje por Asociación 62
Condicionamiento Operante: Aprendizaje a Partir de las Consecuencias 64
Conducta Verbal según Skinner 65
Conducta Gobernada por Reglas según Skinner 66
TEORÍA DE LOS MARCOS RELACIONALES (TMR) 67
Conducta Gobernada por Reglas según la TMR 69
MODELO DE INFLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA 71

PROCESO PSICOTERAPÉUTICO 72

ESTABLECER EL CONTEXTO RELACIONAL 73
Entrevista de Admisión o Primera Sesión 73
Presentación de la ACT 74
Vínculo terapéutico en la ACT 77
Habilidades clínicas del terapeuta 82
EVALUACIÓN Y FORMULACIÓN CLÍNICA. 86
Perspectiva de evaluación desde el análisis funcional 86
Pasos y Recursos de evaluación 89
Recoger la información clínica inicial. 89
Analizar el problema funcionalmente. 90
Identificar el perfil de inflexibilidad psicológica. 92
Realizar la formulación clínica. 93
ENTRENAR LAS HABILIDADES DE FLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA AL SERVICIO DE VALORES 95
Mindfulness o Atención Plena en la ACT 95
Seis Procesos de la Flexibilidad Psicológica 96
Aceptación Psicológica. 97
Definición. 97
Propósito y Cuándo Trabajar 98
Recomendaciones. 98
Defusión Cognitiva. 104
Definición. 104
Propósito y Cuándo Trabajar 105
Recomendaciones. 106

Conciencia del Momento Presente....109
Definición....109
Propósito y Cuándo Trabajar....109
Recomendaciones....110
Yo como Contexto....112
Definición....112
Propósito y Cuándo Trabajar....114
Recomendaciones....115
Conexión con Valores....118
Definición....118
Propósito y Cuándo Trabajar....119
Recomendaciones....120
Acciones Comprometidas....125
Definición....125
Propósito y Cuándo Trabajar....126
Recomendaciones....127
REALIZAR EL CIERRE Y SEGUIMIENTO....135
Cierre....*135*
Seguimiento....*141*
ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN: KIT DE HERRAMIENTAS DE INTERVENCIÓN....143
ALGORITMO....152
REFERENCIAS....153
APÉNDICE A. INSTRUCTIVO DE FORMULACIÓN CLÍNICA CONTEXTUAL....159
APÉNDICE B. FORMATO DE FORMULACIÓN CLÍNICA CONTEXTUAL....166
APÉNDICE C. LISTADO DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN Y RECURSOS WEB SUGERIDOS....171
LISTADO DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN....171
LISTADO DE RECURSOS WEB....171
APÉNDICE D. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN ACT....172
AAQ-II....172
BAFT....174
CFQ....176
GPQ-9....177
MAAS....181
VQ....183

Resumen

Título: Diseño de una guía de consenso clínico para problemáticas psicológicas en adultos dirigida a terapeutas en formación en Terapia de Aceptación y Compromiso del Servicio de Atención Psicológica de la Universidad Nacional de Colombia.

Este trabajo se basa en Terapia de Aceptación y Compromiso (en adelante ACT) un modelo psicoterapéutico con amplio respaldo empírico y clínico que en los últimos 5 años se ha convertido en una de las principales psicoterapias instruidas en la etapa de formación de psicoterapeutas. El objetivo de este trabajo es diseñar una guía de consenso clínico para problemáticas psicológicas en adultos dirigida a terapeutas en formación en Terapia de Aceptación y Compromiso del Servicio de Atención Psicológica de la Universidad Nacional de Colombia (en adelante SAP UN).

El equipo desarrollador de esta guía estuvo conformado por un experto en ACT y una terapeuta de posgrado, quienes redactaron las recomendaciones clínicas mediante el método de consensos formales con base en su experiencia clínica e investigativa y la literatura consultada. Esta guía fue sometida a dos fases de validación: en la primera fase se socializó con los terapeutas en formación del SAP y se recolectaron sus opiniones. En la segunda fase, tres jueces expertos evaluaron la calidad de la guía mediante el instrumento AGREE GRS - Appraisal of Guidelines For Research & Evaluation. Global Rating Scale.

De ambas fases de validación se recibieron 84 opiniones sobre redacción, aclaración de términos e inclusión de información de las cuales se incluyeron 81. De las modificaciones más relevantes fue la de incluir la sección “habilidades clínicas del terapeuta”. Finalmente, con una puntuación directa de 58 y una puntuación estandarizada del 91% en la escala de calidad global del AGREE- GRS la presente guía se ubicó en el rango de alta calidad.

Palabras Clave: Terapia de Aceptación y Compromiso, ACT, Terapeutas en formación, Psicoterapia.

Abstract

Title: Design of a clinical consensus guide for psychological issues in adults aimed at trainee therapists in Acceptance and Commitment Therapy at the Psychological Care Service of the National University of Colombia.

This work is based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT), a psychotherapeutic model with broad empirical and clinical support that has become one of the main psychotherapies taught in the training stage of psychotherapists in the last 5 years. The objective of this work is to design a clinical consensus guide for psychological issues in adults aimed at trainee therapists in Acceptance and Commitment Therapy at the Psychological Care Service of the National University of Colombia (hereinafter SAP UN).

The development team of this guide was made up of an ACT expert and a postgraduate therapist, who drafted the clinical recommendations through the formal consensus method based on their clinical and research experience and consulted literature. This guide underwent two validation phases: in the first phase, it was socialized with the trainee therapists of SAP and their opinions were collected. In the second phase, three expert judges evaluated the quality of the guide using the AGREE GRS - Appraisal of Guidelines For Research & Evaluation. Global Rating Scale.

From both validation phases, 84 opinions were received on writing, clarification of terms, and inclusion of information, of which 81 were included. One of the most significant modifications was the inclusion of the "therapist's clinical skills" section. Finally, with a direct score of 58 and a standardized score of 91% on the global quality scale of the AGREE-GRS, this guide was located in the high-quality range.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, ACT, Psychotherapy, Trainee psychotherapists.

Justificación

El Servicio de Atención Psicológica (en adelante SAP) es un servicio de extensión y un centro de investigación del Departamento de Psicología de la Universidad Nacional de Colombia (en adelante UN). Allí se hace investigación en Psicología Aplicada y se ofrecen servicios psicológicos a la comunidad en general como: terapia psicológica individual para adultos, niños, niñas y adolescentes, psicoterapia familiar y psicoterapia de pareja. También se ofrecen servicios de evaluación psicológica, evaluación educativa, evaluación neuropsicológica, orientación vocacional y talleres de intervención psicosocial. Los servicios ofrecidos por el SAP están especialmente dirigidos a personas de bajos recursos, por ello se mantienen tarifas bajas y estratificadas en cada uno de sus servicios (Servicio de Atención Psicológica [SAP], 2020).

Los servicios ofrecidos por el SAP son desarrollados por terapeutas con distinto grado de vinculación: profesionales adscritos (terapeutas profesionales contratados por el SAP), terapeutas en formación de pregrado y terapeutas en formación de posgrado. Estos últimos aparecen a partir del año 2014 con la creación de la Maestría en Psicología - Profundización en Clínica, que permitió amplia la cobertura de servicios de psicoterapia en casos de alta complejidad clínica (Delgado, 2019).

En la maestría se manejaban dos enfoques terapéuticos: el enfoque Relacional Integrativo y el Cognitivo Conductual, inicialmente, hasta que, en el 2016, apareció el enfoque Contextual Funcional, introducido por Oscar Mauricio Gallego, profesor asociado y principal encargado de la línea cognitivo conductual del SAP en los últimos años.

El enfoque Contextual Funcional es distinto al enfoque Cognitivo Conductual en varios aspectos. El Cognitivo Conductual es un enfoque mediacional enfocado en el cambio de los eventos privados para lograr cambios conductuales, mientras que el enfoque Contextual Funcional promueve la aceptación de los eventos privados, el cambio del contexto

y la relación con contenidos privados para lograr acciones valiosas y la construcción de una vida rica y significativa (Barraca, 2009).

El enfoque Cognitivo Conductual se basa en una teoría psicopatológica cercana al modelo médico y los manuales de diagnóstico, mientras que el modelo Contextual Funcional es más cercano a una teoría transdiagnóstica, y su comprensión de los problemas psicológicos se basa en conceptos como la evitación experiencial e inflexibilidad psicológica. Además, no se interesa en el diagnóstico o topografía de las conductas, sino en la función de estas y en los contextos en las que se presentan (Barraca, 2009).

Además, las Terapias Contextuales se ejecutan principalmente de forma experiencial, de modo que, requieren que los terapeutas desarrollen habilidades y comprensiones adicionales a las clásicas de las Terapias Cognitivo-Conductuales. Algunas habilidades que destacan por su importancia para el desarrollo apropiado de un proceso terapéutico desde este modelo son: habilidades de escucha activa y discriminación de respuesta, habilidades de fluidez, repertorio y competencia verbal, habilidades de ejecución motoras, habilidades de imaginación-creatividad, habilidades de conexión-empatía, y otras como el trabajo en grupo entre terapeutas, meditación y atención plena, etc. (Barraca, 2009).

Dentro del enfoque Contextual Funcional el tipo de terapia que más se trabaja en el SAP es la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, por sus siglas en inglés, *Acceptance & Commitment Therapy*), pues es la terapia en la que es experto el principal docente encargado de este enfoque, el profesor Oscar Mauricio Gallego.

La Terapia de Aceptación y Compromiso es una de las terapias contextuales más ampliamente abordadas, discutidas, y nutridas de las últimas décadas, y ha resaltado como una de las más importantes, junto a la Terapia Dialéctico-Conductual (DBT, por sus siglas en inglés, *Dialectical-Behavioral Therapy*). La ACT se ha aplicado en varios contextos latinoamericanos y españoles demostrando su efectividad y eficacia en condiciones como el

manejo del dolor crónico (Araya, 2017; Cazorla, 2017), el tratamiento de pacientes de cáncer (García, & Tamayo, 2018), el manejo del duelo (Campos, 2017), el abuso y dependencia a sustancias psicoactivas (SPA) (Perea-Gil, 2017), así como algunos trastornos de ansiedad social (Domingo, 2019), y ansiedad generalizada (Mazzei, Pineda, & Toledo, 2019), trastornos depresivos (García, 2016), trastornos de la conducta alimentaria (Menárguez, 2014), trastornos y síntomas psicóticos (García-Montes, & Pérez-Álvarez, 2005), entre otros.

Una vez entendido que el modelo Contextual Funcional tiene una importancia significativa en la formación de terapeutas de la Universidad Nacional de Colombia, es importante abordar en cifras cuántos terapeutas del SAP UN se están formando desde este modelo y, por ende, en Terapia de Aceptación y Compromiso. A continuación, se visualiza la proporción de terapeutas en formación versus profesionales adscritos vinculados al SAP en los últimos 4 años (Tabla 1).

Tabla 1

Comparación del porcentaje entre terapeutas en formación vs profesionales adscritos

Tipología	**2016 I**	**2016 II**	**2017 I**	**2017 II**	**2018 I**	**2018 II**	**2019 I**	**2019 II**
Terapeutas en formación	72%	80%	73%	76%	80%	82%	73%	82%
Profesional adscrito	28%	20%	27%	24%	20%	18%	27%	18%

Nota: construida con base en Delgado (2016, 2017, 2018, 2019).

La mayoría de los terapeutas vinculados al SAP son terapeutas en formación de pregrado y posgrados, de los cuales, cada año, entre una tercera parte o la mitad se forman desde el modelo Contextual Funcional, por ende, intervienen en sus casos desde la Terapia de Aceptación y Compromiso. A continuación, la proporción de los terapeutas en formación de pregrado y posgrado que han hecho sus prácticas en el SAP los últimos 4 años, desde el enfoque clínico Contextual Funcional (Tabla 2).

Tabla 2

Porcentaje de terapeutas en formación del enfoque contextual funcional

Enfoque	***2016 I***	***2016 II***	***2017 I***	***2017 II***	***2018 I***	***2018 II***	***2019 I***	***2019 II***
Contextual Funcional	*19%*	*32%*	*32%*	*38%*	*39%*	*31%*	*55%*	*38%*

Nota: construida con base en Delgado (2016, 2017, 2018, 2019).

Sumado a lo anterior, es importante mencionar que el SAP cuenta con diferentes guías de intervención clínica, en cumplimiento de los requisitos exigidos por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y el Ministerio de Salud de Colombia, sin embargo, no existe una para los terapeutas en formación del enfoque Contextual Funcional que usan la Terapia de Aceptación y Compromiso, quienes representan cada semestre entre el 30% o el 50% de los terapeutas en formación vinculados al SAP. Por ello, se considera indispensable que exista una guía de intervención clínica para los terapeutas en formación de dicho enfoque, ya que su proceso de aprendizaje y entrenamiento debe ser apoyado adecuadamente para garantizar la calidad de los servicios.

Por otro lado, es importante revisar algunos datos de vital importancia en el desarrollo de las actividades del SAP UN, por ejemplo, el porcentaje que representan los casos de la tipología “Terapia individual adulto” dentro del total de casos atendidos en psicoterapia (Tabla 3).

Para efectos de este trabajo, un caso de psicoterapia se entenderá como un proceso en el cual el terapeuta ha ejecutado al menos una sesión con el consultante. (Delgado, 2019).

Tabla 3

Porcentaje de casos por tipología, respecto al total

Tipología	2016 I	2016 II	2017 I	2017 II	2018 I	2018 II	2019 I	2019 II
Individual Adulto	**50%**	**44%**	**61%**	**61%**	**65%**	**64%**	**72%**	**71%**
Individual NNA	24%	25%	27%	28%	26%	27%	21%	21%
Terapia familia	12%	18%	5%	4%	4%	4%	3%	2%
Terapia de pareja	13%	14%	7%	6%	5%	5%	4%	5%
Total, casos	**433**	**632**	**499**	**625**	**583**	**575**	**492**	**529**

Nota: construida con base en Delgado (2016, 2017, 2018, 2019).

Con base en estas cifras, en este trabajo se considera relevante diseñar una guía de intervención basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso para casos de psicoterapia individual adultos, pues es la tipología de psicoterapia que atienden con mayor frecuencia los terapeutas en formación.

En conclusión, resulta necesario e imperativo que los terapeutas en formación del SAP que trabajan desde la Terapia de Aceptación y Compromiso cuenten con una herramienta que contribuya a su aprendizaje y desempeño dentro de la institución. Sobre esta base es que se propone diseñar una guía de consenso clínico para problemáticas psicológicas en adultos dirigida a terapeutas en formación en Terapia de Aceptación y Compromiso del SAP UN.

Teniendo en cuenta este objetivo, y la limitación de recursos humanos y económicos para este, es importante aclarar que esta no es una guía basada en la evidencia, sino una guía de consenso formal, es decir, aunque se basa en información y fuentes basadas en la evidencia no tiene la rigidez y sistematicidad de la revisión literaria y desarrollo de recomendaciones que tiene una guía basada en la evidencia. Esta guía tampoco es un

producto oficial del SAP, sino el producto de un trabajo final de maestría, aunque actualmente se encuentra en revisión en el equipo directivo del SAP UN para decidir si convertirla en una guía oficial del centro de formación. Finalmente, esta guía se centra en la atención clínica individual adulto porque es la tipología de psicoterapia más atendida en el SAP.

Marco Teórico

Como se ha mencionado, la fundamentación teórica de este trabajo estará centrada exclusivamente en el modelo de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), y en dicha medida sus correspondencias con teorías clásicas de aprendizaje, teorías conductuales y cognitivas, así como su relación con otras perspectivas filosóficas y teóricas como la Teoría de Marcos Relacionales (TMR).

Fundamentos Teóricos y Epistemológicos

En primer lugar, es importante definir lo que se ha mencionado como el modelo Contextual Funcional. Este modelo adopta el nombre de su fundamentación epistemológica, conocida como Contextualismo Funcional, el cual resalta por su interés en aquello que se conoce como "el acto que ocurre en un contexto" (Pepper, 1942, citado en Hayes, Strosalh, & Wilson, 1999, p. 18). Este paradigma está formado por 3 componentes esenciales, los cuales son (1) un enfoque en el evento completo, (2) sensibilidad al rol del contexto en la comprensión de la naturaleza y la función de un evento, y (3) una firme comprensión de los criterios de valor del pragmatismo (Hayes, Strosalh, & Wilson, 1999). La unidad de análisis es, un "todo" interactivo, en donde tanto el individuo como las condiciones ambientales, u otros actores, influyen en la ocurrencia de los escenarios ostensibles, y que, en el caso de la psicoterapia, debe tenerse en cuenta de qué manera influye el contexto en la ocurrencia o realización de ciertas conductas o eventos privados (emociones, pensamientos, sensaciones, etc.), todo desde un punto de vista pragmático, que permita delimitar y seleccionar criterios

de verdad en dicho contexto que correspondan con los objetivos que tiene el observador, en este caso, el terapeuta (Pepper, 1942, citado en Hayes, Strosalh, & Wilson, 1999.

Finalmente, dentro de los fundamentos más relevantes de ACT encontramos a la Teoría de los Marcos Relacionales (TMR). Propuesta por Steve Hayes -fundador de ACT- y colaboradores, esta teoría se enmarca desde un punto de vista clínico y psicoterapéutico, centrado en el bienestar psicológico, para proponer maneras de interpretación y explicación del comportamiento y la psicopatología. Así pues, la TMR establece que el comportamiento está mediado por reglas verbales, dichas reglas de lenguaje permiten regular el organismo y las acciones que lleva a cabo a partir de una serie de asociaciones, o relaciones, entre diferentes tipos de reglas, conductas y contextos. De esta manera, se puede decir que, en el paradigma conductual la conducta puede ser gobernada por contingencias o por reglas verbales (Hayes, Strosalh, & Wilson, 1999).

Dichas reglas verbales se construyen con base en marcos de significado sobre los cuales se van a construir relaciones de sentido de diferentes maneras, estas son: (1) marco relacional de *coordinación*, que busca relaciones de igualdad, similitud o identidad, y responde a los artículos de “es”, “igual”, o “semejante a”; (2) marco relacional de *oposición*, el cual responde a relaciones de oposición o contrariedad; (3) marco de *distinción*, que supone responder a un evento de manera diferente según sus particularidades o diferencias con otro en un contexto; (4) marco de comparación, que supone responder a un evento o estímulo comparando con otros y otorgando un valor a dicha diferencia (p. ej. mejor-peor); y (5) marco de jerarquía, ligado a las relaciones de comparación busca otorgar una organización lógica y jerárquica a diferentes estímulos y eventos (Wilson, & Luciano, 2002).

Estos marcos relacionales, o de relaciones, permiten que las personas creen reglas y contextos que regulan conducta a partir del aprendizaje conductual y cognitivo sobre diferentes eventos. Esta regulación de la conducta se ha clasificado en 3 tipos: 1. regulación

de tipo *Pliance*; 2. de tipo *Tracking*; y 3. de tipo *Augmenting*. Cada una de estas formas de regulación de la conducta se definen a continuación.

Pliance: este tipo de regulación se basa en una historia de consecuencias mediadas socialmente, y giran en torno a agradar, o desagradar a otras personas, a menudo también con la noción de aprobación social. De hecho, toma su nombre de la palabra *compliance*, en inglés, y que significa conformidad u obediencia (Hayes, Strosalh, y Wilson, 1999). Este tipo de regulación es arbitraria, y depende de la disponibilidad de un reforzador (positivo o negativo) que otra persona otorga (Wilson, & Luciano, 2002).

Tracking: se basa en la historia de correspondencia entre las reglas verbales y las consecuencias naturales, dada la organización del ambiente, de una acción. Con natural se hace referencia a consecuencias inmediatas y directas de la realización de una acción en el contexto de una actividad (Hayes, Strosalh, y Wilson, 1999).

Augmenting: altera el grado en el que ciertos eventos funcionan como una consecuencia de la conducta (reforzadores o estímulos aversivos). Hay dos tipos de reglas augmentals, aquellas que aumentan el valor de un evento que *ya cumple* un papel como consecuencia funcional para el individuo (*Augmentals* motivadoras), y aquellas que buscan establecer un *nuevo* evento como una consecuencia importante para el individuo (*Augmentals* formativos). Este es el tipo de regulación verbal más complicado, pues busca establecer control sobre consecuencias abstractas, o no experimentadas previamente (Hayes, Strosalh, y Wilson, 1999).

Planteamiento Teórico y Clínico

El concepto principal que aborda ACT a la hora de estructurar su comprensión del ser humano y del bienestar, es el de flexibilidad psicológica. Este concepto se nutre principalmente de seis procesos terapéuticos interrelacionados, que cuentan con sus procesos

contrarios, y que se conocen como “Procesos Patológicos” (Harris, 2009). Los procesos terapéuticos son definidos por Hayes (2006) de la siguiente manera:

Aceptación: Este proceso puede definirse como la apertura a experimentar lo que se está viviendo "completamente y sin defensas” (Hayes, 2006). Es importante remarcar que aceptación no significa querer o gustar de las experiencias internas o las condiciones que se tienen, sino estar abiertos a permitir la ocurrencia de estas. El proceso antagonista de la Aceptación es el de Evitación Experiencial.

Defusión cognitiva: Este proceso permite distanciarse de los propios pensamientos, emociones y sensaciones, para verlos como lo que son: pensamientos, emociones, o sensaciones, experiencias internas que, si bien dan información sobre el mundo externo, no representan una verdad objetiva del mismo. Este proceso permite a las personas observar sus propias experiencias con una actitud de aceptación, atención, y libre de juicios. El proceso antagonista de la Defusión es la Fusión Cognitiva.

Contacto con el momento presente (atención plena): en términos experienciales, este proceso se trata de aprender a experimentar y abrazar lo que sucede en el momento presente, y todo lo que viene con ello, incluso las experiencias indeseadas. También implica la conexión con el aquí y ahora desde los sentidos. Su proceso antagonista se conoce como Dominio del pasado o futuro conceptualizados.

Yo como contexto: Dentro de la terminología de ACT existen tres maneras de verse a sí mismo: (1) Yo como contenido, el cual contiene las descripciones y evaluaciones verbales sobre sí mismo, (2) Yo como proceso, que refiere a la capacidad para ser consciente de lo que se está viviendo momento a momento, o la sensación de poder notar los propios procesos psicológicos y (3) Yo como contexto (o como perspectiva), esta es una noción trascendente del yo, pues no cuenta con contenido verbal, más bien puede entenderse como el lugar en el

que se realizan las observaciones de sí mismo y de los eventos privados. El proceso antagonista se puede definir como Apego al Yo conceptualizado.

Valores: pueden entenderse como aquellas direcciones de vida sobre las que se quiere orientar el sentido del yo, así como el rumbo de las decisiones de vida. A diferencia de los objetivos o metas, los valores no necesariamente se encuentran en un futuro, si no que pueden ser vividos en el momento presente. A menudo hacen referencia a cualidades del ser y del hacer. El proceso antagonista se conoce como desconocimiento o perdida de contacto con los valores.

Acciones comprometidas: son comportamientos realizados voluntaria y conscientemente por la persona, que necesariamente refieren y se dirigen a los valores. Su proceso antagonista se conoce como acciones de sufrimiento, acciones no valiosas o inacción.

Marco Empírico

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es uno de los enfoques terapéuticos más ampliamente usados y estudiados en la actualidad, por lo que cuenta con amplio respaldo empírico en diversidad de poblaciones, grupos etarios, contextos, problemáticas, y condiciones psicológicas. Con relación a la investigación desarrollada en el contexto latinoamericano se puede evidenciar una dificultad para acceder a información académica sobre este tema, a menudo por falta de esta, o por mayor distribución de la investigación desarrollada en países como España; aun así, algunos estudios de caso y revisiones sistemáticas de países como México, Perú, o Costa Rica salen a relucir. En Colombia radica la mayor parte de producción académica de la región sobre la ACT y su efectividad, más adelante se profundizará en este sentido.

Hernández (2019) reporta la efectividad de la ACT en un estudio de caso realizado en un consultante de 42 años con diagnóstico de Ansiedad Social. En este estudio de caso la autora y terapeuta uso instrumentos como el Cuestionario de Aceptación y Acción (AQQ), el

Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) (Beck, Steer & Brown, 2011, citados en Hernández, 2019), el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Guillén & Buela, 2011, citados en Hernández, 2019), el Cuestionario de Asertividad de Gambril y Richey (1975, citados en Hernández, 2019), el Cuestionario de vida Plena (VLQ-2) (Wilson & Luciano, 2002, citados en Hernández, 2019), así como de la entrevista clínica. De estas estrategias de evaluación concluyó que su consultante tenía altos niveles de evitación experiencial, así como síntomas graves de depresión, pocas habilidades de asertividad, y resaltaba sobre todo las puntuaciones en ansiedad como rasgo y estado y el cumplimiento de criterios diagnósticos para Ansiedad Social según el DSM-5. El tratamiento consistió en 14 sesiones de psicoterapia basada en la ACT, con objetivos por sesión en cada uno de los seis componentes de la flexibilidad psicológica, así como un entrenamiento en asertividad y activación conductual. Posterior al tratamiento, se realizaron medidas de los mismos instrumentos y una evaluación de seguimiento a los seis meses del fin del tratamiento, estas nuevas medidas permitieron ver que la intervención tuvo un efecto positivo con cambios en todas las áreas, que no solo se mantuvieron en el tiempo, sino que incluso mejoraron aún más luego de seis meses.

Ahora bien, en el contexto colombiano se han desarrollado diferentes investigaciones, revisiones y aplicaciones de este modelo contextual, en cuanto a intervención terapéutica individual para adultos. Se ha podido encontrar aplicaciones de este modelo a diferentes poblaciones como profesionales de la salud, pacientes hospitalizados, personas trans, excombatientes del conflicto armado colombiano, etc. Y abarcando todo tipo de problemáticas, como el Síndrome de Burnout, déficits de comunicación familiar, adherencia al tratamiento médico, entre otros.

Para empezar, uno de estos estudios, centró sus esfuerzos en el mejoramiento de la flexibilidad psicológica -constructo central de la ACT- en 3 personas que hicieron parte de un

grupo armado ilegal en el marco del Conflicto Armado Colombiano. Esta investigación se planteó realizar una intervención individual en cada uno de los participantes, con un diseño de caso único de tipo A-B con seguimiento intrasujeto, para evidenciar efectos de la intervención en la conducta de cada uno de los participantes. Además, evaluó diferentes variables relevantes de la flexibilidad psicológica en los participantes, como evitación experiencial, fusión cognitiva, conducta orientada hacia valores, y habilidades de atención plena. La intervención se realizó en dos momentos: (1) pre-intervención, con un componente psicoeducativo, y (2) intervención individual, en alrededor de 8 semanas. Después de esta intervención se da como resultado que todos los participantes mejoraron su flexibilidad psicológica, evidenciando cambios post-tratamiento en las escalas de aceptación-evitación, habilidades de conciencia plena, defusión cognitiva, y valores (García, 2020).

En la realización de este estudio se utilizaron instrumentos muy conocidos y usados en la investigación de la flexibilidad psicológica y que parten de la base teórica de la ACT, como el Cuestionario de Aceptación y Acción - AAQ-II, el cual es una escala tipo Likert de 7 ítems, y una de las herramientas más ampliamente usadas para la evaluación de la evitación experiencial y de la aceptación psicológica, en la adaptación al español de Ruíz, Langer, Luciano, Cangas, & Beltrán, (2013, citados en García, 2020), a la versión original de Bond et al., (2011, citados en García, 2020) y el cual cuenta con propiedades de consistencia interna y confiabilidad significativas con un Alfa de Cronbach (α) de 0.88.

Otro instrumento relevante en el estudio de la flexibilidad psicológica es el Cuestionario Mindful Attention Awareness Scale – MAAS, que evalúa las habilidades para la atención plena y consciente por medio de una escala tipo Likert de 6 ítems. Para el contexto colombiano se hace uso de la adaptación de Ruiz, Suárez-Falcón & Riaño-Hernández (2016, citados en García, 2020), a la versión original de Brown & Ryan, (2003, citados en García,

2020); dicha adaptación ha demostrado ser un instrumento fiable y válido para la evaluación de estos constructos (α= 0.92).

En línea con lo anterior, otro instrumento relevante es el Cognitive Fusion Questionnaire – CFQ, el cual evalúa la fusión cognitiva de los participantes, también con una escala tipo Likert de 7 ítems, la adaptación colombiana de Ruiz, Suárez, Riaño y Gillanders (2016, citados en García, 2020) demostró una validez y confiabilidad significativas en muestras clínicas y no clínicas (α= 0.89 y α= 0.93, respectivamente).

Finalmente, el instrumento Valuing Questionnaire – VQ se propone a medir el seguimiento de una vida valiosa y la influencia de la ACT en lograr cambios respecto a esto en sus intervenciones, consta de dos subescalas (Obstrucción y Progreso) abordadas en 10 ítems de tipo Likert de 6 puntos. Se usa la adaptación colombiana de Ruiz, Suárez-Falcón, Riaño-Hernández & Gil - Luciano (en revisión, citados en García, 2020) de la versión original de Smout, Davies, Burns, & Christie (2014, citados en García 2020), y la cual cuenta con una confiabilidad y validez (α= 0.84+).

Por otro lado, un estudio de la Universidad Javeriana se propuso a realizar una intervención similar a la mencionada anteriormente, pero en población adulta de personas con identidad de género trans. Esta investigación se dio a la tarea de identificar el efecto de una intervención basada en la ACT sobre los repertorios de flexibilidad psicológica de cinco personas trans, en los seis componentes que forman parte de dicho constructo (Valores, Aceptación, Defusión Cognitiva, conexión con el presente, Yo como contexto, y acciones comprometidas). Por medio de un diseño de caso único de tipo A-B se realizó una intervención individual, que mostró un aumento en la flexibilidad psicológica de los participantes, y en particular, en la aceptación emocional y el aumento de comportamientos orientados hacia valores personales (Lasso, 2016).

En cuanto al entorno de trabajadores y profesionales de la salud, dos estudios recientes salen a relucir, ambos teniendo como objetivo la aplicación de la ACT al Síndrome de Burnout; el primero de ellos es una intervención individual dirigida a profesionales que realizan atención psicosocial a personas participantes del Conflicto Armado Colombiano, y que se encuentran en proceso de reintegración a la vida civil.

En este estudio se realizó una evaluación e intervención individual a varios profesionales de la salud mental, con un diseño de caso único intrasujeto, para analizar el efecto de una intervención centrada en la flexibilidad psicológica sobre las manifestaciones del síndrome de Burnout. Para esto se realizaron algunas evaluaciones pre y post-tratamiento, con instrumentos como el Cuestionario de actitudes ante el trabajo (Esparza, Guerra y Martínez, 1995, citados en Aguirre, 2012), el Cuestionario de aceptación y acción (Barraca, 2004, citado en Aguirre 2012), y Hexaflex (Wilson, 2006, citado en Aguirre, 2012), así como algunos autorreportes y formatos de formulación clínica (Muñoz & Novoa-Gómez, 2010, citados en Aguirre, 2012). El resultado de esta intervención fue satisfactorio en cuanto a los objetivos, pues se analizó que el síndrome de Burnout se presentaba como patrón de evitación experiencial, y en ese sentido la intervención de la ACT resulto efectiva (Aguirre, 2012).

Por su parte, Hoyos y Peña (2015) realizaron una intervención similar a la anterior, en la cual participaron 4 mujeres auxiliares de enfermería, que realizaban labores de cuidado a pacientes con discapacidad física en una fundación de la ciudad de Bogotá. Este estudio partió de un diseño cuasiexperimental de caso único tipo A-B, con seguimiento y reporte adicional al tratamiento, y estuvo soportado por un diseño cuasiexperimental de tipo pretest-postest que corrobora los efectos de la intervención en las participantes. Para la realización de la investigación se tuvo en cuenta 3 momentos: (1) una fase de evaluación en la cual se buscó relacionar información laboral y personal con síntomas de características burnout (2) una fase de intervención, en la que se aplicaron diferentes técnicas y actividades de la ACT; y (3) una

fase de seguimiento, un mes después de la finalización de la intervención. Este estudio evaluó, entre otras cosas, percepción subjetiva de malestar, capacidad de aceptación/evitación, habilidades de conciencia plena, síntomas de burnout, y flexibilidad psicológica. Los instrumentos usados para tal fin fueron el cuestionario de aceptación y acción (AAQ), el cuestionario de las cinco facetas de mindfulness (FFMQ) y el inventario Maslach para el desgaste profesional (MBI). Durante un procedimiento de 14 sesiones (5 de evaluación, 8 de intervención, y 1 de seguimiento), se pudo comprobar que, en general, hubo un aumento considerable de la flexibilidad psicológica, aceptación, y acciones dirigidas a valores, así como un aumento en habilidades de conciencia plena, además, disminuyó la sintomatología asociada con el síndrome de Burnout, especialmente la despersonalización.

Báez, Serna, y Vargas (2013) realizaron una intervención para pacientes militares hospitalizados que fueron heridos en combate. Esta investigación buscó evaluar el efecto de una intervención centrada en aceptación y conductas orientadas a valores (dos de los pilares de la ACT) sobre las conductas adherentes al tratamiento en esta población. A través de un estudio de caso único intracaso de tipo A-B con seguimiento, las investigadoras buscaron evaluar algunas variables demográficas, así como llevar un registro conductual por medio de la observación y autorreporte de los participantes, que se encontraban en el momento de la realización del estudio aún en crisis por las lesiones sufridas en combate. Este procedimiento fue realizado en 8 sesiones, con 3 partes: línea base (las primeras tres sesiones), tratamiento (de la cuarta sesión a la quinta), y seguimiento (de la sexta a la octava sesión). En general se encontraron mayores conductas de autocuidado y adherencia al tratamiento como: alimentación saludable, cuidar las heridas, realizar movimientos que aporten a su recuperación, entre otras.

La ACT también se ha usado como intervención para casos de ludopatía. Jiménez (2013) hace un reporte desde un estudio de caso de uno de sus consultantes que presentaba

esta problemática: un hombre casado, de 43 años, con dos hijos y un trabajo estable, que acude a consulta buscando ayuda por su adicción a las máquinas tragamonedas. Mediante un Análisis Funcional y Topográfico el autor y terapeuta logra identificar algunos de los eventos privados y conductas que condicionan esta problemática, por ejemplo, culpa, miedo, evitación, tensión, agitación, o ansiedad. Para abordar el problema principal (de control-evitación), el terapeuta diseña una intervención de 5 sesiones con algunas técnicas como metáforas y ejercicios experienciales que permitan desarrollar habilidades de defusión cognitiva y aceptación psicológica. Al finalizar la intervención, reporta el autor, menor ansiedad al pasar por bares o lugares con máquinas tragamonedas, y ausencia de estas conductas de juego, además, el consultante reportaba en un mejor estado de ánimo.

Una de las aplicaciones más prometedoras para el modelo de la ACT radica en la intervención del Trastorno de Evitación Experiencial, el cual se caracteriza por "el exceso de control de las experiencias privadas (sensaciones corporales, pensamientos o emociones) y de los contextos que dan lugar a estos eventos privados" (Ribero-Marulanda, & Agudelo-Colorado, 2016, p. 30).

