UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Diseño e implementación de una intervención terapéutica basada en FACT para promover la flexibilidad psicológica y el bienestar en estudiantes universitarios

Daniel Felipe Pérez Arévalo

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Ciencias Humanas, Departamento de Psicología
Bogotá, Colombia
2024

Diseño e implementación de una intervención terapéutica basada en FACT para promover la flexibilidad psicológica y el bienestar en estudiantes universitarios

Daniel Felipe Pérez Arévalo

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

Magíster en Psicología - Profundización Clínica

Director (a):

Psy.D., Oscar Mauricio Gallego Villa

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Ciencias Humanas, Departamento de Psicología

Bogotá, Colombia

2024

A mis padres y Angélica, por su apoyo incondicional.

Declaración de obra original

Yo declaro lo siguiente:

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

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

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

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

Daniel Pérez

Daniel Felipe Pérez Arévalo

24/10/2024

Agradecimientos

Gracias a todas las personas que me han permitido acompañarlos en una etapa de sus Caminos vitales, es hermoso ver el cambio en sus rostros, la satisfacción en sus palabras y el impacto de sus acciones. Cambiar el mundo se siente posible cuando los escucho.

A todos los integrantes del Programa de Acompañamiento Académico de la Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales, por ser semilla de ideas de transformación, su aliento hace posible lo impensado.

A mis padres por su ánimo incansable para con mis sueños, y a Angélica Galán por su amor y por ser mi polo a tierra.

Al profesor Mauricio Gallego, quien con sus palabras fomentó mi autonomía y me permitió soñar con este proyecto.

Expreso agradecimientos especiales a los jurados del protocolo, quienes amablemente hicieron posible tomar perspectiva y ofrecer retroalimentación a esta investigación.

Resumen

Diseño e implementación de una intervención terapéutica basada en FACT para promover la flexibilidad psicológica y el bienestar en estudiantes universitarios

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar la efectividad de una intervención grupal basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso Enfocada (FACT) en la mejora del bienestar psicológico y la disminución de la inflexibilidad psicológica en estudiantes universitarios colombianos. Se diseñó un estudio piloto con un enfoque mixto, preexperimental, llevado a cabo en la Universidad Nacional de Colombia durante 2024. La muestra estuvo compuesta por 13 estudiantes que participaron en un taller FACT de tres sesiones de dos horas cada una.

La evaluación incluyó instrumentos estándar para medir la inflexibilidad psicológica (AAQ-II, VQ, CFQ, MAAS) y el bienestar psicológico (EBP), así como entrevistas semiestructuradas y formatos de registro de experiencias subjetivas de los participantes, aplicados antes y después de la intervención. Los resultados cuantitativos indicaron diferencias significativas ($p<.05$) en las medidas pre y post intervención, mostrando un aumento en el bienestar (EBP $p=.013$; $r=.8$) y una disminución de la inflexibilidad (AAQ-II $p=.042^*$; $r=.84$, VQ-O $p=.031^*$; $r=.81$, VQ-P $p=.027^*$; $r=.87$). Los datos cualitativos revelaron cambios en las narrativas personales hacia una mayor aceptación, el uso efectivo de la autocompasión, y una alineación de sus acciones hacia valores personales. Además, la intervención fue percibida como valiosa y útil por los participantes.

Las conclusiones sugieren que la intervención basada en FACT tiene el potencial de mejorar el bienestar psicológico y disminuir los indicadores de inflexibilidad psicológica. Estos hallazgos aportan al conocimiento empírico sobre las terapias contextuales y su aplicación en contextos educativos.

Palabras clave: Terapia de Aceptación y Compromiso Enfocada, flexibilidad psicológica, bienestar psicológico, intervención grupal, estudiantes universitarios.

Abstract

Design and Implementation of a Therapeutic Intervention Based on FACT to Promote Psychological Flexibility and Well-being in University Students

The objective of this study was to evaluate the effectiveness of a group intervention based on Focused Acceptance and Commitment Therapy (FACT) in improving psychological well-being and reducing psychological inflexibility in Colombian university students. A pilot study with a mixed-method, pre-experimental design was conducted at the National University of Colombia during 2024. The sample consisted of 13 students who participated in a three-session FACT workshop, each session lasting two hours.

The evaluation included standard instruments to measure psychological inflexibility (AAQ-II, VQ, CFQ, MAAS) and psychological well-being (EBP), as well as semi-structured interviews and subjective experience logs from participants, administered before and after the intervention. Quantitative results indicated significant differences ($p<.05$) in pre- and post-intervention measures, showing an increase in well-being (EBP $p=.013$; $r=.8$) and a reduction in inflexibility (AAQ-II $p=.042$*; $r=.84$, VQ-O $p=.031$*; $r=.81$, VQ-P $p=.027$*; $r=.87$). Qualitative data revealed changes in personal narratives toward greater acceptance, effective use of self-compassion, and alignment of their actions with personal values. Additionally, the intervention was perceived as valuable and useful by participants.

The conclusions suggest that the FACT-based intervention has the potential to improve psychological well-being and reduce psychological inflexibility indicators. These findings contribute to empirical knowledge of contextual therapies and their application in educational settings.

Keywords: Focused Acceptance and Commitment Therapy, psychological flexibility, psychological well-being, group intervention, university students.

Contenido

Pág.

- **Declaración de obra original ..... IV**
- **Agradecimientos ..... V**
- **Resumen VI**
- **Abstract VIII**
- **Contenido ..... X**
- **Lista de figuras ..... XII**
- **Lista de tablas ..... XIII**
- **1. Introducción 14**
  - 1.1. Objetivos 18
- **Marco teórico 20**
  - 2.1. Bienestar psicológico 20
  - 2.2. Antecedentes teóricos de las terapias Contextuales 22
  - 2.3. ACT 27
    - 2.3.1. Inflexibilidad y flexibilidad psicológica 28
  - 2.4. FACT 34
    - 2.4.1. Pilares de flexibilidad psicológica 35
    - 2.4.2. Protocolo de intervención FACT grupal 37
- **3. Método 39**
  - 3.1. Participantes 41
  - 3.2. Variables del componente cuantitativo 41
    - 3.2.1. Variable Independiente: 41
    - 3.2.2. Variables dependientes 43
  - 3.3. Dominios del componente cualitativo 43
  - 3.4. Instrumentos y técnicas de recolección de datos 44

- 3.5. Procedimiento 48
- 3.6. Consideraciones éticas 52

- **4. Resultados 54**
  - 4.1. Validación de contenido 54
  - 4.2. Componente cuantitativo 57
  - 4.3. Componente cualitativo 63
    - 4.3.1. Pilares FACT 63
    - 4.3.2. Bienestar psicológico 68
    - 4.3.3. Experiencia de intervención 72

- **5. Discusión 79**

- **6. Conclusiones y recomendaciones 89**
  - 6.1. Conclusiones 89
  - 6.2. Limitaciones y Recomendaciones 90

- **Anexos 92**

- **Referencias 105**

Lista de figuras

Pág.

Figura 1 *Modelo de inflexibilidad psicológica o inhexaflex* 29
Figura 2 *Pilares de Flexibilidad Psicológica - FACT*..... 36
Figura 3 *Comportamiento de las Variables con Tres Registros* 59
Figura 4 *Comportamiento de las Variables con Dos Registros* 59
Figura 5 *Promedio de calificaciones totales - Evaluación de la sesión*..... 62
Figura 6 *Promedio de calificaciones por sesión - Evaluación de la sesión*..... 63

Lista de tablas

Pág.

Tabla 1 *Protocolo de intervención FACT* 41
Tabla 2 *Escala de nivel de cumplimiento criterios de contenido* 45
Tabla 3 *Protocolo de aplicación técnicas de recolección de datos por etapas* 48
Tabla 4 *Acuerdo entre jueces expertos para las sesiones del protocolo* 54
Tabla 5 *Acuerdo entre jueces expertos para la estructura e instrumentos del protocolo* 55
Tabla 6 *Índice Lynn según el número de evaluadores* 56
Tabla 7 *Estadísticos Descriptivos Segmentados por Etapas* 57
Tabla 8 *Resultados de la prueba de Friedman y de la W de Kendall* 60
Tabla 9 *Resultados de las Pruebas Post-Hoc* 61
Tabla 10 *Comparación para Variables Registradas en Dos Momentos* 61
Tabla 11 *Respuestas codificadas en el Pilar Apertura pre y post intervención* 63
Tabla 12 *Respuestas codificadas en el Pilar Conciencia pre y post intervención* 65
Tabla 13 *Respuestas codificadas en el Pilar Compromiso pre y post intervención* 66
Tabla 14 *Experiencias de intervención: Satisfacción con la participación* 73
Tabla 15 *Experiencias de la intervención: Actividades memorables* 74
Tabla 16 *Experiencias de la intervención: Utilidad percibida* 75
Tabla 17 *Experiencias de la intervención: Interacción grupal* 76
Tabla 18 *Experiencias de la intervención: Retroalimentación de la intervención* 77

1. Introducción

“No hay salud sin salud mental”

Organización Panamericana de la Salud (2020)

La adultez joven es una etapa crítica de transición entre la adolescencia y la adultez, donde los individuos consolidan su identidad y desarrollan características centrales para su vida social y profesional. No obstante, este proceso está lleno de desafíos, como la incertidumbre sobre el futuro, la independencia y la inestabilidad en las relaciones (Mandracchia & Pendleton, 2015). Estos retos se entrelazan con demandas más amplias relacionadas con la Salud Mental (SM). La alta prevalencia de necesidades de SM insatisfechas en adolescentes y jóvenes alcanza el 54% en países de altos ingresos (Ghafari et al., 2022). En Colombia, esta cifra es más alarmante: el 60% de las personas que acuden a centros de salud presentan síntomas de ansiedad o depresión, pero solo el 30% de ellas son identificadas a tiempo, lo que deja a un pequeño porcentaje con acceso a la atención necesaria (Palacio, 2018).

El contexto colombiano presenta desafíos adicionales derivados del posconflicto, donde se han propuesto esfuerzos para reemplazar una tradición de violencia y hostilidad como formas de resolución de conflictos por enfoques basados en la empatía y la cooperación (Santamaría-García, 2023). La pandemia por coronavirus (Covid-19) exacerbó estos problemas, aumentando globalmente la prevalencia de ansiedad, depresión y trastorno por estrés postraumático, y en Latinoamérica se observó además un aumento significativo de distrés e insomnio (Cénat et al., 2022). En países de bajos y

medios ingresos como Colombia, las condiciones de vulnerabilidad se intensificaron, afectando a la población joven con dificultades en el acceso a servicios básicos como la comida, la educación y la salud, además de un incremento en la violencia, el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y la ideación suicida (Escobar et al., 2023).

En los campus universitarios se ha observado un incremento en el consumo de alcohol, SPA y tabaco entre los estudiantes (Dave et al., 2024). En Colombia, por ejemplo, el peor rendimiento académico se ha asociado con la ansiedad y la depresión, especialmente entre las estudiantes mujeres (Camacho-Villa et al., 2023). A pesar de esta creciente demanda de atención, los sistemas de SM a menudo se ven desbordados en todo el país, pero especialmente en ciudades con alta densidad poblacional como Bogotá (Herrera, 2022). La oferta limitada de servicios intensifica la brecha entre la demanda y la disponibilidad de atención en SM (Zamora-Rondón et al., 2019). Esto crea un acceso desigual a los servicios, con barreras institucionales y profesionales que dificultan la recepción de la atención necesaria (Gómez-Restrepo et al., 2016).

El panorama de atención en las universidades no es diferente. En Estados Unidos, el promedio de estudiantes por consejero es de 1900 a 1, e incluso mayores en algunas instituciones (Hunt & Eisenberg, 2010). En el contexto local, como es la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, la situación es comparable. En la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas y Sociales (FDCPS), por ejemplo, hay alrededor de 2200 estudiantes matriculados y una sola profesional psicosocial, lo que resulta en una cobertura de aproximadamente el 10% de la población estudiantil bajo las condiciones de atención individual en primera escucha, que en muchas ocasiones se traduce a una atención en crisis (Programa de Acompañamiento Académico FDCPS, comunicación personal, 02 de julio de 2024).

Otro problema crítico en la atención a la SM es el reconocimiento de las propias dificultades. Según la Encuesta Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud, 2015), solo el 7.9% de las personas con trastornos en Colombia reconocen tenerlos, lo que resalta no solo la falta de reconocimiento personal, sino también el estigma que rodea los problemas de SM (Gómez-Restrepo et al., 2021). En particular, los jóvenes en Colombia reportan mayores barreras actitudinales, como la percepción negativa de los trastornos mentales, lo que contribuye al estigma hacia los servicios de salud mental y al desconocimiento sobre las causas y tratamientos de estos trastornos (Campo-Arias et al., 2020; Downs & Eisenberg, 2012).

Además, Colombia presenta una menor tasa de cobertura en educación superior en comparación con otros países latinoamericanos. Jaimes (2023) señala que en Colombia la cobertura es del 47%, mientras que en Argentina alcanza el 75%. De los estudiantes que acceden a la educación superior, solo el 55% culminan sus estudios, lo cual está relacionado con factores como la satisfacción con la carrera, el desempeño académico y el bienestar psicológico. Este último es un factor determinante en la deserción universitaria, que está directamente vinculada a dificultades en SM.

En un estudio realizado en Manizales, se encontró que casi uno de cada cinco estudiantes universitarios ha presentado ideación suicida, y la mayoría de ellos no había recibido atención psicológica por lo menos en el último año, lo que refleja la gravedad del problema en esta población (Castaño et al., 2022). En este contexto, la accesibilidad a la atención psicológica durante la juventud es crucial para prevenir comorbilidades y mejorar las trayectorias de SM (Palacio, 2018). Por lo tanto, es necesario que los datos sobre salud mental se traduzcan en intervenciones que mejoren las condiciones de los estudiantes universitarios, permitiéndoles ejercer su derecho a la educación en un entorno que promueva su bienestar psicológico (Jaimes, 2023). En este sentido, se ha manifestado que los procesos de promoción y prevención deben priorizarse tanto en las políticas públicas como en la investigación, con el objetivo de reducir la brecha entre la oferta y la demanda de servicios de SM y alcanzar más cobertura en la población (Herrera, 2022).

En cuanto a las intervenciones de SM, los enfoques transdiagnósticos, que promueven la resiliencia y el bienestar se han encontrado más adecuados para la población joven, en comparación con intervenciones centradas en síntomas específicos, ya que estas últimas intervenciones tienden a ser menos sensibles a la multiplicidad de problemáticas (Christodoulou et al., 2021), los cambios en las dificultades psicológicas y las posibles comorbilidades (Keulen et al., 2023).

Es por estas razones que intervenciones transdiagnósticas de las Terapias Contextuales, como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, por sus siglas en inglés), han mostrado ser útiles para abordar la diversidad de problemas que enfrentan los jóvenes en transición hacia la adultez. La ACT ha demostrado mejorar el bienestar, reducir el estrés y facilitar el manejo del tiempo en contextos educativos (Katajavuori et al., 2023).

Desde ACT, se comprende el sufrimiento y las formas de responder de las personas desde el constructo de la flexibilidad psicológica, que en términos generales es la capacidad de observar con apertura las experiencias del presente, para poder involucrarse en conductas orientadas a objetivos valiosos (Twohig et al., 2023). En lugar de buscar orientar el tratamiento ante síntomas o desordenes, el abordaje de ACT está relacionado a la promoción de flexibilidad de procesos psicológicos. Sin embargo, sus resultados también se asocian con la reducción de síntomas de forma indirecta, gracias a que las personas pueden conectar con direcciones significativas para sus vidas y la aceptación o defusión de sus eventos privados (Dindo et al., 2017).

Durante la pandemia se encontró mediación de la flexibilidad psicológica entre el aislamiento y problemáticas de SM como depresión o ansiedad en estudiantes universitarios (Smith et al., 2020). Así, indicadores de la flexibilidad psicológica como las conductas de evitación predicen estados de distrés y se relacionan inversamente con el bienestar (Dawson & Golijani-Moghaddam, 2020), por lo que para la salud pública ha sido sugerido el desarrollo de intervenciones que la promuevan (Mallett et al., 2021).

En estudios recientes, se ha observado que las intervenciones grupales basadas en ACT brindan oportunidades para la normalización de dificultades (lo que implica su reconocimiento), el apoyo social entre pares y el modelamiento de conductas resilientes (Keulen et al., 2023). Además, el entrenamiento de habilidades breves hace más fácil integrar a seminarios u otros entornos cotidianos y pueden resultar interesantes y divertidas para las personas (Christodoulou et al., 2021). Revisiones de meta análisis encuentran que ACT es eficaz de forma transdiagnóstica con un tamaño de efecto pequeño a moderado comparado con el tratamiento usual (TAU) y alto comparado con lista de espera (Gloster et al., 2020).

Con el apoyo de la efectividad de ACT, se han realizado algunas aproximaciones de intervenciones breves, por ejemplo, un estudio controlado aleatorizado (RCT) en Canadá de 10 sesiones para psicosis y trauma (Spidel et al., 2018), un piloto de RCT en Brasil de 6 sesiones para el insomnio (Rafihi-Ferreira et al., 2021), un piloto de RCT en Estados Unidos de una sesión para veteranos con comorbilidades (Dindo et al., 2020).

Para población de universitarios también se han realizado algunas aproximaciones breves. Como un RCT en Reino unido de una sesión para la mejora de flexibilidad psicológica (Christodoulou et al., 2021). Una investigación piloto mixta en Estados Unidos de seis sesiones online para estrés, ansiedad y depresión (Browning

et al., 2022), un RCT en Finlandia de siete sesiones online para mejorar el bienestar (Räsänen et al., 2016).

Strosahl y colaboradores (2012) concibieron la ACT Enfocada o FACT (por sus siglas en inglés) como una forma de sistematizar aproximaciones breves desde ACT como las anteriores. El modelo FACT se soporta en lo principios de ACT, condensa sus procesos y traduce su aplicación a las necesidades de escenarios donde el tiempo de atención es limitado o el volumen de intervenciones es alto, como en contextos de cuidado primario, donde ha sido implementado para mejorar la calidad de vida y síntomas depresivos (Glover et al., 2016) o dolor crónico en un piloto de RTC de tres sesiones grupales (Kanzler et al., 2022).

De lo anterior se deriva que hay antecedentes prometedores de aplicación de FACT o ACT breve en otros países y aplicaciones, y podría resultar de utilidad en el contexto universitario colombiano, sobre todo por su enfoque de promoción de habilidades de flexibilidad psicológica.

Es por estas razones que este trabajo de grado pretende evaluar una estrategia de intervención grupal desde el modelo transdiagnóstico de FACT, para disminuir la inflexibilidad psicológica y promover el bienestar en universitarios. Y así responder a la pregunta ¿Una intervención grupal breve desde la Terapia Aceptación y Compromiso Enfocada (FACT), es efectiva para reducir la Inflexibilidad Psicológica y promover el Bienestar Psicológico en estudiantes universitarios con bajos niveles de flexibilidad psicológica?

1.1. Objetivos

Objetivo general

Evaluar la efectividad de una intervención FACT grupal para la reducción de la inflexibilidad psicológica y la promoción del bienestar para estudiantes universitarios de Bogotá, de la Universidad Nacional de Colombia.

Objetivos específicos

1. Adaptar un protocolo FACT grupal (Strosahl et al., 2012) a las características y necesidades de la población objetivo en un contexto colombiano.
2. Evaluar el impacto de la intervención FACT grupal en las variables de inflexibilidad psicológica y bienestar en la población objetivo.

3. Describir los elementos que los participantes encuentran como determinantes en la efectividad e impacto de la intervención FACT grupal, desde su experiencia.

Marco teórico

2.1. Bienestar psicológico

"La buena vida es un proceso, no un estado del ser.
Se trata de una dirección, no un destino."
Carl Rogers (1961, pp. 186)

Históricamente, la tendencia en el estudio y abordaje de problemas de SM ha sido desde la perspectiva biomédica, centrada en la incidencia de trastornos o desórdenes específicos (Flórez, 2007). Esto cambió el rumbo desde el afianzamiento de la promoción de la salud con la declaración de la Carta de Ottawa (OMS, 1986), la que estableció lineamientos de salud pública que atraviesan desde el nivel institucional y los servicios de salud, hasta la el refuerzo de la acción comunitaria y el desarrollo de aptitudes personales.

Desde la psicología, se entiende que la *promoción* de la salud abarca el favorecimiento de acciones que protegen y mejoran la salud (Flórez, 2007). En esa medida, los esfuerzos que se realicen también deberán tener indicadores de salud acordes al bienestar y la calidad de vida, y no solo de enfermedades (OMS, 1998). Es por esta razón que en el presente estudio se enmarca el bienestar psicológico como un indicador de promoción de la salud.

Una visión integral en salud no solo tiene en cuenta la promoción de hábitos saludables, sino también a la reducción del riesgo de desarrollar trastornos y otras dificultades, por lo que la *prevención* de la enfermedad también resulta de vital importancia. La prevención se refiere a la modificación de los hábitos que constituyen riesgos de enfermedad o de disfunción en general (Flórez, 2007). Para este trabajo la reducción de riesgo se asociará a la reducción de inflexibilidad psicológica, que funcionará como un indicador de prevención de enfermedad.

Retomando el indicador de bienestar psicológico, puede decirse que es un constructo complejo y no hay una única definición, aunque ha habido dos corrientes

principales, la tradición hedónica y eudaimónica del bienestar. La tradición hedónica, también conocida como bienestar subjetivo, se encauza hacia las experiencias subjetivas de afecto positivo, como felicidad. En cambio, la tradición eudaimónica o bienestar psicológico, se ha vinculado con el florecimiento del potencial humano (Díaz et al., 2006).

Al ser un constructo amplio, autores como Ryff (1989) definieron el bienestar psicológico como el funcionamiento psicológico adecuado, y al encontrar convergencias en las aproximaciones formuladas en la época, propuso un constructo multidimensional, que puede delimitarse en las siguientes áreas (Pérez, 2017; Ryff, 1989):

Autoaceptación: Actitudes positivas hacia la propia identidad. Su descripción va más allá de la autoestima, porque complementa fortalezas y debilidades de la persona durante su ciclo vital.

Relaciones positivas: recoge las relaciones que se caracterizan por el cariño, la empatía, la confianza y la intimidad, generando vínculos significativos.

Autonomía: Regulación autodirigida del comportamiento, en el que es posible definir libremente y defender estándares individuales, como doctrinas, autoridad e independencia.

Dominio del entorno: Capacidad para elegir o generar ambientes acordes a las necesidades y deseos. Participar activamente en el entorno y aprovechar oportunidades ambientales.

Propósito en la vida: Creencias que brindan significado y propósito a las experiencias pasadas y acciones futuras. Permite crear metas, actuar con intención y tener sentido de dirección.

Crecimiento personal: Relacionado a la autorrealización, implica desarrollar capacidades y competencias individuales que puedan ajustarse a los nuevos retos. Por ejemplo, el desarrollo de apertura a la experiencia.

Revisiones sistemáticas como la de Huppert (2009) han encontrado que el bienestar psicológico es altamente influenciado por contextos de crianza, así como contextos actuales de la persona. No obstante, hay una influencia incluso mayor derivada de acciones y actitudes propias. Lo que es congruente con los enfoques contextuales fundamentados en las relaciones operantes de las personas en el mundo (Skinner, 1982). Esto se deriva en un interés por intervenciones con enfoques que puedan mejorar

las vidas de todos, con o sin patologías, como es el caso de la promoción de la salud (Huppert, 2009).

Promoción y prevención han tendido a enfocarse en el trabajo uno a uno y en el trabajo grupal con jóvenes, o a reducir factores de riesgo para dificultades posteriores (Budd et al., 2021). Las intervenciones grupales pueden enriquecer el resultado, ya que en sí mismas podrían fortalecer la competencia social (Flórez, 2015), u otras habilidades interpersonales que mejoren su calidad de vida y bienestar psicológico, como la empatía o la cooperación.

También se ha asumido la relación entre el bienestar psicológico y la flexibilidad psicológica, y aunque todavía se trabaja en la naturaleza de su relación, un meta análisis reciente de Ong y colaboradores (2024) se encontró correlación de -.47 entre inflexibilidad psicológica y bienestar, y a su vez que la inflexibilidad psicológica explica el 22% de la varianza del bienestar. Estos hallazgos fortalecen las hipótesis de la utilización de intervenciones basadas en ACT para abordar la promoción del bienestar psicológico de las personas.

Con relación a la población de interés, una revisión sistemática de Howell & Passmore (2019) proporciona evidencia sobre el impacto de intervenciones basadas en ACT para mejorar el bienestar en universitarios. Sumado a lo anterior, una revisión sistemática de Knight & Samuel (2022) verificó que los centros educativos se han mostrado como claves para incentivar programas de SM, por su accesibilidad inmediata a la población, incluso a quienes no tienen tantas oportunidades para acceder a apoyos en entornos clínicos.

También se encontró que los programas de intervención en entornos académicos han mostrado reducir estigma y aumentar la adherencia. Además, resultan de utilidad porque se utilizan menos recursos tamizando síntomas y más ofreciendo desarrollo de habilidades que ya han sido comprobadas como eficaces (Knight & Samuel, 2022).

○ 2.2. Antecedentes teóricos de las terapias Contextuales

“La relación de unas cosas con otras
iba borrando, poco a poco, las cosas
Versos sin palabras

Formas sin figuras.
No bien partía un barco de oro de la orilla
cuando ya no era orilla ni barco ni partía."
Enrique Lihn – 'KANDINSKY 1904'

Las terapias contextuales llevan su nombre por su relación ontológica y epistemológica con el contextualismo funcional. A continuación, se especifican algunos de sus antecedentes y definiciones.

Para Pepper (1970), una forma de describir la estructura conceptual de las ontologías de la filosofía fue presentarlas por medio de metáforas, y presentó una metáfora raíz para cada una de las principales cuatro ontologías en las que se puede enmarcar el pensamiento filosófico, el formismo, el mecanismo, el contextualismo y el organicismo. La metáfora raíz u ontología del contextualismo fue descrita como acto-en-contexto (Pepper, 1970), y definida como un evento histórico presente en y con su entorno (social, biológico, cultural, etc.). Y al ser una teoría sintética sus cualidades no se consideran como elementos aislados o separables, sino como uno solo.

Este acto-en-contexto implica que los eventos psicológicos, como actuar, razonar y leer, no existen de manera independiente, sino que están vinculados a quien los realiza y a otras entidades en un tiempo y contexto determinado; son eventos situacionales en un mundo de cambio e interacciones constantes. Clavijo (2007), por su parte, comenta que atribuir significado o valor a los eventos psicológicos en el curso del presente en movimiento, del pasado al futuro, depende de los valores de interacciones previas, lo que en sus palabras "hace que cada historia sea individual y única" (p. 710).