Así, Ribero-Marulanda, y Agudelo-Colorado (2016) diseñaron una intervención terapéutica de tipo individual para un par de mujeres adultas, que presentan esta problemática. El estudio se desarrolló con un diseño de caso único intrasujeto con seguimiento A-B, con evaluaciones pre y post-tratamiento. Los instrumentos usados fueron el cuestionario AAQ-II-9 ya mencionado, en la versión de Barraca (2004, citado en Ribero-Marulanda, & Agudelo-Colorado, 2016), y el Hexaflex, mencionado anteriormente, en la versión de Wilson (2007, citado en Ribero-Marulanda, & Agudelo-Colorado, 2016. El procedimiento de intervención contó con 11 sesiones, 4 de evaluación, y 7 de intervención; aunque no se siguió una estructura rígida para cada sesión, sí se abordaron tres componentes principales en las mismas: (1) ejercicios de mindfulness, (2) aplicación de metáforas y (3)

ejercicios experienciales. Al finalizar la intervención se evidenció un aumento significativo en todas las dimensiones de flexibilidad psicológica, reduciendo así problemáticas conductuales relacionadas dicha evitación.

A pesar de que la ACT es reconocida como una terapia experiencial, y a menudo se asocian este tipo de intervenciones con los espacios de terapia cara a cara, el mundo moderno y la tecnología han abierto diferentes espacios de intervención, como la psicoterapia online. Sierra, Ruiz, y Flórez (2018), llevaron a cabo una revisión sistemática sobre la efectividad de las intervenciones terapéuticas basadas en la ACT para el abordaje de la depresión, a través de intervenciones en-línea. Esta revisión realizó diferentes análisis estadísticos sobre una muestra de 9 investigaciones europeas que realizaron adaptaciones de la ACT a los medios digitales para el tratamiento de trastornos o síntomas depresivos, la totalidad de los estudios abordados fueron del tipo de Ensayos Clínicos Aleatorizados (RCT, por sus siglas en inglés), en donde se contrastaron los grupos experimentales con grupos de control en lista de espera difiriendo únicamente en el número de grupos experimentales (uno o dos), y en las cuales se realizaron intervenciones con un promedio de 8-9 sesiones. En esta revisión se pudo evidenciar la alta efectividad que tuvo, en promedio, este tipo de intervenciones desde terapias de tercera generación, incluida la ACT.

Para concluir, se puede afirmar que: la investigación sobre la ACT amplia y sigue aumentando, que esta terapia ha sido estudiada y adaptada efectivamente al contexto latinoamericano y colombiano, y que es una de las terapias contextuales funcionales con mayor evidencia.

Objetivos

General

Diseñar una guía de consenso clínico para problemáticas psicológicas en adultos dirigida a terapeutas en formación en Terapia de Aceptación y Compromiso del Servicio de Atención Psicológica de la Universidad Nacional de Colombia.

Específicos

Exponer recomendaciones para la evaluación e intervención de problemáticas psicológicas en adultos desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).

Exponer los procesos de flexibilidad psicológica a trabajar desde la Terapia de Aceptación y Compromiso ACT, así como algunas herramientas para abordarlos.

Ofrecer un contexto general que oriente la práctica clínica desde el modelo de la ACT y apoye la comprensión y desarrollo de habilidades necesarias de los terapeutas en formación.

Presentar algunas herramientas de intervención específicas para cada uno de los procesos de flexibilidad psicológica que aborda esta terapia.

Recomendar cuestionarios y otras formas de medir el cambio en el patrón de inflexibilidad psicológica y evitación experiencial de los consultantes.

Considerar las dificultades más frecuentes en el trabajo desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y algunas recomendaciones para manejarlas.

Beneficiarios

Este trabajo está dirigido a terapeutas en formación del Servicio de Atención Psicológica de la Universidad Nacional de Colombia que trabajan desde la Terapia de Aceptación y Compromiso y que actualmente, no cuentan con una guía de intervención clínica que refuerce la orientación de su práctica clínica.

Metodología

Esta guía (ver Apéndice A) ha sido desarrollada con base en la Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia. Dicha guía estructura en pasos organizados las metodologías internacionales para el desarrollo, adaptación y evaluación de Guías de Práctica clínica (GPC) y para la realización de estudios de evaluación económica en salud aplicables para Colombia. Aquí las guías de práctica clínica o guías de intervención se consideran la versión preliminar de una guía de atención integral que incluye la evaluación económica (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia [Minsalud], 2014).

Según los tipos de GPC que se definen en Minsalud (2014) la presente es una guía de consenso. Es de consenso formal porque se basa en la experiencia clínica del grupo desarrollador y la evidencia científica y porque fue sometida a evaluación crítica y validación de los terapeutas del SAP y de jueces expertos, sin embargo, los acuerdos y las recomendaciones fueron desarrolladas mediante métodos de consenso informal, debido a la limitación de recurso humano y económico, puesto que, el grupo desarrollador fue monodisciplinario y el proceso de consenso no fue estructurado o sistemático.

Fases del análisis de consenso

Conformación del equipo desarrollador

El grupo desarrollador se conformó debido a la confluencia de la identificación de un problema a resolver: la inexistencia de una guía de intervención clínica que guiara a los terapeutas en formación del SAP que trabajan desde la ACT. El grupo desarrollador estuvo integrado por dos psicólogos: el experto en Terapia de Aceptación y Compromiso Mg. Oscar Mauricio Gallego Villa y la candidata a Magister en Psicología Clínica, Angie Corredor Barón. Como líder de grupo se eligió a Mauricio dada su mayor experticia en el tema.

Selección de la literatura y evidencia científica

Ambos miembros se reunieron en dos ocasiones para seleccionar, con base en su experiencia clínica e investigativa, la evidencia y literatura pertinente a partir de la cual redactar las recomendaciones clínicas de la presente. Primero se hizo una exploración de literatura por sobre la evidencia empírica que respalda a la ACT como psicoterapia basada en la evidencia con sustento de efectividad para intervenciones clínicas de problemáticas psicológicas en adultos del contexto latinoamericano y colombiano, se acordaron las fuentes a usar y con base en ellas se construyó el marco empírico. Para tal revisión se realizó una búsqueda de literatura y revisiones bibliográficas en bases de datos y motores de búsqueda como: Redalyc, Dialnet, La Referencia, Scielo, y Google Scholar. Además, dentro de esta búsqueda se tuvo en cuenta solo aquellos artículos publicados entre el 2010 y el 2020, priorizando los artículos publicados desde el 2015 y que fueran realizados en el contexto colombiano y latinoamericano. Estas búsquedas se realizaron con los siguientes descriptores en las ecuaciones de búsqueda: Terapia de Aceptación y Compromiso, Acceptance & Commitment Therapy, ACT, Psicoterapia, Efectividad, Intervención. Es importante destacar que los artículos seleccionados corresponden a las intervenciones o aplicaciones de ACT para adultos, en formato de terapia individual. Fueron excluidos los artículos con intervenciones grupales, de pareja, de familia, o realizadas en niños y adolescentes. La investigación reseñada a continuación es de distinta naturaleza y abarca estudios con un diseño intrasujeto de tipo A-B, estudios de caso, y metaanálisis; otro tipo de estudios no son de fácil acceso en el contexto latinoamericano o colombiano.

La selección de los artículos científicos corresponde a los siguientes criterios: diseños experimentales, cuasiexperimentales, estudios de caso, revisiones sistemáticas, o metaanálisis de intervenciones basadas en la ACT a nivel individual en personas mayores de 18 años y en contextos latinoamericanos, priorizando el contexto colombiano. Aquellas investigaciones que no cumplieran con dichas características fueron descartadas (p. ej. intervenciones

grupales, intervenciones en niños, o adolescentes, intervenciones basadas en otros enfoques terapéuticos, entre otras).

Luego, en la segunda reunión cada miembro propuso autores y obras representativas de la ACT sobre las cuales redactar las recomendaciones clínicas relevantes para el contexto del Servicio de Atención Psicológica de la Universidad Nacional de Colombia. Se acordó contar con literatura actualizada, desde el 2010 en adelante e incluir los pioneros de la ACT y de otros modelos que la fundamentan. Con base en dicha literatura se construyó el marco teórico de la guía.

Redacción de las recomendaciones

De acuerdo con las necesidades de formación de los terapeutas en formación del SAP, se establecieron como preguntas iniciales orientadoras para la construcción de la presente guía las siguientes: ¿Cuáles son las bases filosóficas y contextuales de la ACT? ¿Cómo se realiza y formula la evaluación clínica en la ACT? ¿Qué, para qué y cómo se interviene en la ACT?

Por otra parte, el grupo desarrollador acuerda basar la guía en el trabajo no publicado del profesor Oscar Mauricio Gallego Villa (Gallego, 2020) cuya adaptación del procedimiento de intervención desde la ACT para el contexto particular del Servicio de Atención Psicológica contiene cuatro pasos:

- Establecimiento del contexto relacional.
- Evaluación y formulación clínica.
- Entrenamiento de las habilidades de flexibilidad psicológica al servicio de los valores.
- Realización del cierre y seguimiento.

Con base en esos dos acuerdos se estableció la estructura general de la guía y se seleccionó la literatura que ayudará a responder dichas preguntas, incluyendo diferentes autores e

identificando puntos comunes y diferenciales en las diferentes fuentes de información, para luego sintetizarlos en las recomendaciones clínicas.

En las reuniones ambos miembros discutían acerca de las recomendaciones pertinentes para el contexto del SAP y la población objetivo, se tomaba nota de los consensos centrales y luego la integrante Angie Corredor redactaba las recomendaciones con base en dichos consensos y la literatura revisada.

En reuniones posteriores se revisaban dichas recomendaciones y se discutía sobre su profundidad, claridad, pertinencia, alcance para decidir si se aprobaban, eliminaban o modificaban. Siempre se señalaba la necesidad de contar con respaldo de diferentes fuentes de información y autores expertos de la ACT para dichas recomendaciones y la necesidad de ajustarlas al contexto particular de los terapeutas en formación del SAP.

Preparación del documento preliminar

Una vez construidas las recomendaciones clínicas y sometidas a revisión por el grupo desarrollador, se preparó el documento preliminar de la guía de intervención para socializarlo con la población objetivo, es decir, los terapeutas en formación del SAP. Se les convocó a una reunión de socialización de la guia y se les envío el documento una semana antes indicando la necesidad de lectura previa a la reunión. Además, se les explicó el objetivo de la reunión y la forma en que ellos participarían.

Validación de la guía

Finalmente, el plan de validación de la guía se estableció según los lineamientos expuestos en Minsalud (2014) y los recursos económicos y humanos con los que se contaba para el diseño de la guía. Como métodos de validación se eligieron los siguientes: primero, la socialización presencial y digital con los usuarios objetivo de la guía, es decir, con los terapeutas en formación del SAP. Segundo, la validación por parte de pares externos, es decir, la evaluación de la calidad de la guía por parte de jueces expertos.

Para la socialización con los terapeutas de formación, se realizó una exposición sobre la guía y se les envío el documento. Luego, se realizó la recolección de opiniones por medio del formato de opinión, en consonancia con los lineamientos de Minsalud (2014). Como indica (Minsalud, 2014), dichos formatos de opinión se organizaron en la Matriz de agregación y calificación de opiniones, en la que se clasificó cada opinión en las siguientes categorías: edición (ortografía, redacción), solicitud de aclaración de términos, aporte, comentario positivo o comentario negativo. Se decidió si incluir o no cada opinión según su claridad y relevancia. Con base en dichas opiniones se modificó y ajustó la primera versión de la guía. A los participantes se les envío respuesta sobre qué se hizo respecto a su opinión, junto con la versión modificada de la guía.

Respecto a la validación por pares externos, se convocaron 3 expertos en la ACT y/o en metodología de desarrollo de guías de práctica clínica, para que evaluaran la claridad, calidad y utilidad de la presente. Los jueces expertos fueron: Juan David Camargo, Esp. En Psicología de la Universidad Konrad Lorenz, Karen Martínez Pineda, Mg. en Psicología de la Universidad Nacional de Colombia y Michael Armando Chaparro, Mg. en Psicología de la Universidad Nacional de Colombia. Los criterios de selección de los evaluadores para considerarlos expertos fueron: psicoterapeutas con formación en posgrado que ejerzan su práctica clínica desde la ACT y otras terapias conductuales contextuales y/o, que trabajen en la investigación y enseñanza de este modelo psicoterapéutico. A los jueces se les envío un documento de instrucciones y el código y formato de declaración de intereses indicado por Minsalud (2014), los tres jueces afirmaron no tener ningún conflicto de interés que les impidiera participar como evaluadores de la presente guía.

El instrumento de evaluación de la guía que se usó con los jueces expertos fue el AGREE GRS. Según Minsalud (2014) el instrumento predilecto para evaluar guías de práctica clínica en Colombia y a nivel internacional es el AGREE II, sin embargo, Minsalud

(2017) recomienda el AGREE GRS, derivado del anterior, para evaluar guías que se han desarrollado con recursos humanos y económicos limitados y, en el contexto de instituciones pequeñas, como es el caso de la presente guía. El AGREE GRS - Appraisal of Guidelines For Research & Evaluation. Global Rating Scale, contiene 4 ítems fundamentales que evalúan: el proceso de elaboración, el estilo de presentación, la integridad de la información y la validez clínica. Además, evalúa globalmente la calidad y utilidad de la guía. Finalmente, el AGREE GRS permite que los evaluadores dejen comentarios sobre sus juicios de evaluación u opiniones sobre la guía. (Brouwers et al., 2012). Al igual que las opiniones y comentarios que hicieron los terapeutas en formación en la primera fase de validación, las opiniones de los jueces expertos se clasificaron en las mismas categorías: edición (ortografía, redacción), solicitud de aclaración de términos, aporte, comentario positivo o comentario negativo y se decidió si incluir o no cada opinión según su claridad y relevancia, haciendo así, una última modificación a la guía para obtener la versión final que se encuentra en este trabajo.

Dado que el AGREE GRS no cuenta con traducción oficial al idioma español, se realizó una traducción propia basada en el instrumento AGREE II. Dicha traducción se hizo con el fin de estandarizar las instrucciones e ítems del instrumento, evitando interpretaciones o traducciones propias y diferenciadas por parte de los evaluadores. Además, a los evaluadores se les compartió la versión original en inglés del instrumento para que dieran su percepción acerca de la traducción realizada.

Resultados

Primera Validación

En total se recibieron 80 opiniones de parte de seis de los siete terapeutas en formación del SAP UN que actualmente realizan su práctica clínica con base en la Terapia de Aceptación y Compromiso. De los anteriores, 4 son estudiantes de Maestría y dos son

estudiantes de pregrado. De esas 80 opiniones, 60 fueron sobre edición, las cuales sugerían hacer cambios sobre la redacción, estilo, correcciones de citación y uso de las normas APA. De esas 60 opiniones de edición fueron incluidas 57. Además, se recibieron 5 solicitudes de aclaración de términos a las que se les dio respuesta en la guía y, 9 aportes que fueron incluidos en su totalidad. Finalmente, se recibieron 2 comentarios positivos y 4 comentarios negativos. Con base en estas opiniones la guía fue modificada, mejorando su redacción, su claridad y carácter orientador, así como su soporte teórico.

Segunda Validación

Tras la evaluación de la guía por parte de los tres jueces expertos mediante el instrumento AGREE GRS, los resultados se analizaron en dos direcciones: un análisis cuantitativo y uno cualitativo, este segundo derivó en nuevas modificaciones a la guía centradas principalmente en correcciones de redacción y la adición de ejemplos de práctica clínica que facilitaran la comprensión de la guía.

Análisis Cuantitativo

Con base en las instrucciones de análisis del instrumento AGREE GRS se obtuvo una puntuación de calidad por cada ítem del instrumento y una puntuación de calidad global. Dichas puntuaciones no tienen una interpretación propia, resultan útiles para comparar la calidad de unas guías y otras y, para ayudar al juicio del usuario e instituciones a la hora de considerar el uso de una guía en particular.

Dado que cada ítem del instrumento AGREE GRS se califica mediante una escala Likert de 1 a 7 y, esta guía fue evaluada por tres jueces expertos, en cada ítem la puntuación directa máxima posible era de 21 y la mínima de 3. Mientras que, en la evaluación global, compuesta por tres ítems, la puntuación directa máxima posible es de 63 y la mínima de 9. Para facilitar la comprensión de los resultados se establecieron los siguientes rangos de interpretación para las puntuaciones directas:

Tabla 4

Rangos de interpretación

Rango	PD Ítems (1,2,3 y4)	PD Evaluación global
Bajo	1 - 7	1 - 21
Medio	8 - 14	22 - 42
Alto	15 - 21	43 - 63

Nota: estos rangos se establecieron arbitrariamente para poder interpretar las puntuaciones directas.

Las puntuaciones de calidad obtenidas a partir de la estandarización de los puntajes obtenidos mediante la escala Likert del AGREE GRS, fueron las siguientes:

Tabla 5

Puntuaciones de calidad estandarizadas

Ítem	Puntuación directa	Puntuación estandarizada
Ítem 1	18	83%
Ítem 2	17	78%
Ítem 3	18	83%
Ítem 4	18	83%
Evaluación global	58	91%

Nota: según las indicaciones del AGREE se estandarizan las puntuaciones directas para obtener las puntuaciones de calidad que permiten interpretar el porcentaje total en que la guia cumple con lo evaluado por cada ítem.

Análisis Cualitativo

En total, los jueces expertos hicieron 24 comentarios para complementar sus calificaciones sobre la guía. De estos, 6 se codificaron como opiniones de edición (estilo, ortografía, redacción), 1 como una solicitud de aclaración de términos, 10 se codificaron

como aportes, que recomendaban especialmente añadir ejemplos prácticos para complementar lo teórico, y finalmente, 7 comentarios se codificaron como comentarios positivos que resaltaban las cualidades de la guía como robustez teórica, claridad, utilidad y pertinencia. Todos los comentarios fueron acogidos e incluidos en la guía como modificaciones finales, de las cuáles las más relevantes fueron: añadir más ejemplos prácticos en la guía y la adicionar la sección de "habilidades clínicas del terapeuta" en el primer paso del procedimiento de intervención propuesto en esta guía "establecer el contexto relacional".

Socialización de la versión final de la guía

Tras los resultados de las dos fases de validación (interna y externa) y las modificaciones finales derivadas, se realizó una socialización de la versión final de la guía frente a los usuarios objetivo, es decir, los terapeutas en formación del SAP UN que trabajan desde la Terapia de Aceptación y Compromiso. En total participaron siete terapeutas en formación, tres que habían participado en la primera fase de validación y cuatro nuevos. Dicha socialización permitió no solo mostrar la guía final, sino dar algunas recomendaciones sobre su uso.

Los comentarios recibidos durante la socialización por parte de los terapeutas en formación fueron positivos y resaltaban la importancia de contar con una guía acorde a su modelo de trabajo. Al finalizar dicha socialización, se decidió, conjuntamente, enviar el documento final al equipo directivo del Servicio de Atención Psicológica para que estudien la guía y decidan si acogerla como producto oficial del centro de formación.

Conclusiones y Recomendaciones

La presente guía es un esfuerzo inicial por orientar la formación de los terapeutas que realizan sus prácticas profesionales desde la Terapia de Aceptación y profesionales en el Servicio de Atención Psicológica de la Universidad Nacional. Aunque no se contaban con todos los recursos necesarios para desarrollar una guía oficial basada en la evidencia se

considera que es un inicio relevante que le permitirá al terapeuta lego familiarizarse con la Terapia de Aceptación y Compromiso comprendiendo sus bases teóricas y las dinámicas de intervención más comunes y relevantes.

La Terapia de Aceptación y Compromiso cuenta con amplia validación empírica y ha demostrado que su propuesta transdiagnóstica de psicopatología resulta efectiva. Por lo anterior, la presente guía es aplicable a todos los casos que impliquen problemáticas psicológicas en adultos que estén relacionados con la evitación experiencial e inflexibilidad psicológica y/o que puedan beneficiarse de la flexibilidad psicológica, especialmente, de la construcción de una vida basada en valores.

Finalmente, la presente guía, como todas, requiere una constante verificación, actualización y mejora continua, se recomienda que se haga un proceso de implementación controlado en el que pueda evaluarse el uso real de la guía en procesos terapéuticos supervisados, y a partir de eso, generar modificaciones y/o aportes pertinentes y necesarios.

Referencias

Aguirre, D. (2012). Comprensión e intervención analítica conductual del Síndrome de Burnout en profesionales psicosociales que atienden a personas en proceso de reintegración a la vida civil. (Tesis de Maestría). Pontificia Universidad Javeriana.

Araya, D. (2017). TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA. (Tesis de Posgrado). Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica.

Bach, P., & Moran, D. (2008). ACT in Practice: Case Conceptualization in Acceptance & Commitment Therapy. New Harbinger Publications: California, USA

Báez, A., Serna, N., & Vargas, R. (2013). Cambios de conductas adherentes en el contexto hospitalario a partir de una terapia psicológica basada en aceptación y conducta orientada a los valores en pacientes heridos en combate. Revista Med, 21(2), 12-24

Barraca, J. (2009). Habilidades Clínicas en la Terapia Conductual de Tercera Generación. Clínica y Salud, 20(2), 109-117

Campos, A. (2017). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) al duelo. (Tesis de Pregrado). Universidad de Jaén, España.

Cazorla, C. (2017). Revisión sistemática de la efectividad de la Terapia de Aceptación y Compromiso para pacientes con dolor crónico. (Tesis de Pregrado). Universidad de Jaén, España.

Delgado, H. (2016). RESUMEN EJECUTIVO DE ESTADÍSTICAS 2016-1. Bogotá: Servicio de atención Psicológica SAP, Universidad Nacional de Colombia.

Delgado, H. (2016). RESUMEN EJECUTIVO DE ESTADÍSTICAS 2016-2. Bogotá: Servicio de atención Psicológica SAP, Universidad Nacional de Colombia.

Delgado, H. (2017). RESUMEN EJECUTIVO DE ESTADÍSTICAS 2017-1. Bogotá: Servicio de atención Psicológica SAP, Universidad Nacional de Colombia.

Delgado, H. (2017). RESUMEN EJECUTIVO DE ESTADÍSTICAS 2017-2. Bogotá: Servicio de atención Psicológica SAP, Universidad Nacional de Colombia.

Delgado, H. (2018). RESUMEN EJECUTIVO DE ESTADÍSTICAS 2018-1. Bogotá: Servicio de atención Psicológica SAP, Universidad Nacional de Colombia.

Delgado, H. (2018). RESUMEN EJECUTIVO DE ESTADÍSTICAS 2018-2. Bogotá: Servicio de atención Psicológica SAP, Universidad Nacional de Colombia.

Delgado, H. (2019). RESUMEN EJECUTIVO DE ESTADÍSTICAS 2019-1. Bogotá: Servicio de atención Psicológica SAP, Universidad Nacional de Colombia.

Delgado, H. (2019). RESUMEN EJECUTIVO DE ESTADÍSTICAS 2019-2. Bogotá: Servicio de atención Psicológica SAP, Universidad Nacional de Colombia.

Domingo, G. (2019). Terapia de Aceptación y Compromiso en el tratamiento de la ansiedad social: una revisión sistemática. (Tesis de Pregrado). Universidad de Jaén, España.

García, A. (2020). EFECTO DE UNA GUÍA DE INTERVENCIÓN BASADA EN LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO SOBRE LA FLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA EN EXCOMBATIENTES COLOMBIANOS. (Tesis de Maestría). Universidad Católica de Colombia.

García, A., & Tamayo, J. (2018). Revisión sistemática sobre la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el tratamiento psicológico de pacientes con cáncer. Psicooncología, 16(1), 101-125

García-Montes, J., & Pérez-Álvarez, M. (2005). Fundamentación experimental y primeras aplicaciones clínicas de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en el campo de los síntomas psicóticos. Revista Latinoamericana de Psicología, 37(2), 379-393

García, R. (2016). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en adultos mayores con depresión. (Tesis de Pregrado). Universidad de Jaén, España.

Harris, R. (2009). ACT Made Simple: An Easy-to-Read Primer on Acceptance and Commitment Therapy. New Harbinger Publications: California, USA.

Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (1999). Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change. The Guilford Press: New York, USA.

Hernández, A. (2019). Intervención desde la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Activación Conductual en un caso de ansiedad social. Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales, 10(2), 156-171

Hoyos, W., & Peña, T. (2015). Efecto de los elementos de la Terapia de Aceptación y Compromiso sobre conductas relacionadas con el estrés laboral en auxiliares de enfermería cuidadores de personas con discapacidad física. (Tesis de Maestría). Pontificia Universidad Javeriana.

Lasso, R. (2016). Cambios en los repertorios de flexibilidad psicológica en personas trans a partir de una intervención basada en la terapia de aceptación y compromiso -ACT-. (Tesis de Maestría). Pontificia Universidad Javeriana.

Mazzei, M., Pineda, J., & Toledo, C. (2019). Eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso en el Trastorno de Ansiedad Generalizada: Una revisión sistemática. (Tesis de Pregrado). Universidad de La Laguna, España.

Menárguez, M. (2014). La Terapia de Aceptación y Compromiso en trastornos de la conducta alimentaria. (Tesis de Pregrado). Universidad Miguel Hernández, España.

Ministerio de Salud y Protección Social- Minsalud. (2014). Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano. Versión completa final.

Ministerio de Salud y Protección Social- Minsalud. (2017). GUÍA METODOLÓGICA PARA LA ADOPCIÓN - ADAPTACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA BASADAS EN EVIDENCIA. https://gpc.minsalud.gov.co/recursos/SitePages/elaboracion_economica.aspx

Perea-Gil, L. (2017). La terapia de aceptación y compromiso para los trastornos por abuso y dependencia de sustancias psicoactivas: una revisión descriptiva. Drugs and Addictive Behavior, 2(1), 99-121.

Ribero-Marulanda, S., & Agudelo-Colorado, L. (2016). La aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en dos casos de evitación experiencial. Avances en Psicología Latinoamericana, 34(1), 29-46

Servicio de Atención Psicológica. (17 de junio de 2020). SAP UN Servicio de Atención Psicológica. Obtenido de http://www.humanas.unal.edu.co/2017/extension/servicio-de-atencion-psicologica/servicios/terapia-psicologica

Sierra, M., Ruiz, F., & Flórez, C. (2018). A Systematic Review and Meta-Analysis of Third-Wave Online Interventions for Depression. Revista Latinoamericana de Psicología, 50(2), 126-135

Wilson, K., & Luciano, C. (2002). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Un tratamiento conductual orientado a los valores. Ediciones Pirámide: Madrid, España.

Apéndice A. Guía de Intervención Clínica

Guía de consenso clínico para problemáticas psicológicas en adultos dirigida a terapeutas en formación en Terapia de Aceptación y Compromiso del Servicio de Atención Psicológica de la Universidad Nacional de Colombia

Angie Lizbeth Corredor Barón

Director:

Mag., Óscar Mauricio Gallego Villa

Maestría en Psicología

Profundización en Clínica

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Ciencias Humanas

Servicio de Atención Psicológica

Bogotá, Colombia

2021

TABLA DE CONTENIDO

PROPÓSITO DE LA GUÍA 43

POBLACIÓN OBJETO Y ALCANCE 43

METODOLOGÍA DE CONSTRUCCIÓN Y EVIDENCIA 45

ANÁLISIS CUANTITATIVO 50
ANÁLISIS CUALITATIVO 51

ASPECTOS CONCEPTUALES Y FILOSÓFICOS 52

DEFINICIÓN DE DA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT) 52
EVIDENCIA EMPÍRICA DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO 52
CONTEXTUALISMO FUNCIONAL 60
CONDUCTISMO RADICAL 61
Análisis de la Conducta y su Relación con la Psicología del Aprendizaje 61
Condicionamiento Respondiente y/o Aprendizaje por Asociación 62
Condicionamiento Operante: Aprendizaje a Partir de las Consecuencias 64
Conducta Verbal según Skinner 65
Conducta Gobernada por Reglas según Skinner 66
TEORÍA DE LOS MARCOS RELACIONALES (TMR) 67
Conducta Gobernada por Reglas según la TMR 69
MODELO DE INFLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA 71

PROCESO PSICOTERAPÉUTICO 72

ESTABLECER EL CONTEXTO RELACIONAL 73
Entrevista de Admisión o Primera Sesión 73
Presentación de la ACT 74
Vínculo terapéutico en la ACT 77
Habilidades clínicas del terapeuta 82
EVALUACIÓN Y FORMULACIÓN CLÍNICA. 86
Perspectiva de evaluación desde el análisis funcional 86
Pasos y Recursos de evaluación 89
Recoger la información clínica inicial. 89
Analizar el problema funcionalmente 90
Identificar el perfil de inflexibilidad psicológica. 92
Realizar la formulación clínica. 93
ENTRENAR LAS HABILIDADES DE FLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA AL SERVICIO DE VALORES 95
Mindfulness o Atención Plena en la ACT 95
Seis Procesos de la Flexibilidad Psicológica 96
Aceptación Psicológica. 97
Definición. 97
Propósito y Cuándo Trabajar. 98
Recomendaciones. 98
Defusión Cognitiva. 104
Definición. 104

Propósito y Cuándo Trabajar. 105
Recomendaciones. 106
Conciencia del Momento Presente. 109
Definición. 109
Propósito y Cuándo Trabajar. 109
Recomendaciones. 110
Yo como Contexto. 112
Definición. 112
Propósito y Cuándo Trabajar. 114
Recomendaciones. 115
Conexión con Valores. 118
Definición. 118
Propósito y Cuándo Trabajar. 119
Recomendaciones. 120
Acciones Comprometidas. 125
Definición. 125
Propósito y Cuándo Trabajar. 126
Recomendaciones. 127
REALIZAR EL CIERRE Y SEGUIMIENTO 135
Cierre *135*
Seguimiento *141*

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN: KIT DE HERRAMIENTAS DE INTERVENCIÓN 143

ALGORITMO 152

REFERENCIAS 153

APÉNDICE A. INSTRUCTIVO DE FORMULACIÓN CLÍNICA CONTEXTUAL 159

APÉNDICE B. FORMATO DE FORMULACIÓN CLÍNICA CONTEXTUAL 166

APÉNDICE C. LISTADO DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN Y RECURSOS WEB SUGERIDOS 171

LISTADO DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN 171
LISTADO DE RECURSOS WEB 171

APÉNDICE D. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN ACT 172

AAQ-II 172
BAFT 174
CFQ 176
GPQ-9 177
GTQ 179
MAAS 181
VQ 183

Propósito de la Guía

Se espera con esta guía cumplir los siguientes objetivos:

Exponer recomendaciones para la evaluación e intervención de problemáticas psicológicas en adultos desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).

Presentar algunas herramientas de intervención específicas para cada uno de los procesos psicológicos que aborda esta terapia.

Ofrecer un contexto general que oriente la práctica clínica desde el modelo de la ACT y apoye la comprensión y desarrollo de habilidades derivadas del mismo en los terapeutas en formación.

Población Objeto y Alcance

Las recomendaciones presentadas en esta guía son dirigidas a terapeutas en formación que trabajen desde la Terapia de Aceptación y Compromiso. Su adaptación se enmarca en el contexto de formación del Servicio de Atención Psicológica (SAP) de la Universidad Nacional de Colombia. Cabe destacar que desde el enfoque del Contextualismo Funcional, al que pertenece la ACT, no existen razones para diferenciar la intervención basada en el diagnóstico, sino en el perfil de inflexibilidad psicológica y patrón de evitación experiencial de cada persona, ambos identificados mediante el análisis funcional de la conducta. Es por esta razón que una vez realizado el análisis funcional se definen las conductas clínicamente relevantes, los objetivos y el proceso de intervención. Por lo anterior, esta guía resulta orientativa para abordar cualquier problemática psicológica en población adulta, exceptuando aquellas que el SAP excluye mediante sus criterios de no admisión: trastornos de la conducta alimentaria, adicciones y alteraciones psiquiátricas sin seguimiento por parte de esa especialidad (Servicio de Atención Psicológica [SAP], 2021).

Esta guía se enfoca en la modalidad de intervención más solicitada en el SAP en los últimos 5 años: psicoterapia individual adultos (SAP, 2019) Modalidades como

intervenciones en pareja, familia o con niños, niñas y adolescentes (NNA) requieren adaptaciones particulares y entrenamiento de habilidades adicionales que esta guía no aborda. Es preciso aclarar que en SAP (2008) se encuentra una Guía de Análisis Clínico del Comportamiento enfocada en el modelo de evaluación clínica propuesto por el interconductismo: análisis contingencial de la conducta. Aunque dicha guía menciona algunos aspectos de evaluación e intervención desde la ACT, no profundiza en ellos. Finalmente, dicha guía propone decidir el método de intervención entre métodos tradicionales de modificación de la conducta o intervenciones basadas en la ACT según si las conductas clínicamente relevantes están gobernadas por contingencias directas o por reglas verbales (SAP, 2008). De lo anterior, podría entenderse que la ACT no aborda ambas conductas o que en la realidad experiencial de una persona ambas conductas son definitivamente diferenciables y no relacionadas.

En la ACT, las diferencias de intervención surgen a partir de las conductas que son susceptibles de intervenir en las sesiones o fuera de ellas, mediante la manipulación directa de contingencias o la transformación del marco relacional que las gobierna. Ambas son susceptibles de intervención desde la ACT, dado que esta mantiene los fundamentos de la ciencia conductual, es decir, los métodos de modificación de la conducta tradicionales y, desde su modelo funcional de flexibilidad psicológica amplía el alcance de intervención hasta las conductas verbales y gobernadas por reglas (Hayes y Hofmann, 2018; Hayes et al., 2014). Por todo lo anterior, se considera necesario trabajar en el diseño de una nueva guía de intervención que se enfoque en los principios de evaluación e intervención desde la Terapia de Aceptación y Compromiso.

Metodología de Construcción y Evidencia

Esta guía ha sido desarrollada con base en la Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia. Aquí las guías de práctica clínica o guías de intervención se consideran la versión preliminar de una guía de atención integral que incluye la evaluación económica (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia [Minsalud], 2014).

Según los tipos de GPC que se definen en Minsalud (2014) la presente es una guía de consenso clínico formal, pues se basa en evidencia empírica y literatura científica, además, fue sometida a evaluación critica y validación por la población objetivo y jueces expertos, sin embargo, sus métodos de consenso no son estructurados ni sistemáticos y el grupo desarrollador fue monodisciplinario. El grupo desarrollador estuvo conformado por dos psicólogos con formación y experiencia clínica desde la Terapia de Aceptación y Compromiso: el experto en ACT, Mg. Oscar Mauricio Gallego Villa y la candidata a magister en Psicología Clínica, Angie Corredor Barón. Ambos miembros se reunieron para seleccionar, con base en su experiencia clínica e investigativa, la evidencia y literatura pertinente a partir de la cual redactar las recomendaciones clínicas de la presente.

En cuanto a los pasos metodológicos para la creación de la guía, primero se hizo una revisión de evidencia y construcción de marco empírico que muestra a la Terapia de Aceptación y Compromiso como un modelo psicoterapéutico basado en la evidencia. Para tal revisión se realizó una búsqueda de literatura y revisiones bibliográficas en bases de datos y motores de búsqueda como: Redalyc, Dialnet, La Referencia, Scielo, y Google Scholar. Además, dentro de esta búsqueda se tuvo en cuenta solo aquellos artículos publicados entre el 2010 y el 2020, priorizando los artículos publicados desde el 2015 y que fueran realizados en el contexto colombiano y latinoamericano. Estas búsquedas se realizaron con los siguientes descriptores en las ecuaciones de búsqueda: Terapia de Aceptación y Compromiso,

Acceptance & Commitment Therapy, ACT, Psicoterapia, Efectividad, Intervención. Es importante destacar que los artículos seleccionados corresponden a las intervenciones o aplicaciones de ACT para adultos, en formato de terapia individual. Fueron excluidos los artículos con intervenciones grupales, de pareja, de familia, o realizadas en niños y adolescentes. La investigación reseñada a continuación es de distinta naturaleza y abarca estudios con un diseño intrasujeto de tipo A-B, estudios de caso, y metaanálisis; otro tipo de estudios no son de fácil acceso en el contexto latinoamericano o colombiano (ver Tabla 3).