Hayes (1993), influido por los aportes de la teoría interconductual de Kantor (Hayes et al., 2001; Ming et al., 2023), hace una relectura del contextualismo de Pepper y propone como criterio de verdad el "trabajo exitoso hacia un fin deseado" (succesful working toward some desired end), como un desarrollo del pragmatismo descrito por Pepper. Hace esta distinción como una forma de hablar de la intención de los organismos, del rol histórico de las consecuencias en los actos presentes, así como de las derivaciones entre estímulos. Haciendo este análisis, Hayes (1993) acuña el término de contextualismo funcional, ya que considera que para que un "acto-en-contexto" sea exitoso depende de un objetivo, y esto hace que desde esta perspectiva pueda segmentar el "todo" contextual para hacer una lectura funcional de sus relaciones.

La parte “funcional” de esta definición se deriva desde la filosofía del conductismo radical de Skinner -radical entendido como raíz, entender a profundidad y de forma consistente, en este caso la conducta (Törneke, 2016)–. Para el conductismo radical, la forma o aparición de la conducta es influenciada por sus consecuencias (sea que operemos en el ambiente o que respondamos a él). En palabras de Skinner (1957) actuamos en el mundo y lo cambiamos, y a su vez somos cambiados por las consecuencias de nuestros actos. Skinner (1982) llamó a este tipo de relación conducta moldeada por contingencias, ya que se aprende a través de la experiencia directa.

Para ejemplificar hasta el momento, que mi perro gruña cuando tengo comida responde a una dinámica particular entre nosotros, a veces comparto comida con él en esos escenarios. En este caso, el criterio de verdad se representaría en que gruñir ha funcionado en el pasado para obtener comida. Sin embargo, no podría establecerse una ley en la que los perros gruñen cuando su humano come, y si le gruñe a otro humano que no le da comida no dejará de ser cierto que conmigo la podría recibir. Ese acto-en-contexto solo puede ser comprendido, predicho e influenciado viéndolo como un todo en su conjunto, incluyendo su historia de interacción y las consecuencias derivadas de ella.

En consecuencia, para las terapias contextuales esto implica que el interés no está en definir criterios nosológicos de síntomas sino en entender cada problemática en su contexto particular, es decir, la dificultad de cada persona en sus contextos (verbal, cultural, biológico, etc.). Esto permite una aproximación “flexible, dinámica, interactiva, deliberada y localizada de manera concreta” (Gifford & Hayes, 1999, p. 302).

La comunidad verbal juega un papel crucial en la influencia de las conductas individuales. Skinner (1957) identificó varios tipos de operantes verbales: tactos, mandos, ecóicas, intraverbales y autoclíticas. Estas operantes describen cómo las consecuencias del uso del lenguaje permiten entender su función en la interacción. Por ejemplo, aprendemos a "tactar" eventos privados cuando, después de un periodo sin comer, alguien nos dice "tienes hambre", o si nos ven heridos, pueden decir "¿te duele?". De esta manera, la comunidad verbal enseña a describir la experiencia interna (Skinner, 1957).

En esta línea, Skinner (1994) argumentó que los mismos principios que se aplican a las conductas observables son válidos para los eventos privados, aquellos que sólo pueden ser observados por la persona que los experimenta. Skinner afirmó que "solo cuando el mundo privado de una persona se convierte en importante para los demás

adquiere importancia para ella" (1994, p. 31). Esta concepción dio lugar a un análisis teórico de la conducta verbal, y esta última es definida como una conducta que adquiere sus efectos gracias a la mediación conductual de un oyente, permitiendo la disponibilidad de consecuencias reforzantes para el hablante. Hay que tener en cuenta que el oyente y el hablante puede ser la misma persona.

Además, el lenguaje metafórico es otra forma de describir ante la comunidad verbal eventos internos no observables, como la expresión "mariposas en el estómago" para describir la sensación de enamoramiento. Este tipo de lenguaje es clave porque permite identificar necesidades internas, como sentir hambre, y planificar acciones correspondientes, como buscar comida. A nivel social, facilita las relaciones interpersonales, y a nivel individual, permite el autoconocimiento (Skinner, 1994).

Posteriormente, Skinner introdujo el concepto de conducta gobernada por reglas, definida como las relaciones verbales entre conductas y consecuencias. Las reglas funcionan como estímulos discriminativos que representan las contingencias que llevaron a construirla (instrucción o experiencia directa) o como precursores autogenerados de conducta (Skinner, 1982). El problema, es que el seguimiento rígido de reglas puede llevar al comportamiento inefectivo, especialmente cuando las reglas aprendidas no se ajustan a las circunstancias actuales (Hayes et al., 1999).

Así, la persistencia en algún comportamiento inefectivo puede deberse a la forma en que se adquiere la regla y las funciones asociadas a ella, y en ese sentido, se han reconocido dos tipos de seguimiento de reglas según las consecuencias por las que adquieren su función, seguimiento pliance y tracking (Törneke, 2016). Estos avances representan un desarrollo de la conducta verbal propuesta por Skinner y progresan en la Teoría de Marcos Relacionales o TMR (Hayes et al., 2001).

Hayes (1989) define el pliance (de “compliance” u obediencia) como aprendida por las consecuencias asociadas de tipo social, es decir, el reforzamiento del aprendizaje de este repertorio conductual está mediado por el contexto socio verbal. En contraste define el tipo tracking como aprendido por experiencia con las consecuencias derivadas por la forma en el que el mundo está configurado.

En esos dos tipos de seguimiento de reglas, el más rígido suele ser el pliance, ya que en muchas ocasiones las contingencias asociadas a estas conductas suelen ser menos sensibles al cambio de contexto y se caracterizan por ser administradas según el criterio de otra persona o referente socio verbal. Mientras que las reglas tipo tracking

derivadas suelen ser más flexibles porque es más probable que co-varíen con el cambio ambiental al que se responde.

Los ejemplos, “ponte un abrigo, porque eso hacen los chicos buenos”, y otra “ponte un abrigo si no quieres sentir frío afuera”. En el primer ejemplo, la consecuencia es administrada por quien defina y administre verbalmente “eres un chico bueno”, mientras que la segunda consecuencia es encontrada en las características propias de la naturaleza: sentir frío afuera.

Partiendo del conocimiento de operantes verbales y el seguimiento de reglas, Hayes y colaboradores (2001) retoman el trabajo de Sidman sobre equivalencia de estímulos y conceptualizan el *responder relacional derivado,* que es una operante generalizada que permite crear relaciones entre estímulos de manera arbitraria mediante el lenguaje y otras formas de cognición simbólica. Esta conceptualización también se posiciona como un fundamento de la TMR.

Esta operante proporciona la capacidad de relacionar estímulos basada en contextos verbales y sociales. Esto explica cómo podemos seguir reglas abstractas (como ahorrar, que no tiene consecuencias inmediatas) y cómo el lenguaje puede influir en nuestro comportamiento de maneras que no se explican fácilmente por las contingencias de reforzamiento directas (Hayes et al., 2001).

Los fundamentos de TMR se basan en tres principios que han sido ampliamente validados empíricamente (Törneke, 2016), los cuales son: (1) **Mutualidad**: Si un estímulo A está relacionado con un estímulo B, entonces B está relacionado con A, (2) **Combinación**: Si A está relacionado con B y B está relacionado con C, entonces A está relacionado con C y (3) **Transformación de Funciones**: Las funciones de los estímulos pueden transformarse en función de las relaciones en las que están involucrados.

Finalmente, una consideración que resulta relevante sobre los antecedentes teóricos es que algunas de las conceptualizaciones y términos que se han construido partiendo de estas teorías y que resultaron en el modelo de flexibilidad psicológica (véase más adelante) son términos de nivel medio (Zettle, 2016, p. 367). Los términos de nivel medio son formas de referirse a fenómenos, procesos o resultados enmarcados en una teoría, y que, aunque pueden tener evidencia empírica no se han derivado de datos experimentales. Su uso y mantenimiento se sigue de las mismas raíces del contextualismo funcional, la utilidad práctica. Ya que permite traducir y englobar algunos conceptos de nivel bajo (ej. Refuerzo) que por sí mismos no abarcan la complejidad de la

conducta humana, sin caer en las generalizaciones y múltiples perspectivas del lenguaje psicológico de la cultura popular (ej. Emoción).

2.3. ACT

"Yo soy yo y mi circunstancia, y si no la salvo a ella no me salvo yo"
Meditaciones del Quijote (1914). José Ortega y Gasset

La Terapia de Aceptación y Compromiso o ACT, es una terapia psicológica basada en los principios del contextualismo funcional (Hayes et al., 1999). ACT conceptualiza el sufrimiento psicológico humano como inevitable, y no solo como inevitable sino como necesario (Dixon et al., 2023), ya que habla del componente evolutivo por el que esos eventos tienen valor en nuestra vida. Nos alejan del peligro y nos permiten adaptarnos a las condiciones cambiantes del mundo. El miedo puede hacer que nos resguardemos y proteger nuestra seguridad, o el hambre puede hacer que el comer y la comida adquieran mayor relevancia en ciertas situaciones.

Entonces, desde la perspectiva de ACT el problema no es el sufrimiento psicológico, sino que las dificultades psicológicas emergen cuando en las personas predomina una forma rígida de percibir y responder ante el mundo, y que el resultado de ese curso de acción resulte inefectivo para los propósitos vitales.

En términos conductuales, se ha establecido un control aversivo de la conducta, que usualmente ha sido reforzado negativamente. Es decir, la conducta está mayormente orientada hacia estrategias de escape o evitación que se preceden a eventos privados indeseados. Esta forma de responder ante el mundo entra en oposición con la conducta de aproximación hacia reforzadores positivos mejor valorados a mediano y largo plazo por la persona (Dixon et al., 2023).

Conceptualizado de dicha forma, se puede decir que o bien la conducta puede estar orientada a hacia la aproximación a direcciones valiosas o hacia la evitación rígida de eventos privados indeseados (Wilson & Luciano Soriano, 2002).

Usualmente la rigidez de respuestas tiene que ver también con los procesos de simbolización de la experiencia a través del lenguaje, lo que en este texto se definió anteriormente como reglas verbales tipo pliance y tracking.

Es decir, que cuando estas reglas verbales se siguen de manera rígida, disminuyen la sensibilidad contingencial y, por ende, se puede persistir en conductas

cuya función se ha extinguido o cuyo contexto las hace menos útiles para propósitos vitales de la persona. Para el tratamiento en ACT esto resulta importante, porque una característica del funcionamiento flexible y adaptable tiene que ver con ajustarse a las circunstancias contextuales por medio del incremento del seguimiento de reglas tipo tracking (Dixon et al., 2023).

Otra forma en que se entienden las problemáticas psicológicas desde ACT también tiene que ver con el lenguaje, derivada de aprendizaje relacional y sus propiedades descritas por la TMR. El aprendizaje relacional hace posible que las personas encuentren equivalencias entre el mundo físico y sus eventos privados (Törneke, 2016). Entonces de la misma manera en que se quiere quitar de encima esa prenda que incomoda, cambiar el canal que no le gusta o comer sólo la comida que le parece sabrosa, así quisiera quitarse de encima las emociones, cambiar los pensamientos o solo sentir las sensaciones placenteras.

Dichas equivalencias resultan arbitrarias y no necesariamente representan el funcionamiento de los procesos cognitivos, querer quitarse de encima un pensamiento no funciona igual que quitarse de encima un sombrero. De forma paradójica, entre más se intentan controlar los eventos privados (emociones, pensamientos, impulsos, recuerdos, sensaciones, etc.) con mayor intensidad tienden a aparecer (Hayes et al., 2003).

Estas derivaciones se han relacionado con el contexto cultural, ya que hay un consenso implícito generalizado en nuestra sociedad en el que la salud significa no tener pensamientos emociones difíciles y que la búsqueda del bienestar consiste en eliminar todos esos eventos privados (Wilson & Luciano Soriano, 2002). Quien no logra ese cometido está “mal” en la gestión de sus eventos privados.

Partiendo de esa comprensión de las problemáticas psicológicas, el enfoque en el que ACT las aborda se sigue desde su mismo nombre, cambiar la lucha o evitación de eventos privados indeseados por una perspectiva de *aceptación* de estos (cambio cognitivo), que finalmente permita *comprometerse* (cambio conductual) con la vida que la persona considera significativa (Twohig et al., 2023).

2.3.1. Inflexibilidad y flexibilidad psicológica

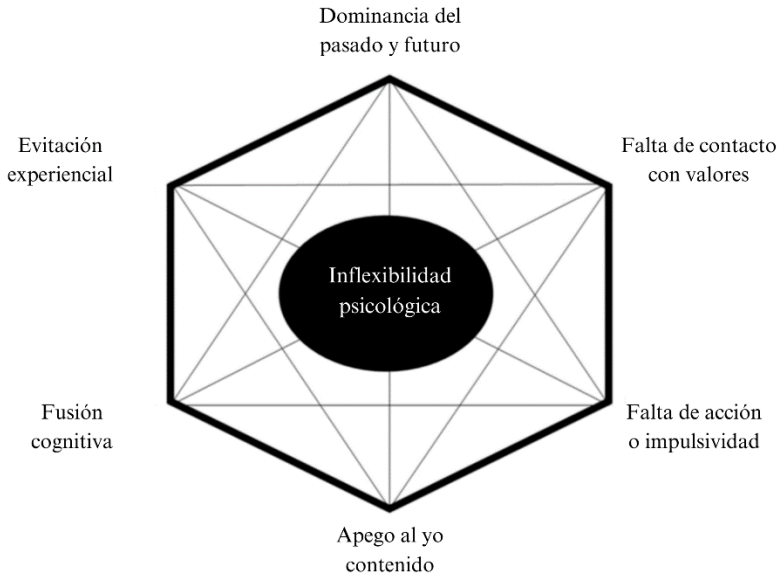
Teniendo en cuenta la comprensión de los problemas psicológicos desde ACT, se ha formulado un modelo teórico que da cuenta de los procesos que median las formas de

comportamiento poco útiles para los propósitos vitales. El modelo de flexibilidad e inflexibilidad psicológica como modelos de comprensión e intervención clínica.

Así, la inflexibilidad psicológica es definida como el grado en que las conductas de las personas están regidas rígidamente por reacciones psicológicas, por sobre las contingencias que guían la acción y los valores libremente elegidos.

Este “modo de funcionamiento” inflexible responde a la historia de aprendizaje de la persona y por ende, a cómo descubrió o fue instruido para responder a sus contexto privado. Viéndolo de ese modo, es frecuente que una persona cuyo modo de responder al contexto sea inflexible pueda verse abrumada por sus eventos privados indeseados e incontrolables. Y que responda de forma automática con su patrón inflexible de conducta, sin notar las consecuencias a largo plazo de mantenerse en ese patrón.

Figura 1 *Modelo de inflexibilidad psicológica o inhexaflex*



Nota. Adaptado de Dixon et al., (2023)

Por otro lado, la Flexibilidad Psicológica es la capacidad de elección entre la persistencia en ciertas conductas o la orientación hacia nuevos patrones de comportamiento (Hayes et al., 2003). Ha sido ejemplificada como la capacidad de observar con apertura las experiencias del presente, para poder involucrarse en conductas orientadas a objetivos valiosos (Twohig et al., 2023)**.** Por lo que resulta siendo

una clase de respuesta que maximiza la aproximación conductual a las formas valoradas de reforzamiento (Dixon et al., 2023).

El modelo de flexibilidad e inflexibilidad psicológica se compone de seis procesos centrales que orientan el tratamiento y evalúan sus resultados. Dichos procesos son: aceptación, defusión, conexión con el momento presente, yo como contexto, valores y acciones comprometidas.

Los procesos no son descripciones para etiquetar la forma de la conducta, sino funciones del comportamiento que pertenecen a clases de respuesta operantes (Dixon et al., 2023). Por lo que una conducta que para una persona (o para la misma persona en diferentes momentos) puede ser flexible para otra puede ser inflexible.

Por ejemplo, si tomamos por ejemplo la conducta de “pedir ayuda”, podemos contextualizarla como una conducta guiada por valores en alguna situación, mientras que en otra situación o para otra persona puede ser la forma evita tomar acción propia en un área importante de su vida. Hacer estas distinciones depende de la función que pueda tener contextualmente en la vida de esa persona, y esta aproximación idiográfica puede responder de forma más adecuada a sus necesidades.

Evitación experiencial - Aceptación:

La evitación experiencial o trastorno de evitación experiencial (Wilson & Luciano Soriano, 2002) es un patrón conductual controlado de forma aversiva, en el que hay esfuerzos por cambiar la intensidad, frecuencia y/o duración de eventos privados indeseados (Pistorello, 2013), incluso cuando hacerlo resulte en daño conductual (Luoma et al., 2017). Esta evitación no solo implica el querer “huir” de los eventos privados distrayéndose o evitando los estímulos discriminativos asociados a su aparición, sino también el seguimiento de eventos privados con el fin de controlarlos, con el costo de no entrar en contacto con contingencias consideradas como valiosas.

Lo paradójico es que entre más intentos de evitar ciertos eventos privados, más intolerantes a ellos se vuelven las personas, y así las estrategias de evitación se intensifican (Harris, 2009), lo que deriva en una desconexión cada vez más marcada de fuentes de reforzamiento.

Su opuesto, la aceptación, se conceptualiza como la disposición a permitir experiencias privadas indeseadas al servicio de habilitar la propia acción hacia direcciones valiosas o metas personales. Esto normalmente implica la disposición de

abandonar reforzadores inmediatos por conseguir reforzadores abstractos o alejados en el tiempo, que actuando de otra forma serían inaccesibles (Dixon et al., 2023).

Fusión - Defusión cognitiva:

Desde la TMR se entiende que algunos eventos privados entran en coordinación con las propiedades estimulares de eventos en la vida de las personas, adquiriendo función estimular similar, lo que se ha llamado contexto de literalidad o fusión cognitiva. Esto quiere decir que hay algunos eventos privados que evocan activación emocional y pueden convertirse en estímulos discriminativos de conductas de las personas, por lo general estos cursos de acción son insensibles a las contingencias directas.

En otras palabras, las personas dejan de responder según las características de su contexto o las contingencias de su conducta y empiezan a responder de forma sistemática y literal según las características de sus pensamientos.

Por ejemplo, algún evento privado como el pensamiento “me da ansiedad presentar un examen” puede evocar reacciones emocionales aversivas similares a las que ha sentido al presentar un examen (ej. Reacciones físicas del miedo), y como respuesta a este evento privado la persona puede decidir no presentar el examen e incluso evitar las circunstancias asociadas a presentar exámenes, incluso aunque sea importante para ella su desarrollo académico.

Por ende, la defusión es un proceso verbal, que abarca las estrategias que debilitan el control de estímulo de las relaciones verbales asociadas a patrones de conducta relacional verbal evitativa, o, en otras palabras, debilitan la función de las reglas verbales para dirigir la conducta. Pero no solo se busca debilitar esas relaciones sino fortalecer o generar *augmentals* (función verbal que aumenta o disminuye el valor reforzante de una acción) sobre direcciones valiosas y acciones comprometidas para construir patrones de respuesta más flexibles, lo que facilita el aprendizaje moldeado por contingencias de la experiencia directa

Desconexión - Conexión con el momento presente:

Estar enredados en el mundo privado (ej. Fusión cognitiva) hace que las personas pierdan contacto con las contingencias directas, por lo que este proceso se dirige a la conexión con el amplio especto de experiencias derivadas de nuestro contacto con el mundo. Tanto las experiencias placenteras como las que no lo son, de manera flexible y sin juicio.

En términos conductuales tiene que ver con la sensibilidad contingencial, y permite discriminar las circunstancias y eventos del momento presente como parte integral de la experiencia y como insumo para tomar decisiones y acciones (Dixon et al., 2023). También se relaciona con la atención flexible a las diversas fuentes de experiencia y el seguimiento de reglas derivado de la experiencia, es decir, el tipo tracking.

Las formas en que se aborda este proceso en intervención usualmente tienen que ver con ejercicios de atención plena o mindfulness, que es un tipo de actividad contemplativa que busca llevar la atención a los sentidos y demás experiencias presentes sin juicios (Luoma et al., 2017).

Apego al yo contenido - Yo contexto:

Cuando las conductas vinculadas a contextos de literalidad se presentan sistemáticamente en patrones conductuales que desembocan en consecuencias estables a lo largo de la historia de aprendizaje de la persona, puede repercutir en fusión con una narrativa identitaria, o al contenido aprendido acerca del yo (Pistorello, 2013).

De la misma manera que con la fusión cognitiva, responder de forma literal a la identidad construida brinda pocas oportunidades para cambiar o tomar perspectiva, porque ante la narrativa apegada de ”yo soy x” solo habrá ciertos repertorios conductuales que sean coherentes con esa definición del yo (Dixon et al., 2023). Como un ejemplo, pensar en “soy insuficiente” puede estar asociado a rechazar oportunidades o situaciones en las que consistentemente se ha podido sentir o ha derivado relacionalmente con “ser insuficiente”.

Por otro lado, los repertorios de yo como contexto pretenden trascender las conceptualizaciones o narrativas adheridas a la identidad y tomar perspectiva a otras partes de la experiencia presente, así como de la historia personal desde una mirada de observador (Hayes et al., 2003). Es decir, además de tener el pensamiento de “ser insuficiente”, la persona puede notar experiencias sensoriales o participar en acciones que no necesariamente estén regidas por la regla de “ser insuficiente”, sino por otros estímulos, como la experiencia directa o sus valores personales.

Desde TMR (Törneke, 2016), se describiría esta toma de perspectiva como el aprendizaje de un marco relacional deíctico, el que está asociado con la diferencia yo-tu, aquí-allá, o antes-ahora. Así mismo, desde TMR también se propiciaría un cambio entre marcos de coordinación (‘x’ es igual a ‘y’ o “yo soy insuficiente”) por marcos jerárquicos

(‘x’ contiene a ‘y’ o “yo tengo el pensamiento de ser insuficiente”). Ambas aproximaciones buscan flexibilizar el repertorio conductual más allá del yo conceptualizado aprendido.

Desconexión – Conexión con Valores:

Autores como LeJeune & Luoma (2019) señalan que la conexión con valores se describe mejor desde la conducta verbal de “valorar”. Y definen los valores como direcciones de vida verbalmente construidas, globales, deseadas y elegidas. En otras palabras, es el tipo de acciones que representan una vida satisfactoria para la persona.

Los valores también se han visto como el corazón de ACT, ya que todos los demás procesos no son fines en sí mismos, sino que están al servicio de los valores personales (Wilson & Luciano Soriano, 2002), lo que conecta con los principios ontológicos del contextualismo funcional, el trabajo satisfactorio.

De forma más básica, los valores serían reglas verbales cuyas consecuencias son abstractas y no pueden ser directamente obtenidas. No obstante, ofrecen reforzamiento intrínseco al comportamiento que simbólicamente acerca a las personas a sus valores (Dixon et al., 2023). En ese sentido, se convierten en reforzadores positivos abstractos con una jerarquía superior y que contiene otras clases de reforzadores menos abstractos (acciones).

En el lenguaje de TMR, se busca generar ‘augmenting’ hacia valores. El augmenting es la alteración de relaciones de estímulo que aumentan o disminuyen las propiedades reforzantes de un estímulo particular. Desde la teoría conductual el augmenting sería afín al de operaciones motivadoras, y su objetivo es incrementar las propiedades reforzantes de los valores para que haya transformación de funciones de la evitación de eventos privados hacia la aproximación a valores.

Falta de acción, impulsividad y persistencia evitativa - Acciones comprometidas:

La inacción, impulsividad o persistencia evitativa son las formas en que se ‘ve’ la inflexibilidad psicológica, ya que son las respuestas conductuales operando de forma rígida en los contextos vitales de la persona.

Dificultades en este proceso acarrean una respuesta conductual dominante que está orientada a objetivos a corto plazo, como sentirse bien, tener razón o no perder la coherencia con el yo construido, incluso a costa de la vida que quisieran construir (Luoma et al., 2017). Asumir ese costo es la forma en que las personas pierden contacto

con lo importante en sus vidas por concentrar sus esfuerzos en el alivio, evitación o control del malestar psicológico.

Como opuesto a este patrón conductual, las acciones comprometidas son descritas como las acciones que están guiadas por valores personales. Cuyas características incluyen el poder atravesar retrocesos o incomodidad y la persistencia o cambio conductual según su éxito para seguir la dirección valiosa elegida (Twohig et al., 2023).

Los cambios cognitivos de procesos anteriores se producen para apalancar el cambio conductual, ya que de esa forma las personas pueden alterar sus contextos vitales y construir una vida que sea satisfactoria para ellos. Es por esa razón por lo que este proceso está directamente vinculado con el cambio conductual, y se fomenta desde la terapia ayudando a las personas a construir repertorios conductuales efectivos vinculados a sus valores (Luoma et al., 2017).

○ 2.4. FACT

“Ichi-go Ichi-e (Una vida, un encuentro).
Cada encuentro, cada experiencia que vivimos,
es un tesoro único que nunca se volverá
a repetir de la misma manera.”
Proverbio Japonés

La Terapia de Aceptación y Compromiso Enfocada o FACT (por sus siglas en inglés) es un desarrollo de ACT realizado por Strosahl y colaboradoes (2012) en su libro ‘Brief interventions for radical change – Principles and practice of Focused Acceptance and Commitment Therapy’. En términos generales, FACT es una versión sintetizada de ACT para uso de terapia breve, por lo que los fundamentos teóricos y empíricos se mantienen congruentes con ACT. La intención es que pueda ser utilizado en múltiples contextos manteniendo la flexibilidad de intervención para distintas problemáticas psicológicas.

Según sus autores, FACT surge como una necesidad de aplicación de una intervención basada en evidencia en entornos de cuidado primario, donde la atención es breve y es más difícil tener un seguimiento. Para su construcción rescatan la evidencia

de aplicaciones breves de ACT entre 1-4 sesiones que han tenido resultados exitosos en distintas revisiones sistemáticas (Strosahl et al., 2012, p. 4).

Teniendo en cuenta las necesidades que se abordan con FACT, una de las principales características de la postura terapéutica es abordar cada sesión como si fuera la última. Esta postura radica en la evidencia de que una sesión es la moda de consultas a psicoterapia, y en esa medida, uno de los retos centrales de la terapia breve es aprovechar el momento presente al máximo.