La selección de los artículos científicos corresponde a los siguientes criterios: diseños experimentales, cuasiexperimentales, estudios de caso, revisiones sistemáticas, o metaanálisis de intervenciones basadas en la ACT a nivel individual en personas mayores de 18 años y en contextos latinoamericanos, priorizando el contexto colombiano. Aquellas investigaciones que no cumplieran con dichas características fueron descartadas (p. ej. intervenciones grupales, intervenciones en niños, o adolescentes, intervenciones basadas en otros enfoques terapéuticos, entre otras).

Luego, por medio de consensos basados en los resultados de la revisión de evidencia empírica se seleccionaron las obras y autores expertos en la ACT más representativos, a partir de las cuales se redactaron las recomendaciones clínicas para el contexto del Servicio de Atención Psicológica de la Universidad Nacional de Colombia. Se acordó contar con literatura actualizada, desde el 2010 en adelante e incluir los pioneros de la ACT y de otros modelos que la fundamentan. De acuerdo con las necesidades de formación de los terapeutas en formación del SAP, se establecieron como preguntas orientadoras para la construcción de la presente guía las siguientes: ¿Cuáles son las bases filosóficas y contextuales de la ACT? ¿Cómo se realiza y formula la evaluación clínica en la ACT? ¿Qué, para qué y cómo se interviene en la ACT?

Por otra parte, el grupo desarrollador acuerda basar la guía en el trabajo no publicado del profesor Oscar Mauricio Gallego Villa (Gallego, 2020) cuya adaptación del procedimiento de intervención desde la ACT para el contexto particular del Servicio de Atención Psicológica contiene cuatro pasos:

- Establecimiento del contexto relacional.
- Evaluación y formulación clínica.
- Entrenamiento de las habilidades de flexibilidad psicológica al servicio de los valores.
- Realización del cierre y seguimiento.

Cada recomendación clínica redactada fue revisada por el grupo desarrollador para decidir si aprobarla, eliminarla o modificarla. En su mayoría las recomendaciones fueron redactadas por la Psicóloga Angie Corredor, con base en la literatura revisada y los consensos construidos en las reuniones del grupo desarrollador y Mauricio, el su calidad de líder de grupo se aseguraba que dicha redacción de las recomendaciones sí reflejara la literatura los consensos y estuviera respaldada por evidencia científica.

Finalmente, según los lineamientos expuestos en Minsalud (2014) y los recursos económicos y humanos con los que se contaba para el diseño de la guía, se establecieron como métodos de validación los siguientes: primero, la socialización presencial y digital con los usuarios objetivo de la guía, es decir, con los terapeutas en formación del SAP. Segundo, la validación por parte de pares externos, es decir, la evaluación de la calidad de la guía por parte de jueces expertos.

Para la socialización con los terapeutas de formación, se realizó una exposición sobre la guía y se les envío el documento. Luego, se realizó la recolección de opiniones por medio del formato de opinión, según lineamientos de Minsalud (2014). Como indica (Minsalud, 2014), dichos formatos de opinión se organizaron en la Matriz de agregación y calificación

de opiniones, en la que se clasificó cada opinión en las siguientes categorías: edición (ortografía, redacción), solicitud de aclaración de términos, aporte, comentario positivo o comentario negativo. Se decidió si incluir o no cada opinión según su claridad y relevancia. Con base en dichas opiniones se modificó y ajustó la primera versión de la guía. A los participantes se les envío respuesta sobre qué se hizo respecto a su opinión, junto con la versión modificada de la guía.

En total se recibieron 80 opiniones de parte de seis de los siete terapeutas en formación del SAP UN que actualmente realizan su práctica clínica con base en la Terapia de Aceptación y Compromiso. De los anteriores, 4 son estudiantes de Maestría y dos son estudiantes de pregrado. De esas 80 opiniones, 60 fueron sobre edición, las cuales sugerían hacer cambios sobre la redacción, estilo, correcciones de citación y uso de las normas APA. De esas 60 opiniones de edición fueron incluidas 57. Además, se recibieron 5 solicitudes de aclaración de términos a las que se les dio respuesta en la guía y, 9 aportes que fueron incluidos en su totalidad. Finalmente, se recibieron 2 comentarios positivos y 4 comentarios negativos. Con base en estas opiniones la guía fue modificada, mejorando su redacción, su claridad y carácter orientador, así como su soporte teórico.

Respecto a la validación por pares externos, se convocaron 3 expertos en la ACT y/o en metodología de desarrollo de guías de práctica clínica, para que evaluaran la claridad, calidad y utilidad de la presente. Los jueces expertos fueron: Juan David Camargo, Esp. En Psicología de la Universidad Konrad Lorenz, Karen Martínez Pineda, Mg. en Psicología de la Universidad Nacional de Colombia y Michael Armando Chaparro, Mg. en Psicología de la Universidad Nacional de Colombia. Los criterios de selección de los evaluadores para considerarlos expertos fueron: psicoterapeutas con formación en posgrado que ejerzan su práctica clínica desde la ACT y otras terapias conductuales contextuales y/o, que trabajen en la investigación y enseñanza de este modelo psicoterapéutico. A los jueces se les envío un

documento de instrucciones y el código y formato de declaración de intereses indicado por Minsalud (2014), los tres jueces afirmaron no tener ningún conflicto de interés que les impidiera participar como evaluadores de la presente guía.

El instrumento de evaluación de la guía que se usó con los jueces expertos fue el AGREE GRS, recomendado para evaluar guías que se han desarrollado con recursos humanos y económicos limitados y, en el contexto de instituciones pequeñas, como es el caso de la presente guía. El AGREE GRS - Appraisal of Guidelines For Research & Evaluation. Global Rating Scale, contiene 4 ítems fundamentales que evalúan: el proceso de elaboración, el estilo de presentación, la integridad de la información y la validez clínica. Además, evalúa globalmente la calidad y utilidad de la guía. Finalmente, el AGREE GRS permite que los evaluadores dejen comentarios sobre sus juicios de evaluación u opiniones sobre la guía. (Brouwers et al., 2012). Las opiniones de los jueces expertos se clasificaron en las mismas categorías usadas en la primera fase de validación.

Dado que el AGREE GRS no cuenta con traducción oficial al idioma español, se realizó una traducción propia basada en el instrumento AGREE II. Dicha traducción se hizo con el fin de estandarizar las instrucciones e ítems del instrumento, evitando interpretaciones o traducciones propias y diferenciadas por parte de los evaluadores. Además, a los evaluadores se les compartió la versión original en inglés del instrumento para que dieran su percepción acerca de la traducción realizada.

Tras la evaluación de la guía por parte de los tres jueces expertos mediante el instrumento AGREE GRS, los resultados se analizaron cuantitativa y cualitativamente, el análisis cualitativo derivó nuevas modificaciones como mejorar la redacción y añadir de ejemplos de práctica clínica.

Análisis cuantitativo

Con base en las instrucciones de análisis del instrumento AGREE GRS se obtuvo una puntuación de calidad por cada ítem del instrumento y una puntuación de calidad global. Dichas puntuaciones no tienen una interpretación propia, sino que resultan útiles para comparar la calidad de unas guías y otras y, para ayudar al juicio del usuario e instituciones a la hora de considerar el uso de una guía en particular.

Dado que cada ítem del instrumento AGREE GRS se califica mediante una escala Likert de 1 a 7 y, esta guía fue evaluada por tres jueces expertos, en cada ítem la puntuación directa máxima posible era de 21 y la mínima de 3. Mientras que, en la evaluación global, compuesta por tres ítems, la puntuación directa máxima posible es de 63 y la mínima de 9. Para facilitar la comprensión de los resultados se establecieron los siguientes rangos de interpretación para las puntuaciones directas:

Tabla 1

Rango de interpretación de puntuaciones directas

Rango	**PD Ítems (1,2,3 y4)**	**PD Evaluación global**
Bajo	1 - 7	1 - 21
Medio	8 - 14	22 - 42
Alto	15 - 21	43 – 63

Las puntuaciones de calidad obtenidas a partir de la estandarización de las puntuaciones directas que los jueces expertos asignaron a cada ítem de la guía mediante el instrumento AGREE GRS fueron las siguientes:

Tabla 2

Puntuaciones de calidad a partir del AGREE GRS

Ítem	Puntuación directa	Puntuación estandarizada
Ítem 1	18	83%
Ítem 2	17	78%
Ítem 3	18	83%
Ítem 4	18	83%
Evaluación global	58	91%

Análisis cualitativo

En total, los jueces expertos hicieron 24, de estos, 6 se codificaron como opiniones de edición (estilo, ortografía, redacción), 1 como una solicitud de aclaración de términos, 10 se codificaron como aportes, que recomendaban especialmente añadir ejemplos prácticos para complementar lo teórico, y finalmente, 7 comentarios se codificaron como comentarios positivos que resaltaban las cualidades de la guía como robustez teórica, claridad, utilidad y pertinencia. Todos los comentarios fueron acogidos, a partir de estos se añadieron más ejemplos prácticos en la guía y, adicionó la sección de “habilidades clínicas del terapeuta” en el primer paso del procedimiento de intervención propuesto en esta guía “establecer el contexto relacional”.

Tras los resultados de las dos fases de validación (interna y externa), se realizó una socialización de la versión final de la guía frente a los usuarios objetivo, es decir, los terapeutas en formación del SAP UN que trabajan desde la Terapia de Aceptación y Compromiso. En total participaron siete terapeutas en formación, tres que habían participado en la primera fase de validación y cuatro nuevos. Dicha socialización permitió no solo mostrar la guía final, sino dar algunas recomendaciones sobre su uso.

Aspectos Conceptuales y Filosóficos

Definición de da Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

"El enfoque ACT se basa en una perspectiva contextual funcional de la adaptabilidad y el sufrimiento humano derivada de principios conductistas desarrollados mediante la teoría del marco relacional" (Hayes et al., 2014, p.157). Según Hayes et al. (2014) la ACT propone que los problemas psicológicos y el sufrimiento humano surgen a partir de procesos normales como el lenguaje y el pensamiento; y como consecuencia de la forma evitativa de reaccionar frente a los propios eventos privados. La ACT tiene como objetivo predecir-influir la conducta de las personas para que puedan construir y vivir una vida rica y significativa. Lo anterior, mediante la promoción de procesos como la aceptación, atención consciente, yo contextual, defusión cognitiva, valores y acciones comprometidas que permitan generar flexibilidad psicológica.

Evidencia Empírica de la Terapia de Aceptación y Compromiso

Se presenta a continuación una síntesis de estudios revisados sobre la efectividad y eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), cada uno de los cuales se encuentra descrito tomando en cuenta algunos criterios de la US Agency for Health Research and Quality (AHRQ, 2014), y los lineamientos de la American Psychological Association (APA, 2006) para la práctica psicológica basada en evidencia.

Tabla 3

Evidencia de la Terapia de Aceptación y Compromiso

Estudio	Tipo de Estudio	Descripción	Variables de análisis	Medida de Cambio	Resultados
Hernández (2019)	Estudio de caso	El estudio se realizó con un adulto de 42 años con diagnóstico de Ansiedad Social. Se realizó una intervención basada en ACT de 14 sesiones. Los objetivos giraron en torno al aumento de flexibilidad psicológica, habilidades de asertividad y activación conductual.	Signos de evitación experiencial, sintomatología depresiva, criterios diagnósticos de ansiedad social, y habilidades de asertividad.	Se aplicaron distintas pruebas en formato pre-post, algunas fueron: Cuestionario de Aceptación y Acción (AQQ). Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). Cuestionario de Asertividad. Cuestionario de vida Plena (VLQ-2).	Se obtuvieron medidas favorables en todos los instrumentos y áreas evaluadas al finalizar el proceso psicoterapéutico, y se encontró una mejoría generalizada en un seguimiento realizado 6 meses después de la finalización del proceso.

Estudio	Tipo de Estudio	Descripción	Variables de análisis	Medida de Cambio	Resultados
García (2020)	Estudio Intrasujeto (A-B)	Este estudio tuvo como objetivo promover la mejoría en flexibilidad psicológica de 3 personas excombatientes del conflicto armado colombiano por medio de una intervención basada en ACT de al menos 10 sesiones, con dos etapas (1) psicoeducación, y (2) intervención individual.	Se evaluaron variables propias de Flexibilidad Psicológica, como evitación experiencial, fusión cognitiva, conducta orientada hacia valores, y habilidades de atención plena.	Instrumentos aplicados en formato pre-post: Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II). Cuestionario Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ). Valuing Questionnaire (VQ).	Se encontró una mejoría significativa en cuanto al constructo de flexibilidad psicológica en términos generales, con mejoría en las dimensiones de Aceptación, Atención plena, Defusión cognitiva, y Valores (con resultados dispares y positivos).
Lasso (2016)	Estudio Intrasujeto (A-B)	Este estudio buscó promover la mejoría en flexibilidad psicológica de un grupo de cinco personas adultas con identidad de género trans, a través de una intervención	Se evaluó la intervención en las variables de Flexibilidad Psicológica (Valores, Aceptación,	Instrumentos aplicados en formato pre-post: Índice de Bienestar Psicológico. Cuestionario de los 90 Síntomas. Cuestionario de	Se evidenció una mejoría en los repertorios de flexibilidad psicológica de los y las participantes como un índice general, esta mejoría se vio especialmente en las

		psicoterapéutica breve de 8 sesiones basada en ACT.	Defusión Cognitiva, Atención Plena, Yo como contexto, y acciones comprometidas)	Fusión Cognitiva. Cuestionario de Aceptación y Acción. Inventario de Supresión de White-Bear. Cuestionario de Vida Valiosa. Registro de Malestar y Acciones Valiosas.	dimensiones de aceptación, y en el aumento de conductas comprometidas.
Aguirre (2012)	Estudio Intrasujeto (A-B)	Se realizó una intervención psicoterapéutica basada en ACT enfocada en la mejoría de la flexibilidad psicológica en profesionales de la salud mental que presentaban sintomatología de síndrome de burnout.	Flexibilidad Psicológica definida en distintos subdimensiones, así como criterios diagnósticos y sintomatología del síndrome de burnout.	Instrumentos aplicados en formato pre-post: Cuestionario de actitudes ante el trabajo. Cuestionario de aceptación y acción. Hexaflex. Auto-reportes. Formatos de análisis funcional de la conducta y de formulación clínica.	Se encontraron indicios para considerar al síndrome de Burnout como patrón de evitación experiencial. Así, la intervención tuvo impacto positivo sobre el manejo y disminución de síntomas y manifestaciones del Burnout.

Estudio	Tipo de Estudio	Descripción	Variables de análisis	Medida de Cambio	Resultados
Hoyos y Peña (2015)	Estudio Intrasujeto (A-B)	Se llevó a cabo una intervención psicoterapéutica basada en ACT sobre un grupo de 4 auxiliares de enfermería que realizaban cuidados en pacientes con discapacidad, y que demostraban síntomas de Síndrome de Burnout. La intervención se realizó en 14 sesiones y tuvo 3 momentos: (1) evaluación (5 sesiones), (2) intervención (8s), y (3) seguimiento (1s).	Se evaluó percepción subjetiva de malestar, capacidad de aceptación-evitación, habilidades de conciencia plena, síntomas de burnout, y flexibilidad psicológica en diferentes dimensiones, todo esto con relación a las actividades desempeñadas en el trabajo.	Instrumentos aplicados en formato pre-post: Cuestionario de aceptación y acción (AAQ). Cuestionario de las cinco facetas de mindfulness (FFMQ). Inventario Maslach para el desgaste profesional (MBI).	Se evidenció un aumento considerable en flexibilidad psicológica; aceptación, y acciones dirigidas a valores, así como un aumento en habilidades de conciencia plena. Además, se evidenció un efecto sobre las dimensiones de Burnout, disminuyendo la despersonalización y aumentando la realización personal
Báez, Serna, y	Estudio Intrasujeto (A-B)	Este estudio buscó evaluar el efecto de una intervención centrada en aceptación y	Conductas de adherencia al tratamiento,	Se usaron estrategias como registro conductual por medio	Se encontraron avances notables en conductas de autocuidado y adherencia al

Vargas (2013)		conductas orientadas a valores (dos de los pilares de ACT) sobre las conductas adherentes al tratamiento en pacientes militares hospitalizados que fueron heridos en combate. Se realizó en 8 sesiones, con 3 etapas: (1) línea base (3 sesiones), (2) tratamiento (3s), y seguimiento (2s).	conductas orientadas a valores, y aceptación de la experiencia personal y eventos privados.	de la observación y autorreportes de los participantes, esta información se cruzó con variables sociodemográficas.	tratamiento, como alimentación saludable, cuidado de las heridas, realización de movimientos y ejercicios que aporten a su recuperación. Se reconocen, además, limitaciones ligadas al estado de salud de los participantes (p. ej., dificultades de alimentación, o movilidad).
Jiménez (2013)	Estudio de caso	Este estudio se centró en la experiencia de un hombre de 43 años que presentaba problemas de adicción a las máquinas tragamonedas (ludopatía), y sobre el cual fue aplicada una intervención basada en ACT de 5 sesiones.	Conductas de aproximación a los contextos y actividades problemáticas, y las experiencias privadas relacionadas/condicionadas al problema (culpa, miedo,	Se hizo uso, principalmente, del Análisis Funcional y Topográfico de la conducta, así como autorreportes y observaciones clínicas del proceso terapéutico.	Se logró una mejoría en las habilidades de defusión cognitiva y de aceptación a experiencias internas que generaban malestar, reduciendo las manifestaciones de ansiedad ligadas a los contextos de juego. En el seguimiento (3-8 meses) se corroboró estos

			ansiedad, tensión, etc).		resultados, así como la eliminación de conductas de juego.
Ribero-Marulanda, y Agudelo-Colorado (2016)	Estudio Intrasujeto (A-B)	El trastorno de evitación experiencial es una categoría diagnóstica propuesta recientemente a raíz de las propuestas de terapias contextuales como ACT. Así, este estudio se propone abordar esta problemática a través de una intervención psicoterapéutica de 11 sesiones en 2 etapas: (1) evaluación (4 sesiones), y (2) intervención (7s), en dos mujeres adultas que presentaban criterios diagnósticos para dicho trastorno.	Conductas y signos de evitación experiencial, flexibilidad psicológica y sus 6 dimensiones, reducción de síntomas.	Como estrategias de evaluación, se usaron instrumentos en formato pre-post como el Cuestionario AAQ-II-9, y el Hexaflex, además, se utilizó una guía clínica de intervención y análisis conductual desarrollada por los autores que evaluaba conductas problemáticas de inflexibilidad psicológica y evitación experiencial.	La intervención realizada fue efectiva en cuanto a la mejoría significativa de todas las dimensiones de flexibilidad psicológica tanto al momento de la finalización del proceso, como en las sesiones de seguimiento, en ambas participantes. En línea con esto, se logró promover una identificación de valores y la realización de acciones comprometidas.

Estudio	Tipo de Estudio	Descripción	Variables de análisis	Medida de Cambio	Resultados
Sierra, Ruiz, y Flórez (2018)	Revisión sistemática	Esta revisión abordó 9 Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA), con un total de 1910 participantes, que ponían a prueba intervenciones de ACT para el manejo de depresión en su aplicación virtual. Todas las intervenciones contaron con grupos experimentales y de control. En promedio, fueron intervenciones 9 sesiones. Además, se incluyeron también algunos estudios que incorporaron intervenciones de "tercera generación" a través de técnicas experienciales y de activación conductual.	Los diferentes ECA evaluaron sintomatología y criterios diagnósticos para la depresión, a través de instrumentos como el Inventario de Depresión de Beck, o la Escala de Depresión Posnatal de Edinburgh, entre otros.	La medida de cambio fue el Effect size¸ o tamaño del efecto.	Las medidas de Effect Size arrojaron un valor de d=0.61 que se encuentra dentro de la zona de efecto "moderado, según los criterios de Cohen. Estos hallazgos sugieren que las aplicaciones de ACT para el tratamiento y abordaje de la depresión, en su formato online, parecen ser adecuadas, efectivas y "legítimas" en términos de reducción de síntomas, y bienestar psicológico.

Contextualismo Funcional

Como se define en Hayes et al. (2014); Ramnerö y Törneke (2008) y Zettle et al. (2016) el Contextualismo Funcional es un enfoque científico y filosófico de perspectiva funcional que tiene como objetivo la predicción-influencia de la conducta y se basa en la comprensión de la función (propósito) de la misma. La unidad de análisis es el acto (acción) en contexto. El acto se refiere a toda conducta que se pueda observar (por sí mismo o por otros), predecir e influenciar y, contexto se refiere a las circunstancias ambientales específicas, históricas o situacionales en las que ocurre una conducta.

Para el Contextualismo Funcional, conducta y contexto son indivisibles, pues la función (propósito) de la conducta se comprende a partir del análisis de sus consecuencias y dichas consecuencias ocurren en un contexto específico. Dentro de esta perspectiva, las conductas se organizan y analizan en clases funcionales, es decir, según su propósito y no su topografía.

Es necesario precisar que el Contextualismo Funcional es un enfoque pragmático, considera que lo verdadero es aquello que funciona para conseguir un propósito, en este caso, el propósito de predecir-influir la conducta. Sumado a lo anterior, esta ciencia conductual contextual realiza análisis con precisión, alcance y profundidad. Precisión se refiere a que observa e interviene lo realmente relevante dentro de un caso; alcance a que usa la menor cantidad de conceptos analíticos posibles para explicar los fenómenos de interés, por ejemplo, los problemas psicológicos los define con los conceptos de inflexibilidad psicológica y evitación experiencial; y profundidad significa que sus conceptos analíticos son coherentes y no contradicen los de otros niveles de análisis como

los sociológicos o biológicos (Hayes et al., 2014; Ramnerö y Törneke, 2008; Zettle et al., 2016).

Conductismo Radical

Para (Skinner, 1975, 1991) el Conductismo Radical es la base filosófica de la ciencia conductual que tiene como objetivo la predicción-influencia de la conducta. Al definir la conducta como todo aquello que un organismo hace, que afecta a su ambiente y que es susceptible de observación, ya sea por otros o por sí mismo, el conductismo radical rescató el mundo privado (sentimientos, pensamientos, emociones, impulsos, etc.), que había sido relegado por otras líneas filosóficas del conductismo.

La premisa fundamental del Conductismo Radical es que para comprender la conducta debe tomarse en cuenta el ambiente en el que ocurre, así mismo, para comprender el papel del ambiente se debe tomar en cuenta la conducta del organismo. Por lo que, conducta-ambiente son indivisibles como objeto de estudio. De hecho, la conducta privada se vuelve objeto de estudio porque puede comprenderse a partir del ambiente.

Según Törneke (2016) los dos principios esenciales heredados por el Contextualismo Funcional del Conductismo Radical son: que la conducta debe comprenderse dentro del contexto en el que ocurre y que para predecir-influir la conducta es indispensable analizar su función (propósito).

Análisis de la Conducta y su Relación con la Psicología del Aprendizaje

(Skinner, 1974, 1975) propuso un sistema de análisis experimental de la conducta en el que se entiende la conducta como la variable dependiente y el objetivo del análisis es su probabilidad de ocurrencia. Propuso como variables independientes que permiten analizar y controlar la conducta las siguientes: estímulo y consecuencia. La premisa fundamental es que toda conducta ocurre en medio de unos factores contextuales que la

anteceden (estímulos) y otros que la siguen (consecuencias) y a partir de estos factores susceptibles de manipulación es que se puede predecir-influir la conducta.

Los principios fundamentales del aprendizaje según Skinner (1975) son el condicionamiento respondiente y el condicionamiento operante. Ambos son principios sobre cómo los individuos aprenden a comportarse. Aunque se analizan por separado, para el autor el aprendizaje se da por medio de ambos simultáneamente o por la interacción entre ellos. Respecto a las variables independientes del análisis conductual puede decirse que el condicionamiento respondiente analiza el sistema E-R, estímulo – respuesta (conducta), mientras que el condicionamiento operante analiza el sistema E-R-C, estímulo, respuesta, consecuencia.

En el condicionamiento respondiente una conducta tiene mayor probabilidad de ocurrencia según la presencia de los estímulos que la evocan; en el condicionamiento operante la probabilidad de ocurrencia de la conducta depende de las consecuencias que la siguen o la han seguido en el pasado. Para el autor, debe existir un encadenamiento directo entre la conducta y el antecedente o la consecuencia para que estos últimos ejerzan sus funciones sobre la conducta, esto es, antecedentes/consecuencias deben ocurrir de forma contigua a dicha conducta, entonces se habla de una contingencia.

Condicionamiento Respondiente y/o Aprendizaje por Asociación

Como se lee en Skinner (1974), hay conductas reflejas o respondientes que se han posicionado en el repertorio conductual humano a través de la evolución. Estos son comportamientos que ocurren como respuesta refleja a la estimulación del ambiente y se consideran contingentes a la supervivencia. Este tipo de conducta ocurre independientemente de las consecuencias que la siguen y está influida por los estímulos (antecedentes).

Según el autor, una conducta respondiente que no ha sido aprendida se denomina respuesta incondicionada y su antecedente se denomina estímulo incondicionado. El aprendizaje por asociación ocurre cuando ciertos estímulos incondicionados son asociados con otros que han provocado las repuestas incondicionadas y, en consecuencia, estos estímulos terminan adquiriendo la función evocadora de la respuesta, convirtiéndose en estímulos condicionados. Las respuestas se convierten en condicionadas en tanto responden a esos estímulos incondicionados como si se tratara del estímulo que originó la respuesta incondicionada inicial. En este tipo de aprendizaje los reforzadores y castigos se consideran condicionados o incondicionados, según si su función ha sido aprendida por asociación o es innata (Skinner, 1991). Por ejemplo, si una persona va caminando por un callejón oscuro y la atacan para robarla, la persona reacciona con pánico, el estímulo incondicionado es el ataque y la respuesta (refleja) incondicionada es el pánico. Sin embargo, luego la persona evita caminar por cualquier callejón oscuro pues dicho estímulo evoca su respuesta de pánico, en este caso, el callejón oscuro se convierte en un estímulo condicionado y el pánico en una respuesta condicionada, pues naturalmente, antes del ataque, los callejones oscuros no evocaban respuesta de pánico en la persona, sino hasta que fue atacada en uno de estos.

Para Skinner (1971, 1975, 1991) los estímulos pueden tener función discriminativa, motivacional o condicionada. Es discriminativa cuando el estímulo indica la disponibilidad de ciertas consecuencias dada la historia de aprendizaje particular de una persona, es decir, el estímulo afecta la probabilidad de ocurrencia de una conducta que antes ha sido reforzada en presencia de este. La función es motivacional cuando el estímulo influye en el grado en que una consecuencia motiva la conducta o no, es decir, influye en la función apetitiva de una consecuencia, por ejemplo, la saciedad o el hambre son estímulos

motivacionales para la conducta de comer. La función condicionada es en la que el estímulo (condicionado) puede evocar la respuesta refleja que inicialmente evocaba un estímulo incondicionado.

Condicionamiento Operante: Aprendizaje a Partir de las Consecuencias

Skinner (1971) investigó y demostró el condicionamiento operante como el proceso en que la probabilidad de ocurrencia de una conducta depende de las consecuencias que la prosiguen. Según el autor las consecuencias pueden cumplir una función punitiva o reforzadora sobre la conducta. Cuando la consecuencia aumenta la probabilidad de ocurrencia de la conducta hablamos de reforzamiento (función reforzadora), mientras que cuando la reduce hablamos de castigo (función punitiva). Las consecuencias adquieren su función no por su topografía, sino por su influencia sobre la probabilidad de ocurrencia de la conducta.

Tanto el reforzamiento como el castigo pueden ser positivos o negativos. El reforzamiento es positivo cuando la consecuencia es algo agradable/deseado que el individuo recibe por su conducta. Es negativo cuando la consecuencia implica retirar algo desagradable/indeseado para el individuo. Por ejemplo, si un niño se porta bien en la escuela y le ponen una carita feliz, eso es reforzamiento positivo, pero si en lugar de eso le dan libre la hora de clase que menos le guste, eso es reforzamiento negativo. Por su parte, el castigo es positivo cuando la consecuencia añade algo desagradable/indeseado para el individuo tras su conducta. Es negativo cuando la consecuencia retira algo agradable/deseado para el individuo. Entonces si por portarse mal en la escuela al niño le ponen una carita triste, eso es un castigo positivo, pero si en lugar de esto, le quitan el descanso, hablamos de castigo negativo.

Conducta Verbal según Skinner

Como señala Skinner (1981) la Conducta Verbal es una conducta operante gobernada por consecuencias que puede ser sometida a análisis funcional, dicha conducta es reforzada socialmente. Reforzada socialmente significa que las consecuencias que la gobiernan están intermediadas por un oyente que a través de su comportamiento refuerza la conducta del hablante, es decir, el hablante consigue las consecuencias no por sus acciones físicas sobre el ambiente, sino por su acción verbal. La conducta verbal resulta relevante para fenómenos como la interacción social y las relaciones. Ejemplos de conducta verbal son el lenguaje, el pensamiento y otros eventos privados.

Skinner (1981) clasificó la conducta verbal según su forma y su nexo con los antecedentes y consecuencias en: tacto, mando, conducta ecoica, conducta intraverbal y conducta autoclítica. Tacto: conducta verbal controlada por un estímulo que la precede, es decir, la conducta verbal se refiere a un objeto y lo describe, por ejemplo, “me siento triste”, el estímulo es aquello que la persona, dada su historia de aprendizaje, ha aprendido a identificar como tristeza, y el tacto es hablar sobre ello. Otro ejemplo de tacto, es decir, “este helado está delicioso, es dulce”. Skinner señaló que los humanos aprenden a tactar sus eventos privados en la medida que al hablar sobre ellos son reforzados socialmente por medio de las acciones de un oyente. También señaló que primero se aprende a actuar, luego a hablar sobre lo que se hace (tactar la conducta) y finalmente, se aprende a hablar sin emitir sonidos, es decir, se aprende a pensar.

Mando: una conducta verbal controlada por un reforzador particular, por ejemplo, “pásame ese lápiz, por favor” es una conducta tipo mando porque consigue una consecuencia que refuerza la conducta. Conducta ecoica, es aquella determinada por un estímulo verbal idéntico, el refuerzo social se consigue cuando la respuesta imita al

antecedente. La conducta ecoica es una conducta verbal fundamental en el aprendizaje del lenguaje, un ejemplo, es cuando decimos a un bebé “di papá”, el intento del bebé por repetir o imitar ese estímulo verbal, es la conducta ecoica. La conducta intraverbal también tiene un antecedente verbal, pero la relación entre el antecedente y la respuesta es arbitraria, es decir, determinada socialmente, por ejemplo, al decirle a alguien “continúa el conteo: 1,2,3,4” y la persona responde “5,6,7,8”, esa respuesta es la conducta intraverbal. Finalmente, la conducta autoclítica es aquella conducta verbal que depende de, o modifica la conducta verbal del hablante, por ejemplo, la gramática, la sintaxis, la actuación (Skinner, 1981).

Conducta Gobernada por Reglas según Skinner

Skinner (1974, 1982) distinguió entre dos tipos de conductas: la conducta moldeada por contingencias, es decir, por la experiencia directa con las consecuencias y la conducta gobernada por reglas, es decir, aquella gobernada por conductas verbales que funcionan como reglas o instrucciones en tanto especifican conductas y consecuencias. La conducta puede ser gobernada por reglas gracias a una larga historia de aprendizaje por condicionamiento verbal. La conducta gobernada por reglas no requiere experiencia directa con las consecuencias y puede verse influida por consecuencias futuras, mientras que la conducta moldeada por contingencias solo se ve afectada por consecuencias inmediatas.

Para Törneke (2016) aunque Skinner señaló que la conducta podía ser gobernada por reglas gracias a una larga historia de aprendizaje por condicionamiento verbal, no explicó cómo ocurría ese aprendizaje, puesto que también sostuvo que las consecuencias y antecedentes adquieren su función sobre la conducta dado que ocurren de forma contigua a esta, y eso es algo que no ocurre en la conducta gobernada por reglas, en la que las consecuencias pueden estar en el futuro y nunca haber sido experimentadas. La Teoría de

Marcos Relacionales aparece para resolver esos vacíos y dilemas respecto a la conducta verbal y la conducta gobernada por reglas que el Conductismo Radical dejó.

Teoría de los Marcos Relacionales (TMR)

La TMR es una teoría analítica funcional que estudia cómo los humanos comprenden y siguen reglas verbales. Esta teoría ofrece una definición de conducta verbal más precisa que la que ofreció Skinner. (Hayes et al., 2002 y Törneke, 2016) precisan que la TMR considera a la conducta verbal como una respuesta relacional que se aprende en el entrenamiento temprano del lenguaje y que, funciona como una operante generalizada, por tanto, es predecible e influenciable. Además, los autores señalan que este tipo de conducta implica enmarcar eventos o estímulos relacionalmente según criterios entrenados directamente o derivados. Esta relación entre eventos es la que permite la comprensión verbal y, el seguimiento de reglas depende de esa capacidad comprensiva.

Respecto a la definición anterior, para Hayes et al (2002) la conducta de derivar relaciones entre estímulos que no han sido aprendidas o entrenadas de forma específica es exclusiva de la especie humana y es el proceso fundamental del lenguaje y la cognición. Dichas derivaciones permiten enmarcar eventos según criterios de vínculo mutuo, vínculo combinatorio y transformación de funciones estimulares. Según los autores, se considera vínculo mutuo cuando a partir del aprendizaje de una relación en una dirección se deriva aprendizaje en la dirección opuesta. Esto es, si usted entrena a un humano (con lenguaje expresivo desarrollado) para que vincule A con B y le indica que cada vez que aparezca A seleccione B, la persona puede derivar la relación de seleccionar B cuando aparezca A, esa segunda relación no ha sido entrenada sino derivada, a esta conducta se le denomina relaciones de estímulo derivadas o Marco Relacional o Respuesta Relacional Arbitrariamente Aplicable (AARR) (son sinónimos). Por su parte, vínculo combinatorio

significa que las relaciones mutuas se pueden combinar. Mientras que, trasformación de funciones se refiere a la alteración de las funciones de los estímulos a través de relaciones derivadas.

Törneke (2016) aclara que en el concepto Respuesta Relacional Arbitrariamente Aplicable, respuesta significa conducta; relacional significa vincular unos eventos o estímulos con otros y; arbitrariamente aplicables significa que la respuesta relacional no se basa en propiedades formales o físicas entre los estímulos o eventos conectados ni en la contigüidad entre ellos, sino que se basa en claves del contexto que especifican la relación. Esos aspectos o claves contextuales se establecen socialmente de forma arbitraria, de modo que, cualquier par de eventos o estímulos podrían ser puestos en un marco relacional. Los estímulos que funcionan como claves contextuales pueden ser palabras, gestos u otras características del entorno social.

Según (Hayes et al., 2002 y Törneke, 2016), la TMR señala varios tipos de relaciones entre estímulos que los humanos aprenden. La primera es la relación de coordinación, que es una relación de similitud o equivalencia entre los estímulos o eventos. Están también las relaciones de comparación: asociar eventos según sus características, más que, menos que; las relaciones de diferencia: distinguir eventos; las relaciones espaciales: relacionar eventos según su ubicación detrás, en frente, arriba, abajo; las relaciones temporales: antes, después; las relaciones causales: si…/ entonces; las relaciones jerárquicas y; las relaciones de toma de perspectiva: yo/tú, aquí/allí, ahora/entonces.

Para los autores, la TMR afirma que estas relaciones son inicialmente entrenadas y aprendidas de forma no arbitraria, es decir, las relaciones surgen a partir de propiedades o contingencias propias de los eventos, pero luego estas relaciones pueden ser gobernadas de forma arbitraria mediante claves contextuales que dicta el entorno social, entonces, las

relaciones se establecen de forma independiente a las contingencias entre estímulos o a sus propiedades, y es de esta forma en que las funciones de los estímulos resultan transformables.

Conducta Gobernada por Reglas según la TMR

Para (Hayes et al., 2002 y Törneke, 2016) una conducta gobernada por reglas es la que está influenciada por antecedentes verbales como reglas e instrucciones. Una regla es un antecedente que ha adquirido su función a través de una Respuesta Relacional Arbitrariamente Aplicable (AARR) y que, especifica o prescribe la conducta y sus consecuencias, aunque estas últimas no aparezcan contiguamente. Los autores mencionan que las reglas no siempre tienen la capacidad de gobernar la conducta de un individuo, pues hay factores que pueden afectar esa influencia, como: ausencia del repertorio conductual necesario, la credibilidad de quien dice la regla, ausencia de contingencias reforzantes para la conducta gobernada por reglas o, incoherencia o contradicción de la regla respecto a la historia de aprendizaje del individuo.

Según la historia de contingencias de reforzamiento Hayes et al. (2002) definen tres tipos de conductas gobernadas por reglas: pliance, tracking y augmenting.

Pliance, se refiere a obedecer, es decir, al comportamiento gobernado por reglas que implican un marco relacional fruto de una historia de coordinación entre la regla y el comportamiento. Estas reglas ponen a la persona en contacto con consecuencias sociales que dependen de seguir la regla, es decir, la regla prescribe la conducta y al ejecutarla el individuo recibe las consecuencias sociales enunciadas, por ejemplo, decirle a un niño: —“si ordenas tu cuarto, te doy un premio, o te castigo”.

Pliance es la primera conducta mediante la que el ser humano aprende a seguir reglas y dicho aprendizaje suele ocurrir en la relación entre niños y cuidadores, pues estos

últimos dan instrucciones verbales a los niños que al ser seguidas o no, generan consecuencias que el niño va a prendiendo a identificar y buscar por medio de su comportamiento.

Traking se refiere a comportamientos gobernados por reglas que implican un historial de coordinación entre la regla y la forma en que está organizado el ambiente. Es decir, es el comportamiento mediante el cual el individuo contacta consecuencias que dependen de cómo el mundo está organizado y no de la regla en sí, siguiendo el ejemplo anterior, si al tender la cama el niño nota que se ve bonita con y cómoda y puede poner sus peluches encima y jugar más fácilmente en esta, la regla podría decir: —"tiende tu cama y verás lo que sucede", en este caso la conducta posterior de tender la cama está gobernada por el contacto con consecuencias (tener la sensación de gusto y comodidad al ver la cama tendida y poder usarla mejor para jugar) y no por un reforzador social.

Los autores definen el Augmenting como aquel comportamiento gobernado por reglas que implican redes relacionales que alteran la capacidad o grado en que los eventos funcionan como consecuencias. Aquí las reglas especifican consecuencias que están en el futuro o que nunca han sido contactadas y, dichas reglas alteran la capacidad reforzante o punitiva de esas consecuencias.

Hay dos tipos de aumenting: motivacional y formativo. El augmenting motivacional se refiere al comportamiento gobernado por reglas que alteran temporalmente el grado en que las consecuencias previamente establecidas refuerzan o castigan una conducta, dicho de otro modo, estas reglas afectan la motivación por hacer algo o alteran la importancia de hacer algo. Mientras que, el augmenting formativo es el comportamiento gobernado por reglas que establecen un nuevo evento como reforzante o punitivo. Los valores de la ACT son reglas augmental que gobiernan conductas llamadas acciones comprometidas.

(Hayes et al., 2002 y Törneke, 2016) afirman que, aunque seguir reglas permite flexibilizar la conducta dentro del ambiente social y físico, también trae efectos secundarios asociados con el sufrimiento humano, precisamente porque la conducta gobernada por reglas es insensible a las consecuencias inmediatas. Por otro lado, la capacidad de enmarcar relacionalmente cualquier cosa con cualquier otra cosa hace que podamos vincular estímulos y eventos triviales o neutrales con cosas altamente aversivas, de modo que, tenemos la capacidad de aumentar nuestro sufrimiento. De igual forma, los Marcos Relacionales cambian la función de las cosas, lo cual puede intensificar un evento y cambiar su significado. En suma, la conducta gobernada por reglas es un arma de doble filo, que según como sea usada puede generar sufrimiento o facilitar la construcción del bienestar.

Finalmente, según los autores, dada la influencia contextual (social) sobre las conductas gobernadas por reglas el objetivo de una terapia contextual funcional como la ACT es cambiar los factores contextuales y relacionales, así como sus funciones, que gobiernan la conducta y de este modo, reducir el seguimiento de reglas que resulta perjudicial.

Modelo de Inflexibilidad Psicológica

Este es un modelo teórico aplicado de psicopatología, basado en la ciencia conductual tradicional y los aportes de la Teoría de Marcos Relacionales sobre la conducta verbal.

Este modelo de acuerdo con Twohig et al. (2021) considera que ciertos procesos psicológicos alteran las contingencias conductuales directas, produciendo rigidez, sufrimiento e inacción o acción inviable. Estos procesos psicológicos perjudiciales se representan en el modelo de inflexibilidad psicológica, que incluye la evitación

experiencial. Esta última, se entiende como la disposición rígida a intentar reducir y/o controlar la forma y frecuencia de los eventos privados (emociones, pensamientos, sensaciones e impulsos), aun cuando esta disposición afecta el comportamiento del individuo, desviándolo de los propósitos deseados. De igual manera Twohig et al. (2020) afirma que la inflexibilidad psicológica se refiere a patrones de comportamiento rígidos en los que las conductas están excesivamente gobernadas por eventos privados, en lugar de contingencias directas y valores. Los procesos psicológicos relacionados con la inflexibilidad o rigidez psicológica son los siguientes: atención inflexible (predominio del pasado o futuro), quiebra de los propios valores (desconocerlos o ignorarlos), inactividad o impulsividad, identificación con un yo conceptual, fusión cognitiva y evitación experiencial.

Para (Hayes et al., 2014; Zettle et al., 2016) la ACT busca promover y desarrollar la flexibilidad psicológica, un modelo sobre el bienestar psicológico, desarrollo personal y acción efectiva que propone seis procesos psicológicos susceptibles de intervención para afrontar el sufrimiento humano. Estos seis procesos son: la aceptación psicológica y la defusión cognitiva que favorecen la variabilidad del comportamiento; la conexión con el presente y el Yo como contexto que promueven que la persona varíe su comportamiento según el contexto actual que lo rodea; los valores y las acciones comprometidas que permiten seleccionar y mantener el comportamiento.

Proceso Psicoterapéutico

La presente guía se divide en cuatro fases propuestas por el profesor Mg. Oscar Mauricio Gallego, supervisor clínico y líder del enfoque Contextual Funcional, experto en ACT (Gallego, 2020) las cuales aparecen a continuación:

Establecer el contexto relacional.

Entrevista de admisión o primera sesión

Presentación de la ACT

Vínculo terapéutico en la ACT

Evaluación y formulación clínica.

Perspectiva de evaluación desde el análisis funcional

Pasos y recursos de evaluación

Entrenar las habilidades de flexibilidad psicológica al servicio de valores.

Mindfulness o Atención Plena en la ACT

Seis procesos de flexibilidad psicológica de ACT

Realizar el cierre y seguimiento

Cierre y recomendaciones

Seguimiento.

Establecer el Contexto Relacional

En la ACT el establecimiento de un vínculo terapéutico abierto, genuino, horizontal, colaborativo, compasivo, respetuoso y basado en la flexibilidad psicológica es fundamental para el éxito del proceso terapéutico. A continuación, se aborda cómo construir el vínculo terapéutico y las características fundamentales que debe tener.

Entrevista de Admisión o Primera Sesión

Esta es la primera oportunidad para construir el vínculo terapéutico. Si usted no realizó la entrevista de admisión concéntrese en retomar y profundizar en la primera sesión los puntos que se mencionan a continuación: preséntese, luego presente el consentimiento informado, establezca el encuadre de trabajo e identifique el motivo de consulta, las áreas y nivel de afectación y las expectativas de la persona sobre el proceso terapéutico.

Recomendación
Se recomienda que desde el primer momento el terapeuta se esfuerce por establecer un vínculo terapéutico abierto, compasivo, colaborativo y flexible.
Justificación
El vínculo terapéutico será el contexto en el que se desarrollen o fortalezcan los procesos de flexibilidad psicológica, por eso, es importante que este contexto sea congruente con ese propósito. Haga uso de las estrategias de escucha activa para establecer un rapport adecuado: clarificación, paráfrasis, reflejo, resumen. Muestre una actitud de curiosidad y respeto hacia la persona, trasmita la sensación de que usted no la considera rota o dañada y enfóquese en comprender y validar su malestar y sus esfuerzos por resolverlo. Asegúrese de que la persona comprende los términos del consentimiento informado y las condiciones de atención del SAP, establezca el encuadre de trabajo y recoja una primera perspectiva sobre el problema y las expectativas de la persona (Harris, 2019).

Presentación de la ACT

Continúe presentando la ACT, hable sobre la perspectiva que esta psicoterapia tiene sobre los problemas psicológicos, los principales objetivos, su carácter experiencial y los riesgos como la exposición al malestar.

Recomendación
Se recomienda que el terapeuta comparta explícitamente las características principales de la ACT de modo que la persona comprenda este modelo de trabajo.

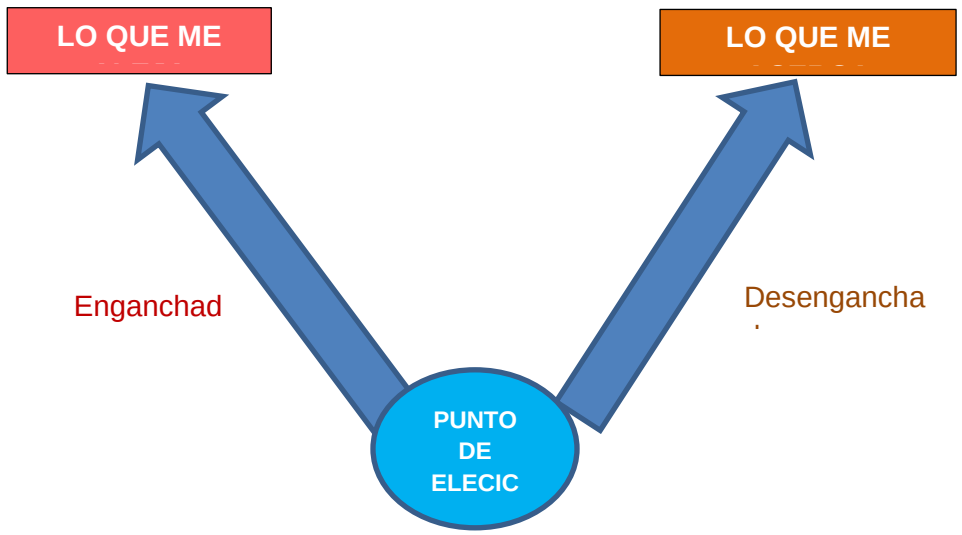
Justificación
(Hayes et al., 2014; Harris;2019; Wilson y Luciano, 2002) proponen presentar la ACT a partir de sus características particulares, para que así la persona esté familiarizada y decida si es un modelo de psicoterapia congruente con sus necesidades y expectativas. Exponga que la ACT busca promover el bienestar y no luchar contra el malestar, es decir, busca que la persona haga aquello que valora en lugar de estar lidiando con cosas que están fuera de su control, como sus eventos privados. Aclare que la ACT trabaja por el cambio de comportamientos y contextos, no por el cambio de eventos privados. Mencione que el trabajo es en quipo y que cada uno aporta un conocimiento y experticia necesarios para que la persona logre construir la vida que desea vivir. Advierta que en la ACT es necesario exponerse al dolor, es decir, contactar eventos privados indeseados con el fin de relacionarse de una mejor manera con ellos, de modo que, no impidan que la persona se centre en actuar conforme a sus valores.

Recomendación
El terapeuta debe describir lo mejor posible la ACT.
Justificación
Con base en (Hayes et al., 2014; Harris;2019; Wilson y Luciano, 2002) se recomienda que el terapeuta haga una presentación descriptiva de la ACT de modo que, vaya preparando el terreno para intervenir desde este modelo de psicoterapia que busca hacer las cosas de manera distinta a la psicología tradicional más reconocida. Exponga que en la ACT es importante aclarar cuáles son los valores de la persona, así como el tipo de acciones que la acercan y la alejan de estos. Enfatice en que la terapia busca que la

persona actúe conforme a esos valores para que pueda sentirse bien y no a la inversa. Declare que durante las sesiones son comunes y permitidas las interrupciones y pausas con el fin de señalar eventos importantes. Mencione la importancia de dejar planes de acción o de práctica entre cada sesión con el fin de consolidar los cambios y habilidades. Resalte la necesidad de una actitud de aceptación, conexión con el presente, orientada a valores y de trabajo en equipo. Finalmente, señale que en la ACT los objetivos y metas se declaran de forma tal que puedan ser algo más que lo que podría hacer un muerto, por tanto se refieren a lo que la persona quiere hacer y no a lo que quiere dejar de sentir o de hacer, por ejemplo, si una objetivo es "dejar de sentir tristeza o no golpear a otros" ambas son cosas que un muerto "podría hacer" pues un muerto no puede sentir tristeza ni golpear a otros; pero si el objetivo es "socializar más con mis amigos, ser gentil con los demás" eso es algo que solo una persona viva puede lograr.

Recomendación
Se recomienda que el terapeuta haga una presentación experiencial que permita a la persona probar un poco de lo que es la ACT.
Justificación
Más que una presentación verbal e intelectual busque una presentación experiencial que le permita a la persona sentir aquello de lo que la ACT trata. Con el fin de presentar ACT, Harris (2019) propone una herramienta sencilla denominada el punto de elección, úsela para explicar cómo los problemas en general tienen que ver con mantenerse enganchados a eventos privados al tiempo que se descuidan los valores, es decir, que los problemas surgen cuando se actúa sobre todo para controlar eventos privados y poco para acercarse a lo que importa. Mencione que la persona puede elegir

qué camino tomar, si el que la aleja de sus valores o el que la acerca y cómo la psicoterapia puede ayudarle a elegir esa dirección.



Vínculo terapéutico en la ACT

En la ACT se entiende el contexto de la psicoterapia como un contexto social en el cual emergen naturalmente los comportamientos problemáticos de las personas, tanto del consultante como del terapeuta. Por ello, para Hayes, et al. (2014) se busca que en medio del contexto relacional de la psicoterapia el terapeuta modele la conducta del consultante. Además, tal y como lo afirma Harris (2019) no se interviene a las personas, sino con las personas, por lo cual siempre debe haber espacio para la decisión y participación voluntaria del consultante. Finalmente, de acuerdo con el autor las habilidades de flexibilidad psicológica no se fortalecen por la comprensión lógica de estas, sino por la práctica experiencial, por tanto, procure que cada sesión sea menos verbal y más experiencial.

Recomendación
El terapeuta ACT debe usar la flexibilidad psicológica para el establecimiento del vínculo terapéutico.

Justificación
Como señalan (Hayes et al., 2014; Luciano, 2002) el vínculo terapéutico flexible se caracteriza por la aceptación, defusión, atención al presente, conciencia y trascendencia, orientación a valores, compromiso con acciones valiosas y la compasión. Lo anterior, significa que la flexibilidad psicológica no sólo es el objetivo del proceso terapéutico sino el contexto de este y cada interacción terapéutica debe reforzar esa flexibilidad. Los autores ofrecen una regla nomotética muy útil para recordar la función del vínculo terapéutico: *AMoR: Animar, Modelar y Reforzar*.

Recomendación
El terapeuta de la ACT cambia la interpretación y racionalización, por la observación y la apertura a los eventos privados.
Justificación
En la ACT el terapeuta renuncia a la racionalización, explicación e interpretación y las reemplaza por la observación y por la desliteralización del lenguaje. Como terapeuta usted debe mostrarse abierto a observar no solo el comportamiento del otro, sino el suyo propio, y a exponer su propia vulnerabilidad en lugar de evitarla. Así, el éxito de la terapia depende de que consultante y terapeuta estén dispuestos a aproximarse y aceptar el malestar y que ambos se enfoquen en avanzar hacia direcciones valiosas (Hayes et al., 2014; Luciano, 2002).

Recomendación
Se recomienda que la terapia sea mayoritariamente experiencial y menos explicativa o psicoeducativa.
Justificación
Un problema común en la ACT es la intelectualización, es decir, cuando la terapia se torna menos experiencial y más verbal y explicativa. Según Hayes et al. (2014) el terapeuta debería tener la menor participación verbal posible, un máximo del 20% de la terapia debe dedicarse a la exposición de principios y conceptos de forma verbal y el espacio restante debe trabajarse desde metáforas y ejercicios experienciales conectados con el presente e interacciones genuinas que modelen la flexibilidad psicológica.

Recomendación
El terapeuta debe practicar la flexibilidad psicológica constantemente y relacionarse de forma genuina con sus consultantes.
Justificación
(Harris, 2019; Hayes et al., 2014; Luciano, 2002) señalan que el vínculo terapéutico en la ACT sirve de modelo para el consultante y suele tornarse personal, íntimo y significativo, por lo cual el establecimiento de los límites debe hacerse desde la naturalidad y viabilidad y no desde las recomendaciones arbitrarias de la psicología tradicional. Finalmente, recomiendan que el terapeuta practique la flexibilidad psicológica dentro y fuera de sesión para que su ejercicio como terapeuta sea más genuino y efectivo.

Recomendación
El terapeuta debe evitar la postura de experto, manteniendo una postura de colaborador.
Justificación
A menudo las personas que asisten a psicoterapia ponen en el terapeuta una investidura de experto salvador que le dirá qué hacer para liquidar su sufrimiento, sin embargo, este tipo de estilo terapéutico deja poca ganancia para la persona, pues más allá de aprender sobre las contingencias que afectan su comportamiento y su capacidad de controlar el mismo, la persona termina acumulando diversas reglas verbales tipo Pliance que contradicen el objetivo de flexibilidad psicológica que busca la ACT. En esta terapia se busca que la persona aprenda por su propia experiencia directa con el ambiente y con su mundo interior y que a partir de esa experiencia tome decisiones que los acerquen a la vida que desea vivir (Hayes et al., 2014; Luciano, 2002). Por lo anterior, el terapeuta debe esforzarse por mantener una postura de colaborador desde el principio hasta el final, para ello puede al inicio del proceso presentar la metáfora de las dos montañas que sugiere Harris (2019) en la que se asemeja a la psicoterapia y a la vida con una montaña para escalar. Según esta metáfora, tanto terapeuta como consultante están escalando su propia montaña, no hay ninguno en la cima, ambos están escalando y ambos ven cosas de su propia montaña que el otro no puede ver y, también ven cosas de la montaña del otro que este no puede notar; en lo que trabajarán juntos es en mejorar esa experiencia de escalar, de modo que, la persona pueda seguir avanzando hacia la cima conforme con sus valores.

Recomendación
Se recomienda que el terapeuta plantee explícitamente la importancia de exponerse al dolor y la incomodidad durante el proceso psicoterapéutico.
Justificación
En la ACT el malestar/dolor psicológico se considera inevitable dentro de la experiencia humana, pero también se considera la otra cara de la moneda de los valores, es decir, que a través de observar el dolor y permitirlo podemos saber y conocer mucho acerca de lo que a una persona le importa y le resulta significativo en la vida. Por lo anterior, el dolor se considera un elemento importante para el trabajo en la ACT. Para hacer el dolor parte del trabajo terapéutico el terapeuta debe pedir permiso a la persona para contactar este dolor durante el proceso, debe modelar esa apertura mediante la exposición de su propio malestar y vulnerabilidad, y debe mostrarse abierto y dispuesto a permitir el dolor de su consultante, en lugar de intentar eliminarlo. En suma, un terapeuta de la ACT muestra disposición, apertura y curiosidad frente al dolor propio y el del otro, de modo que, puede traerlo a sesión y a partir de este trabajar en dirección al bienestar de la persona. (Harris, 2019; Hayes et al., 2014; Luciano, 2002).

Recomendación
Se recomienda desde el inicio de la psicoterapia hablar sobre las razones para un cierre del proceso y sobre el carácter temporal y funcional del vínculo terapéutico.
Justificación
En la ACT el vínculo terapéutico es una relación temporal que existe para cumplir unos objetivos particulares que tienen que ver con acompañar a una persona lo

suficiente hasta que sea capaz de practicar la flexibilidad psicológica por sí misma. En la ACT es común, normal y necesario hablar sobre el cierre del proceso desde el inicio de este. Las razones para el cierre pueden ser el cumplimiento de objetivos planteados o la decisión del consultante de retirarse del proceso. Para ambos casos es importante que terapeuta y consultante hablen acerca de estas posibilidades y que, establezcan un número de sesiones iniciales de trabajo después de las cuales deben evaluar el progreso a la luz de los objetivos y tomar decisiones acerca del proceso. Se recomienda que el terapeuta deje claro que en la ACT un motivo de finalización no es que la persona esté curada o sanada, porque en la ACT nadie se considera roto o dañado, el indicador para terminar un proceso en la ACT es que la persona se sienta con los recursos necesarios y suficientes para continuar practicando la flexibilidad psicológica autónomamente, comprendiendo que esta es una práctica que se prolonga a lo largo de la vida (Harris, 2019; Hayes et al., 2014).

Habilidades clínicas del terapeuta

En la psicoterapia se consideran fundamentales y significativamente influyentes en su efectividad, los factores comunes tales como la alianza terapéutica y las actitudes, comportamientos y habilidades clínicas del terapeuta que contribuyen al fortalecimiento de esta. Los practicantes del SAP pueden revisar en SAP (2008) la Guía para el Desarrollo de la Alianza y Manejo la Relación Terapéutica para profundizar en este tema. Sin embargo, aquí se abordarán algunas recomendaciones respecto a las habilidades clínicas consideradas relevantes en la psicoterapia desde la perspectiva funcional de Froxán (2020). La intención es dar orientación y ejemplos sobre cómo actuar dichas habilidades, de modo que, el

terapeuta en formación pueda interiorizarlas y practicarlas para usarlas consciente y funcionalmente durante sus procesos psicoterapéuticos.

Recomendación
Se recomienda utilizar las habilidades de escucha activa durante todo el proceso psicoterapéutico.
Justificación
El terapeuta debe poner en práctica las habilidades de escucha activa aprendidas en los seminarios de entrevista clínica: parafraseo, clarificación, reflejo, resumen, con la intención de mostrar claramente una disposición de escuchar lo que la persona tiene para decir y de organizar la conversación clínica en torno a los objetivos terapéuticos. Según Froxán (2020) la escucha activa, como comportamiento, implica algunas acciones que deben hacerse y otras que deben evitarse. La autora indica que el terapeuta debe reforzar el discurso de la persona con comportamientos que le brinden la sensación de que está siendo escuchada y que ella y lo que dice es importante para el terapeuta. La autora señala como comportamientos compatibles con este objetivo los siguientes: asentir, sonreír, mantener contacto visual conversacional, mostrar disposición mediante el cuerpo, inclinándose un poco hacia la persona, etc. Piense en los comportamientos de otros que lo hacen sentirse escuchado y añada los que resulten relevantes para sus procesos. En cuanto a los comportamientos que debe evitar estarían los siguientes: fruncir el ceño, juzgar, negar lo que dice la persona, hacer expresiones de rechazo mediante el cuerpo o los gestos faciales, como blanquear los ojos, hacer cara de asco, mirar mal, inclinarse hacia atrás, etc. (Froxán, 2020).

Recomendación
Se recomienda que el terapeuta ofrezca aceptación incondicional a la persona.
Justificación
Esta habilidad implica que el terapeuta se despoje de cualquier actitud, reacción o comentario valorativo sobre lo que la persona comparte y se dedique a obtener la información necesaria para el caso sin juzgar, rechazar o criticar, para que la persona se sienta en confianza y comodidad al hablar con el terapeuta, es decir, que identifique al terapeuta y el contexto psicoterapéutico como estímulos apetitivos para su comunicación. También es importante que evite castigar de cualquier modo las expresiones verbales y no verbales de la persona (Froxán, 2020). Para ello, cuide su lenguaje verbal y paraverbal como sus gestos, su tono de voz, su postura corporal, el modo en que expresa sus ideas, es recomendable que fuera de sesión practique conscientemente su comunicación verbal y no verbal, e identifique aquellos estímulos que pueden resultar aversivos para cada persona.

Recomendación
La empatía es una actitud y comportamiento indispensable para el cambio terapéutico.
Justificación
La empatía coloquialmente implica que usted sea capaz de ponerse en los zapatos del otro para comprender lo que el otro está sintiendo. Esto, en psicoterapia, no significa que como terapeuta usted deba experimentar las mismas reacciones emocionales que su consultante, sino que ante esas reacciones emocionales usted emita respuestas

comprensivas y, sobre todo, respuestas que refuercen la comunicación abierta y sincera en el proceso (Froxán, 2020). Se recomienda que el terapeuta en formación practique juegos de rol fuera de sesión que le permita probar comportamientos y respuestas que podrían expresar comprensión y empatía, evitando el contagio emocional.

Recomendación

Se recomienda que el terapeuta sea genuino y congruente.

Justificación

Como ya se ha mencionado antes, en la ACT el vínculo terapéutico debe ser genuino, lo que implica que el terapeuta se comporte de forma auténtica y congruente, promoviendo el mismo comportamiento por parte del consultante. Esto implica que el terapeuta pueda revelar sus propios pensamientos, emociones, sensaciones, siempre que resulte apropiado para los objetivos de la sesión, y puede ser honesto cuando sus consultantes le pregunten algo, siempre que no ponga en riesgo las demás habilidades clínicas ni los objetivos terapéuticos. Finalmente, implica que realmente construya una relación humana con sus consultantes, la cual sirva como contexto para promover las conductas deseadas y reducir aquellas inconvenientes. En la ACT, el terapeuta no se comporta como un sabio misterioso que pretende ocultar aquello que sabe sobre el otro, que ni el mismo otro sabe de sí mismo, no, el terapeuta de la ACT busca comunicar aquello que está observando del otro, de modo que, le ayude a comprender funcionalmente sus conductas y elegir los comportamientos más convenientes. Además, el terapeuta debe procurar comportarse según las habilidades de flexibilidad psicológica

que pretende enseñar, pero siendo honesto en reconocer cuando tiene comportamientos inflexibles (Hayes et al., 2014 y Froxán, 2020).

Evaluación y Formulación Clínica.

Perspectiva de evaluación desde el análisis funcional

El análisis funcional busca identificar las conductas a influir por medio del análisis de los factores contextuales, antecedentes y consecuencias que las gobiernan, es decir, se trata de discriminar las conductas problemáticas para la persona o conductas clínicamente relevantes. Törneke (2016) propone que se inicie escuchando la historia del cliente, pero el foco principal se mantenga en las conductas problemáticas actuales. La conducta problemática, se refiere a conductas que hacen parte de dos clases funcionales: la evitación experiencial y las conductas fusionadas al lenguaje que alejan o desvían a la persona de sus valores. Para Törneke (2016) el objetivo del análisis funcional es identificar estas conductas problemáticas, y aquellas conductas alternativas que persigan consecuencias deseables para la persona.

Para (Hayes et al., 2002; Twohig et al., 2021 y Törneke, 2016) el análisis funcional entonces, es el punto de partida de la psicoterapia y tiene como objetivo que la misma se concentre en: alterar el seguimiento de reglas que resulta perjudicial y ayudar a la persona a defusionarse para que sus conductas la acerquen a sus valores. Ayudar a la persona a definir las consecuencias que son globalmente deseables para ella, es decir, sus valores, aumenta la probabilidad de que ella ejecute conductas que le permitan contactar esas consecuencias valiosas.

Twohig et al. (2021) proponen considerar cuatro áreas fundamentales de evaluación: 1. conocer el problema clínico e identificar el principal, 2. determinar el

contexto funcional manteniendo el comportamiento objetivo, 3. evaluar variables históricas, contextuales y culturales que influyen en el caso y, 4. establecer un programa de evaluación continua para la psicoterapia.

La primera área implica: realizar una evaluación y determinar todos los problemas clínicos que enfrenta la persona. Luego, determinar junto a la persona cuál es el principal problema clínico y convertirlo en el foco de la terapia. Los autores afirman que una vez que el problema clínico principal ha disminuido, se pueden revisar otros, pero es posible que estos problemas secundarios ya hayan sido influidos por el trabajo con el problema principal.

En la segunda área los autores establecen tres propósitos: (1) determinar si el problema clínico es resultado de la inflexibilidad psicológica; (2) si lo es, profundizar e identificar los procesos de inflexibilidad psicológica que contribuyen al problema; (3) identificar otras variables clínicas que podrían ser parte del problema (por ejemplo, déficit de habilidades sociales, relaciones familiares tensas, etc).

Como señala Hayes et al. (2014) si se identifica que el problema clínico principal no está estrechamente relacionado con la inflexibilidad psicológica, el terapeuta puede continuar la intervención desde la ACT implementando otras estrategias de cambio comportamental propias de las terapias conductuales tradicionales u otras terapias, siempre que lo haga dentro del marco de valores y acciones comprometidas. Es decir, que un problema clínico no esté estrechamente relacionado con la inflexibilidad psicológica no implica que no pueda abordarse desde la ACT y que, en consecuencia, deba elegirse otro tipo de psicoterapia, sino que desde la psicoterapia de ACT deben introducirse otras estrategias y continuar la intervención al servicio de los valores. Ejemplos de otras estrategias de intervención compatibles con la ACT son: farmacoterapia, activación

conductual, técnicas tradicionales de modificación de la conducta mediante manejo de contingencias, entrenamiento de habilidades o repertorios conductuales específicos, y en general cualquier otra estrategia que responda al problema clínico y pueda trabajarse desde la perspectiva de los valores de la persona y la acción comprometida.

La tercera área de evaluación tiene como propósito evaluar las variables contextuales, históricas o culturales que influyen en el problema clínico de la persona. Luego de recoger la información sobre estas variables Twohig et al. (2021) recomiendan que terapeuta y consultante determinen cuáles de estas variables resultan más significativas, es decir, aquellas que permiten saber qué tipo de persona es el consultante y qué le importa.

Por último, para la cuarta área, referida a la evaluación continua del proceso psicoterapéutico y del cambio comportamental, Törneke (2016) propone que el terapeuta utilice una medida sintomática del problema de la persona y la aplique frecuentemente para dar cuenta de los cambios, esto puede hacerse mediante los auto registros o mediante medidas repetidas con los instrumentos usados para evaluar el perfil de inflexibilidad psicológica.

Finalmente, (Hayes et al., 2002; Twohig et al., 2021 y Törneke, 2016) recomienda que el terapeuta realice una evaluación que le permita responder a las siguientes preguntas sobre el caso:

¿Cuál es el problema según la persona? Esto es, motivo de consulta.

¿Cuáles son los eventos que la persona señala como problemáticos?

¿Cuáles son las soluciones intentadas frente al problema y sus resultados? Para así identificar conductas inflexibles y de evitación.

¿Qué tipo de vida es la que la persona realmente desea vivir?

¿Cuáles son los procesos psicológicos o factores ambientales que han obstruido la posibilidad de la persona de construir y vivir la vida que desea?

Pasos y Recursos de evaluación

Recoger la información clínica inicial.

Recomendación
La entrevista inicial debe facilitar una perspectiva general del problema.
Justificación
Revise o realice la entrevista de admisión, enfocándose en comprender cuáles son los problemas que la persona desea abordar, es decir, cuál es su motivo de consulta y explore características del problema como: hace cuánto se presenta el problema, si hay otras personas involucradas, si hay eventos asociados al problema, si la persona ha consultado antes por lo mismo, qué ha intentado la persona para solucionar el problema y cuáles son las expectativas actuales que tiene respecto a su motivo de consulta. Además, junto a la persona evalué cuál es el problema clínico principal y por su parte identifique si hay agenda de control asociada al problema, es decir, si hay estrategias de afrontamiento relacionadas con la evitación experiencial.

Recomendación
Aproveche el formato de Información Clínica Inicial ICI para conocer variables históricas, contextuales y culturales relacionadas con el problema.
Justificación
Recuerde que la tercera área de evaluación que proponen Twohig et al. (2021) es la de conocer estas variables ambientales asociadas al problema. El ICI le permite

recoger esta información y usarla para analizar el comportamiento de la persona a la luz de su historia de aprendizaje y su relación actual con el ambiente, así como las expectativas e intereses que tiene en distintas áreas de la vida. Cuando se exploran áreas como las relaciones familiares, de pareja, amistad, el área sexual, laboral y académica la persona reporta dificultades y deseos en relación con esas áreas, lo que le permitirá ir identificando el tipo de persona que quiere ser el consultante y el tipo de vida que desea vivir. Además, el ICI le permite identificar características y evolución del problema que le servirán como insumos para el análisis funcional.

Recuerde mantener su atención en comportamientos, antecedentes y consecuencias. No recoja información anecdóticamente sino estratégicamente, de modo que, la información le permita identificar las contingencias asociadas a los problemas clínicos.

Analizar el problema funcionalmente.

Recomendación
Organice la información clínica recolectada en el formato de análisis conductual.
Justificación

Para establecer los objetivos de cambio comportamental, es importante que organice la información recolectada en el formato de análisis funcional, identificando las variables independientes: antecedentes y consecuencias para la variable dependiente: comportamiento. Puede iniciar por identificar conductas específicas y concretas de la historia de la persona y aquellas que se presentan actualmente fuera y dentro de la sesión. Luego, puede relacionar conductas funcionalmente e identificar patrones conductuales. Gallego, 2020 proporciona un formato de análisis funcional que no solo le permitirá organizar la información recolectada, sino guiar la recolección de información mediante preguntas estratégicas.

Formato de Análisis Funcional (Basado en Luciano, 2017 y Törneke y Ramnerö, 2008). Anexo del formato de formulación)

Nombre consultante_____ **Terapeuta** _____

A		**B**	**C**	
Antecedentes. Identificar función discriminativa, motivacional o condicionada		**Comportamientos. Indicar respuestas relacionadas con los antecedentes**	**Consecuencias (Indicar función reforzante o punitiva)**	
Situaciones (¿Qué ocurrió? ¿Dónde? ¿Cuándo? ¿Con quién?)	**Eventos privados (indicar pensamientos, sensaciones, impulsos problemáticos)**	**Comportamientos (¿Qué hace ante los eventos antecedentes?)**	**Consecuencias a corto plazo de los comportamientos identificados en B**	**Consecuencias a largo plazo de los comportamientos identificados en B**

Extraído de Gallego (2020).