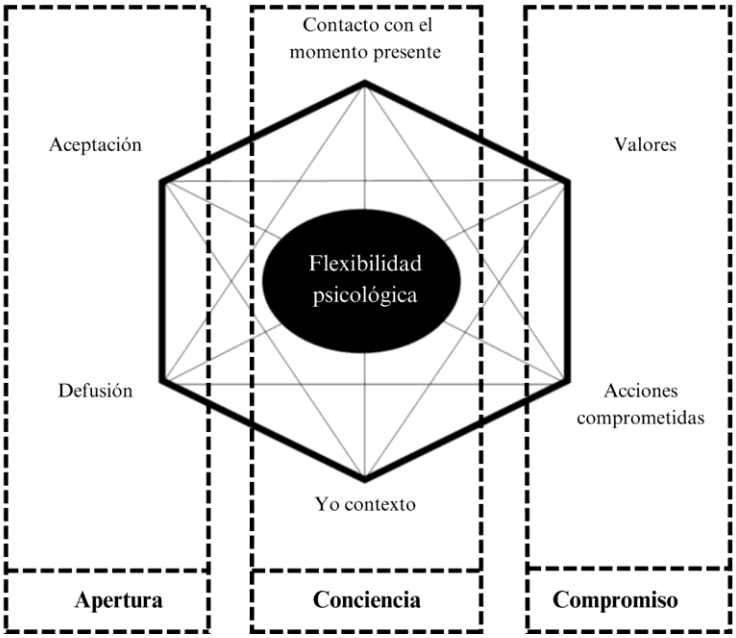
Entonces, el proceso de cambio empieza desde el primer contacto, tanto desde la narrativa del profesional como en la búsqueda de fortalezas y necesidades de flexibilidad psicológica de los consultantes. Así mismo, se promueve que cada sesión termine con una actividad que la persona pueda accionar en su cotidianidad.

Para hacer una síntesis teórica, Strosahl y colaboradores (2012) toman los procesos de flexibilidad psicológica del hexaflex ACT y los acoplan en tres pilares: apertura conciencia y compromiso. Esta reconceptualización responde a la interconexión que se ha encontrado entre los procesos de flexibilidad psicológica, ya que como se siguió en la revisión teórica, las falencias en algunos de los procesos hacen más probable las dificultades en otros procesos.

Además, la síntesis podría facilitar la comprensión del modelo teórico entre clínicos y su uso en la conceptualización de los casos. Sumado a facilitar la comprensión y adherencia entre los consultantes.

2.4.1. Pilares de flexibilidad psicológica

Figura 2 *Pilares de Flexibilidad Psicológica - FACT*



Nota. Adaptado de Strosahl et al., (2012)

Apertura (procesos de aceptación y defusión)**:** Hace referencia la capacidad para discriminar y aceptar momento a momento los eventos privados no deseados. La habilidad de observar eventos privados indeseados desde una perspectiva distanciada o no fusionada. También implica el seguimiento de la experiencia para guiar el comportamiento, en lugar de reglas o hábitos.

Algunas estrategias que se encuentran en el libro para abordarla son, la curiosidad y modelar aceptación ante los eventos privados previamente evitados. También notar el pensamiento como un proceso, en lugar de su contenido.

Conciencia (procesos de momento presente y yo contexto): La persona puede centrarse intencionalmente en alguna experiencia del momento presente. Además, puede utilizar la autoreflexión para promover la sensibilidad al contexto. Finalmente, tiene la capacidad de cambiar las perspectivas sobre historias contadas sobre sí mismo y los demás.

Las estrategias que sugieren los autores si se está teniendo dificultades con este pilar son notar diferentes perspectivas, así como fomentar una atención flexible, voluntaria y decidida al momento presente y a la continuidad de la conciencia.

Compromiso (procesos de valores y acciones comprometidas):

Describe la cualidad de expresar sus valores con emoción, evoca momentos de valores en acción y acepta la vulnerabilidad que conlleva comprometerse con esa dirección. También planifica e implementa experimentos de cambio de comportamiento que promueven la vitalidad.

Para fomentarlos, señalan que hay que promover la conexión entre los valores y la acción, tanto fuera de sesión como en el momento presente. También aconsejan elaborar ejercicios concretos de cambio de conducta.

2.4.2. Protocolo de intervención FACT grupal

El protocolo de intervención grupal original, descrito por Strosahl y colaboradores (2012, pp. 251–253) consta de tres sesiones con una duración aproximada entre una hora y una hora y media. Las actividades experienciales están diseñadas para una modalidad de aplicación presencial. Los materiales e implementos necesarios son asequibles, lo que permite su aplicación en contextos donde los recursos pueden ser limitados. Los objetivos del protocolo se orientan al desarrollo de habilidades para afrontar retos vitales, basados en los pilares de conciencia, apertura y compromiso. Además, se aprovecha la modalidad grupal para abordar dificultades interpersonales, permitiendo que la compasión y toma de perspectiva de las dificultades de otros ayude a distanciarse y observar de manera distinta los problemas propios. Los autores recomiendan que el protocolo pueda ser aplicado en grupos de aproximadamente 8 personas, lo que se tendrá en cuenta en el muestreo inicial de la presente investigación.

El protocolo incluye una entrevista inicial que permite crear una estructura o encuadre para que el participante sepa qué esperar del tratamiento y decida si es lo que necesita, asimismo genera motivación al cambio e inicia la evaluación del progreso clínico mediante la actividad del *Camino vital* (Anexo C). Esta entrevista también evalúa factores de riesgo del consultante, así como características que podrían limitar el desarrollo de la intervención o reducir el beneficio personal del formato del tratamiento.

Aunque todos los pilares están interconectados, el protocolo presenta tres sesiones que podrían girar en torno a cada uno de los pilares: la primera sesión promueve la conciencia, la segunda la apertura, y la última el compromiso. Cada sesión incluye actividades diseñadas para fomentar la flexibilidad psicológica en los participantes según cada pilar.

Como señalan los autores, el modelo de intervención FACT no necesariamente tiene que estar atado a un problema particular, sino que la sinergia proveniente del mindfulness, la apertura y el vivir de acuerdo con valores personales es una “fórmula universal para vivir bien” (Strosahl et al., 2012, p. 264).

Además, plantean que será más efectivo un grupo de intervención si los participantes comparten características similares. Por ejemplo, tener un padecimiento en común como una enfermedad crónica, o pertenecer a una población o comunidad particular como mujeres víctimas del conflicto. En el caso del presente estudio se pretende que las características compartidas se den por su rol como estudiantes universitarios y su etapa del ciclo vital.

3. Método

“Every voice matters.”

Steven Hayes (2023)

Para dar respuesta a los objetivos se propone una investigación para evaluar la efectividad de una intervención FACT grupal para la reducción de la inflexibilidad psicológica y la promoción del bienestar para estudiantes universitarios de Bogotá, de la Universidad Nacional de Colombia. Investigaciones con estas características se han elaborado como estudios pilotos (Díaz-Muñoz, 2020) y entre otros, tienen objetivos como:

1. Probar la integridad del protocolo de estudio para un futuro estudio.
2. Probar formularios o cuestionarios de recolección de datos.
3. Determinar la aceptabilidad de la intervención.

Al ser una adaptación de un tipo de intervención FACT cuyas características aún no se han probado en población colombiana o universitaria (hasta el momento de la revisión de esta investigación), se plantea un pre-experimento para aproximar y ver la potencialidad de efectividad de la intervención (Chávez et al., 2020).

El criterio de efectividad está ligado a la relevancia clínica de la intervención (Jando & Dionne, 2024), y estará dado por la mejora en las áreas de flexibilidad psicológica y en el bienestar de los universitarios, así como satisfacción, utilidad y pertinencia percibida por los participantes.

En la investigación se pretende abordar problemas complejos e inespecíficos de las trayectorias individuales de las personas que podrían beneficiarse de la intervención, así como explorar las características del proceso que resultan de mayor utilidad y conveniencia para el bienestar de los participantes. Por ello, resulta conveniente examinar las diferentes facetas del fenómeno y lograr integrar información de diversas fuentes (Bishop, 2015).

Para evaluar la efectividad, se considera pertinente el uso de métodos mixtos, ya que los datos cualitativos podrían dar contexto e interpretaciones más adecuadas a los resultados cuantitativos, sobre todo para desarrollar un entendimiento más completo de los cambios que se pretenden promover con la intervención, así como de la experiencia de los participantes (Creswell et al., 2018).

Creswell & Plano (2018) señalan tipologías que organizan la investigación científica, y su elección responde a la intención de la utilización de los datos. En el caso de esta investigación, el componente cuantitativo permite aproximarse de forma estandarizada a los constructos de interés, y compararlos entre sí antes y después de la intervención para evaluar la efectividad de la intervención (VI) sobre las variables de interés (VDs).

El componente cualitativo, en cambio, permite explorar la naturaleza de los resultados en la vida de las personas y a su vez, explorar su experiencia como participantes. En ese sentido, este componente cualitativo contextualiza y da un matiz idiográfico a los resultados de la investigación. También se considera pertinente dado el llamado de la CBS (Ciencia conductual contextual) sobre el uso investigación cualitativa para atender algunas necesidades centrales en la construcción de ciencia, y entre otras lograr: 1) una mejor apreciación del contexto y 2) contribuir a la transferencia de conocimiento y a la relevancia clínica de la investigación (Jando & Dionne, 2024).

Siguiendo esta línea de ideas, la recolección de los datos se plantea en paralelo, o de forma convergente. Esto significa que la recolección de un tipo de datos no dependerá de los resultados del otro, sino que ambos tipos de datos serán recolectados al tiempo (Creswell & Plano, 2018). Esto para obtener información de la efectividad y la experiencia de los participantes antes, durante y después de la intervención. Con el fin de que, al contrastar estos datos al final, pueda extraerse información importante desde distintos ángulos sobre la pertinencia, utilidad y efectividad en la población objetivo.

Por consiguiente, esta investigación piloto se configura bajo un diseño pre-experimental (Chávez et al., 2020; Ramos-Galarza, 2021) mixto convergente (Creswell & Plano, 2018) con un alcance descriptivo.

3.1. Participantes

La investigación se realizará a través de muestreo por conveniencia de los estudiantes activos de la Universidad Nacional Sede Bogotá, que sean mayores de edad, estén interesados en tomar el taller y que en el tamizaje inicial obtengan puntajes clínicos de inflexibilidad psicológica. Además, que firmen el consentimiento informado y que asistan voluntariamente a los encuentros.

Criterios de exclusión: Ser menor de edad. Tener puntuaciones no clínicas en el tamizaje inicial. Presentarse al espacio bajo los efectos del consumo de SPA. Mostrar comportamiento antisocial durante los espacios o fuera de ellos. Ser incapaz de comprender el contenido o entablar una conversación con otros miembros del grupo. Presentar comportamientos que se evalúa que impactan negativamente en la dinámica del grupo.

Del total de interesados y contactados, 15 personas iniciaron su participación, de las cuales 13 permanecieron en la totalidad de las sesiones, mientras que dos personas no continuaron con su proceso. Las edades de los participantes estuvieron entre los 19 y los 33 años. Entre los participantes, nueve se identificaron con el género femenino y seis con el género masculino. Ninguno de los participantes se encontraba recibiendo terapia psicológica u otros tipos de intervención psicológica o psiquiátrica de forma paralela a la intervención, y cuatro personas habían recibido atención psicológica durante los últimos dos años.

3.2. Variables del componente cuantitativo

3.2.1. Variable Independiente:

Protocolo de intervención grupal breve basado en la Terapia Aceptación y Compromiso Enfocada (FACT). Este protocolo está adaptado del original de Strosahl y colaboradores (2012) a las necesidades y contexto colombiano. En términos generales, la intervención consta de tres sesiones que abordan de forma experiencial los pilares de flexibilidad psicológica de FACT.

Tabla 1 *Protocolo de intervención FACT*

Sesión	Objetivos	Actividades

Sesión 1 – Pilar conciencia	Favorecer el contacto con la “perspectiva de lucha” relacionada a la evitación o control de la experiencia privada indeseada, promoviendo la sensibilidad contingencial. Reconocer la universalidad del sufrimiento humano para fomentar cohesión grupal y apertura. Proponer la habilidad de observar el presente como una alternativa para notar sus impulsos de lucha o evitar sus eventos privados.	Se establece el *encuadre* para crear un ambiente de confianza y respeto en el grupo. Luego, con la actividad de *rompehielos* "El cartero trajo cartas", se fomenta la cohesión grupal y el reconocimiento del sufrimiento común entre los participantes. En la actividad *Camino vital*, se reflexiona sobre barreras y estrategias de evitación, conectando con los valores personales y tomando perspectiva del yo contenido. Finalmente, en *Practicando el observar*, se realiza una práctica de *mindfulness* para fomentar la observación sin juicio de pensamientos y emociones, promoviendo la conexión con el momento presente.
Sesión 2 – Pilar apertura	Facilitar la adopción de una perspectiva de observador que les permita tomar una postura de mayor aceptación frente a las experiencias privadas indeseadas. Reconocer la universalidad del sufrimiento humano entre los miembros del grupo y fomentar su observación compasiva.	Se revisa el *reto semanal* para reflexionar sobre la experiencia de los participantes observando sus emociones sin intentar cambiarlas. Luego, se realiza el ejercicio de *mindfulness* "Hojas en el arroyo", que promueve la aceptación y defusión de pensamientos difíciles. A continuación, en la actividad *Representar pensamientos y emociones*, los participantes exploran sus luchas emocionales a través de posturas físicas y discusión grupal. Se concluye con *Acogiendo nuestro dolor*, un ejercicio de compasión y aceptación de la lucha emocional, en el que los participantes practican suavizar su postura hacia el dolor y aceptar la experiencia sin resistirse.

Sesión 3 – Pilar compromiso	Facilitar la clarificación de áreas y direcciones valiosas. Fomentar la creación de planes personales para acercarse a esas áreas valiosas y que puedan compartirlos con el grupo. Promover el desarrollo de estrategias de acción comprometida y su ejecución a pesar del malestar.	Se revisa el *reto semanal*, donde los participantes comparten sus experiencias conectando con sus valores a través de acciones comprometidas. Luego, en la actividad *Reconociendo lo importante*, se utiliza la metáfora del genio para clarificar valores. A continuación, en *Andando por el camino vital*, los participantes recorren un camino simbólico enfrentando sus barreras y recibiendo apoyo de los demás para tomar decisiones comprometidas con sus valores. Se concluye con un reto para continuar realizando acciones que reflejen sus direcciones valiosas.

3.2.2. Variables dependientes

Flexibilidad psicológica: Se retoma la definición de Twohig y colaboradores (2023) de ser la capacidad de observar con apertura las experiencias del presente, para poder involucrarse en conductas orientadas a objetivos valiosos. Teniendo en cuenta esta definición, hay dos procesos centrales que podrían dar cuenta del cambio en flexibilidad, el pilar de apertura (en particular aceptación) y el pilar de compromiso, procesos que incluso son centrales (dialéctica entre aceptación y cambio) en terapias contextuales como la DBT (Linehan, 2015). Teniendo esto en cuenta, se evalúan de forma principal con los instrumentos AAQ-II (apertura) y VQ (compromiso).

Así mismo, se tendrán en cuenta dos procesos de flexibilidad psicológica como indicadores de cambio, el contacto con el momento presente y la defusión cognitiva. Y respectivamente se evaluarán con los instrumentos MAAS y CFQ.

Bienestar: Se conceptualiza a partir del constructo multidimensional de Ryff (1989) y se evalúa con la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (EBP).

Impacto del taller: en términos de utilidad percibida, aprendizaje y desarrollo de habilidades, así como satisfacción con las dinámicas vistas.

3.3. Dominios del componente cualitativo

Con el propósito de enriquecer la comprensión de la efectividad y la pertinencia de la intervención en la población objetivo, se tendrá en cuenta la narrativa y experiencia

de los participantes en los dominios de flexibilidad psicológica y sus pilares, así como en el bienestar psicológico. Para ello se utiliza la técnica de entrevista semiestructurada, tanto antes como después de la intervención, así como formatos de utilidad percibida.

3.4. Instrumentos y técnicas de recolección de datos

A continuación, se presentan los instrumentos cuantitativos, así como formatos, técnicas de evaluación y recolección de datos cualitativos que se usaron y analizaron en la investigación:

Formato de Evaluación de Contenido: Es una herramienta estructurada para validar el contenido de la intervención por jueces (Lynn, 1986).

Para afianzar la seguridad y coherencia teórica de aplicación de los instrumentos se han concebido diferentes tipos de fuentes de validez. En este caso, la validez de contenido ayuda a determinar la relevancia de las actividades y objetivos del protocolo adaptado respecto del contexto en el que se pretende aplicar y los constructos teóricos a los que alude (American Educational Research Association et al., 2018).

Para determinar este tipo de validez se vincula la participación de expertos en la evaluación del protocolo utilizando una rúbrica con criterios de claridad, coherencia, relevancia y suficiencia para cada actividad u objetivo (Escobar-Pérez & Martínez, 2008; Rocha-Nieto et al., 2017).

Escobar-Pérez y Martínez (2008) definen los cuatro indicadores que guían la revisión de los componentes del protocolo de la siguiente forma:

1. Claridad (Cl): la información suministrada sobre cada componente de la guía es comprensible, en relación con la redacción y la construcción gramatical.
2. Relevancia (R): las actividades que se proponen en cada sesión son pertinentes para cumplir con los objetivos planteados.
3. Coherencia (Co): las actividades guardan una relación lógica con los objetivos y temáticas generales de cada sesión.
4. Suficiencia (S): las actividades incluidas en cada sesión bastan para cumplir con los propósitos planteados.

Así, para cada criterio, los jueces pueden calificar según el nivel de cumplimiento de cada actividad, objetivo o instrumento descrito en el protocolo. Este nivel de

cumplimiento se propone en escala ordinal, entre 1-4, por lo que entre mayor sea el número, mejor será la puntuación en los criterios.

Tabla 2 *Escala de nivel de cumplimiento criterios de contenido*

Nulo	Bajo	Moderado	Alto
1	2	3	4
ej. No es relevante.	ej. No es posible evaluar relevancia sin revisión del contenido / necesita revisión para decir que no es relevante.	ej. Relevante, pero necesita alteraciones menores.	ej. Muy relevante y sucinto.

La cuantificación de validez de contenido se da gracias al Índice de Validez de Contenido o IVC. El IVC se obtiene de la proporción de contenidos evaluados como moderado o alto (puntuaciones de 3 o 4) por los expertos sobre el número total de jueces (Lynn, 1986).

IVC = Puntuaciones dadas por los jueces como moderadas o altas / Número total de jueces

La proporción dada por el IVC es entendida como el grado de acuerdo entre expertos sobre el contenido evaluado. De esta forma se pueden tomar decisiones sobre la estructura de la intervención y afianzar su validez de contenido.

AAQ-II o Cuestionario de Aceptación y Acción-II: Mide la flexibilidad psicológica en su proceso de evitación experiencial, evaluando cómo las personas manejan pensamientos y sentimientos angustiosos (Ruiz, Suárez-Falcón, et al., 2016). Consta de siete ítems en escala Likert (desde 1= nunca es verdad, a 7= siempre) y sus ítems reflejan (a) la baja disposición para entrar en contacto con eventos privados indeseados y (b) la incapacidad de actuar en el momento presente hacia direcciones valiosas cuando experimenta eventos privados indeseados.

Originalmente fue desarrollado y validado en inglés por Bond y colaboradores (2011) en una labor para operativizar y evaluar la inflexibilidad psicológica, a través de uno de sus componentes principales, la evitación experiencial. Esta es definida como la evitación o control de experiencias internas al costo de no actuar frente a oportunidades de seguir valores u objetivos personales.

Se utilizó el instrumento validado en Colombia. Entre sus características destacadas están su alta consistencia interna (alfa entre .88 y .91), validez de constructo, validez discriminante entre población clínica y no clínica y sensibilidad al efecto de una sesión de ACT (Ruiz, Suárez-Falcón, et al., 2016).

VQ o Cuestionario de Valores: Evalúa en qué medida las personas viven de acuerdo con sus valores en la última semana. Tiene diez ítems en escala Likert (0= en absoluto verdad a 6= completamente verdad) que se distribuyen en dos factores, progreso y obstrucción. Progreso hace referencia a haber actuado hacia valores de forma perseverante y reconocer qué es significativo (Smout et al., 2014). Mientras que obstrucción engloba las conductas de evitación de experiencias y distracción que interrumpen la acción hacia la vida valorada (Smout et al., 2014).

Se encontraron buenas propiedades psicométricas en población colombiana (alfa global de 0.83 para la dimensión de progreso y 0.82 para la dimensión de obstrucción). Es sensible a las muestras clínicas y no clínicas con un punto de corte. Se ha mostrado sensible a tratamientos breves de ACT en Colombia (Ruiz et al., 2022).

CFQ o Cuestionario de Fusión Cognitiva: Evalúa la fusión cognitiva, es decir, hasta qué punto los pensamientos dominan de forma rígida el comportamiento y la percepción de la realidad de una persona. Tiene siete ítems en escala Likert (1= Nunca es verdad a 7= Siempre es verdad).

La revisión psicométrica en muestra colombiana mostró validez de contenido en un factor (fusión cognitiva), consiguió una consistencia interna alta (alfa .93), mostró validez de criterio discriminando población clínica y no clínica, y resultó sensible al efecto de la aplicación de una sesión de ACT orientada a la defusión cognitiva (Ruiz et al., 2017).

MAAS o Escala de Atención y Conciencia Plena: Mide la atención plena, es decir, la capacidad de prestar atención deliberadamente a la experiencia del momento presente sin juzgarla (Ruiz, Suárez, et al., 2016). Esta escala tiene quince ítems en escala Likert (1= Casi siempre a 6= Casi nunca).

Esta escala fue diseñada para la población general, tengan o no familiaridad con el mindfulness. El análisis psicométrico demostró el factor unidimensional y se posicionó como una medida válida y confiable (alfa .92) en población colombiana, especialmente en estudiantes universitarios. Correlaciona en mayor medida con satisfacción vital y

menos con inflexibilidad psicológica, síntomas emocionales, así como con fusión cognitiva (Ruiz, Suárez, et al., 2016).

EBP o Escala de Bienestar Psicológico de Ryff: Evalúa diversas áreas del bienestar psicológico en las siguientes dimensiones (Ryff, 1989): autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal.

Para la investigación se utilizó la versión adaptada para población colombiana (Pineda Roa et al., 2017). En este sentido, se usó la versión de 29 ítems, ya que se encontró que tuvo mejor ajuste al modelo teórico, lo que es consistente con la validación española (Díaz et al., 2006). La escala tiene una confiabilidad alta (alfa .91) y discrimina según variables como nivel educativo, estatus socioeconómico y sexo.

Formato de "Camino Vital": Se utiliza como actividad guiada durante la intervención para promover la reflexión de los participantes sobre sus acciones y las contingencias asociadas a ellas, particularmente a identificar valores y comprender el impacto de la evitación experiencial (Anexo C). Está traducido y adaptado del original de Strosahl y colaboradores (2012).

Formato de Evaluación de Sesión: Es un instrumento no estándar, desarrollado para esta investigación. Su objetivo es evaluar el impacto, la claridad, la utilidad percibida y algunos aprendizajes cada sesión, utilizando ítems cuantitativos y cualitativos Anexo D.

En estudios como el de Sierra & Ruiz (2022) han encontrado relevante conocer el grado de utilidad percibida por los participantes, en la medida en que potencialmente lo visto en la intervención o derivado de ella puede ser más fácilmente generalizable. Además, puede ser una medida adecuada de adherencia y satisfacción hacia la intervención.

Entrevista Inicial y Final: Entrevistas semiestructuradas realizadas antes de iniciar y al final de la intervención para observar la narrativa inicial de los participantes y los cambios después de la intervención en las variables de Flexibilidad Psicológica y bienestar, así como en la utilidad percibida.

Las preguntas parten de las propuestas por Strosahl y colaboradores (2012) para la entrevista inicial, y se consideran algunos demográficos para caracterizar a los participantes. Las preguntas finales fueron formuladas para evaluar el impacto del taller, respecto al proceso de la intervención y de su experiencia personal interactuando en el

espacio y con los demás participantes. Estas preguntas están destinadas a evaluar la trayectoria e impacto, así como las condiciones en que se da ese impacto (Anexo E).

○ 3.5. Procedimiento

Tabla 3 *Protocolo de aplicación técnicas de recolección de datos por etapas*

Variable/ Dominio	Instrumentos Etapas	Adaptación protocolo	Preinscripción	Pre	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Post
Validación intervención	Validación de contenido	X						
Indicadores de flexibilidad psicológica	AAQ-II		X	X				X
	CFQ			X				X
	VQ		X	X				X
	MAAS			X				X
Bienestar	EBP			X				X
Indicadores de flexibilidad psicológica	Formato de camino vital		X					X
Utilidad y satisfacción percibida	Formato de evaluación de sesión				X	X	X	
Indicadores de flexibilidad psicológica	Entrevista		X					X

Adaptación intervención

El proceso de adaptación del protocolo comenzó con la traducción del documento original (Anexo A) y una revisión de las necesidades y aspectos culturales relevantes de la población objetivo. Se realizaron ajustes específicos para asegurar que el lenguaje de las instrucciones y actividades fuera adecuado para los participantes y se añadieron actividades que cuyo propósito es facilitar la adherencia y la participación en función del contexto cultural y de la edad. Por ejemplo, se incluyeron actividades rompe hielo y ejercicios experienciales para derivar las relaciones esperadas de apertura, conciencia y compromiso. Estos ajustes se detallan a continuación.

En primer lugar, se consideró extender el tiempo de cada sesión a dos horas para ajustarse a los bloques temporales de las actividades académicas y disponer de más

tiempo para añadir actividades relevantes. Además, se explicitan los objetivos generales y de cada actividad, así como los guiones y materiales requeridos para su aplicación, lo que facilita la evaluación de su pertinencia en el contexto adaptado y permite que la intervención sea replicable.

También se hizo explícita la relación de las actividades con el marco teórico base, así como los objetivos de cada sesión (ver Tabla 3). En ese sentido, las actividades de la primera sesión responden al pilar de **conciencia**, en el cual se promueve la sensibilidad al contexto y la toma de perspectiva. La segunda sesión por su parte está enfocada en el pilar de **apertura**, creando distancia de observador ante pensamientos y emociones, también se promueve el uso de la experiencia para orientar el comportamiento, en lugar de reglas. La última sesión se orienta por el pilar del **compromiso**, cuyas actividades fomentan las elecciones intencionales que persiguen direcciones valiosas, así como la creación de compromisos públicos de planes para acercarse a esas direcciones.

En la entrevista inicial, se añadieron preguntas relacionadas con la caracterización sociodemográfica de los participantes, su motivo de interés en la intervención, la severidad del problema y su impacto en áreas de ajuste, posibles restricciones de participación, una exploración cualitativa del bienestar psicológico percibido y las expectativas sobre su participación. Para evaluar el impacto de la intervención, se diseñó una entrevista final que permita conocer la experiencia de la intervención y contrastar el proceso experimentado por cada participante.

Respecto al detalle de las sesiones de la intervención, en la primera sesión se añadió una actividad rompe hielo para que los participantes tengan la oportunidad de conocerse y expresar sus dificultades en un entorno poco amenazante, lo que les permite experimentar la universalidad del sufrimiento humano entre los miembros del grupo. También se agregó una actividad experiencial de mindfulness cerca del final de la sesión para favorecer el entrenamiento en el pilar de conciencia y facilitar su uso en el reto semanal.