Identificar el perfil de inflexibilidad psicológica.

Son seis los procesos que Twohig et al. (2021) proponen evaluar en ACT para establecer el patrón de inflexibilidad psicológica: evitación experiencial, fusión cognitiva, ausencia en el presente, escaso autoconocimiento (dominio del pasado conceptualizado o miedo al futuro) apego al yo conceptualizado, escasa claridad sobre los valores y conducta no ajustada a valores (inacción, impulsividad o evitación). Según (Hayes et al., 2014 y Twohig et al., 2021) se pueden identificar tres tipos de perfiles de inflexibilidad según los procesos psicológicos implicados. Están el perfil cerrado, el desatento y el desconectado. El perfil cerrado implica principalmente los procesos de evitación experiencial y fusión cognitiva, el perfil desatento implica los procesos de ausencia en el presente y apego al yo conceptualizado y, el desconectado implica los procesos de escasa claridad sobre los valores y conducta no ajustada a valores.

Recomendación
Usar diferentes estrategias de evaluación e identificar los problemas psicológicos más urgentes y relevantes para intervenir.
Justificación
Se recomienda que el terapeuta inicie por aplicar instrumentos de evaluación que le permitan identificar si el problema principal del caso se debe a la inflexibilidad psicológica. Una forma de determinar si la inflexibilidad psicológica es la base de un problema clínico es mediante el Cuestionario de Aceptación y Acción-II (AAQ-II), que cuenta con adaptación colombiana y se puede consultar y descargar en: https://cliniklab.konradlorenz.edu.co/2020/09/act3gen.html

Si el problema clínico del caso no se debe a la inflexibilidad psicológica, continúe evaluando mediante autorregistros y otros instrumentos que sugiera la literatura según el problema identificado.

Luego de identificar si la inflexibilidad psicológica es significativa en el caso, Twohig et al. (2021) proponen el uso de la herramienta de evaluación ACT ADVISOR que mediante la entrevista permite identificar en cuáles de los seis procesos de flexibilidad psicológica debe centrarse la intervención. Puede haber casos que requieran intervención en los seis procesos o sólo en unos cuantos. Hay otros instrumentos que permiten evaluar la necesidad de trabajar ciertos procesos psicológicos, entre estos están:

Believability of Anxious Feelings and Thoughts Questionnaire (BAFT), Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ), Generalized Pliance Questionnaire (GPQ), Generalized Tracking Questionnaire (GTQ), Mindful Attention Awareness Scale (MAAS), Values Questionnaire (VQ) y Work-related Acceptance and Action Questionnaire (WAAQ), estos instrumentos cuentan con validación en el idioma español y algunos tienen validación en Colombia. Puede encontrarlos en el siguiente enlace: https://cliniklab.konradlorenz.edu.co/2020/09/act3gen.html

Realizar la formulación clínica.

La formulación clínica es el resultado del proceso de evaluación e implica un ejercicio de organización analítica en la que el terapeuta debe generar hipótesis clínicas acerca de la adquisición y mantenimiento del problema de la persona, proponer objetivos de intervención y un plan de tratamiento.

Recomendación
Usar el formato de formulación clínica contextual y luego ajustarlo al formato de evaluación inicial ECI.
Justificación
Gallego (2020) diseñó un formato de formulación clínica contextual con su instructivo de diligenciamiento que facilita identificar el patrón de inflexibilidad psicológica de la persona. (ver apéndices A y B). Se recomienda al terapeuta en formación que luego de usar este formato, extraiga la información para diligenciar el formato de evaluación clínica inicial ECI que es el que el SAP UN exige, solo es cuestión de organizar la información. El terapeuta en formación debe realizar esta labor antes de la cuarta sesión del proceso, ya que este es el tiempo dispuesto por las políticas del SAP para realizar esta fase del proceso psicoterapéutico. Lo anterior, sin olvidar que en la ACT es importante mantener una evaluación continua.

Recomendación
Socialice la formulación clínica con el consultante.
Justificación
La socialización de la formulación clínica permite que la persona aporte su perspectiva y exprese si está de acuerdo con esa perspectiva sobre sus problemas. Además, promueve la habilidad de la persona de conocer su forma de comportarse y las consecuencias a corto y largo plazo de sus conductas. Finalmente, esta socialización facilita la aceptación de la persona del plan del tratamiento, en tanto puede ver la relación de la propuesta terapéutica con la comprensión de sus problemas.

Entrenar las Habilidades de Flexibilidad Psicológica al Servicio de Valores

Como se ha mencionado antes, el objetivo principal de intervención desde la ACT es alterar la inflexibilidad psicológica y promover la flexibilidad. Una vez identificado el patrón de inflexibilidad psicológica de la persona que mantiene su problemática, el terapeuta debe concentrarse en fortalecer y promover los procesos de flexibilidad psicológica que correspondan. La ACT según Sloan y Hayes (2018) se mueve en una perspectiva idiográfica, así que, aunque los procesos de flexibilidad psicológica son universales, la forma de intervenirlos es particular según el contexto de las conductas y el patrón de inflexibilidad de cada persona.

Mindfulness o Atención Plena en la ACT

Para Hayes y Hofmann (2018) la atención plena implica una actitud de atención abierta, curiosa, amable, compasiva y sin prejuicios, centrada en las experiencias internas y externas del presente. Cuatro de los seis procesos de la flexibilidad psicológica se consideran componentes de la atención plena: contacto con el momento presente, aceptación, defusión y Yo como contexto. Los otros dos procesos se relacionan con el cambio de comportamiento: conexión con valores y acciones comprometidas. Por lo anterior, la ACT implica el uso de diversos ejercicios de atención plena.

Como señalan los autores, la atención plena puede trabajarse mediante prácticas guiadas dentro y fuera de la sesión, durante las actividades rutinarias como comer, bañarse, hacer aseo, hablar con alguien o en prácticas libres. Es importante que el terapeuta normalice situaciones como distraerse constantemente durante un ejercicio de atención plena, dormirse o sentirse ansioso por terminar. También debe validar que al principio mantener atención plena es difícil y es una habilidad que se adquiere gradualmente, como

aprender a tocar un instrumento musical. Luego, el terapeuta puede comenzar por trabajar con estímulos externos, pues suelen ser más fáciles de enfocar y menos angustiantes que los internos. Finalmente, conviene que el terapeuta ayude a que la persona cree anclas con el presente como: notar la respiración, alguna zona del cuerpo como la planta del pie o percepciones de uno de sus sentidos.

De acuerdo con Hayes y Hofmann (2018) la atención plena puede ayudar a afrontar momentos de crisis, permitiendo la regulación de la activación fisiológica y la reorientación de la atención hacia lo que está ocurriendo y hacia las posibilidades de acción que resulten más efectivas y convenientes. Los autores no la consideran una forma de evitación experiencial porque permite ser consciente de las experiencias internas y externas presentes, deteniendo los patrones conductuales automáticos y permitiendo hacer elecciones de acción más efectivas.

En conclusión, la atención plena favorece la flexibilidad psicológica y permite el desarrollo de habilidades que permitan manejar y afrontar experiencias dolorosas que pueden cambiarse.

Seis Procesos de la Flexibilidad Psicológica

La flexibilidad psicológica se constituye por seis procesos: aceptación psicológica, defusión cognitiva, conciencia del momento presente, el yo como contexto, conexión con valores y acciones comprometidas. Según Hayes et al. (2014) estos procesos pueden agruparse en diadas que constituyen tres estilos o disposiciones de respuesta. El primero es el estilo abierto, que se compone de la aceptación psicológica y la defusión cognitiva, y permite contactar de manera plena las propias experiencias sin engancharse con su contenido. El estilo abierto debe ser el objetivo de intervención principal cuando la base del

problema clínico es el rechazo de las experiencias y la fusión con contenidos de pensamiento.

El segundo es el estilo centrado, compuesto por la conciencia del momento presente y el Yo como contexto. Este estilo se considera el centro de la flexibilidad psicológica, pues facilita los otros dos estilos de respuesta. Se refiere a estar consciente del aquí y ahora y tener un sentido trascendente de sí mismo.

Finalmente está el estilo comprometido, que contiene los procesos de conexión con valores y acciones comprometidas. El estilo comprometido implica la disposición de una persona a actuar en dirección a lo que considera realmente valioso y significativo, es decir, la persona actúa efectivamente para vivir la vida que desea y tiene sentido para ella vivir. Es este el estilo de respuesta que suele aportar la sensación de bienestar psicológico.

A continuación, se presenta la definición de cada proceso de flexibilidad psicológica, su propósito y señales de cuándo trabajarlo y algunas recomendaciones.

Aceptación Psicológica.

Definición.

Es el proceso flexible antagónico a la evitación experiencial y agenda de control. (Hayes et al. 2012; Harris, 2019) lo definen como la disposición compasiva y sin prejuicios que permite a la persona contactar sus eventos privados y permitirlos, así como aceptar el dolor como parte natural e inevitable de la experiencia humana. Además, es la actitud abierta que permite a las personas reconocer que hay cosas que están fuera de su control y que deben acogerlas como parte de su experiencia, para entonces enfocarse en aquello que sí pueden controlar y cambiar.

Entonces, la aceptación psicológica es la disposición de observar y permitir las experiencias internas, sean estas deseables o no, y las experiencias externas que no se

pueden modificar o no conviene hacerlo. Esta suele trabajarse transversalmente durante todo el proceso terapéutico y junto a la defusión, para crear un contexto distinto a la evitación experiencial y la agenda de control en el cual experimentar eventos privados y externos.

Propósito y Cuándo Trabajar.

Autores como Hayes y Hofmann (2018) han señalado como objetivo central de este proceso el transformar la relación que la persona tiene con sus eventos privados y situaciones asociadas a estos, esto es, lograr que la persona vaya desde el control, rechazo, escape y evitación hacia una relación abierta, flexible, curiosa y compasiva que le permita tomar decisiones y emprender acciones basadas en lo que realmente le importa y resulta valioso para ella.

Con base en los autores, las preguntas orientadoras para identificar la necesidad de trabajar la aceptación psicológica son: ¿la persona está dispuesta a permitir sus eventos privados, sin luchar o intentar controlarlos? ¿identifica y puede enfocarse en lo que realmente le importa? ¿la persona tiene expectativas sobre el proceso psicoterapéutico distintas a reducir, eliminar o mantener ciertos eventos privados? si las respuestas son negativas, debe trabajarse este proceso.

Recomendaciones.

Recomendación
Se recomienda iniciar trabajando la desesperanza creativa para mostrar la inviabilidad del control.

Justificación
Autores como Hayes y Hofman (2018) señalan que, dado que las personas al acudir a psicoterapia buscan alivio y bienestar, proponerles una perspectiva de aceptación del malestar y de no control de eventos privados indeseados, puede generar temor y resistencia. Por eso, sugieren iniciar por trabajar una perspectiva en la que se evidencie la inviabilidad del control. Lo anterior puede lograrlo mediante preguntas como ¿qué es eso con lo que ha estado lidiando, eso que le ha estado generando malestar? ¿qué ha intentado para afrontarlo? ¿cómo le han funcionado esas estrategias y qué costo le han representado? También puede usar metáforas físicas que encuentra en las secciones de desesperanza creativa de los libros sobre la ACT. Lo importante es que el terapeuta le ayude a la persona a ver que las estrategias de control que ha usado no le han traído el bienestar deseado, de modo que la ayude a abrirse a alternativas para afrontar sus problemas.

Recomendación
El terapeuta debe ayudar a la persona a notar sus eventos privados con el fin de facilitar el trabajo en la aceptación psicológica.
Justificación
Es necesario que la persona pueda notar y tactar sus eventos privados, para identificar tanto la relación que la persona tiene con estos, como la necesidad de aceptación. Lo anterior puede lograrse mediante ejercicios de defusión cognitiva, atención plena y aquellos que impliquen la toma de perspectiva.

Recomendación
El terapeuta debe tener una actitud validante frente a los esfuerzos de la persona por solucionar su problema, aun cuando no hayan sido viables y/o efectivos.
Justificación
Luego de identificar las soluciones intentadas y discriminar sus costes y beneficios a corto y a largo plazo, se sugiere que el terapeuta valide el esfuerzo que la persona ha hecho para afrontar su problema, mostrando a su vez, que ha sido un esfuerzo costoso, pero de beneficios pasajeros o insuficientes. Luego de esto, el terapeuta puede ofrecer la alternativa de la aceptación psicológica, con sus costos y beneficios también (Hayes y Hofman, 2018.

Recomendación
Un terapeuta ACT se interesa por aclarar que los objetivos de esta terapia tienen que ver con el cambio de comportamientos y no con el cambio de eventos privados.
Justificación
Explíquele a la persona que la ACT es un modelo de terapia que busca cambiar comportamientos y no eventos privados, pues mediante los comportamientos es que se logra construir el bienestar y vivir una vida valiosa. Permítale ver a la persona que imaginar la vida que desea o desearla no es lo mismo que actuar para tenerla, y en la ACT se busca que la persona actúe de forma tal, que se acerque a esa vida deseada.

Recomendación
En casos de alto rechazo al dolor/malestar se recomienda que el terapeuta ofrezca la perspectiva útil de este.
Justificación
Autores como Brown y Gillard (2016) recomiendan presentar los beneficios de sentir dolor, por ejemplo, que permite obtener información acerca de la relación de sí mismo con el mundo, información valiosa sobre aquello que importa y aquello que no, incluso los beneficios del dolor físico para la supervivencia. En todos los casos resulta indispensable presentar el dolor como una experiencia inevitable e inherente a la existencia humana, por lo cual, para la ACT objetivos que se propongan la reducción o eliminación del dolor resultan costosos, infructuosos e irreales.

Recomendación
El terapeuta se esfuerza por modelar e instigar la disposición de aceptación psicológica durante las sesiones.
Justificación
Hayes y Hofman (2018) sugieren que el terapeuta modele e instigue la aceptación psicológica mediante alguna de las siguientes acciones: trabajando previamente en sus eventos privados relacionados con tocar asuntos difíciles con la persona, haciendo uso de las metáforas y ejercicios experienciales y, usando un lenguaje de aceptación y distancia para referirse a eventos privados, por ejemplo: — noto que estoy pensando en, noto que

me visita x recuerdo, me doy cuenta de que estoy sintiendo x, etc. — Esto ayudará a la persona a experimentar la perspectiva de aceptación y aprender a hacerlo.

Recomendación
En casos donde la persona presenta alta autocrítica, juicios y culpabilizaciones hacia su propia historia o sus eventos privados, se sugiere que el terapeuta trabaje en la autocompasión antes que en la aceptación psicológica.
Justificación
La autocompasión es una habilidad que implica acciones, por tanto, es susceptible de mejorase mediante la práctica. Además, tiene beneficios como fortalecer la regulación de estados de ánimo como la depresión, estimular las áreas cerebrales asociadas a sentimientos positivos y reducir la reactividad a eventos privados indeseados. El terapeuta puede orientar el trabajo en esta habilidad mediante reflexiones sobre ¿cómo trataría la persona a un ser amado cuando se encuentra agobiado y enredado con una situación x o y? La autocompasión se trabaja mediante la atención plena y la ejecución de acciones compasivas. A menudo resulta conveniente iniciar por el trabajo compasivo hacia otros y a partir de allí direccionarlo hacia la propia persona. (Hayes y Hofman, 2018; StrosahL y Robinson, 2017).

Recomendación
El terapeuta se interesa por motivar la práctica de la aceptación psicológica fuera de sesión.
Justificación

La aceptación psicológica es una habilidad que requiere práctica, pues sus beneficios solo pueden obtenerse en la medida que se practica día a día. (Hayes y Hofmann, 2018; Twohig et al., 2021) sugieren que el terapeuta deje como tarea la práctica de la aceptación psicológica, indicándole a la persona que en cuanto note eventos privados difíciles los señale, los permita e, inmediatamente continúe con la actividad que estuviera haciendo. Se debe normalizar la sensación de mayor dificultad al realizar las actividades cuando se experimentan eventos privados difíciles, respecto a esto, indíquele a la persona que haga una versión más pequeña, más lenta o menos exigente de estas. Haga énfasis en la importancia de notar y permitir los eventos privados al tiempo que continúa con sus actividades. Puede incluso recomendarle hacer notas sobre sus eventos privados observados y lo que hizo tras notarlos. Finalmente, puede ser útil prescribir momentos de desahogo destinados a permitirse sentir todo aquello difícil que pueda experimentar la persona y dejarlo fluir, a menudo los consultantes reportan no haber experimentado tantos eventos privados difíciles como esperaban.

Recomendación

El terapeuta ACT se compromete a evitar promover situaciones injustas, abusivas, inconvenientes o dañinas por medio de la aceptación psicológica.

Justificación

Autores como (Hayes y Hofmann, 2018; Páez y Gutiérrez, 2012) advierten sobre uno de los mayores riesgos confundir la aceptación psicológica con la resignación; la primera se trata de un comportamiento y una elección activa y consciente, momento a momento, mientras que la segunda implica permitir situaciones de daño, abuso, inacción

o inconveniencia. Para reconocer si una situación o experiencia debe trabajarse desde la aceptación, como terapeuta debe preguntarse lo siguiente: ¿es esta una situación posible y conveniente de cambiar? ¿cambiarla traería bienestar para la persona y podría acercarla a sus valores? Si las respuestas son positivas el trabajo debe concentrarse en la modificación del contexto y las situaciones particulares. En este caso la aceptación psicológica se trabaja no para aceptar las circunstancias, sino para aceptar aquellas experiencias internas relacionadas con el cambio. Cuando las circunstancias no se pueden cambiar o resulta inconveniente, la aceptación psicológica se trabaja para aceptar la situación como una realidad inevitable y para identificar acciones de bienestar en medio de esa realidad, los casos de dolor crónico o enfermedades sin cura como el Lupus son un ejemplo de esto.

Defusión Cognitiva.

Definición.

A diferencia de los modelos mediacionales como la psicología cognitiva, en la que la cognición se considera mediadora del comportamiento, en la ACT, modelo contextual-funcional, la cognición se entiende como una conducta operante construida a partir de eventos históricos y situacionales. Desde esta perspectiva, lo importante no son los contenidos de la cognición, sino la capacidad de la persona de notar sus procesos cognitivos y verlos de forma no literal, es decir, que los observe como actividades que ocurren en su pensamiento y no como realidades. Es importante aclarar que en la ACT cognición o pensamientos se refiere a eventos privados en general (pensamientos, emociones, sensaciones, impulsos) (Hayes y Hofmann, 2018).

Además, (Hayes y Hofmann, 2018; Hayes et al., 2014; Twohig et al., 2021) agregan que la defusión implica que la persona es capaz de diferenciarse de sus propios contenidos internos, así como se diferencia de los contenidos externos. Una persona no suele decir "yo soy una silla" solo porque de repente percibe una silla, sin embargo, cuando se trata de contenidos internos puede decir cosas como "soy una estúpida" porque percibe ese pensamiento dentro de sí. Se habla de defusión cognitiva cuando la persona es capaz de observar sus contenidos de pensamiento, emoción y sensación sin identificarse con ellos.

Por ejemplo, una persona defusionada cognitivamente podría decir "noto que estoy pensando que soy un idiota, noto que estoy recordando aquella vez en la que hice el ridículo, noto que cuando me siento triste tengo pensamientos que me dicen que no puedo hacer cosas, noto que estoy pensando que no puedo ir a trabajar porque me siento cansada, etc." en lugar de decir "soy un idiota, siempre hago el ridículo, no puedo ir a la universidad porque estoy triste, no iré a trabajar porque me siento cansada" estos últimos son ejemplos de lo que diría una persona que se enfoca en el contenido literal de sus pensamientos y los asume como realidades irrefutables u órdenes ineludibles. Finalmente, los autores señalan que el proceso de defusión cognitiva se asemeja a procesos centrales de otros enfoques terapéuticos como: el distanciamiento, el descentramiento, la metacognición, la mentalización y la atención plena.

Propósito y Cuándo Trabajar.

El objetivo principal de la defusión cognitiva, según (Hayes y Hofmann, 2018; Hayes et al., 2014), es reducir las funciones automáticas, tanto emocionales como conductuales de los pensamientos, es decir, que estos sean tomados de manera menos literal por las personas de modo que, no afecten sus repertorios conductuales viables. Además, busca que la persona se enfoque más en su experiencia directa con el ambiente que en las

descripciones que su mente pueda hacer sobre este. En suma, la defusión busca que la persona se dedique más a generar acciones que la conecten con aquello que le importa, que a escuchar su mente. Finalmente, el objetivo de la defusión cognitiva es que la persona pueda tener y observar un pensamiento, sin créeselo literalmente ni actuar automáticamente con base en él, especialmente cuando esos pensamientos la alejan de lo importante.

Recomendaciones.

Recomendación
El terapeuta inicia modelando la defusión cognitiva en la conversación.
Justificación
Dado que los humanos suelen asumir sus pensamientos como realidades, órdenes o verdades, los ejercicios de defusión cognitiva pueden resultar extraños, incómodos y difíciles. Autores como (Harris, 2019; Hayes y Hofmann, 2018; Hayes et al., 2014) afirman que el terapeuta debe preparar el terreno comenzando por referirse a la mente o los pensamientos como instancias distintas al Yo, que dicen cosas convincentes, pero no necesariamente verdaderas o útiles. Por ejemplo, el terapeuta puede hacer las siguientes preguntas: ¿qué dice tu mente ahora? ¿parece que una emoción te visitó en este momento, cuál? ¿qué parte de tu cuerpo experimenta esto, cómo se siente? O puede usar expresiones como: “me visitó x pensamiento, noté x emoción, noto en mi cuerpo x cosa”.

Recomendación
El terapeuta se esfuerza por trabajar la defusión cognitiva experiencialmente más que explicativamente.
Justificación

En la ACT lo que importa es que las personas actúen y experimenten, no solo que comprendan. El terapeuta puede hacer experimentos que demuestren los límites del pensamiento para describir la realidad o su imposibilidad de controlar las acciones, por ejemplo, pidiendo a la persona que piense en que no puede hacer algo mientras lo hace. También puede hacer experimentos para mostrar la imposibilidad de controlar voluntariamente los pensamientos, para luego mostrar que es un objetivo fantasioso e infructuoso y, por tanto, el proceso psicoterapéutico no perseguirá ese objetivo, sino el de aprender a relacionarse con los pensamientos de modo que no limiten las acciones de la persona (Harris, 2019; Hayes y Hofmann, 2018; Hayes et al., 2014).

Recomendación

El terapeuta debe trabajar la defusión cognitiva de manera flexible.

Justificación

Ninguna intervención en la ACT debe ser rígida, aquí lo que se busca es la flexibilidad y eso aplica para la actitud del terapeuta y el proceso terapéutico. (Harris, 2019; Hayes y Hofmann, 2018; Hayes et al., 2014) señalan que la defusión cognitiva no debe ser planeada de forma rígida ni premeditada, sino trabajada de manera flexible y orgánica, lo que implica que el terapeuta esté atento en la sesión para reconocer aquellos momentos en que la persona se fusiona y decidir si es adecuado y provechoso trabajar la defusión cognitiva en ese instante.

Recomendación
El terapeuta se esfuerza por mantener un vínculo terapéutico respetuoso y flexible.
Justificación
Los ejercicios de defusión cognitiva practicados sin un contexto terapéutico de respeto, colaboración y compromiso, pueden resultar invalidantes o invasivos para la persona, el terapeuta puede evitar esto estableciendo un vínculo terapéutico respetuoso y confiable y mostrándole a la persona que no se cuestionan sus pensamientos como tal, sino la utilidad de estos para conducirnos a lograr nuestros objetivos y vivir una vida valiosa.

Recomendación
El terapeuta debe mostrarse como un aliado, evitando la investidura de experto.
Justificación
(Harris, 2019; Hayes y Hofmann, 2018; Hayes et al., 2014) proponen que el terapeuta asuma una posición de compañero de una aventura, la aventura de observar los pensamientos, rebelarse contra ellos y actuar de manera independiente a lo que dicen, descubriendo que, aunque los pensamientos suenan como verdades de un gran sabio u órdenes de un dictador, en realidad son solo sonidos, palabras, ideas a las cuales nosotros les damos significado y podemos decidir su utilidad momento a momento.

Conciencia del Momento Presente.

Definición.

Autores como (Harris, 2019; Luoma et al., 2017) han definido este proceso como la capacidad de tomar conciencia y notar de forma abierta, flexible y sin juicios las experiencias internas y externas en el momento en que están ocurriendo. En este proceso la persona observa cómo las experiencias surgen y desaparecen sin apegarse a ellas. El trabajo en procesos como defusión, aceptación y atención plena promueven la conciencia del momento presente. Esta capacidad implica la habilidad de notar los cambios de orientación de la atención y así, decidir en qué conviene enfocarse para actuar efectivamente y en dirección a lo importante, es decir, la capacidad de regular la atención.

Propósito y Cuándo Trabajar.

Los autores consideran que el trabajo en este proceso refuerza los demás procesos de flexibilidad psicológica y ayuda a las personas a salir del mundo conceptualizado de sus mentes para conectarse de manera directa con su contexto presente, y así tomar decisiones y emprender acciones más efectivas. Además, reduce la evitación experiencial y agenda de control, pues los eventos privados no son percibidos como amenazantes en el aquí y ahora, sino como experiencias que se pueden observar durante el flujo de su ocurrencia, a la vez identifican las oportunidades que el ambiente ofrece en cada instante. Finalmente, la conciencia del momento presente favorece el autoconocimiento y la regulación del comportamiento, de modo que, la persona conoce mejor su comportamiento, aprende de este y evalúa si es concordante con sus valores o no.

(Hayes y Hofmann, 2018; Hayes et al., 2014) agregan que el trabajo en la conciencia del momento presente debe ser flexible y reconocer que hay momentos en los que resulta conveniente recordar el pasado o planificar hacia el futuro, teniendo en cuenta

el aquí y ahora. De igual forma, recomiendan trabajar en este proceso cuando se identifica desconexión de la persona con sus eventos privados, cuando intelectualizan demasiado y en el proceso terapéutico buscan comprender racionalmente más que sentir experiencialmente, cuando se identifica alta fusión con el pasado o el futuro o, cuando a la persona se le dificulta identificar oportunidades en su contexto presente que le permitan actuar de acuerdo con sus valores.

Recomendaciones.

Recomendación
El terapeuta se esfuerza por promover la conciencia del momento presente durante todo el proceso psicoterapéutico y por medio de diferentes recursos.
Justificación
Para Luoma et al. (2017) hay tres formas de trabajar en el proceso de conciencia del momento presente: por medio de ejercicios de atención plena, notando y señalando el flujo de la experiencia como va ocurriendo en cada sesión e invitando a la persona a contactar con su experiencia interna y externa durante las sesiones. Por ejemplo, notar problemas en el vínculo terapéutico y/o repertorios conductuales problemáticos que emergen en sesión y trabajar sobre ellos en el plano inmediato, son formas de trabajar constante y transversalmente la conciencia del momento presente.

Recomendación
Se recomienda que el terapeuta mantenga su conciencia en el presente de cada sesión para que pueda notar cuando prevalecen los asuntos pasados o futuros y así pueda reorientarla al presente.

Justificación
(Bennett y Oliver, 2019; Luoma et al.,2017) señalan que es frecuente que en la psicoterapia las sesiones tiendan a ocuparse mayoritariamente de conversaciones anecdóticas sobre la semana, o conversaciones sobre el futuro y el pasado, por eso, cuando el terapeuta identifique este fenómeno debe recordar la importancia y necesidad de trabajar en la conciencia del momento presente para mejorar la capacidad de la persona de responder a las contingencias actuales y orientar sus acciones hacia valores. Lo autores recomiendan hacer ejercicios de conciencia sobre el pasado o presente para analizar el comportamiento que surge en el presente respecto a esas situaciones. También, ayudar a la persona a analizar su comportamiento funcionalmente para identificar consecuencias a corto y largo plazo, facilitando así el aprendizaje experiencial de la persona acerca de sus eventos privados, su comportamiento, sus valores y la elección de acciones comprometidas.

Recomendación
El terapeuta debe incentivar a la persona a la práctica constante.
Justificación
(Harris, 2019; Hayes et al., 2014; Strosahl y Robinson, 2017) recomiendan que el terapeuta sugiera a la persona practicar en cada sesión y entre sesiones, la habilidad de darse cuenta de las cosas que ocurren dentro y fuera de sí misma, es decir, practicar la conciencia del momento presente y el control atencional. El terapeuta debe señalar la importancia de esta práctica como la oportunidad de vivir la vida no desde el piloto automático, sino desde el piloto consciente, que es el único lugar desde el que es posible

decidir el curso de acción de acuerdo con el contexto actual, las oportunidades, demandas presentes y las opciones más valiosas y convenientes disponibles.

Recomendación
El terapeuta de la ACT reconoce las necesidades particulares de cada persona y ajusta las estrategias para trabajar la conciencia presente.
Justificación
Como se señala en (Harris, 2019; Hayes et al.,2014) en casos donde la persona presente problemas o déficit de atención, el terapeuta debe intensificar el trabajo en este proceso mediante ejercicios que impliquen la regulación de la atención, por ejemplo, haciendo cambios voluntarios y diversos de la orientación de la atención. Si regular la atención resulta difícil por el déficit, el terapeuta puede separar los ejercicios por experiencias sensoriales e identificar cuál de estas le ayuda más a la persona a enfocarse, por ejemplo, los sonidos, olores, sabores, etc. Por otro lado, si la persona tiene la capacidad atencional, pero no pone en práctica su habilidad de regularla, el terapeuta debe fortalecer o iniciar el trabajo en procesos como la defusión cognitiva y la aceptación psicológica para suscitar el proceso de conciencia del momento presente.

Yo como Contexto.

Definición.

Según (Hayes et al., 2002; Luoma et al., 2017; Zetlle et al., 2016) los humanos desarrollan la capacidad de tomar perspectiva a través de la socialización y la adquisición del lenguaje. Dicha capacidad ha sido estudiada por la Teoría de Marcos Relacionales

(TMR) que señala la existencia de tres claves contextuales que permiten controlar la toma de perspectiva: interpersonal (yo/tú), espacial (aquí/allá) y temporal (ahora/entonces). Gracias a estas claves contextuales, señalan los autores, es que aprendemos a referirnos a nuestra experiencia y la de otros desde distintos lugares y distintos tiempos. La capacidad de tomar perspectiva conduce a la formación de tres sentidos de sí mismo: el Yo contenido, el Yo proceso y el Yo como contexto.

Los autores definen el Yo contenido como aquellas conceptualizaciones y declaraciones acerca de sí mismo que se refieren a cualidades, defectos e historia. La fusión con el Yo contenido puede resultar problemática cuando mantiene patrones de comportamiento inviables o limita las experiencias a fin de mantener la consistencia y coherencia con esas conceptualizaciones sobre sí mismo. El Yo proceso, lo definen como la conciencia de los propios procesos psicológicos, que permite compartir lo que está ocurriendo en el interior mediante declaraciones como “yo pienso, yo siento, yo deseo, etc.”.

Por su parte, el Yo como contexto es considerado como la dimensión de sí mismo de carácter trascendente y social. Se refiere a una perspectiva desde la que se observa el contenido y el flujo de las experiencias sin identificarse con ellas, sino reconociéndose como el contexto en el que ocurren esas experiencias. El Yo como contexto se refiera a obtener una perspectiva más flexible de sí mismos, de los demás y de las experiencias que facilite procesos sociales e interpersonales como la compasión-autocompasión, la empatía y la cooperación.

Para comprender mejor la diferencia entre las dimensiones del Yo propuestas desde la ACT, Hayes et al. (2014) proponen la metáfora del tablero de ajedrez. Dicha metáfora equipara al Yo contexto con el tablero de ajedrez y al Yo contenido con las fichas del

juego. Supone que cada ficha puede representar diversos eventos privados que ocurren dentro de una persona, algunas fichas se consideraran aliadas y otras enemigas. Como en el ajedrez, parece haber una guerra entre los dos equipos de fichas, y entre más se enfoca una persona en una ficha, más conduce la guerra hacia esta, olvidando el resto del juego. La metáfora implica que lo que realmente somos como seres humanos (Yo contexto) es el tablero, pues en el tablero ocurre el juego, el tablero sigue existiendo pese a la existencia o no de las fichas o la guerra o que haya entre ellas. El tablero contiene a las fichas y no viceversa y, sin importar si ganan las fichas negras o las blancas, el tablero puede seguir existiendo, sin afectarse, puede obervar el juego sin influir en él, de eso se trata el Yo contexto, de la capacidad de notar y observar los propios contenidos privados, sin juzgar e influir en ellos, solo observar y seguir existiendo y actuando pese a ellos. En suma, lo importante es comprender y compartir con el consultante que los eventos privados solo son contenidos internos que ocurren dentro de sí, y que él es el contexto que contiene y en el que ocurren dichos contenidos, entonces él no puede ser lo mismo que sus contenidos.

Propósito y Cuándo Trabajar.

(Hayes et al., 2014; Luoma et al., 2017; Strosahl & Robinson, 2017) señalan que trabajar este proceso promueve que la persona tenga un sentido de sí misma y de la vida que quiere vivir más amplio y trascendental, que sea más flexible frente al flujo de sus experiencias y que actúe en diversos contextos guiada por sus valores. También, disminuye la identificación con el Yo concepto, facilita el reconocimiento de experiencias satisfactorias, la toma de perspectiva, el cambio de comportamiento y la autocompasión.

Son indicadores para trabajar en el proceso del Yo como contexto los siguientes: cuando las conceptualizaciones del Yo interfieran con el cambio del comportamiento que la

persona necesita y desea y, cuando se presenta un comportamiento interpersonal desapegado, de baja intimidad, empatía o compasión.

Recomendaciones.

Recomendación
Se recomienda comenzar por fortalecer el sentido del Yo proceso.
Justificación
Hayes et al. (2014) recomiendan iniciar por fotalecer la conciencia continua y flexible de los eventos privados, es decir, el Yo como proceso, pues esto le facilitará a la persona abstraer su sentido del Yo como contexto. Esto puede lograrse por medio de ejercicios o preguntas que lleven a la persona a observar el flujo de sus experiencias internas en el momento en que ocurren a la vez que se mantiene situado en su presente, por ejemplo, preguntar en qué parte del cuerpo siente lo que siente, cuáles impulsos surgen al lado de sus pensamientos, cuáles cualidades tienen las emociones o sensaciones, etc. Luego de esto se puede indicar que la persona note que una parte de sí misma es consciente de esa posición de observador, y es consciente de que así como en el espacio exterior hay contenidos, en su espacio interior también los hay. Todo lo anterior con el fin de fortalecer la habilidad de control atencional y la capacidad de distinguir entre los eventos privados y el Yo.

Recomendación
El terapeuta debe trabajar en la sesión de modo que la persona pueda experimentar su sentido del Yo trascendente, hasta que sea natural para ella.

Justificación
Según Luoma et al. (2017) el Yo como contexto se trabaja mediante los marcos de toma de perspectiva mencionados anteriormente, es decir, los marcos de distinción que permiten que la persona distinga lo que observa de quien lo observa y los marcos jerárquicos que permiten referirse a una cosa como parte de otra. Estos, permiten a la persona reconocer sus experiencias internas como parte de sí y a sí misma como el contexto en el que ocurren esas experiencias. Para los autores, estos marcos se trabajan a partir del contexto terapéutico y del lenguaje, por ejemplo, mediante el uso de metáforas y ejercicios de atención plena que permitan a la persona conectar con este sentido del Yo.

Recomendación
Se recomienda que el terapeuta adapte las estrategias de trabajo para que no conviertan en fuentes de aversión o daño para la persona,
Justificación
Cuando hay disociación o trauma puede resultar difícil el trabajo con este proceso, porque de acuerdo con (Hayes et al., 2014; Luoma et al., 2017) la persona se fusiona con los contenidos o tiene dificultad para conectarse con un sentido amplio del Yo. Por ello, en estos casos se recomienda reforzar el trabajo en el proceso de conciencia del momento presente antes del trabajo del Yo como contexto. Por otro lado, señalan los autores que cuando el problema de la persona es relativo a la autocrítica y el autodesprecio es importante trabajar el Yo como contexto junto a la autocompasión y la defusión. Finalmente, si las dificultades tienen que ver con la falta de empatía y compasión hacia otros, intensificar el trabajo del Yo como contexto va a facilitar el reconocimiento de las

experiencias del otro y al Otro como contexto de esas experiencias, mejorando así las relaciones interpersonales.

Recomendación
Se recomienda que el terapeuta identifique barreras que impiden a la persona conectar con su sentido del Yo trascendente y adapte las estrategias.
Justificación
Por ejemplo, cuando se presenta una alta fusión con contenidos del pasado Luoma et al. (2017) recomiendan hacer ejercicios para trabajar desde los marcos temporal (ahora/ entonces) e interpersonal (yo/tú), que le permitan a la persona evocar momentos del pasado e interactuar consigo misma en ese momento. Esto, puede evocar nuevas formas de tratarse, por ejemplo, en casos en los que la persona se ha hecho daño a sí misma. De forma similar, los autores proponen que, si existen problemas asociados con orientar el comportamiento según los valores, generalizar lo aprendido o alta fusión con conceptualizaciones sobre el futuro, es importante traer ese futuro conceptualizado al aquí y ahora de la sesión para trabajar desde los marcos deícticos: interpersonal, espacial y temporal, que le permitan a la persona experimentar otra perspectiva de sí mismo y de su situación o barreras, y de este modo conectarse con sus valores.

Recomendación
El terapeuta debe evitar reforzar la fusión con el Yo concepto y constantemente moldear el sentido del Yo contexto por medio de la toma de perspectiva.

Justificación
En casos de disociación o negación producto de traumas o estrés agudo, (Brown & Gillard, 2016; Hayes et al., 2014) señalan que las personas presentan una alta fusión con distintos contenidos del Yo que están fragmentados, entonces es normal que les cueste o les asuste tocar una perspectiva de sí mismas integrada y presente, porque la disociación ha sido ese mecanismo de evitación experiencial que les ha dado sensación de protección frente a sus experiencias emocionales angustiantes. Lo que el terapeuta debe evitar, advierten los autores, es reforzar esta evitación y fusión con el Yo contenido, por tanto, cada oportunidad de regresar la conciencia de la persona al contexto seguro de la sesión y de esa parte de sí misma capaz de observar sus experiencias pasadas y sus experiencias internas debe aprovecharse. El objetivo no es exponer a la persona a sus múltiples Yoes contenido desfragmentados, sino fortalecer su perspectiva de Yo-Aquí-Ahora desde la cual puede observar esos contenidos del Yo, fortaleciendo así, su sentido del Yo como contexto, es decir, su sentido del Yo como espectador de su propia vida.

Conexión con Valores.

Definición.

Para (Hayes y Hofmann, 2018; Hayes et al., 2014) los valores son reglas verbales de tipo augmental, que funcionan como una dirección vital o brújula que orienta las acciones hacia aquello que una persona considera realmente importante y significativo para su vida. Lo anterior significa que los valores son consecuencias libremente elegidas que funcionan como reforzadores de las conductas que la persona considera la pueden acercar, o aumentar su probabilidad de acercarse a dichos valores. Por ejemplo, para una persona que tiene como uno de sus valores el ser solidaria, dicho valor cumplirá una función reforzadora para

aquellas conductas que resulten congruentes con ser una persona solidaria. Para los autores, los valores se construyen como consecuencias importantes mediante el habla y el pensamiento simbólico y no pueden separarse de la acción. Además, son parte inseparable de la conducta que refuerzan. Finalmente, señalan que los valores suelen expresarse mediante cualidades del ser y de la acción y, que dichos valores se identifican más fácilmente en un contexto de aceptación psicológica.

Es importante diferenciar los valores de otros conceptos con los que suele confundirse, como lo son: objetivos, metas y actividades.

Propósito y Cuándo Trabajar.

Según (Hayes y Hofmann, 2018; Hayes et al., 2014) el concepto y relevancia psicoterapéutica de los valores tiene su origen en las psicoterapias humanistas desarrolladas por Viktor Frankl y Carl Rogers. Particularmente en la ACT la conexión con valores es un proceso central que funciona como motivador de cambio comportamental, pues permite evaluar las acciones y hacer elecciones que dirijan a la persona hacia aquello que realmente valora. En la ACT la elección y la aclaración de valores se considera un proceso fundamental para abordar diferentes problemáticas, pues ayuda a reorientar las acciones para lograr cambios comportamentales.

El indicador principal para trabajar en este proceso es cuando el terapeuta identifique que la persona está tan enfocada en la lucha por eliminar o disminuir sus eventos privados que ha perdido el contacto con lo que da sentido y propósito a su vida, es decir, con sus valores, de modo que, sus acciones y elecciones no se corresponden con la vida que a la persona le gustaría realmente vivir.

Recomendaciones.

Recomendación
Se recomienda fortalecer la aceptación psicológica para facilitar el trabajo de conexión con valores.
Justificación
Aunque los valores son el marco de referencia que debe guiar el proceso psicoterapéutico, a veces resulta difícil que la persona identifique sus valores en medio de un contexto de alta evitación experiencial. (Hayes y Hofmann, 2018; Hayes et al., 2014) recomiendan que los valores como consecuencias libremente elegidas, se trabajen en medio de un contexto de aceptación psicológica. El terapeuta debe identificar los casos en los que convendrá primero trabajar en la desesperanza creativa, la aceptación psicológica y las posibilidades de cambio directo de las situaciones que resulte necesario cambiar en pro del bienestar. Cuando la persona elige sus valores en un contexto de aceptación psicológica, dicha elección resulta más fácil de hacer y más genuina, pues la persona está eligiendo según sus deseos e intereses más profundos y no por control aversivo.

Recomendación
Se recomienda empezar por identificar áreas vitales de mayor relevancia para la persona y a partir de estas identificar los valores.
Justificación
Hayes y Hofmann (2018) recomiendan iniciar por identificar las áreas vitales en las que la persona desea hacer cambios. Luego identificar las expectativas de la persona

en cada una de esas áreas, y finalmente, identificar cualidades del ser y del hacer que le resulten importantes y significativas a la persona. Trabajar de este modo facilitará la identificación de valores.

Además, los autores señalan que, aunque los valores se identifican en el contexto presente, en ocasiones puede resultar de ayuda identificarlos a través del reconocimiento de momentos del pasado en los que la persona considera que vivía como realmente desea vivir. También se pueden identificar los valores a través del malestar o a partir de los objetivos que se propone la persona.

Recomendación

Se recomienda diferenciar los valores de otros conceptos como los objetivos y las actividades.

Justificación

A menudo las personas confunden los valores con objetivos que desean alcanzar. La principal diferencia entre los valores y los objetivos es precisamente que, los primeros no son alcanzables sino prolongadamente vividos, mientras que los objetivos sí son alcanzables. Además, los valores están siempre en el presente y orientan la dirección de vida y acción a lo largo de la vida, mientras que los objetivos se refieren siempre al futuro. Por ejemplo, un valor puede ser “ser una persona solidaria” y un objetivo puede ser “ayudar a mi mamá con los deberes del hogar”. Ser solidario no es algo que un día se logra y ya no haya que hacer algo más para seguir siendo solidario, ser solidario es una cualidad del ser y del hacer que marca una dirección de acción. En cambio, ayudar a alguien con unos deberes específicos se trata de un objetivo que define unas acciones

concretas, seguramente un tiempo, modo y lugar y, puede medirse como algo logrado o no logrado. Además, los objetivos no necesariamente tienen que ver con cosas que la persona desee hacer, a menudo pueden tratarse de cosas que la persona debe hacer. Por su parte, los valores son elecciones libres, no justificadas ni razonadas, sino deseadas, que representan lo que tiene sentido, significado e importancia para una persona. Finalmente, lo que tienen en común valores y objetivos es que marcan una dirección para orientar las acciones y son el marco desde el cual se pueden definir las actividades que permitan actuar en dirección a esos valores y objetivos. Mientras los valores y objetivos son los propósitos de la acción, las acciones y actividades son los medios para acercarse (o alejarse) a esos valores y objetivos (Hayes y Hofmann, 2018; Hayes et al., 2014; Harris R. , 2019).

Recomendación

Se recomienda que el terapeuta ayude a la persona a diferenciar los valores de aquello socialmente aceptado o correcto.

Justificación

Es común que tanto terapeuta como consultante se vean inclinados a declarar valores que sean congruentes con lo socialmente aceptado o considerado correcto. Sin embargo, el trabajo del terapeuta es ayudar a identificar los valores que realmente representen lo que para la persona tiene significado, sentido y valor en relación con cómo desea vivir. Autores como (Harris, 2019; Hayes y Hofmann, 2018; Hayes et al., 2014). resaltan que incluso si los valores de la persona resultan políticamente incorrectos para otros o para el mismo terapeuta, si estos representan la vida que la persona realmente

desea vivir, deben ser validados y no juzgados desde un marco moral, sino desde un marco de conveniencia personal. Lo anterior teniendo en cuenta que los valores respeten las normas y leyes sociales. Por ejemplo, una persona puede tener un valor de ser un gran conocedor de psicotrópicos naturales, lo cual implica producirlos y consumirlos. Aunque socialmente esto pueda ser considerado inaceptable o una opción insana, si encaja dentro de la vida que la persona desea realmente vivir, entonces debe ser un valor reconocido y validado durante el proceso psicoterapéutico. El consumo de psicotrópicos en este caso se consideraría como una acción valorada y no como una acción de evitación experiencial, siempre que el consultante haya considerado un equilibrio entre dicho valor y otros de sus valores asociados al área de salud y bienestar.

En suma, según estos autores, por lo que terapeuta y consultante deben trabajar en la ACT es por identificar aquello que una persona realmente desea hacer, el tipo de vida que la persona realmente desea vivir y mover el proceso psicoterapéutico en torno a eso.

Recomendación
Se deben diferenciar los valores de los sentimientos u otros eventos privados.
Justificación
El terapeuta debe ayudar a la persona a comprender los valores como formas de ser y de comportarse que realmente le resultan con sentido y por las que le gustaría ser definida o reconocida. La persona debe entender los valores como cualidades de sí misma que le interesa cultivar a lo largo de su vida y que desea que guíen sus acciones y decisiones. Un sentimiento es algo realmente incontrolable, no es algo que pueda elegirse, mientras que los valores sí son elecciones libres y no justificadas que

representan los deseos más genuinos y profundos de las personas. Por lo anterior, se recomienda que el terapeuta esté atento a los casos en que la persona define sus valores como sentimientos que desea sentir o no sentir y la ayude a descubrir qué hay detrás de esos sentimientos, qué es eso con lo que tienen que ver esos sentimientos deseados o indeseados, el terapeuta debe ayudara la persona a explorar lo necesario hasta identificar sus valores (Brown y Gillard, 2016).

Recomendación

Los valores son el marco de trabajo principal de un proceso psicoterapéutico desde la ACT.

Justificación

Muchas personas y profesionales creen que, dada la perspectiva psicopatológica de inflexibilidad psicológica de la ACT, si una persona no presenta este fenómeno, entonces la ACT no puede intervenir sus problemas. Lo anterior es incierto, la ACT es un modelo de bienestar psicológico que principalmente se ocupa de ayudar a las personas a vivir la vida que realmente desean vivir, organizando, modificando, promoviendo y fortaleciendo comportamientos que resulten congruentes con sus valores. Aun cuando una persona no presente procesos de inflexibilidad psicológica que haya que abordar, otro tipo de problemas pueden ser abordados por la ACT, por ejemplo, intervenciones de modificación conductual, entrenamiento de habilidades e incluso procesos psicoeducativos pueden realizarse dentro de la ACT siempre que se hagan desde la perspectiva de los valores. En conclusión, problema que tenga que ver con el bienestar psicológico es susceptible de ser abordado desde la ACT, aun cuando implique usar otras

técnicas o estrategias de otros modelos de psicoterapia (Brown & Gillard, 2016; Harris R. , 2019; Hayes et al., 2002; Luoma et al., 2017 y Twohig et al., 2021).

Recomendación
Los terapeutas de la ACT deben medir el éxito de un proceso psicológicos desde la perspectiva de valores.
Justificación
Según Twohig et al. (2021) es común que los terapeutas se concentren cambios conductuales y a partir de ellos evalúen el éxito de la terapia, sin embargo, desde la perspectiva de la ACT lo importante y exitoso en un proceso psicoterapéutico es lograr que las acciones que acerquen a una persona a sus valores hagan parte del repertorio conductual de la persona. Es decir, los cambios comportamentales son exitosos en tanto se corresponden con los valores de la persona porque en la ACT no se tiene una noción de comportamientos adaptados o correctos, la ACT se mueve desde una perspectiva de comportamientos convenientes, que son aquellos comportamientos al servicio de los valores. En resumen, que un terapeuta de la ACT mide el éxito del proceso a la luz de los valores y su indicador de cambio y éxito serán las acciones comprometidas.

Acciones Comprometidas.

Definición.

Luoma et al. (2017) afirman que muchos de los problemas de las personas tienen que ver con que participan en su vida de forma limitada o han abandonado actividades realmente valiosas, pues actúan con el objetivo de evitar aquello que les disgusta y no con

el objetivo de acercarse a aquello que les importa. Las acciones comprometidas implican la capacidad de identificar una dirección valiosa y comprometer las acciones con esa dirección, es decir, vincular las acciones con los valores propios en diferentes contextos y situaciones. Las acciones comprometidas implican persistencia y voluntad.

Entonces, como menciona Harris (2019), mientras que los valores se refieren a la brújula que guía el viaje de la vida, las acciones comprometidas se refieren a los pasos que se dan durante ese viaje. Las acciones comprometidas se relacionan con los objetivos terapéuticos en un proceso desde la ACT, pues buscan que la persona pase de la inacción o acción inefectiva hacia la acción o acción valiosa.

Propósito y Cuándo Trabajar.

El trabajo en el proceso de acciones comprometidas según Luoma et al. (2017), tiene el propósito de ayudar a la persona a desarrollar patrones de comportamiento en dirección a sus valores, al tiempo que promueve el reconocimiento y aceptación de sus experiencias internas y externas. Además, el trabajo en acciones comprometidas le permite a la persona reconocer que sus eventos privados solo pueden afectarla en la medida en que permita que controlen el curso de su acción. Aquí es cuando resulta más conveniente involucrar métodos de modificación de la conducta tradicionales, siempre y cuando estos respondan al análisis funcional y estén orientados por lo valores de la persona.

Este es un proceso psicológico principal y transversal en la psicoterapia, pues el fin último de esta es que las personas actúen de forma que construyan su bienestar y reduzcan la brecha entre lo que quieren ser y hacer y lo que realmente hacen. Sin embargo, (Luoma et al., 2017; Twohig et al., 2021) presentan algunas señales que marcan la necesidad de trabajar enfáticamente en este proceso: cuando las personas hablan de sus valores, pero no actúan respecto a ellos o cuando tienen patrones de comportamiento que no son guiados por

los valores, sino por sus eventos privados. También, cuando hay comportamientos impulsivos, dificultad para identificar metas y objetivos, inacción, evitación de compromisos o dificultad para cumplirlos, o cuando el comportamiento de la persona responde a contingencias a corto plazo y parece desconectada de reforzadores más extendidos o a largo plazo, en otras palabras, cuando el comportamiento está desconectado de los valores y de las oportunidades que el contexto actual ofrece para acercarse a esos valores.

Recomendaciones.

Recomendación
Trabajar el compromiso a partir de la definición de objetivos y acciones basadas en valores.
Justificación
Harris (2019) recomienda que el terapeuta ayude a la persona a trabajar este proceso siguiendo este orden: identificar un área vital de mayor interés, luego reconocer los valores identificados para dicha área, después definir objetivos (logros) que se relacionen con dichos valores y finalmente, identificar acciones específicas que permitan la consecución de objetivos y/o que mantengan a la persona cerca de sus valores. Hayes et al. (2014) define los objetivos como la formulación verbal de un logro que está a servicio de los valores. Para ilustrar este orden de trabajo siga este ejemplo: una persona identifica el área vital de crecimiento personal como prioritario; en esa área a identificado el valor de aprender continuamente; para dicho valor debe establecer el objetivo, en este caso define el de aprender a cocinar; finalmente, para dicho objetivo define acciones concretas que le permitan conseguirlo, como comprar libros de recetas,

leer dichas recetas, comprar ingredientes, cocinar, compartir las preparaciones con su familia para recibir opiniones, etc.

Recomendación
El terapeuta debe ayudar a la persona a comprender el compromiso se refiere al presente, no al futuro.
Justificación
Hayes et al. (2014) advierte que es frecuente que en la psicoterapia las personas crean que los compromisos se refieren al futuro, sin embargo, en la ACT el compromiso se refiere y tiene efecto en el plano actual e inmediato de la persona. Es en el contexto actual en el que la persona puede emprender acciones que la mantengan cerca de sus valores y le permitan vivir como realmente desea vivir. Por ello, en la ACT el compromiso se considera como una cualidad de las acciones y decisiones presentes, momento a momento, y es esa perspectiva del compromiso la que el terapeuta debe cultivar en el proceso.

Recomendación
Se recomienda definir objetivos mediante la metodología SMART
Justificación
El terapeuta debe ayudar a la persona a definir objetivos valiosos que sean realmente posibles y funcionales. Para ello, (Brown & Gillard, 2016 y Harris, 2019) recomiendan usar la metodología de definición de objetivos SMART, que implica definir

objetivos que sean específicos, medibles, alcanzables, significativos y enmarcados en el tiempo.

Los autores señalan que los objetivos específicos que señalan concretamente el logro deseado son más efectivos que los objetivos generales. Además, recomiendan que los objetivos sean definidos mediante verbos, pues así puede señalarse fácilmente lo que hay que hacer.

Los autores recomiendan establecer una forma de evaluar o medir el cumplimiento de un objetivo, esto ayudará a que sea más fácil lograrlo. Además, los objetivos deben ser alcanzables realmente, pues plantearse objetivos fantasiosos o demasiado ambiciosos puede generar desánimo, por ende, los autores recomiendan iniciar con objetivos más fáciles de alcanzar y una vez logrados aumentar su complejidad. Ejemplos comunes de objetivos imposibles son aquellos que tienen que ver con sentirse siempre de algún modo o nunca más sentirse de otro modo, este tipo de valores además de imposibles señalan la necesidad de reforzar el trabajo en procesos como la aceptación psicológica y la defusión cognitiva.

Finalmente, los autores recomiendan que los objetivos sean lo más directamente posible relacionados con los valores, pues esto les dará significado y les otorgará su función reforzadora sobre las acciones. Además, los objetivos son más efectivos cuando se determina un inicio claro de estos, el cual se recomienda que sea lo más inmediatamente posible.

Recomendación
Tips para potenciar el comportamiento comprometido
Justificación
Autores como (Brown & Gillard, 2016; Harris, 2019 y Luoma et al., 2017) ofrecen algunos tips para que el terapeuta trabaje este proceso ayudando a la persona a desarrollar y mantener un comportamiento comprometido. Primero, recomiendan que los compromisos se hagan públicos, los autores señalan que compartir los compromisos con otras personas (incluso al declararlos frente al terapeuta) hace que la persona se sienta mayormente impulsada y motivada a cumplir dichos compromisos, debido a apoyo y deseabilidad social. Segundo, los autores recomiendan que se hable acerca de la importancia de mantener el flujo de acción más que la velocidad o tamaño del cambio. Para ello, recomiendan que el terapeuta ayude a la persona a identificar el paso más pequeño que podría dar hacia sus objetivos valiosos y recordarle que es más efectivo y valioso mantener un curso de acción constante mediante pequeños pasos, que proponerse dar pasos gigantes y al final no poder darlos. Lo importante es recordarle a la persona que cada paso que da significa estar más cerca de sus objetivos y, sobre todo, estar caminando de acuerdo con sus valores. Finalmente, los autores recomiendan que terapeuta y consultante normalicen el incumplimiento de los compromisos, ya que muchas personas evitan adquirir compromisos porque temen incumplirlos y sentirse fracasados. Aquí es importante que el terapeuta señale que romper compromisos o incumplirlos es normal, es algo que todo ser humano ha hecho y que todo ser humano está en riesgo de volver a hacer. Lo importante

es, que al incumplir un compromiso la persona sea capaz de notar el incumplimiento, aceptar los eventos privados que surgen en relación con el compromiso-incumplimiento y que nuevamente se comprometa y recobre el curso de acción comprometida. Lo anterior, significa que en la ACT no se busca que las personas se comprometan y nunca fallen, se busca que se comprometan las veces que sea necesarias para mantenerse en una dirección valiosa, incluso si han incumplido y se han desviado.

Recomendación
Trabajar estrategias de cambio de comportamiento ajustadas a valores.
Justificación
Dentro del enfoque de acciones comprometidas y valores conviene introducir las técnicas de intervención que se consideren pertinentes para lograr el cambio comportamental. Recuerde que desde la ACT cualquier estrategia congruente con la perspectiva conductual y humanista resulta útil y pertinente, siempre y cuando se trabajen desde la perspectiva de los valores y accione comprometidas. Recuerde que el propósito de la ACT es ayudar a que las personas actúen de forma tal, que vivan la vida que tiene sentido para ellas vivir, así que las estrategias de intervención se valoran pragmáticamente, es decir, se valoran en la medida en que permitan cumplir con ese propósito.

Recomendación
Se recomienda explorar y explicitar las barreas internas y externas asociadas a las acciones comprometidas.

Justificación

(Luoma et al. (2017 y Twohig et al., 2021) señalan que identificar barreras permite fortalecer la elección de acciones comprometidas. Las barreras pueden ser de dos tipos: barreras internas y externas. Las barreras internas se refieren a experiencias o eventos privados asociadas a los compromisos, que la persona no se muestra dispuesta a experimentar, por tanto, evita las acciones comprometidas tratando de evitar esas experiencias o se empeña más en eliminar esas experiencias internas, que en actuar comprometidamente. Las barreras externas se refieren a la necesidad de cambios de comportamiento ostensible para afrontar un problema o a las actitudes de rechazo/juicio/no apoyo que otras personas puedan tener sobre los compromisos que la persona adopta. Según los autores, el trabajo con barreras internas requiere fortalecer los procesos de aceptación psicológica y defusión cognitiva, mientras que el trabajo con barreras externas adicionalmente requiere, trabajar con estrategias de cambio conductual y práctica de habilidades específicas como habilidades interpersonales.

Por su parte, Wilson y Luciano (2002) recomiendan que en casos en que la persona evite establecer compromisos por temor al fracaso o porque surgen en ella recuerdos de las veces que ha intentado algo parecido y no ha resultado o ha abandonado sus compromisos, es importante que el terapeuta trabaje con estas barreras, cuando surgen en sesión, desde la defusión cognitiva y la aceptación psicológica.

Lo que proponen las autoras con dicha exposición es que la persona comprenda que los eventos privados no son las razones para tomar decisiones, sino que las razones son aquello valioso, deseado y significativo para la persona. Además, las autoras señalan la importancia de hablar con estas personas sobre la posibilidad de hacer excepciones en

los compromisos y la posibilidad de incumplirlos, invitándola a reflexionar sobre su disposición a comprometerse con aquello que es importante para ella aun cuando sepa que a veces va a fracasar y pese a los eventos privados que puedan a aparecer cuando incumpla sus compromisos.

Recomendación
Es importante que el terapeuta refuerce las acciones comprometidas.
Justificación
De acuerdo con Luoma et al. (2017) se recomienda que el terapeuta refuerce positivamente la acción comprometida, promoviendo la conexión y conciencia con la experiencia de la persona cuando emprende una acción comprometida o comportamiento basado en valores, para que así, la persona pueda notar las cualidades intrínsecas de sus acciones basadas en valores, y tener mayor claridad sobre lo que realmente le importa. Además, señalan que el terapeuta debe vincular verbalmente las acciones comprometidas actuales a patrones más amplios de comportamiento, y señalar cómo esos patrones se orientan según los valores y la vida que la persona desea vivir. De esta manera la acción comprometida ya no dependerá solo de las contingencias inmediatas, sino que puede ser reforzada por los valores.

Recomendación
Evite promover la idea de actuar comprometidamente para ser feliz.
Justificación
(Hayes et al., 2014 y Twohig et al., 2021) recomiendan que el terapeuta identifique cuando la persona se propone cumplir objetivos y comprometer acciones con el propósito de ser feliz, por que identifica como propósito de vida la felicidad y el éxito, en estos casos el terapeuta debe ayudarle a la persona a ver cómo esta perspectiva pone su bienestar en un plano futuro y el riesgo que representa en tanto el éxito o fracaso será lo que controle su conducta y no sus propios valores. El terapeuta debe ayudar a la persona a ver que el propósito de vida es vivir, por tanto, lo valioso es emprender acciones comprometidas momento a momento, independientemente de sus resultados, porque la vida está en el aquí y ahora. Por su parte, Luoma et al. (2017) señalan la importancia de que terapeuta y consultante tengan presentes que actuar comprometidamente no se refiere al cumplimiento de metas, sino a actuar en dirección a los valores propios, las metas son un indicador para evaluar si se está actuando en dirección correcta o no. Cuando las personas no se muestran dispuestas a establecer metas porque consideran que nada cambiará si lo hacen es recomendable, según Luoma et al. (2017), fortalecer el trabajo en los procesos de defusión, aceptación y conexión con los valores, en especial el trabajo en defusión permitirá superar las barreras verbales frente al compromiso.

Recomendación
A partir del trabajo en acciones comprometidas se puede identificar la pertinencia del cierre del proceso.
Justificación
(Harris, 2019 y Twohig et al., 2021) señalan que a partir del trabajo en acciones comprometidas el terapeuta puede notar si la persona está lista para continuar su trabajo en flexibilidad psicológica autónomamente. Si el terapeuta considera que la persona tiene los recursos para seguir su camino sola, puede ayudar a la persona a notarlo mediante preguntas como ¿qué cambios has notado hasta ahora? ¿cómo podría mantener esos cambios? ¿En qué sientes que debes seguir trabajando? ¿para eso que hace falta necesitas la compañía de un profesional? Este tipo de preguntas le ayudan a la persona a reconocer sus cambios, sus recursos y su capacidad de seguir viviendo la vida que desea por su propia cuenta.

Realizar el Cierre y Seguimiento

Cierre

(Harris, 2019; Hayes et al. 2014; Twohig et al., 2021; Wilson y Luciano, 2002) aclaran que en la ACT se habla acerca del cierre incluso desde el inicio de la terapia. La decisión del cierre debe tomarse de forma conjunta y principalmente por el consultante, a partir de la revisión del proceso: lo que se ha logrado, los obstáculos y cómo se han sorteado, así como los cambios de comportamiento y los temores asociados a la finalización. Es importante que el terapeuta mantenga presente que la finalización del proceso no ocurre cuando se ha logrado a completud la flexibilidad psicológica, sino

cuando la persona puede por sí misma seguir desarrollando y fortaleciendo esa flexibilidad. Finalmente, el terapeuta debe recordar las características especiales de la relación terapéutica, como aquella que es temporal y que a diferencia de la mayoría de las relaciones afuera, debe terminar justo cuando la persona se siente mejor porque ha aprendido lo suficiente para continuar su camino sola y porque se han logrado los objetivos propuestos.

Recomendación
Se recomienda que el terapeuta promueva el establecimiento de condiciones para dar cierre al proceso psicoterapéutico.
Justificación
Dado que una de las habilidades que pretende fortalecer la ACT es la de monitorear y evaluar el propio comportamiento en contraste con los valores, es importante que el terapeuta y la persona desde el inicio del proceso establezcan tiempos de revisión del progreso en el cambio de comportamiento a la luz de los objetivos, para poder reconocer el momento indicado para el cierre. Pueden establecer una cantidad de sesiones específicas para hacer una revisión del progreso o establecer indicadores de cambio del comportamiento que sirvan como señal (Hayes et al. 2014; Twohig et al., 2021). En el contexto del SAP, adicional a las sesiones de evaluación inicial, el terapeuta debe considerar sesiones de intervención suficientes para desplegar su plan de tratamiento antes de hacer una revisión con intención de cierre.

Recomendación
Se recomienda que el terapeuta realice tareas que faciliten el cierre y promuevan la sensación de autonomía de la persona.

Justificación
Twohig et al. (2021) han propuesto realizar el cierre de un proceso por medio de las siguientes tareas: reconocimiento de la utilidad del proceso, prevención de recaídas, reforzamiento de los principios centrales de la ACT, mantenimiento del espacio de trabajo personal, ofrecimiento de recursos para el trabajo autónomo, despedida y agradecimientos. Dichas tareas pueden trabajarse en una sola sesión o en varias, lo recomendable es que el proceso de cierre haya sido considerado a lo largo del proceso y ocurra de manera gradual y orgánica.

Recomendación
El terapeuta facilita el reconocimiento o evaluación de la utilidad del proceso.
Justificación
(Harris, 2019; Twohig et al., 2021; Wilson y Luciano, 2002) recomiendan que el terapeuta ayude la persona a reconocer qué ha sido realmente útil para ella dentro del proceso, cómo ha impactado eso su vida y qué la ha sorprendido o con qué se queda, de modo que la persona tenga una perspectiva de lo que ha ganado y no solo la perspectiva de estar perdiendo algo que ha tenido durante el último tiempo. Esto puede realizarlo mediante preguntas orientadoras como: ¿Qué has aprendido en este proceso? ¿Qué ha cambiado en tu vida durante este proceso? ¿Qué ha sido lo más útil o sorprendente de este proceso? ¿Qué fue lo más difícil para ti durante este proceso y cómo lo afrontaste? ¿Qué sientes que falta por cambiar y fortalecer?

Recomendación
El terapeuta normaliza las caídas e insta a la persona a construir un plan de acción para prevenir recaídas.
Justificación
Se recomienda que el terapeuta ayude a la persona a hacer conciencia de las áreas de ajuste que siente más resueltas y aquellas donde sigue presentando dificultades. También es importante que la persona reconozca la diferencia entre una caída y una recaída, normalizando la primera y previniendo la segunda mediante planes de acción. En la ACT una caída se considera la aparición de uno o varios comportamientos inflexibles que la persona es capaz de identificar y catalogar como un desvío de sus valores, es decir, se entienden como una oportunidad para seguir fortaleciendo las habilidades entrenadas y el proceso de cambio. Por su parte, las recaídas se consideran como el mantenimiento de patrones de comportamiento inflexibles a un nivel similar al que había al iniciar el proceso, de modo que, el problema clínico se considera presente de nuevo. Respecto a las recaídas, los autores recomiendan que consultante y terapeuta establezcan un plan de acción que permita identificar los mayores riesgos y las acciones para afrontarlos flexiblemente. Además, es importante que se repasen los valores y las acciones comprometidas que permitirán a la persona mantenerse en una dirección valiosa y significativa (Harris, 2019; Twohig et al., 2021).

Recomendación
El terapeuta se asegura de que la persona haya comprendido y adoptado los principios centrales de la ACT.
Justificación
(Harris, 2019; Twohig et al., 2021; Wilson y Luciano, 2002) recomiendan que el terapeuta proponga a la persona escribir los principios de la ACT que aprendió durante el proceso psicoterapéutico, por ejemplo, la importancia del cambio de comportamiento vs el cambio de eventos privados; el valor de cada uno de los procesos psicológicos trabajados; la importancia de construir el bienestar desde la propia perspectiva sobre lo significativo, valioso y verdaderamente importante de la vida; lo fundamental de actuar según los valores en vez actuar para controlar o disminuir los eventos privados; lo valioso de esforzarse para construir y vivir una vida significativa y no para evitar o reducir el malestar, etc. En suma, lo importante es que la persona escriba su propia lista de principios y aprendizajes.

Recomendación
El terapeuta debe promover el mantenimiento del espacio de trabajo personal, aunque ya no vaya a estar presente en este.
Justificación
Twohig et al. (2021) sugieren que el terapeuta instigue a la persona a seguir disponiendo un espacio para el trabajo personal aún en ausencia del terapeuta, es decir, que la persona siga disponiendo de un espacio semanal o quincenal en el que pueda revisar su comportamiento y las consecuencias de este, para reconocer aquello que puede

cambiar o debe mantener para vivir una vida congruente con sus valores. Además, es importante que el terapeuta recuerde a la persona que las habilidades de flexibilidad psicológica aprendidas durante el proceso terapéutico requieren de uso y práctica continua para que se mantengan sus beneficios. El terapeuta puede proponer a la persona que en principio use el mismo tiempo y horario que usaba junto al terapeuta, ya que la costumbre facilitará que en efecto cumpla ese compromiso y que luego lo acomode según su preferencia.

Recomendación
Se recomienda que el terapeuta ofrezca a la persona recursos para el trabajo autónomo.
Justificación
Aunque probablemente durante el proceso terapéutico el terapeuta ha estado ofreciendo diversos recursos para la práctica autónoma de las habilidades entrenadas, los procesos de la flexibilidad psicológica se siguen desarrollando y fortaleciendo continuamente, por eso, (Harris, 2019; Twohig et al., 2021) consideran importante que el terapeuta provea a sus consultantes materiales y recursos que les permitan seguir trabajando sobre ellos autónomamente, algunos ejemplos de recursos son: páginas para consultar material, libros de autoayuda, grabaciones o sitios web para practicar atención plena, incluso, si es que tiene, puede proporcionarle sus redes sociales profesionales o sitios web que dedique para socializar contenido sobre la ACT y el bienestar psicológico.

Recomendación
Se recomienda realizar un ritual de despedida y agradecimiento que permita elaborar los sentimientos asociados a la finalización del proceso.
Justificación
Es importante que el terapeuta normalice para sí mismo y para la persona el hecho de que aparezcan sentimientos asociados a la despedida y que ambos aprovechen para notar, aceptar y compartir dichos sentimientos. Tanto terapeuta como consultante pueden expresar lo que sienten en el momento de finalizar y aquello que agradecen del trabajo juntos durante el proceso, si es que genuinamente hay algo para agradecer. Realizar rituales de despedida ayuda a elaborar y aceptar los sentimientos difíciles y positivos del adiós. Finalmente, recuerde que en la ACT se construye un vínculo terapéutico flexible y genuino, así que la despedida debe corresponder con dicha relación. Además, independientemente del modo en que elijan hacer la despedida lo que importa es que se haga explícito el adiós y las razones de la finalización del proceso, así como la posibilidad y las razones para volver a trabajar juntos (Harris, 2019; Twohig et al., 2021).