En la segunda sesión, se ajustaron algunas dinámicas para realizarse en grupos pequeños, permitiendo que las primeras autorrevelaciones, asociadas a eventos privados que expresan vulnerabilidad, sean expresadas de forma segura. Esto con el propósito de fomentar la seguridad de los participantes al compartir su experiencia emocional y promover un modelamiento que, hacia el final de la sesión, les permita compartir eventos

privados con todo el grupo. Para apoyar estos propósitos, también se ofrece apoyo visual con frases que modelan compasión y aceptación hacia sus compañeros.

En la tercera sesión, se añadió una actividad experiencial de clarificación de valores para que los participantes puedan conectar de forma más significativa con sus valores en la actividad de recorrer el Camino Vital, robusteciendo el pilar del compromiso. Sobre esta última actividad de fisicalización de la metáfora del Camino Vital, se propuso facilitar el reconocimiento e interpretación de las barreras por parte de los participantes usando etiquetas escritas de cada barrera como apoyo de la actividad.

Validación intervención

Se contactaron 6 expertos y expertas con trayectoria clínica en terapias contextuales, especialmente en ACT y todos han culminado alguna formación de posgrado en psicología clínica y/o de terapias contextuales. Además, dos expertas y un experto tienen formación docente y de supervisión clínica en terapias contextuales. Finalmente, una experta tiene experiencia en intervención breve y ha trabajado en el entorno universitario objetivo.

Luego de ser contactados, se les propuso que el proceso de evaluación del contenido se realizara en un espacio individual y de forma virtual sincrónica a través de la plataforma Google Meet. En cada videollamada de aproximadamente dos horas, se realizó una presentación de las características del modelo FACT y sus raíces ACT. También se presentó el contexto de la investigación y la población objetivo. Finalmente, se presentó la totalidad del protocolo adaptado, incluyendo los instrumentos de evaluación. Se señalaron sus modificaciones y diferencias con el protocolo original, para que los expertos y expertas pudieran realizar la evaluación del contenido con el contexto y recursos necesarios para su ejecución. Se hizo énfasis en que además de la rúbrica cuantitativa, pudieran comentar sus sugerencias, dudas e ideas alrededor del protocolo, para poder enriquecer la experiencia de la validación.

De ese ejercicio resultaron varias sugerencias y perspectivas importantes que fueron tenidas en cuenta para la versión final del protocolo (Anexo B).

Identificación de la población

Se realizó una difusión por redes sociales institucionales de la universidad para invitar a las posibles personas interesadas en participar de la intervención.

Además, como parte de la estrategia de difusión, las personas interesadas tuvieron a disposición un formulario donde conocieron de forma general los beneficios de

la intervención y tuvieron la posibilidad de dejar sus datos demográficos básicos, así como de responder los instrumentos iniciales (AAQ-II y VQ) para dejar registrado su interés en participar del taller. Se describió que teniendo en cuenta las respuestas que registraron serían llamadas a una entrevista para continuar con el proceso, o recibirán retroalimentación de sus resultados.

Las personas que obtuvieron puntuaciones clínicas de inflexibilidad psicológica según el AAQ-II fueron contactadas para una entrevista inicial, mientras que a las personas que no las obtuvieron se les envió retroalimentación de sus resultados explicando que dado su nivel de flexibilidad psicológica y el alcance de la intervención el taller podría no aportarles un beneficio adicional.

Se hizo la entrevista a las personas que continuaron el proceso de contacto, hasta obtener la muestra total del estudio. Se describió que teniendo en cuenta las respuestas de la entrevista se aconsejaría su participación en el taller o se les haría una recomendación de buscar psicoterapia individual, por si sus necesidades superan la naturaleza de la intervención o no son abordadas por ella. Las personas que aceptaron las condiciones de participación también iniciaron el diligenciamiento del formato "*Camino vital*" (Anexo C) al final de la entrevista. Al final de este proceso quedaron 15 personas inscritas en la intervención.

Piloto de intervención

Luego de este proceso inició la etapa de intervención a cargo del investigador quien en ese momento estuvo bajo supervisión clínica del director de este trabajo de grado. Cada sesión tuvo una duración de dos horas, durante tres semanas y se realizó de forma presencial en un espacio asignado por la universidad. Como iniciaron más personas de las recomendadas en el protocolo original, se hicieron dos grupos con horarios diferentes, con quienes se tuvo la posibilidad de hacer de la misma forma el pilotaje de la totalidad del protocolo de intervención.

Al final de cada sesión de la intervención los participantes completaron el formulario de evaluación de la sesión, y al final del ciclo del taller volvieron a contestar los instrumentos iniciales (AAQ-II, CFQ, VQ, MAAS y EBP).

Luego de dos semanas de finalizada la intervención, se contactó a los participantes para una entrevista final, donde se indagó por su experiencia e interacción con las variables de la intervención. En este punto se revisó nuevamente el formato "Camino vital" de la persona.

Análisis de resultados

El componente cuantitativo derivado de los instrumentos escalares estandarizados se procesó primero con la calificación de las puntuaciones, los cuales fueron respondidos únicamente por 10 de los 13 participantes que completaron la intervención. Las puntuaciones luego pasaron a ser analizadas descriptivamente, y por último se realizaron pruebas no paramétricas (Friedman, Wilcoxon y W de Kendal) utilizando el paquete de software R.

El componente cualitativo surge de las técnicas de recolección cualitativos, como lo son las entrevistas y la evaluación de la sesión. Solo se tuvieron en cuenta las entrevistas que contaban con datos en ambos momentos (pre-intervención y post intervención), que fueron 9 de las 13 personas participantes, mientras que hay respuestas de entre 13 y 15 personas en las evaluaciones de la sesión.

El audio de las entrevistas fue transcrito en su totalidad, y la información que pudiera identificar a los participantes se eliminó o codificó. Como unidad de análisis se definieron las intervenciones de los participantes hasta una pausa. Luego se procedió con la codificación abierta y temática (teórica) de los fragmentos del discurso en los dominios de interés, para observar la narrativa antes y después de la experiencia de intervención. Para ello se tuvo en cuenta el criterio de saturación y de estabilidad de las categorías.

○ 3.6. Consideraciones éticas

Se tuvieron en cuenta las leyes colombianas que regulan el ejercicio profesional de la psicología para la realización de esta investigación. Se busca cumplir con las disposiciones descritas en la Resolución 8430 de 1993, por lo que la investigación se presentó ante el Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Humanas, quien otorgó su aprobación previa al pilotaje (Anexo F). Todos los datos se mantuvieron en un sitio web seguro protegido por contraseña y se codificaron en todos los momentos de la intervención para asegurar la confidencialidad de los participantes.

De esta forma se busca garantizar que todas las personas que participen en la investigación lo hagan de manera voluntaria, conociendo su finalidad, sus alcances, beneficios, y que podían retirarse en cualquier momento sin ninguna penalidad. Estas disposiciones se estipulan en el consentimiento informado (Anexo G), el cual fue firmado

de manera virtual como requisito para enviar el formulario de preinscripción, antes de la realización de las entrevistas, y firmado de forma física en la ejecución de cada sesión de la intervención. Una vez culminado el estudio, se dará a conocer el documento público a los participantes que lo deseen, para que puedan conocer los resultados y de esta manera se brinde una retribución simbólica y en agradecimiento por su colaboración.

4. Resultados

4.1. Validación de contenido

Luego de realizar la traducción y adaptación del protocolo de intervención grupal FACT, este se presentó ante jueces expertos para su validación. Los resultados de la proporción de acuerdo entre jueces se detallan a continuación en la Tabla 4 para las sesiones del protocolo.

Tabla 4 *Acuerdo entre jueces expertos para las sesiones del protocolo*

Sesión	Aspecto por evaluar	IVC			
		Cl	**R**	**Co**	**S**
Sesión 1	Objetivos	1,00	1,00	1,00	0,95
	Actividades	1,00	1,00	1,00	1,00
	Encuadre	1,00	0,95	1,00	0,95
	El cartero trajo cartas	1,00	0,95	1,00	0,95
	Camino vital	1,00	1,00	1,00	1,00
	Practicando el observar	0,95	0,90	0,90	1,00
	Reto semanal	1,00	0,95	1,00	1,00
	Instrumentos	1,00	0,95	0,95	1,00
Sesión 2	Objetivos	1,00	1,00	1,00	0,95
	Actividades	0,92	1,00	1,00	1,00
	Revisión del reto semanal	1,00	1,00	1,00	1,00
	Mindfulness apertura	1,00	0,95	1,00	0,95
	Representar pensamientos y emociones	0,95	1,00	1,00	1,00
	Acogiendo nuestro dolor	1,00	1,00	0,90	0,95

	Compasión mutua	1,00	0,90	0,85	0,95
	Reto semanal	1,00	1,00	0,95	1,00
	Instrumentos	1,00	0,88	0,94	1,00
Sesión 3	Objetivos	0,95	1,00	1,00	1,00
	Actividades	1,00	1,00	1,00	1,00
	Revisión del reto semanal	1,00	1,00	1,00	0,95
	Reconociendo lo importante	1,00	1,00	1,00	1,00
	Andando por mi “Camino vital”	1,00	1,00	1,00	1,00
	Reto semanal	1,00	1,00	1,00	0,95
	Instrumentos	0,94	0,94	0,94	1,00

Los jueces también evaluaron la estructura general del protocolo y los instrumentos utilizados, estos resultados se señalan en la Tabla 5.

Tabla 5 *Acuerdo entre jueces expertos para la estructura e instrumentos del protocolo*

Temática	**Aspecto a evaluar**	**IVC**			
		Cl	**R**	**Co**	**S**
Estructura	Estructura general	1,00	1,00	1,00	1,00
	Metodología general	1,00	1,00	1,00	0,94
	Cantidad de sesiones	1,00	1,00	1,00	1,00
	Duración de sesiones	1,00	0,94	0,94	0,87
	Recursos empleados.	1,00	1,00	1,00	0,94
	Relación de los temas, las actividades y los objetivos con la teoría de base	1,00	1,00	1,00	1,00
Instrumentos	Entrevista inicial	1,00	1,00	1,00	0,84
	Entrevista final	1,00	1,00	1,00	0,92
	Cuestionarios flexibilidad psicológica	1,00	1,00	1,00	1,00
	Evaluación de sesión	1,00	0,92	0,92	0,84

Para calcular la proporción del número de expertos que deben concordar para que cada aspecto del protocolo sea válido se utiliza el Índice de Validación de Contenido (IVC) mostrada en la Tabla 4 y Tabla 5 Luego, se contrasta con el índice Lynn de acuerdo (1986) que tiene en cuenta la proporción del número de expertos que podrían estar de acuerdo con respecto al número total planificado para su uso, y luego estableciendo el error estándar de la proporción para identificar el punto de corte entre el acuerdo casual y el acuerdo real. Los valores mínimos de acuerdo se detallan en la Tabla 6, en la que se observa que para 6 expertos, el acuerdo mínimo debería ser de 0.83.

Tabla 6 *Índice Lynn según el número de evaluadores*

N° de expertos	**N° de expertos evaluando el ítem o instrumento como válido**								
	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	**1.00**								
3	.67	**1.00**							
4	.50	.75	**1.00**						
5	.40	.60	**.80**	**1.00**					
6	.33	.50	.67	**.83**	**1.00**				
7	.29	.43	.57	.71	**.86**	**1.00**			
8	.25	.38	.50	.63	.75	**.88**	**1.00**		
9	.22	.33	.44	.56	.67	.78	**.89**	**1.00**	
10	.20	.30	.40	.50	.60	.70	**.80**	**.90**	**1.00**

Nota. Adaptado de Lynn (1986)

El valor mínimo encontrado en la evaluación por expertos está en 84 y el máximo en 1, y la moda de IVC para todos los criterios es 1. Por lo que todas las secciones tuvieron un acuerdo sólido de claridad relevancia, coherencia y suficiencia. Además, es importante destacar que el protocolo final (Anexo B) contiene los ajustes y sugerencias de los expertos para su utilización pertinente en el contexto de investigación

4.2. Componente cuantitativo

A continuación, se presenta el reporte de resultados provenientes del componente cuantitativo de la aplicación de la intervención. Es importante destacar que, dado que la muestra es de 10 participantes, se utilizaron pruebas no paramétricas, que son menos sensibles a los datos atípicos o a la asimetría de las distribuciones y son más robustas con muestras pequeñas.

La Tabla 7 expone los estadísticos descriptivos para las seis medidas recolectadas. Con relación a las medidas con tres registros, AAQ-II y VQ-OBS (subescala de obstrucción) presentaron un decremento en sus medias y medianas desde la pre-inscripción hasta la medida post-intervención. Sin embargo, el decremento de AAQ-II no fue completamente progresivo, presentando una mediana mayor en la medida pre-intervención. Asimismo, la diferencia para ambas medidas entre el momento pre-inscripción y el momento pre-intervención no aparentó ser muy grande. Los máximos y los mínimos de ambas medidas presentaron el mismo comportamiento a la baja. Por el otro lado, VQ-PROG (subescala de progreso) tuvo un comportamiento opuesto, incrementando su media, mediana, valor máximo y valor mínimo a lo largo de las tres etapas. En comparación con las otras dos medidas, la diferencia en VQ-PROG entre las medidas pre-inscripción y pre-intervención aparentó ser más pronunciada.