Seguimiento

(Harris, 2019; Twohig et al. (2021; Luoma et al., 2017) proponen que se acuerden con claridad las razones y circunstancias para realizar sesiones de seguimiento. El terapeuta debe dejar la puerta abierta para que la persona pueda regresar cuando requiera revisar alguna situación que resulta difícil de afrontar sola o cuando identifique estar en una recaída y necesite apoyo para afrontarla. Los autores sugieren realizar contacto de seguimiento al mes, a los tres y/o a los seis meses.

Recomendación
El terapeuta debe identificar cómo entiende la persona la posibilidad de regresar al proceso y normalizar el seguimiento como parte de cualquier proceso psicoterapéutico.
Justificación
Twohig et al. (2021) resaltan la importancia de que el terapeuta normalice el hacer sesiones de seguimiento como una forma de chequear la salud mental, así como es normal chequearse con doctor, odontólogo, optómetra, etc. De esta manera la persona resolverá mejor una recaída y emprenderá acciones convenientes como buscar ayuda en lugar de culpabilizarse por necesitar ayuda de nuevo.

Recomendación
El terapeuta del SAP debe esforzarse por hacer seguimiento a sus consultantes, aun cuando no sea una política establecida.
Justificación
Dado que el SAP es un centro de formación universitaria que implica la rotación constante de terapeutas en formación, el proceso de seguimiento es mucho más difícil. Se recomienda que, si el terapeuta estará por lo menos un mes o más después de finalizar un proceso, realice seguimiento a sus consultantes vía telefónica. Si reconoce junto al consultante la necesidad de algunas sesiones de refuerzo, puede reabrir el caso, siempre y cuando la entrevista de admisión no tenga más de un año de antigüedad.

Recomendación
Más allá del cumplimiento de un requisito el terapeuta debe considerar el seguimiento como parte de la intervención.
Justificación
Se sugiere que, pese a las limitaciones del contexto del SAP para hacer sesiones de seguimiento, el terapeuta se esfuerce por rastrear y reforzar los cambios logrados por sus consultantes durante el proceso psicoterapéutico. Aun cuando ya no haga parte del SAP, el terapeuta puede contactar a sus consultantes y preguntar por sus habilidades y dificultades, haciendo un breve recuerdo de lo aprendido de ser necesario. En caso de que el terapeuta no esté en el SAP cuando realice el seguimiento telefónico e identifique la necesidad de sesiones de refuerzo, puede sugerirle a la persona realizarlas con otro terapeuta al cual le indicará precisamente los objetivos de dichas sesiones. En suma, lo importante es que la persona después del cierre del proceso pueda irse con la confianza de que puede regresar cuando lo requiera y que sienta que el terapeuta está realmente interesado y comprometido con apoyarlo en su proceso.

Estrategias de Intervención: Kit de Herramientas de Intervención

Recomendación
El terapeuta de la ACT debe conocer, creer y practicar las estrategias de intervención que usa.
Justificación
Como recomiendan (Hayes, 2013; Hayes y Hofmann, 2018; Hayes y Hofmann, 2020; Hayes et al., 2014; Hayes, 2020; Harris, 2017; Harris, 2019) una buena estrategia

para el terapeuta es seleccionar algunas técnicas con las que se sienta cómodo de trabajar y en las que confié genuinamente, con el fin de practicarlas por sí mismo y luego usarlas en la psicoterapia. Es importante que el terapeuta mantenga presente que cada técnica de intervención debe ajustarse al contexto particular de cada consultante y del vínculo terapéutico. A continuación, se propone un kit de herramientas que sirva como ejemplo y medio de exploración de algunas técnicas para que cada terapeuta construya el propio.

Tabla 4

Kit de Herramientas de Intervención

Proceso Psicológico	Estrategia de intervención	Estrategia de intervención	Estrategia de intervención
Aceptación Psicológica	**Metáfora elegir sentir** Esta metáfora puede ayudarle como unos de los primeros pasos para trabajar en la aceptación. Adáptela mencionando emociones relacionadas con el contexto de cada persona. Supongamos que puedo darte una opción: A. Nunca más tener este sentimiento, malestar, dolor, etc. pero significa que pierde toda capacidad de amar y cuidar, o B. Amar y cuidar, pero cuando hay una brecha entre lo que quieres y lo que tienes, aparecen sentimientos como este. ¿Cuál eliges? (Harris, 2019, p. 313).	**Aceptación de Emociones** (adaptado de Russ Harris, ACT made Simple, traducción por Fabián Maero) Este ejercicio trabaja varios procesos de ACT como la defusión, aceptación, conexión con el presente y yo contexto, además promueve la autocompasión. Se basa en ocho habilidades: observar, respirar, expandir, permitir, objetivizar, normalizar, mostrar autocompasión. Puede consultar el guion en https://contextualscience.org/aceptaci_n_de_emociones y adaptarlo a su propio estilo, lenguaje y contexto terapéutico.	**Demonios a bordo** Este ejercicio permite que la persona vea las consecuencias de la evitación experiencial y al mismo tiempo la bondad de la aceptación. Equipara el malestar emocional o las emociones evitadas con demonios y la vida de la persona con un barco. Se le plantea que los demonios no salen a amenazar a la persona si esta obedece al conducir el barco a la deriva, pero si quiere ir a la orilla para llegar a un lugar deseado los demonios empiezan a decirle cosas y amenazarla. Lo importante es que la persona vea el costo de mantener el barco a la deriva y sin rumbo solo para que los demonios permanezcan tranquilos y callados, es decir, el costo de evitar las emociones en lugar de aceptarlas.

			Puede conversarlo a modo de metáfora o narrarlo en medio de un ejercicio de mindfulness. (Harris, 2017, p. 80).
Defusión Cognitiva	Eti**quetar los eventos privados** Que la persona describa la experiencia privada añadiendo la etiqueta correspondiente: Estoy teniendo el pensamiento de que… (describe el pensamiento) • Estoy teniendo el sentimiento de que… (describe el sentimiento) • Estoy teniendo el recuerdo de que… (describe el recuerdo) • Estoy teniendo la sensación corporal de que… (describe la naturaleza y localización de tu sensación corporal) • Estoy sintiendo el impulso de… (describe tu tendencia de comportamiento o predisposición) (Hayes, 2013, p. 137)	**Nombra a tu mente o nombrar la historia** Ponerle nombre a la mente ayuda a diferenciarse de ella, si tiene otro nombre no puede ser uno mismo. Incluso la persona puede agradecer honestamente a su mente por traer esos pensamientos y tratar de advertir o ayudar, diciendo “gracias (nombre que le asignó) por esos pensamientos… pero puedo manejar esto. Incluso puede invitar a su mente a hacer más comentarios y quedarse atento con curiosidad para descubrir qué más surge” (Hayes, 2020) Nombrar la historia significa poner nombre a todos esos pensamientos recurrentes, ponerle un título, como si fuera un cortometraje, un capítulo de	**Decir los pensamientos con diferentes voces o repetirlo** Bien puede invitar a la persona a repetir sus pensamientos con distintas voces o bien puede valerse de aplicaciones como “cambiador de voz con efectos” en Play Store, para grabar los pensamientos que la persona enuncie en voz alta y luego invitarla a escuchar esos pensamientos con los distintos efectos de voz que ofrece la aplicación (Harris, 2019). Si opta por la versión de repetir varias veces un pensamiento condensado en máximo dos palabras, debe hacer que la persona mantenga la repetición por al menos 30 segundos, que es el tiempo recomendado según investigaciones para alcanzar los beneficios ((Masuda, Hayes, Sackett y

		libro o una película y cada vez que aparezcan decir "ahí está la historia de (el nombre asignado)" (Harris, 2019)	Twohig, (2004 citado en Hayes y Hofmann, 2018, p. 352 -367).
Conciencia del Momento Presente	**Metáfora de la atención como una** linterna Esta metáfora resulta útil para introducir la atención plena y su importancia dentro del bienestar psicológico y del proceso psicoterapéutico. Permite la comprensión de la atención como algo controlable y de lo cual depende el orientarse hacia cosas valiosas y funcionales en el presente (Hayes, 2020, pp. 194 – 195).	**Tirar el ancla** Este ejercicio permite trabajar varios procesos, no sólo la conexión con el presente, sino también defusión, aceptación, valores acciones comprometidas y desesperanza creativa. Mientras la persona se conecta con el presente y trabaja la habilidad de atención plena, puede reconocer las cosas que están bajo su control y aquellas que no y cómo sus acciones son controlables a pesar de sus eventos privados (Harris 2019, p. 140).	**Meditación de la respiración** En general todos los ejercicios de mindfulness o meditación serán útiles para trabajar este proceso, cuidando que no se conviertan en una estrategia de evitación experiencial. Este ejercicio tiene una versión extensa y una versión corta. Resulta muy útil porque las personas aprenden fácilmente a usar la respiración como el ancla más rápida para conectar con el aquí y ahora. Aunque hay personas más sensibles a percibir sonidos, ver objetos, o conectar con el sentido del tacto. Adapte los ejercicios según cada persona. (Simón, 2011, P. 92 – 96).

Proceso Psicológico	Estrategia de intervención	Estrategia de intervención	Estrategia de intervención
Yo como Contexto	**Reescribir la historia** En general este proceso se trabaja junto a la defusión y la aceptación pues se complementan mutuamente. Este ejercicio propone escribir una historia acerca del problema de la persona. Pedirle que encierre los eventos privados de la historia y subraye las situaciones o hechos externos. Luego se le propone que cambie tanto los eventos privados en la historia como los hechos externos, no necesariamente a cosas positivas, solo a cosas diferentes. Permite que la persona note como puede tener varias historias acerca de sí misma y la posibilidad de ver esa variedad como lo que es: historias que se cuenta acerca de su vida y sus problemas, sin tratarse de su Yo o de quién es.	**Metáfora del espectáculo en el escenario** Este ejercicio promueve la conexión con el Yo contexto y su carácter trascendente. La metáfora equipara la vida con un gran escenario, los eventos privados y externos como partes del gran espectáculo y a la persona como un espectador. Se señala que el espectáculo cambia constantemente y algunas veces es sorprendente o fascinante y otras veces más bien desagradable. También se resalta que el espectador puede observar todo el espectáculo, todo el escenario, enfocarse en algunos detalles o retroceder para percibir el escenario completo.	**Metáfora del cielo y el clima** Esta metáfora es útil para reforzar el Yo contexto y el desapego con el Yo contenido. La metáfora equipara al Yo contexto con el cielo y a los eventos privados con el clima. Se señala que el clima siempre cambia, y no importa que tan fuerte sea una tormenta, huracán, una gran lluvia, ningún clima consigue dañar el cielo y tarde o temprano el clima siempre cambia en tanto que el cielo permanece. Siempre detrás de las nubes más oscuras de una gran tormenta el cielo sigue estando ahí y siempre tiene espacio para cada clima. Es necesario orientar a la persona para que pueda acceder a ese espacio seguro desde el cual puede observar y permitir el clima conectándose con el cielo que contiene distintos climas, pero no es el clima mismo (Harris, 2019, p. 354).

	Este es un buen ejercicio inicial que ayuda a promover el desapego del Yo contenido (Hayes, 2020, pp.163 -165).	Finalmente, se debe señalar que, aunque el espectáculo cambia todo el tiempo hay una parte de la persona que no cambia, que permanece inmutable, lo que corresponde a la parte que observa, percibe y nota lo que sucede en el escenario aun cuando el espectáculo sea agradable o terrible (Harris, 2019, p. 353).	
Conexión con Valores	**Metáfora dos niños en el carro** Este ejercicio es útil para diferenciar los valores de metas u objetivos e introducir el trabajo en ese proceso. La metáfora cuenta la historia de dos niños que van en carro en un largo viaje hacia un parque deseado. Ambos comparten el objetivo de conocer el parque y divertirse allí. Uno de los niños se mantiene todo el camino atento e impaciente por llegar, pregunta constantemente cuanto falta y	**Funeral** Este ejercicio puede realizarse en una conversación o en medio de un ejercicio de mindfulness. Puede adaptarse a cada persona y terapeuta mientras se mantenga la pregunta guía: “Si pudieras de algún modo escuchar lo que se dice en tu propio funeral y las personas que más te importan estuvieran allí, ¿qué tipo de cosas te encantaría oírlos decir acerca de ti?	**Áreas de ajuste objetivos vs valores** Es importante guiar a las personas a identificar áreas de su vida que desean mejorar y usar preguntas orientadoras para que conecten con los valores, más allá de objetivos. Aquí algunos ejemplos de preguntas orientadoras que propone (Harris 2019). Supongamos que logras todos esos objetivos. Si fuera así, entonces: ¿Cómo te tratarías a ti mismo, a los demás, al mundo que te rodea?

concentra toda su atención en ese objetivo de estar en el parque.

Mientras tanto, el otro niño que también desea llegar al parque, durante el viaje se conecta con valores como explorar, conocer, sentir alegría, por lo que disfruta mirando por la ventana, saludando a otros carros y notando con interés todo lo que ve.

Al final ambos niños cumplen su objetivo: llegar al parque y ambos lo disfrutan, pero sólo un niño tuvo un viaje gratificante, el que se conectó con sus valores y no solo con su objetivo. En el viaje de regreso a casa pasa lo mismo.

Los valores están aquí y ahora, mientras que los objetivos están en el futuro. Por eso es importante vivir guiados por los valores (Harris, 2019, pp. 267 - 268).

¿Qué te gustaría que pensaran sobre el papel que desempeñaste en su vida?" (Harris, 2017, p. 185).

¿Cómo te comportarías de manera diferente en tus relaciones? ¿vida laboral, vida social, vida familiar, etc.?

¿Qué cualidades o fortalezas personales lograrías?

¿qué es lo que este objetivo te permite demostrar?

Si las personas que amas se enteran de esto, ¿qué cualidades y fortalezas te gustaría inspirar en ellos?

¿Qué es lo que significa o representa lograr, apoyar u oponerse a este objetivo?

De esta forma se ayuda a la persona a identificar sus valores en las diferentes áreas de su vida, a partir de sus sueños, deseos y objetivos.

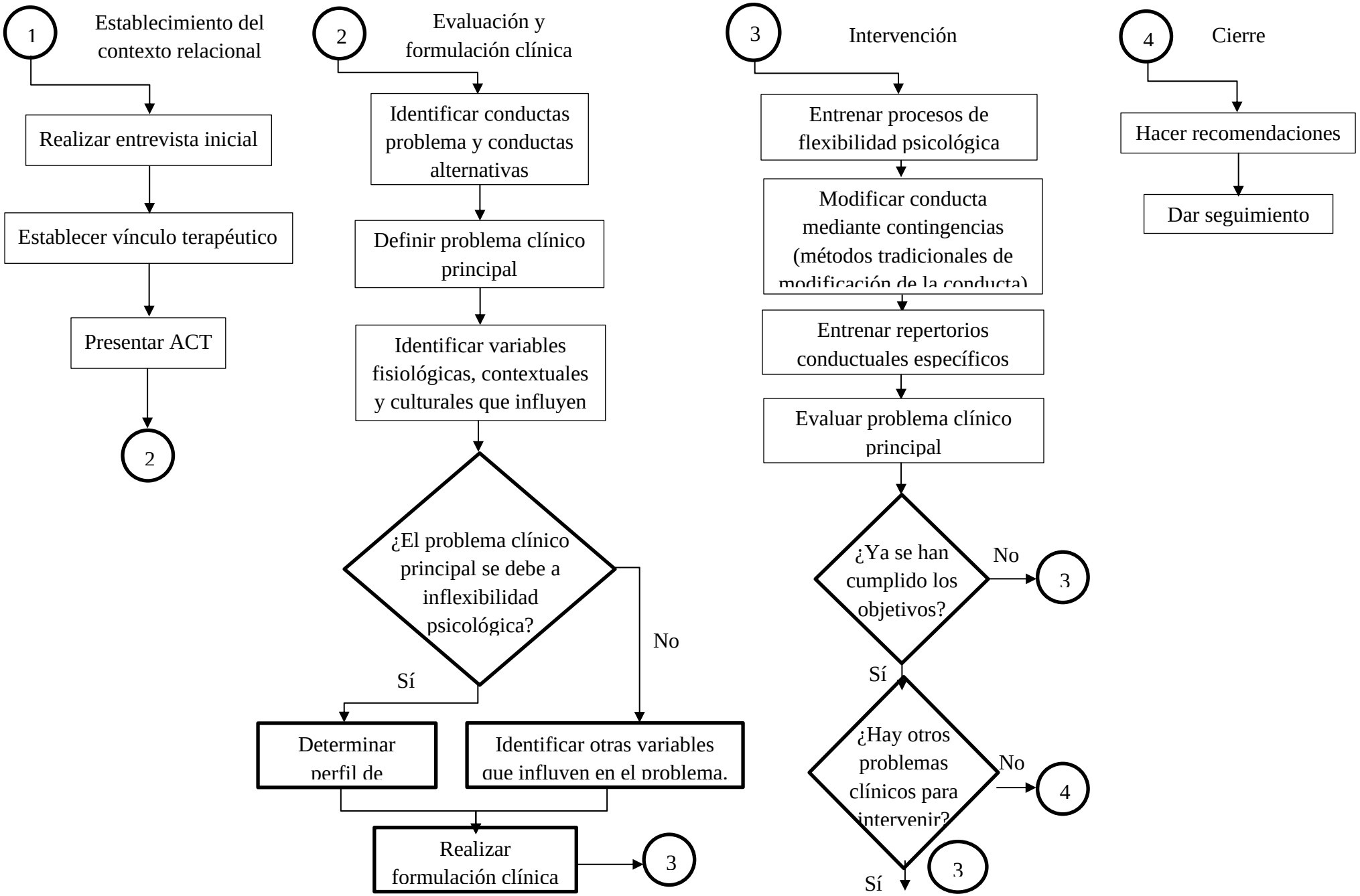
(Harris, 2019, p. 277)

.

Proceso Psicológico	Estrategia de intervención	Estrategia de intervención	Estrategia de intervención
Acciones Comprometidas	**Objetivos SMART** A la hora de construir planes de acción congruentes con los valores de la persona es importante ayudarle a definir objetivos inteligentes, que tienen las siguientes características: cuantificables, asequibles, orientados a los resultados y limitados en el tiempo. De esa forma será más fácil para la persona elegir y orientar sus acciones (Hayes, 2020, p. 226).	**Pequeños pasos** Pensar en los cambios de180 grados, por lo que se les dificulta ver o esperar por un cambio gradual, pero es realmente, así como puede iniciar su proceso de cambio sin que se sienta abrumador o imposible. Con este ejercicio el terapeuta le ayuda a la persona a identificar el paso más pequeño que podría dar, que lo acerque a ese cambio que está buscando. (Hayes, 2020, p. 230).	**Valores como guía de los objetivos y acciones** A lo largo del proceso ayude a la persona a evaluar sus acciones en términos de si la alejan o la acercan a sus valores, tanto en el plazo inmediato como en el largo plazo (Harris, 2019). Finalmente, ayúdele a la persona a seguir los 4 pasos que propone Harris para una acción comprometida: 1. Elegir un dominio de alta prioridad para cambiar; 2. Identificar valores guía 3. Definir objetivos SMART y 4. Actuar conscientemente (Harris, 2019, p. 296 - 297)

Algoritmo

Proceso psicoterapéutico - ACT



Referencias

Agency for Healthcare Research and Quality- AHRQ. (2014). Methods Guide for Effectiveness and Comparative Effectiveness Reviews. AHRQ Publication No. 10(14). Aguirre, D. (2012). Comprensión e intervención analítica conductual del Síndrome de Burnout en profesionales psicosociales que atienden a personas en proceso de reintegración a la vida civil. (Tesis de Maestría). Pontificia Universidad Javeriana.

American Psychological Association - APA (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. American Psychologist, 61(4), 271-285.

Báez, A., Serna, N., y Vargas, R. (2013). Cambios de conductas adherentes en el contexto hospitalario a partir de una terapia psicológica basada en aceptación y conducta orientada a los valores en pacientes heridos en combate. Revista Med, 21(2), 12-24.

Bennett, R. and Oliver, J. (2019). Acceptance and Commitment Therapy. 100 Key Points and Techniques. Routledge.

Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, Fervers B, Graham I, Grimshaw J, Hanna SE. The global rating scale complements the AGREE II in advancing the quality of practice guidelines. J Clin Epidemiol 2012;65(5):526-34; doi: 10.1016/j.jclinepi.2011.10.008

Brown, F., y Gillard, D. (2016). Acceptance and Commitment Therapy For Dummies. John Wiley & Sons, Ltd.

Froxán, M., (2020). Análisis funcional de la conducta humana. Concepto, metodología y aplicaciones. EDICIONES PIRÁMIDE.

Gallego, M., (2020). El proceso terapéutico de ACT. Documento no publicado.

Gallego, M., (2020). Formato de Formulación Clínica contextual y anexos. Documento no publicado.

García, A. (2020). Efecto de una Guía de Intervención Basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso Sobre la Flexibilidad Psicológica en Excombatientes Colombianos. (Tesis de Maestría). Universidad Católica de Colombia.

Hayes, S., (2013). SAL DE TU MENTE, ENTRA A TU VIDA. La nueva Terapia de Aceptación y Compromiso. Desclée De Brouwer.

Hayes, S., Barnes-Holmes, D. and Roche, B. (2002). Relational Frame Theory a Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition. Kluwer Academic Publishers.

Hayes, S. C., y Hofmann, S. G. (Eds.). (2018). Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy. Context Press, An Imprint of New Harbinger Publications, Inc.

Hayes, S., y Hofmann, S. (Eds.). (2020). Beyond the DSM: Toward a process-Bassed Alternative for Diagnosis and Mental Health Treatment. Context Press, An Imprint of New Harbinger Publications, Inc.

Hayes, S., Kirk, S., y Wilson, K. (2014). TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO. Proceso y práctica del cambio consciente (mindfulness). Biblioteca De Psicología Desclée De Brouwer.

Hayes, S., (2020). Una Mente Liberada: La Guía Esencial de la Terapia de Aceptación y Compromiso (Act). Ediciones Paidós.

Harris, R., (2017). La Trampa de la Felicidad. Booket.

Harris, R., (2019). ACT made simple. An Easy-to-Read Primer on Acceptance and Commitment Therapy. New Harbinger Publications, Inc.

Hernández, A. (2019). Intervención desde la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Activación Conductual en un caso de ansiedad social. Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales, 10(2), 156-171.

Hoyos, W., y Peña, T. (2015). Efecto de los elementos de la Terapia de Aceptación y Compromiso sobre conductas relacionadas con el estrés laboral en auxiliares de enfermería cuidadores de personas con discapacidad física. (Tesis de Maestría). Pontificia Universidad Javeriana.

Jiménez, R. (2013). Conceptualización y tratamiento terapéutico de un caso de ludopatía desde el análisis funcional y la terapia de aceptación y compromiso. Avances en psicología latinoamericana, ISSN 1794-4724, ISSN-e 2145-4515, Vol. 31, Nº. 2, 2013, págs. 443-451.

Ministerio de Salud y Protección Social- Minsalud. (2014). Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano. Versión completa final.

Ministerio de Salud y Protección Social- Minsalud. (2017). GUÍA METODOLÓGICA PARA LA ADOPCIÓN - ADAPTACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA BASADAS EN EVIDENCIA.

https://gpc.minsalud.gov.co/recursos/SitePages/elaboracion_economica.aspx

Laboratorio de Psicología Clínica de la Fundación Universitaria Konrad Lorenz. AAQ II. Instrumentos ACT y Tercera Generación.

https://blogs.konradlorenz.edu.co/files/aaq-ii-1.pdf

Laboratorio de Psicología Clínica de la Fundación Universitaria Konrad Lorenz. BAFT. Instrumentos ACT y Tercera Generación. https://blogs.konradlorenz.edu.co/files/baft-1.pdf

Laboratorio de Psicología Clínica de la Fundación Universitaria Konrad Lorenz. CFQ. Instrumentos ACT y Tercera Generación. https://blogs.konradlorenz.edu.co/files/cfq-1.pdf

Laboratorio de Psicología Clínica de la Fundación Universitaria Konrad Lorenz. GPQ. Instrumentos ACT y Tercera Generación. https://blogs.konradlorenz.edu.co/files/gpq-versi%C3%B3n-9-%C3%ADtems-1.pdf

Laboratorio de Psicología Clínica de la Fundación Universitaria Konrad Lorenz. GTQ. Instrumentos ACT y Tercera Generación. https://blogs.konradlorenz.edu.co/files/gtq.pdf

Laboratorio de Psicología Clínica de la Fundación Universitaria Konrad Lorenz. MAAS. Instrumentos ACT y Tercera Generación. https://blogs.konradlorenz.edu.co/files/maas-1.pdf

Laboratorio de Psicología Clínica de la Fundación Universitaria Konrad Lorenz. VQ. Instrumentos ACT y Tercera Generación. https://blogs.konradlorenz.edu.co/files/vq-1.pdf

Lasso, R. (2016). Cambios en los repertorios de flexibilidad psicológica en personas trans a partir de una intervención basada en la terapia de aceptación y compromiso -ACT-. (Tesis de Maestría). Pontificia Universidad Javeriana.

Luoma, J., Hayes, S., y Walser, R., (2017) Learning ACT: An Acceptance y Commitment Therapy Skills Training Manual for Therapists. Context Press, An Imprint of New Harbinger Publications, Inc.

Páez, M. y Gutiérrez, O. (2012). Múltiples aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S. A.

Ramnerö, J., y Törneke, N., (2008). The ABCs of Human Behavior: Behavioral Principles for the Practicing Clinician. New Harbinger Publications, Inc.

Ribero-Marulanda, S., & Agudelo-Colorado, L. (2016). La aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en dos casos de evitación experiencial. Avances en Psicología Latinoamericana, 34(1), 29-46

Servicio de Atención Psicológica - SAP. (2021). GUÍA DE ENTREVISTA DE ADMISIÓN. Universidad Nacional de Colombia.

Servicio de Atención Psicológica - SAP. (2008). Guías Clínicas: Guía para el Desarrollo de la Alianza y Manejo la Relación Terapéutica (pp. 44 -51). Universidad Nacional de Colombia.

Servicio de Atención Psicológica - SAP. (2008). Guías Clínicas: Guía Análisis Clínico del Comportamiento (pp. 52 -65). Universidad Nacional de Colombia.

Servicio de Atención Psicológica - SAP. (2019). RESUMEN EJECUTIVO DE ESTADÍSTICAS 2019-2. Universidad Nacional de Colombia.

Sierra, M., Ruiz, F., & Flórez, C. (2018). A Systematic Review and Meta-Analysis of Third-Wave Online Interventions for Depression. Revista Latinoamericana de Psicología, 50(2), 126-135

Simón, V., (2011). Aprender a Practicar Mindfulness. Sello Editorial.

Skinner, B., (1974). About Behaviorism. Alfred A. Knopf, Nueva York.

Skinner, B., (1971). CIENCIA Y CONDUCTA HUMANA. (Una psicología científica). EDITORIAL FONTANELLA, S.A.

Skinner, B., (1981). CONDUCTA VERBAL. Editorial Trillas, S.A.

Skinner, B., (1982). Contingencias de reforzamiento: un análisis teórico. Editorial Trillas, S.A.

Skinner, B., (1991). El análisis de la conducta: una visión retrospectiva. Editorial LIMUSA

Skinner, B., (1975), La conducta de los organismos: un análisis experimental. EDITORIAL FONTANELLA, S.A.

Skinner, B., (1957), Verbal Behavior. Prentice Hall, Inc.

Sloan, D. y Hayes, S. (2018). Evolution and contextual behavioral science: An integrated framework for understanding, predicting, and influencing human behavior. Context Press, An imprint of New Harbinger Publications, Inc.

StrosahL, K. y Robinson, P. (2017). The Mindfulness & Acceptance Workbook for Depression. Using Acceptance & Commitment Therapy to Move Through Depression & Create a Life Worth Living. New Harbinger Publications, Inc.

Törneke, N., (2016). TMR: Una Introducción a la Teoría del Marco Relacional y sus Aplicaciones Clínicas. Editorial Didacbook.

Twohig, M., Levin, M. y Ong, C. (2021). ACT in Steps: A Transdiagnostic Manual for Learning Acceptance and Commitment Therapy. Oxford University Press.

Wilson, K. y Luciano, C. (2002). TERAPIA DE ACEPTACIÓN y COMPROMISO (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores. Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S. A.).

Zettle, R., Hayes, S., Holmes, D., y Biglan, A. (2016). The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science. John Wiley y Sons, Ltd.

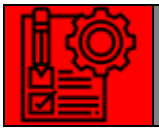
Apéndice A. Instructivo de Formulación Clínica Contextual

Este instructivo fue realizado por Gallego (2020) para facilitar la el análisis funcional y la formulación clínica.

Este instructivo le permitirá diligenciar el formato de formulación clínica.

Instructivo de la Formulación clínica de casos (individual, pareja y familia)

(con base en Farmer y Chapman, 2016; Haynes, O'Brien y Kaholokula, 2011; Hayes, Strosahl y Wilson, 2012; Hayes,2020). Diseño del instructivo: Óscar Mauricio Gallego Villa (2020)

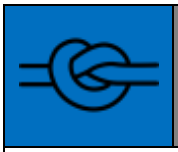


EVALUACIÓN Y DESCRIPCIÓN

MOTIVO DE CONSULTA Y PRESENTACIÓN DEL LISTADO DE PROBLEMAS

Motivo de consulta del consultante o de la fuente de remisión/expectativas

Presentar el motivo de consulta del consultante o de la fuente de remisión (los padres, la pareja, el docente, el médico tratante, etc.) expresado textualmente o entre comillas y descripción de detalles del mismo que se consideren relevantes (por ejemplo: factores del contexto relevantes o principales efectos percibidos por consultante o fuente de remisión de los problemas reportados).
Adicionalmente, señalar de manera textual las expectativas (u objetivos) del consultante/fuente de remisión al iniciar el proceso terapéutico *(si hay varias fuentes de expectativas, señalarlas, por ejemplo, lo que espera el consultante, sus padres, su pareja, etc.)*. Señalar si fue necesario reestructurar o nivelar las expectativas presentadas.
Nota: para casos vinculares (niños, jóvenes, pareja, familia):
Describir el motivo de consulta y las expectativas para cada uno de los miembros involucrados en el vínculo.



Caracterización del patrón de inflexibilidad psicológica

Identificar y evaluar los procesos de inflexibilidad psicológica (Hayes, Strosahl y Wilson, 2012; Hayes, 2020; Harris, 2009; Dahl, et al., 2013; Strosahl, et al., 2012) que sean relevantes en el caso haciendo énfasis en sus manifestaciones actuales (aunque si hay eventos históricos relevantes en la caracterización del patrón, se pueden incluir).
NOTA 1: Siempre que sea posible o pertinente, suministrar ejemplos del patrón inflexible tanto en el contexto natural como en el contexto terapéutico (interacción terapeuta-consultante).
En los casos de pareja, familia o de niños y adolescentes se deben plantear ejemplos de situaciones de interacción entre las partes involucradas considerando las diversas perspectivas de los involucrados. Así, en los casos de pareja se requiere que se presenten ejemplos desde la perspectiva de cada miembro de la díada, y en los casos de familia, considerando la perspectiva de los familiares involucrados. Cuando el caso es de niños o adolescentes remitidos también resulta útil tener ejemplos de las interacciones. Si se analiza la misma situación desde las diversas perspectivas, se podrá tener una visión más completa de cómo los patrones de rigidez de cada individuo terminan afectando al vínculo analizado
NOTA 2: En casos vinculares (pareja, familia, niños(as) y jóvenes), caracterizar el perfil de inflexibildad de cada miembro copiando la tabla para cada uno de los integrantes del vínculo. Encabezar la tabla con el nombre de cada consultante.

Descripción de los procesos de inflexibilidad psicológica

Evitación experiencial. Describir los eventos privados que el(a) consultante muestra indisposición a experimentar (emociones, pensamientos, recuerdos, impulsos, etc.).
Señalar las clases de comportamientos que el consultante emplea para evitar o escapar de los eventos privados. Ejemplos: (a) estrategias de control interno: distracción, preocupación, rumiación, desconectarse, etc.); estrategias de control externo (consumo de sustancias psicoactivas, autolesiones, evitación de situaciones, interacciones conflictivas o agresivas, etc.); (c) patrones o estrategias de evitación o control en sesión (CCR) (cambiar de tema, evitar afrontamiento de situaciones difíciles, etc.).

Fusión cognitiva. Señalar contenidos cognitivos a los que tiende a fusionarse (historias, reglas, juicios, explicaciones o atribuciones). Indicar las clases de comportamientos que el consultante presenta en presencia de los contenidos cognitivos fusionados: (reacciones rígidas, evitación, escape, impulsividad, escalada de conflictos, agresividad, rumiación, preocupación, distracción, desconexión, disociación, etc.).

Desconexión del momento presente (apego al pasado-futuro)
Describir las dificultades que muestra el(a) consultante al enfocar la atención al momento presente (atención inflexible). Esta dificultad se manifiesta en los siguientes indicadores (Harris, 2019):

(a) Distraibilidad: dificultad para sostener la atención en la tarea o actividad a la mano, la atención salta fácilmente hacia estímulos que no son relevantes.
(b) Desinterés: pérdida del interés o el involucramiento en nuestra experiencia, se actúa en piloto automático, de una manera aburrida, desinteresada o ausente.
(c) Desconexión: falta de contacto consciente con nuestros propios pensamientos o emociones, esto conduce a falta de conciencia y a dificultades para modificar nuestro comportamiento de modo adaptativo. Esto puede promover desregulación emocional, reactividad o conducta poco consciente.

Toma de perspectiva limitada (apego al yo contenido). Indicar dificultades en la toma de perspectiva de la persona que le hace difícil reconocer el efecto o impacto de su comportamiento (consecuencias de su conducta.). Identificar los contenidos cognitivos acerca del yo a los cuales el individuo se fusiona (valoraciones, biografía personal, roles, etc.).

Alejamiento de valores. Identificar dificultades de la persona para reconocer, identificar, tener interés o comprometerse en relación con aspectos importantes o valiosos en su vida.

Acciones en conflicto con los valores personales
Identificar patrones de comportamiento que alejan a la persona de un estilo de vida consciente, centrado en aspectos valiosos libremente elegidos. Puede incluir conductas impulsivas, reactivas o irreflexivas, centradas más en las gratificaciones a corto plazo.

Estrategias de evaluación

Descripción de cómo se evaluó el patrón de inflexibilidad en la fase previa a la intervención. Se indica si se realizó una evaluación pre o se estableció una línea base, se señalan los instrumentos utilizados y los correspondientes resultados.

Estrategia de evaluación	Resultados cuantitativos	Valoración cualitativa
Señalar el tipo de estrategia: instrumento de autorreporte, escala observacional, entrevista, etc., con todos los datos relevantes de identificación: nombre del instrumento (sigla), autor, año.	Según el tipo de instrumento señalar el puntaje directo y, aplica, la puntuación convertida. Si se realizaron varias mediaciones previas a la intervención con el mismo instrumento, se recomienda graficar dichos datos.	Señalar el significado de la puntuación o descripción del comportamiento evaluado según el tipo de instrumento.

Descripción y afectación de las áreas de ajuste

Descripción general de cada área de ajuste que sea relevante en el caso y establecimiento de la afectación de cada una en relación con el patrón de inflexibilidad psicológica. Identificar las áreas afectadas, indicar el modo en que se encuentran afectadas, así como el nivel de la afectación identificada (alto, moderado, bajo). Seleccionar las áreas que se considere pertinente describir.

Área de ajuste y descripción	Descripción del nivel y tipo de afectación
Entre las áreas de ajuste a describir se encuentran las siguientes (sólo incluir las que apliquen al caso): • Familia de origen/Pareja y familia actual (constitución y relaciones, satisfacción, se sugiere genograma) • Amistades (cantidad de amigos, tipo de relaciones con ellos, satisfacción) • Comunidad (participación en actividades con la comunidad) • Ocupación (estudio, trabajo, otras). Ocupación actual, descripción, nivel de satisfacción. • Salud, cuidado personal. Tratamientos actuales, hábitos, rutinas de salud y autocuidado. • Espiritualidad. Descripción de prácticas espirituales • Ocio: tipo de pasatiempos y nivel de satisfacción	Señalar el nivel de afectación del área debido al patrón de inflexibilidad descrito (alto, moderado o bajo). Descripción del tipo de afectación presente.

EXPLICACIÓN

Explicación de la adquisición

¿Cuáles factores pudieron haber influido en la adquisición del patrón de regulación inflexible?
NOTA: En casos vinculares (niños, jóvenes, familia y pareja) identificar los factores explicativos para cada uno de los miembros involucrados.

Factores de predisposición

Factores predisponentes. Se refieren referencia a eventos históricos que constituyen fuentes de vulnerabilidad que hacen al individuo más proclive a la presentación de un problema psicológico (acoge el concepto de diátesis)
Ejemplos:

- Factores genéticos (principalmente, temperamento)
- Desarrollo perinatal
- Estilos parentales
- Eventos adversos en períodos críticos del desarrollo (abandono, abuso, maltrato)

Factores precipitantes

Factores precipitantes. *Se refieren a eventos específicos (delimitados en el tiempo) que se asocian con la aparición del problema (no aplican en todos los casos)*
Ejemplos:
Estresores vitales de gran impacto (separaciones afectivas, muerte de seres queridos, accidentes, diagnóstico de enfermedades graves o incurables, condiciones repentinas de discapacidad, cambios vitales, etc.).

Explicación sobre la adquisición *de cada uno de los problemas identificados. Seleccionar los modelos que apliquen:*
Implica la identificación de los factores explicativos (de aprendizaje) responsables de la aparición del repertorio conductual problemático. En este caso es fundamental señalar cómo operó el mecanismo explicativo en la generación de la conducta problema.

Aprendizaje por experiencia directa	Aprendizaje por observación o modelamento	Aprendizaje por instrucción
• **Condicionamiento clásico y operante** • Asociación entre estímulos mediante condicionamiento clásico. • Contacto directo con contingencias mediante moldeamiento (condicionamiento operante) • Cambios repentinos en fuentes de reforzamiento (pérdidas, cambios vitales, eventos traumáticos, etc.).	• **Modelamiento.** En este caso, el repertorio se adquirió mediante la imitación de modelos (padres, pares, etc.). Se debe explicar cuál fue el repertorio imitado, y de cuál fuente. También se pueden describir situaciones en las que se careció de ambientes propicios para el desarrollo de las habilidades (déficit en repertorios por modelos insuficientes).	• **Adquisición del repertorio de conducta gobernada por reglas (aprendizaje de reglas verbales en el modelo contextual).** Se puede indicar el tipo de reglas transmitidas, la fuente (familia, cultura, comunidad verbal) y el tipo de regulación verbal involucrado (pliance, tracking, augmenting).

Explicación del mantenimiento: análisis funcional molecular del patrón de inflexibilidad psicológica

¿Cómo y por qué se mantienen estos procesos de inflexibilidad psicológica?
¿Cuáles son los mecanismos explicativos del mantenimiento de estos problemas? (incluir ejemplos de análisis funcionales desarrollados).
A través de texto o esquemas identificar y explicar cómo los factores de mantenimiento contribuyen en los problemas identificados.
Identificar ejemplos relevantes (análisis funcionales moleculares) de la historia de aprendizaje del(a) consultante y de la actualidad que permitan explicar la adquisición y mantenimiento del patrón de comportamiento inflexible.
NOTA: Tener en cuenta las siguientes especificaciones:
Análisis funcional tradicional (tipo ACA): (A) antecedentes externos (ambiente físico/contexto social); (B) comportamiento (encubierto y observable, según canales de respuesta) y; (c) consecuencias externas en ambiente físico/contexto social.
Análisis clínico conductual (para terapia contextual, tipo ACT): antecedentes (eventos externos y eventos privados: pensamientos, emociones, reglas, etc.); (B) comportamiento (motor o verbal: lo que hace o dice la persona); (c) consecuencias (en eventos externos o en eventos privados).

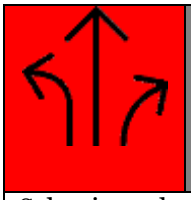
Antecedente: situaciones y eventos privados	Comportamiento	Consecuencias: a corto y a largo plazo
Describir las situaciones que aumentan la probabilidad de que se manifiesten los eventos privados aversivos en términos de qué ocurrió, dónde, cuándo, con quién. Seleccionar ejemplos de situaciones que se consideren representativos del patrón inflexible en los ámbitos o contextos de mayor afectación. Agregar tantas filas como situaciones se vayan a analizar Describir los eventos privados problemáticos (emociones, pensamientos, impulsos, recuerdos, historias, etc.)	Señalar las reacciones habituales del(a) consultante ante las situaciones o eventos privados descritos. Ejemplos: estrategias de control o evitación de los eventos privados, conducta fusionada a los contenidos cognitivos, patrón de acciones no comprometidas, rumiación, etc. NOTA: de ser pertinente se puede indicar si estos patrones reflejan regulación verbal inflexible (tipo pliance, tracking o augmenting).	Indicar los efectos a corto plazo del patrón de conductas inflexible y el tipo de contingencia involucrada (reforzamiento positivo o negativo). Luego, indicar las consecuencias a largo plazo con su correspondiente contingencia (Castigo).

NOTA: Si se desea hacer análisis en cadena, se puede sustituir esta tabla por el esquema de análisis en cadena que se vaya a proponer.

Conclusión del análisis funcional (consolidado): con base en los ejemplos aportados en la tabla de análisis funcional, presentar la conclusión sobre las interacciones de antecedentes, conductas y consecuentes siguiendo esta pauta:

El patrón de inflexibilidad psicológica de ***(nombre del consultante),*** se presenta ante los siguientes tipos de antecedentes ***(presentar los ejemplos de los antecedentes de mayor importancia)***. Se caracteriza por las siguientes respuestas ***(consignar ejemplos de conductas***

más relevantes o la clase funcional identificada) y conduce a las siguientes consecuencias a corto plazo ***(ejemplos y contingencias).*** Se puede observar que el patrón inflexible conduce a las siguientes consecuencias a largo plazo ***(ejemplos y contingencias).***



PLAN DE TRATAMIENTO (aplica para la propuesta de formulación contextual)
Se busca promover la flexibilidad psicológica mediante:

NOTA: en casos vinculares (pareja, familia, niños(as) y jóvenes), establecer cuáles objetivos son comunes a los integrantes y cuáles son particulares en cada caso.

Seleccionar los objetivos de fomento de la flexibilidad psicológica de cada uno de los integrantes del vínculo que se van a trabajar durante la intervención. Para cada objetivo seleccionado describir las actividades que se van a desarrollar (por ejemplo: metáforas, actividades vivenciales, ejercicios de mindfulness, preguntas reflexivas, exposición, entrenamiento en habilidades, etc.) y para quien van dirigidas (aunque se van a priorizar las actividades que se puedan dirigir a todos los miembros del vínculo). Citar las fuentes de las actividades propuestas. Cuando sea una actividad diseñada por el propio terapeuta para el caso, indicarlo como "elaboración propia para el caso". A continuación, indicar las estrategias que se van a utilizar para verificar el logro del objetivo (por ejemplo, mediante instrumentos validados, registros observacionales para identificar conductas clínicamente relevantes, etc.).
Para cada una de las actividades se deben describir los siguientes aspectos:

PROCESO DE FLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA A INTERVENIR	OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN
• La reformulación del problema (desesperanza creativa: el efecto problemático del control). • La aceptación de los eventos privados. • La defusión cognitiva. • La compasión (hacia sí mismo/hacia los demás). • La conexión con lo que ocurre en el momento presente (aquí y ahora). • La toma de perspectiva desde el yo/otro/nosotros contexto. • La identificación y la elección de valores. • El compromiso con acciones comprometidas. **NOTA: Escoger los procesos de flexibilidad a promover.**	Los objetivos se deben seleccionar según los procesos de flexibilidad a intervenir y el tipo de consultante de acuerdo con la tabla de Listado de Objetivos para Promover la Flexibilidad Psicológica (al final de este instructivo). Se deben relacionar en este apartado y se deben numerar. 1. 2. 3.

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES CLÍNICAS (ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN)		
Objetivos	**Descripción de la actividad clínica**	**Fuente teórica** (incluir la referencia correspondiente de cada actividad descrita)

Listado de objetivos para el fomento de la flexibilidad psicológica (aplicable para la formulación desde el modelo contextual)

PROCESO DE FELXIBILIDAD PSICOLÓGICA	Objetivos para consultante adulto (adolescente mayor) (Con base en Wilson, 2012)	Objetivos para cuidador (padres u otros responsables) (Con base en Whittingham y Coyne, 2019)	Objetivos para el(a) niño(a) (Con base en Whittingham y Coyne, 2019) NOTA: estos objetivos se deben considerar según fase del desarrollo del(a) niño(a) o joven
REFORMULACIÓN DEL PROBLEMA (DESESPERANZA CREATIVA Y ACEPTACIÓN)	• Identificar lo que se puede y no se puede cambiar. • Fomentar una visión flexible del control y de la aceptación. • (c) Comprender el efecto del comportamiento a corto y a largo plazo (análisis funcional).	• Identificar lo que se puede o no se puede controlar en el vínculo • Fomentar una visión flexible del control y de la aceptación al servicio de mejorar la dinámica del vínculo • Desarrollar habilidades para comprender la influencia del comportamiento de uno en el comportamiento de los demás (base del análisis funcional)	• Logra identificar los que está bajo sucontrol y lo que no • Comprende el efecto de su conducta de acuerdo con el entorno en el que se encuentra • Reconocer la importancia de la aceptación de las emociones, los pensamientos y otros eventos privados • Desarrolla disposición para conectarse con cualquier evento privado
DEFUSIÓN COGNITIVA	• Flexibilizar la relación rígida con los contenidos cognitivos	• Desarrollar la competencia para formular reglas parentales útiles y flexibles (tipo track) • Facilita el desarrollo de este tipo de reglas en su hijo(a)	• Desarrollar un repertorio flexible al relacionarse con contenidos cognitivos detal manera que pueda decidir sobre sucomportamiento y seguir los pensamientos según sus áreas de valor o susintereses
CONEXIÓN CON EL MOMENTO PRESENTE	• Contactar de forma plena con el flujo de las experiencias tal como ocurren en el aquí y ahora • Flexibilizar el foco atención según sus objetivos o intereses en la situación.	• Fomentar la competencia para facilitar y modelar la conexión con el momento presente a su hijo(a). • Padre/Madre reconocen los cambios que pueden presentarse en el vínculo paterno filial a lo largo del tiempo. • (c) Responder de forma proactiva en vez de reactiva a las situaciones cotidianas y cambiantes del vínculo.	• Reconocer y rotula los diversos eventos privados que experimenta • Nota sensaciones físicas y corporales • Puede flexibilizar su atención y cambiar el foco atencional a su experiencia privado comoal contexto externo según sus intereses y con disposición a explorar

TOMA DE PERSPECTIVA DESDE EL YO/OTRO/ NOSOTROS CONTEXTO	• Contactar con un sentido del yo más amplio que abarca a los eventos privados para observarlos sin fusionarse a la evaluación (el yo que observa)	• Desarrollar la habilidad de diferenciar la experiencia psicológica del otro (Otro como proceso) y su esencia (Otro como contexto) y esto fomenta una parentalidad sensible y responsiva • Desarrollar fluidez para pasar de una perspectiva del vínculo como cambiante y dinámico como se da en las interacciones momento a momento (Nosotros como proceso) a una en la que la relación es perdurable en el tiempo (Nosotros comocontexto) y ve los cambios como parte del desarrollo. • **NOTA: Estos objetivos también es aplicable para parejas**	• Fomentar la diferencia entre el yo contenido, el yo proceso yel yo contexto • Fomentar la flexibilidad en la toma de perspectiva (el yo, los otros) • Fomentar una visión flexible del yo • Identificar la instancia del yo contexto
IDENTIFICACIÓN Y ELECCIÓN DE VALORES	• Identificar lo que más le importa a la persona (direcciones valiosas) y que elige que haga parte de su vida	• Identificar los valores asociados a su rol como cuidador o padre • Identificar los valores asociados con otros dominios de funcionamiento y da espacio a estos aspectos en si vida al tiempo que la parentalidad. • Desarrollar habilidades para fomentar la experimentación ajustada a las condiciones de desarrollo del(a) hijo(a). • Reconoce la conducta prosocial del su hijo(a), así como lo que le gusta y fomenta el desarrollo de protovalores.	• Fomentar el repertorio conductual de exploración adaptativa • Desarrollar habilidades para rastrear la experiencia personal en diversas situaciones (nuevas, cotidianas) • Generar contexto para identificar fuentes motivacionales (protovalores/valores)
EL COMPROMISO CON ACCIONES COMPROMETIDAS	• Moldear o fortalecer patrones de comportamiento que • mantengan a la persona endirección a lo que más le importa (compromiso)	• Desarrollar un estilo parental caracterizado por la flexibilidad, el favorecimiento de la exploración ajustada al desarrollo, estilo responsable, sensible y compasivo, haciendo énfasis en el reforzamiento de la conducta a promover (la conducta flexible) • en diversos contextos • Refrenar las estrategias de control aversivo y punitivo (coerción, intrusión, hostilidad, maltrato) • Aprender las habilidades necesarias para fomentar una comunicación adecuada y un manejo de conflictos funcional.	• Establecer para cada valor metas y actividades específicas a cumplir • Mantener el compromiso con las acciones comprometidasa pesar de los eventos privados que se puedan presentar o el resultado particular de las acciones • Desarrollar las habilidades necesarias (entrenamiento) para mantenerse en la ruta de lo valorado (comunicación, solución de problemas, habilidades sociales, regulación emocional, • etc.)

Apéndice B. Formato de Formulación Clínica Contextual

Este formato permite organizar la información del análisis funcional y formulación clínica.

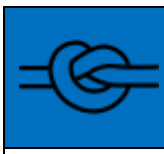
Formato de la Formulación clínica de casos (individual, pareja y familia)

(con base en Farmer y Chapman, 2016; Haynes, O'Brien y Kaholokula, 2011; Hayes, Strosahl y Wilson, 2012; Hayes,2020). Diseño del instructivo: Óscar Mauricio Gallego Villa (2020)

EVALUACIÓN Y DESCRIPCIÓN

MOTIVO DE CONSULTA Y PRESENTACIÓN DEL LISTADO DE PROBLEMAS

Motivo de consulta del consultante o de la fuente de remisión/expectativas



Caracterización del patrón de inflexibilidad psicológica

Descripción de los procesos de inflexibilidad psicológica

Evitación experiencial.

Fusión cognitiva.

Desconexión del momento presente (apego al pasado-futuro)

Toma de perspectiva limitada (apego al yo contenido).

Alejamiento de valores.

Acciones en conflicto con los valores personales

Estrategias de evaluación

Estrategia de evaluación	**Resultados cuantitativos**	**Valoración cualitativa**
		.

Descripción y afectación de las áreas de ajuste

Descripción general de cada área de ajuste que sea relevante en el caso y establecimiento de la afectación de cada una en relación con el patrón de inflexibilidad psicológica. Identificar las áreas afectadas, indicar el modo en que se encuentran afectadas, así como el nivel de la afectación identificada (alto, moderado, bajo). Seleccionar las áreas que se considere pertinente describir.

Área de ajuste y descripción	**Descripción del nivel y tipo de afectación**
Entre las áreas de ajuste a describir se encuentran las siguientes (sólo incluir las que apliquen al caso): • Familia de origen/Pareja y familia actual (constitución y relaciones, satisfacción, se sugiere genograma) • Amistades (cantidad de amigos, tipo de relaciones con ellos, satisfacción) • Comunidad (participación en actividades con la comunidad) • Ocupación (estudio, trabajo, otras). Ocupación actual, descripción, nivel de satisfacción. • Salud, cuidado personal. Tratamientos actuales, hábitos, rutinas de salud y autocuidado. • Espiritualidad. Descripción de prácticas espirituales • Ocio: tipo de pasatiempos y nivel de satisfacción	

EXPLICACIÓN

Explicación de la adquisición

¿Cuáles factores pudieron haber influido en la adquisición del patrón de regulación inflexible?
NOTA: En casos vinculares (niños, jóvenes, familia y pareja) identificar los factores explicativos para cada uno de los miembros involucrados.

Factores de predisposición

Factores predisponentes.

Factores precipitantes

Factores precipitantes.

Explicación sobre la adquisición *de cada uno de los problemas identificados. Seleccionar los modelos que apliquen:*
Implica la identificación de los factores explicativos (de aprendizaje) responsables de la aparición del repertorio conductual problemático. En este caso es fundamental señalar cómo operó el mecanismo explicativo en la generación de la conducta problema.

Aprendizaje por experiencia directa	Aprendizaje por observación o modelamento	Aprendizaje por instrucción
• **Condicionamiento clásico y operante**	• **Modelamiento.**	• **Adquisición del repertorio de conducta gobernada por reglas (aprendizaje de reglas verbales en el modelo contextual).**

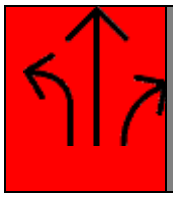
Explicación del mantenimiento: análisis funcional molecular del patrón de inflexibilidad psicológica

Antecedente: situaciones y eventos privados	Comportamiento	Consecuencias: a corto y a largo plazo

NOTA: Si se desea hacer análisis en cadena, se puede sustituir esta tabla por el esquema de análisis en cadena que se vaya a proponer.

Conclusión del análisis funcional (consolidado): con base en los ejemplos aportados en la tabla de análisis funcional, presentar la conclusión sobre las interacciones de antecedentes, conductas y consecuentes siguiendo esta pauta:

El patrón de inflexibilidad psicológica de ***(nombre del consultante),*** se presenta ante los siguientes tipos de antecedentes ***(presentar los ejemplos de los antecedentes de mayor importancia)***. Se caracteriza por las siguientes respuestas ***(consignar ejemplos de conductas más relevantes o la clase funcional identificada)*** y conduce a las siguientes consecuencias a corto plazo ***(ejemplos y contingencias).*** Se puede observar que el patrón inflexible conduce a las siguientes consecuencias a largo plazo ***(ejemplos y contingencias).***



PLAN DE TRATAMIENTO (aplica para la propuesta de formulación contextual)
Se busca promover la flexibilidad psicológica mediante:

NOTA: en casos vinculares (pareja, familia, niños(as) y jóvenes), establecer cuáles objetivos son comunes a los integrantes y cuáles son particulares en cada caso.

PROCESO DE FLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA A INTERVENIR	OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN
• La reformulación del problema (desesperanza creativa: el efecto problemático del control). • La aceptación de los eventos privados. • La defusión cognitiva. • La compasión (hacia sí mismo/hacia los demás). • La conexión con lo que ocurre en el momento presente (aquí y ahora). • La toma de perspectiva desde el yo/otro/nosotros contexto. • La identificación y la elección de valores. • El compromiso con acciones comprometidas. **NOTA: Escoger los procesos de flexibilidad a promover.**	Los objetivos se deben seleccionar según los procesos de flexibilidad a intervenir y el tipo de consultante de acuerdo con la tabla de Listado de Objetivos para Promover la Flexibilidad Psicológica (al final de este instructivo). Se deben relacionar en este apartado y se deben numerar. 1. 2. 3.

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES CLÍNICAS (ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN)		
Objetivos	**Descripción de la actividad clínica**	**Fuente teórica** (incluir la referencia correspondiente de cada actividad descrita)

Apéndice C. Listado de instrumentos de evaluación y recursos web sugeridos

Listado de instrumentos de evaluación

A continuación, encuentra una lista de instrumentos de evaluación congruentes con la ACT.

- ICI: Información Clínica Inicial – formato del SAP
- Acceptance and Action Questionnaire- II (AAQ-II)ACT ADVISOR
- Believability of Anxious Feelings and Thoughts Questionnaire (BAFT)
- Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ)
- Generalized Pliance Questionnaire (GPQ)
- Generalized Tracking Questionnaire (GTQ)
- Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)
- Values Questionnaire (VQ)
- Work-related Acceptance and Action Questionnaire (WAAQ)
- Satisfaction With Life Scale (SWLS)

Listado de recursos web

A continuación, encuentra una lista de sitios web en los que puede consultar diferentes recursos de información e intervención.

- ACBS: Association for Contextual Behavioral Science
- Grupo ACT Argentina
- STEVEN C. HAYES, PHD
- ACT Instituto
- The Happiness Trap
- Learning ACT

Apéndice D. Instrumentos de evaluación ACT

A continuación, encuentra los formatos de aplicación de los instrumentos de evaluación sugeridos, así como las instrucciones de calificación. Dichos formatos han sido extraídos de la página web del Laboratorio de Psicología Clínica de la Universidad Konrad Lorenz. Instrumentos ACT y Tercera Generación.

https://cliniklab.konradlorenz.edu.co/2020/09/act3gen.html

AAQ-II

AAQ-II

Debajo encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, puntúe en qué grado cada afirmación ES VERDAD PARA USTED haciendo un círculo en los números de al lado. Utilice la siguiente escala para hacer su elección.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Frecuentemente es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad

1.	Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Tengo miedo de mis sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir.	1	2	3	4	5	6	7

Laboratorio de Psicología Clínica de la Fundación Universitaria Konrad Lorenz [ClinikLab].

Acceptance and Action Questionnaire- II (AAQ-II)

Referencia original: Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N.,Orcutt, H. K., . . . 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.

Validación España:

Ruiz, F. J., Langer, A. I., Luciano, C., Cangas, A. J., & Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish translation of the Acceptance and Action Questionnaire – II. *Psicothema, 25*, 123-129.

Validación Colombia:

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

Modo de corrección: suma de las puntuaciones obtenidas en cada ítem

Interpretación: a mayor puntuación, mayor grado de evitación experiencial. Las puntuaciones promedio de los participantes sin problema clínico suelen estar en torno a 18 y 23 puntos. Las puntuaciones promedio de los participantes clínicos son superiores a 29 puntos.

(ClinikLab).

BAFT

BAFT

Imagínese que los siguientes pensamientos le vienen al cabeza justo ahora ¿Cómo de válidos o creíbles serían para usted? Por favor, utilice la siguiente escala: por cada pensamiento, haga un círculo en un número de 1 (nada creíble) a 7 (completamente creíble), dependiendo de cómo de creíble sea el pensamiento para usted.

1	2	3	4	5	6	7
Nada creíble						**Completamente creíble**

1.	Necesito conseguir manejar mi ansiedad y miedo para tener la vida que quiero.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Mostrarse nervioso no es bueno y me causa sufrimiento.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Realmente no puedo hacer las cosas que quiero hacer cuando tengo ansiedad y miedo.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Debo mantener el control de mis emociones.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Si fuera como otras personas, sería capaz de mantener el control de mis pensamientos y sensaciones ansiosas.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Mis pensamientos y sensaciones ansiosas son un problema.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Estoy seguro de que me sentiré avergonzado y de que haré el ridículo cuando la gente se dé cuenta de lo nervioso e inseguro que me siento.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Las sensaciones corporales poco habituales me asustan y necesito hacer algo para reducirlas o librarme de ellas antes de hacer cualquier otra cosa.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Mis pensamientos y sensaciones ansiosas no son normales.	1	2	3	4	5	6	7
10.	Es importante inspeccionar mi cuerpo en busca de signos y síntomas de ansiedad para sentirme seguro.	1	2	3	4	5	6	7
11.	Cuando estoy muy ansioso o asustado tengo la sensación de que pudiera estar muriéndome.	1	2	3	4	5	6	7
12.	Podría llegar a perder el control cuando me siento ansioso o asustado.	1	2	3	4	5	6	7
13.	Debo hacer algo con mi ansiedad o miedo cuando aparece.	1	2	3	4	5	6	7
14.	Cuando tengo pensamientos desagradables, debo sacarlos de mi mente.	1	2	3	4	5	6	7
15.	Cuando me siento mal debo luchar contra ese sentimiento para hacer que se vaya.	1	2	3	4	5	6	7
16.	Mi felicidad y éxito dependen de lo bien que yo me sienta.	1	2	3	4	5	6	7

(ClinikLab).

Believability of Anxious Feelings and Thoughts Questionnaire (BAFT)

Referencia original: Herzberg, K.N., Sheppard, S.C., Forsyth, J.P., Credé, M., Earleywine, M., & Eifert, G.H. (2012). The Believability of Anxious Feelings and Thoughts Questionnaire (BAFT): A psychometric evaluation of cognitive fusion in a nonclinical and highly anxious community sample. *Psychological Assessment, 24*, 877-891.

Validación en España: Ruiz, F.J., Odriozola-González, P., & Suárez-Falcón, J.C. (2014). The Spanish version of the Believability of Anxious Feelings and Thoughts Questionnaire. *Psicothema, 26*, 308-313.

Modo de corrección: suma de las puntuaciones obtenidas en cada ítem.

Interpretación: a mayor puntuación, mayor grado fusión con los pensamientos y sentimientos relacionados con ansiedad. Las puntuaciones de los participantes no clínicos suelen estar entre 43 y 59. Las puntuaciones de los participantes clínicos suelen estar entre 61 y 75.

(ClinikLab).

CFQ

CFQ

Debajo usted encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, puntué en qué grado cada afirmación ES VERDAD PARA USTED haciendo un círculo en los números de al lado. Utilice la siguiente escala para hacer su elección.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca es verdad	**Muy raramente es verdad**	**Raramente es verdad**	**A veces es verdad**	**Frecuentemente es verdad**	**Casi siempre es verdad**	**Siempre es verdad**

1.	Mis pensamientos me causan angustia o dolor emocional.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Me quedo tan enganchado a mis pensamientos que no soy capaz de hacer las cosas que más quiero hacer.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Analizo las situaciones demasiado, hasta el punto de que no me resulta útil.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Lucho contra mis pensamientos.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Me enfado conmigo mismo por tener determinados pensamientos.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Tiendo a enredarme mucho en mis pensamientos.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Me resulta muy difícil dejar pasar los pensamientos molestos incluso cuando sé que hacerlo me ayudaría.	1	2	3	4	5	6	7

Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ)

Referencia original: 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

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

Modo de corrección: suma de las puntuaciones obtenidas en cada ítem.

Interpretación: a mayor puntuación, mayor fusión cognitiva. Las puntuaciones de los participantes no clínicos suelen situarse entre los 20 y 24 puntos mientras que las puntuaciones de los participantes clínicos suelen ser superior a 29 puntos.

(ClinikLab).

GPQ-9

GPQ-9

Debajo usted encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, puntué en qué grado cada afirmación ES VERDAD PARA USTED haciendo un círculo en los números de al lado. Utilice la siguiente escala para hacer su elección.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca es verdad	**Muy raramente es verdad**	**Raramente es verdad**	**A veces es verdad**	**Frecuentemente es verdad**	**Casi siempre es verdad**	**Siempre es verdad**

1.	Me importa mucho lo que piensan mis amigos de mí.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Es muy importante para mí sentirme aceptado por los demás.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Necesito que la gente me valore para poder ser feliz.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Mi valía como persona depende de lo que los demás piensen y digan de mí.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Mis decisiones se ven muy influidas por las opiniones de otras personas.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Carecería de sentido lo que hago si los demás no pudieran verlo.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Sólo merece la pena trabajar duro si los demás te lo reconocen.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Para estar bien conmigo mismo necesito que los demás me den su aprobación.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Tengo más en cuenta el consejo de los demás que mi propio criterio para tomar una decisión.	1	2	3	4	5	6	7

(ClinikLab).

Generalized Pliance Questionnaire (GPQ)

Este cuestionario ha sido desarrollado y validado por el equipo de Clinik Lab.

Referencia original: Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Barbero-Rubio, A., & Flórez, C. L. (2019). Development and initial validation of the Generalized Pliance Questionnaire. *Journal of Contextual Behavioral Science, 12*, 189-198.

Modo de corrección: suma de las puntuaciones obtenidas en cada ítem.

Interpretación: a mayor puntuación, mayor tendencia al seguimiento de reglas tipo pliance. Las puntuaciones promedio de los participantes no clínicos suelen estar entre 20 y 25 puntos, mientras que las puntuaciones de los participantes clínicos suelen ser superiores a 27 puntos.

(ClinikLab).

GTQ

GTQ

Debajo encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, puntúe en qué grado cada afirmación ES VERDAD PARA USTED haciendo un círculo en los números de al lado. Utilice la siguiente escala para hacer su elección.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca es verdad	**Muy raramente es verdad**	**Raramente es verdad**	**A veces es verdad**	**Frecuentemente es verdad**	**Casi siempre es verdad**	**Siempre verdad**

1.	Cuando veo que algo no está funcionando, intento algo diferente.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Disfruto descubriendo cómo funcionan las cosas y llegando a mis propias conclusiones.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Me adapto fácilmente a los cambios.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Tengo facilidad para encontrar soluciones novedosas a los problemas.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Tomo decisiones basándome en mi experiencia y no en lo que los demás dicen.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Me gusta probar distintas maneras de hacer las cosas para ver cuál es mejor.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Soy bueno encontrando formas más efectivas de realizar tareas.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Si noto que algo no funciona, cambio mi forma de actuar rápidamente.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Aprendo de las consecuencias de mis acciones con facilidad.	1	2	3	4	5	6	7
10.	Cuando me doy cuenta de que estoy equivocado, cambio mi forma de pensar y actuar.	1	2	3	4	5	6	7
11.	Tomo decisiones basándome en los resultados que he obtenido anteriormente.	1	2	3	4	5	6	7

(ClinikLab).

Generalized Tracking Questionnaire (GTQ)

Este cuestionario ha sido desarrollado y validado por el equipo del Clinik Lab.

Validación en Colombia: Ruiz, F. J., García-Martín, M. B., Suárez-Falcón, J. C., Bedoya-Valderrama, L., Segura-Vargas, M. A., Peña-Vargas, A., Henao, A. M., & Ávila-Campos, J. E. (2020). Development and initial validation of the Generalized Tracking Questionnaire. *Plos One*, *15*, e0234393.

Modo de corrección: suma de las puntuaciones obtenidas en cada ítem.

Interpretación: a mayor puntuación obtenida, mayor seguimiento de reglas tipo tracking. Las puntuaciones promedio de los participantes no clínicos es de 58 puntos y los participantes clínicos es de 48.

(ClinikLab).

MAAS

MAAS

Por favor, indica tu grado de acuerdo con cada uno de los ítems que siguen utilizando la escala de abajo. Simplemente haz un círculo en tu respuesta de cada ítem.

1	2	3	4	5	6
Casi siempre	Muy frecuentemente	Algo frecuente	Algo infrecuente	Muy infrecuente	Casi nunca

1. Podría sentir una emoción y no ser consciente de ella hasta más tarde.	1	2	3	4	5	6
2. Rompo y derramo cosas, por no poner atención, o por estar pensando en otra cosa.	1	2	3	4	5	6
3. Encuentro difícil estar centrado en lo que está pasando en el presente.	1	2	3	4	5	6
4. Tiendo a caminar rápido para llegar a donde voy sin prestar atención a lo que experimento durante el camino.	1	2	3	4	5	6
5. Tiendo a no darme cuenta de sensaciones de tensión física o incomodidad hasta que realmente captan mi atención.	1	2	3	4	5	6
6. Me olvido del nombre de una persona tan pronto me lo dicen por primera vez.	1	2	3	4	5	6
7. Parece como si "funcionara en automático" sin demasiada consciencia de lo que estoy haciendo.	1	2	3	4	5	6
8. Hago las actividades con prisas, sin estar realmente atento a ellas.	1	2	3	4	5	6
9. Me concentro tanto en la meta que deseo alcanzar que pierdo contacto con lo que estoy haciendo ahora para alcanzarla.	1	2	3	4	5	6
10. Hago trabajos o tareas automáticamente, sin darme cuenta de lo que estoy haciendo.	1	2	3	4	5	6
11. Me encuentro a mí mismo escuchando a alguien por una oreja y haciendo otra cosa al mismo tiempo.	1	2	3	4	5	6
12. Conduzco en "piloto automático" y luego me pregunto por qué fui allí.	1	2	3	4	5	6
13. Me encuentro absorto acerca del futuro o el pasado.	1	2	3	4	5	6
14. Me descubro haciendo cosas sin prestar atención.	1	2	3	4	5	6
15. Pico sin ser consciente de que estoy comiendo.	1	2	3	4	5	6

(ClinikLab).

Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)

Referencia original: Brown, K. W., & 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

Validación en Colombia: Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J.C., & 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

Modo de corrección: suma de las puntuaciones obtenidas en cada ítem.

Interpretación: 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.

(ClinikLab).

VQ

VQ

Por favor, lea cada frase cuidadosamente y haga un círculo en el número que mejor describa cómo de cierta ha sido esa frase para usted DURANTE LA SEMANA PASADA, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY.

0	1	2	3	4	5	6
En absoluto verdad						**Completamente verdad**

1.	Pasé un montón de tiempo pensando sobre el pasado o el futuro en vez de dedicarme a actividades que eran importantes para mí.	0	1	2	3	4	5	6
2.	Estuve básicamente en "piloto automático" la mayor parte del tiempo.	0	1	2	3	4	5	6
3.	Trabajé para conseguir mis metas incluso cuando no me sentía motivado.	0	1	2	3	4	5	6
4.	Estuve orgulloso de cómo viví mi vida.	0	1	2	3	4	5	6
5.	Hice progresos en las áreas de mi vida que más me importan	0	1	2	3	4	5	6
6.	Los pensamientos, sentimientos y recuerdos difíciles se interpusieron en el camino de lo que quería hacer.	0	1	2	3	4	5	6
7.	Continué mejorando en ser el tipo de persona que deseo ser.	0	1	2	3	4	5	6
8.	Cuando las cosas no fueron según lo planeado, me di por vencido fácilmente	0	1	2	3	4	5	6
9.	Me sentí como si tuviera un propósito en la vida	0	1	2	3	4	5	6
10.	Parecía como si estuviera comportándome de manera mecánica en vez de centrarme en lo que era importante para mí.	0	1	2	3	4	5	6

(ClinikLab).

Values Questionnaire (VQ)

Referencia original: Smout, M., Davies, M., Burns, N., & 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

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

Modo de corrección: el VQ posee dos subescalas, Obstrucción (ítems: 1, 2, 6, 8 y 10) y Progreso (ítems: 3, 4, 5, 7, y 9). La puntuación de las subescalas se obtiene sumando las puntuaciones en los ítems señalados previamente.

Interpretación: a mayor puntuación en la subescala de Obstrucción, mayor dificultad para encaminarse a valores en la última semana. Por el contrario, a mayor puntuación en la subescala de Progreso, mayor avance en dirección a valores durante la última semana.

Datos normativos: puntuaciones promedio de las muestras clínicas y no clínicas. 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. En cambios, 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.

(ClinikLab).