En cuanto a las medidas con dos registros, solo CFQ presenta un comportamiento a la baja, expresado con una caída en la media, la mediana y el valor mínimo en la etapa post. No obstante, el valor máximo presentó un leve incremento post-intervención. MAAS y EBP experimentaron un incremento en la medición post-intervención, expresada en la mediana, en la media, en el valor mínimo y en el valor máximo.

Tabla 7 *Estadísticos Descriptivos Segmentados por Etapas*

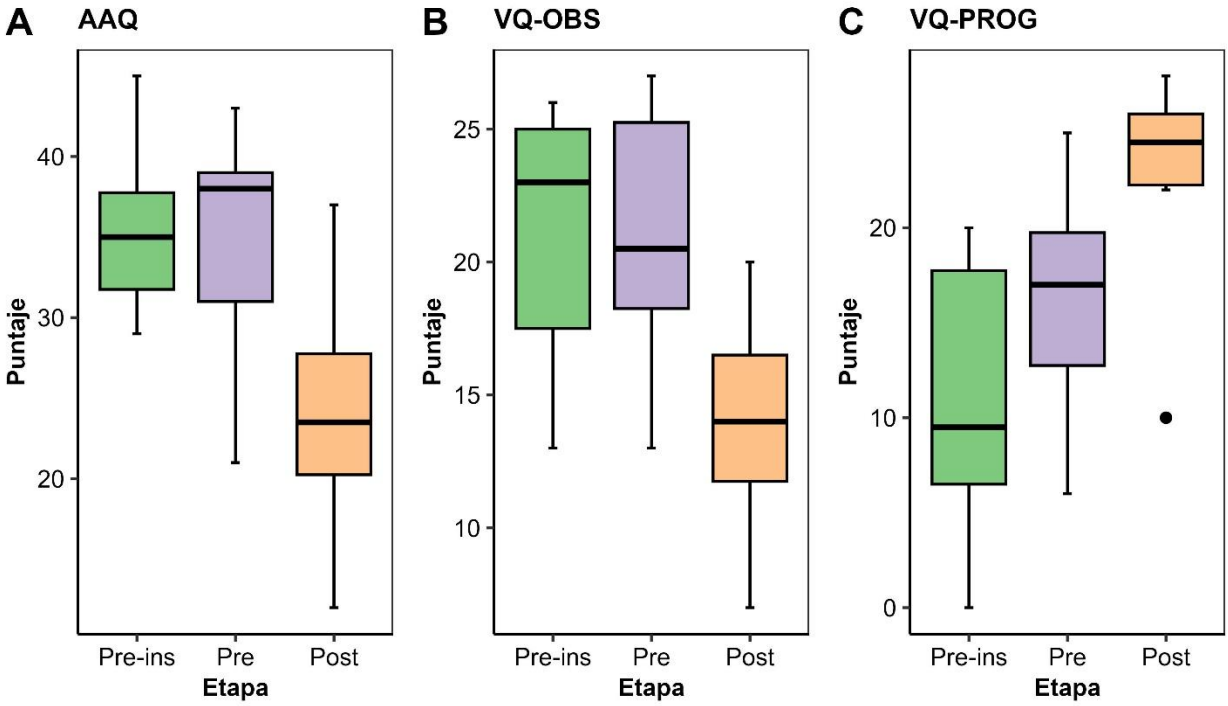
AAQ-II					
Etapa	Mediana	Media	DE	Mínimo	Máximo
Pre-ins	35	35.5	5.28	29	45
Pre	38	34.3	7.57	21	43
Post	23.5	24.3	7.63	12	37

VQ-OBS					
Etapa	Mediana	Media	DE	Mínimo	Máximo
Pre-ins	23	21.2	4.61	13	26
Pre	20.5	21.1	4.48	13	27
Post	14	13.9	4.28	7	20
VQ-PROG					
Etapa	Mediana	Media	DE	Mínimo	Máximo
Pre-ins	9.5	11	6.86	0	20
Pre	17	16.6	5.72	6	25
Post	24.5	23.2	5.03	10	28
CFQ					
Etapa	Mediana	Media	DE	Mínimo	Máximo
Pre	31.5	31.9	6.81	21	41
Post	22.5	25.3	9.64	11	42
MAAS					
Etapa	Mediana	Media	DE	Mínimo	Máximo
Pre	47.5	47.7	11.2	32	69
Post	55.5	55.7	9.08	45	72
EBP					
Etapa	Mediana	Media	DE	Mínimo	Máximo
Pre	91	90	21.5	45	115
Post	113.5	114.3	16.6	85	137

La **Figura 3** *Comportamiento de las Variables con Tres Registros*Figura 3 muestra un panel de 3 boxplots que registran la tendencia de las variables con tres medidas a lo largo del procedimiento. Estos gráficos corroboran el hallazgo principal la anterior tabla: AAQ-II y VQ-OBS tienden a la baja en tanto VQ-PROG lo hace al alta. Sin embargo, el panel hace aún más notoria la diferencia de progresión que hubo entre medidas. Los rangos intercuartílicos de las medidas pre-inscripción y pre-intervención son muy similares en el caso de AAQ-II y VQ-OBS, y el cambio solo se hace notorio al observar la bajada de dicho rango en las etapas post. Sin embargo, en VQ-PROG se aprecia la subida de todo el rango intercuartílico en la etapa pre-intervención, seguida de

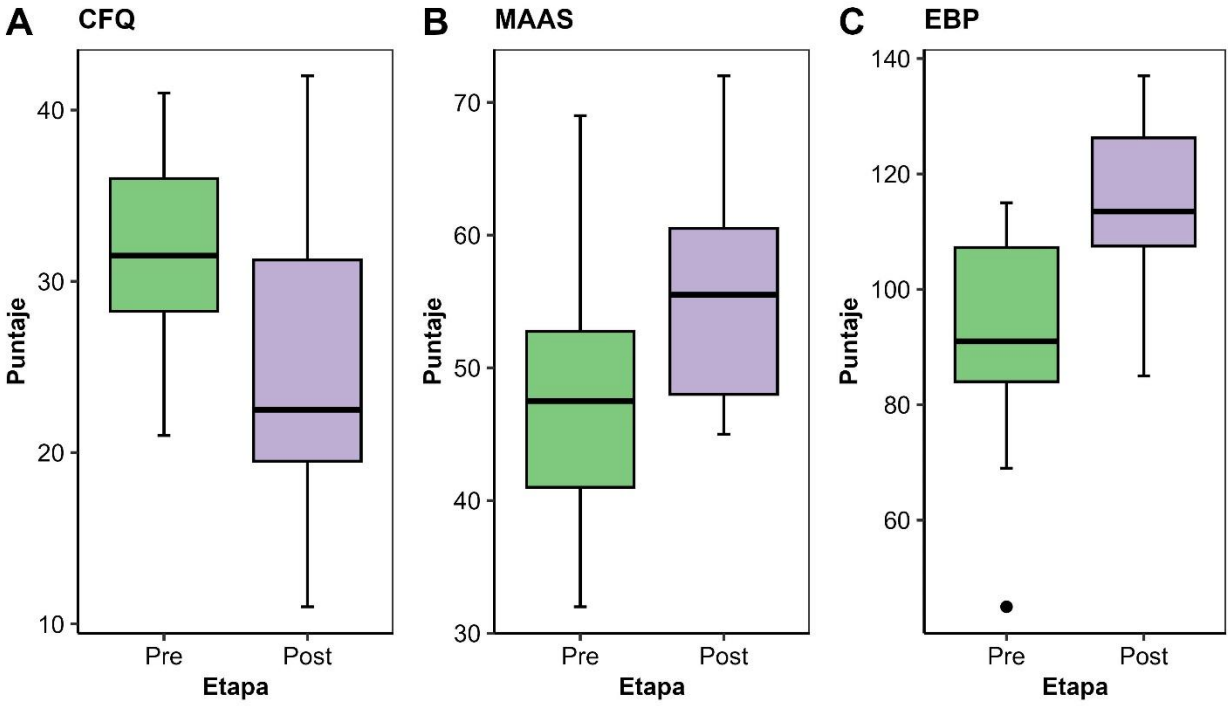
una nueva subida en la etapa post-intervención (incluyendo la aparición de un valor atípico).

Figura 3 *Comportamiento de las Variables con Tres Registros*



La Figura 4 presenta el panel de boxplot para las variables con solo dos registros durante el procedimiento. Nuevamente, la tendencia sugerida por la tabla es corroborada por la distribución de las cajas: MAAS y EBP se comportaron al alta, mientras que CFQ se comportó a la baja. Los rangos intercuartílicos completos siguieron la misma tendencia de las medianas, y el único hallazgo adicional estuvo en la presencia de un valor atípico en la etapa pre-intervención para la variable EBP.

Figura 4 *Comportamiento de las Variables con Dos Registros*



La Tabla 8 muestra los resultados de la prueba de Friedman y de la W de Kendall para las variables con tres registros durante el procedimiento. Las tres variables presentaron diferencias estadísticamente significativas entre las tres etapas del procedimiento. La diferencia en VQ-PROG fue grande, mientras que en VQ-OBSTRU y AAQ-II fue moderada.

Tabla 8 *Resultados de la prueba de Friedman y de la W de Kendall*

Variable	$X^2(2)$	p	W
AAQ-II	7.79	.02*	.39
VQ-OBSTRU	8.22	.016*	.41
VQ-PROG	14.8	.0006***	.74

Nota. *p < .05, **p < .01, ***p < .001

La Tabla 9 muestra los resultados de las pruebas post-hoc realizadas para estas 3 variables a través de la prueba de los rangos con signo Wilcoxon. Esta tabla omite aquellas diferencias que no fueron estadísticamente significativas. Todas las diferencias que fueron significativas también presentaron un tamaño del efecto grande. Para el caso

de AAQ-II, tanto la medida pre-inscripción como la medida pre-intervención tuvieron diferencias significativas con la medida post-intervención. En cambio, VQ-OBSTRU presentó una sola diferencia significativa entre la medida pre-intervención y la post-intervención. Finalmente, en VQ-PROG, tanto la medida pre-intervención como la medida post-intervención presentaron diferencias con la medida pre-inscripción. Este hallazgo es congruente con la tabla de estadísticos descriptivos y con el boxplot de VQ-PROG: hubo un cambio destacable en los valores de esta variable entre el momento de pre-inscripción y el de pre-intervención, mientras que en el AAQ-II y VQ-OBSTRU ambos momentos tendían a valores similares.

Tabla 9 *Resultados de las Pruebas Post-Hoc*

Grupo 1	Grupo 2	Z	p (Bonferroni)	r
AAQ-II – Pre-ins	AAQ-II – Post	36	.042*	.84
AAQ-II – Pre	AAQ-II – Post	52	.043*	.79
VQ-OBSTRU – Pre	VQ-OBSTRU – Post	44	.038*	.81
VQ-PROG – Pre-ins	VQ-PROG – Pre	1	.024*	.86
VQ-PROG – Pre-ins	VQ-PROG – Post	0	.027*	.87

Nota. *p < .05, **p < .01, ***p < .001

La Tabla 10 presenta las comparaciones realizadas para las variables con solo dos registros. Si bien CFQ y MAAS presentaron diferencias moderadas entre el momento pre y el momento post, estas no fueron estadísticamente significativas. EBP fue la única variable que presentó una diferencia estadísticamente significativa entre ambos momentos, la cual fue grande de acuerdo con el coeficiente r.

Tabla 10 *Comparación para Variables Registradas en Dos Momentos*

Grupo 1	Grupo 2	Z	p	r
CFQ - Pre	CFQ - Post	43	.13	.5
MAAS - Pre	MAAS - Post	10	.15	.48

EBP - Pre	EBP - Post	1	.013*	.8

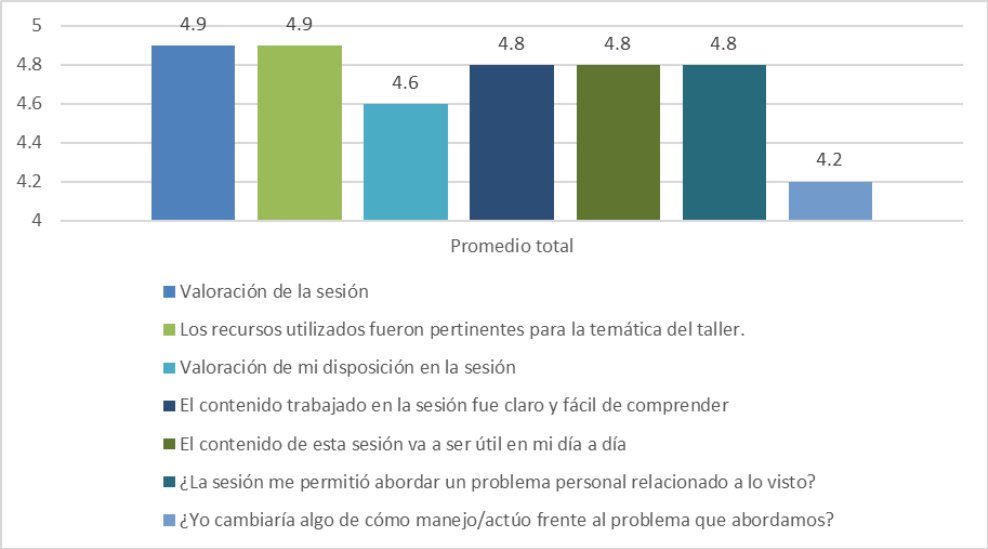
Nota. *p < .05, **p < .01, ***p < .001

Al final de cada sesión los participantes calificaron su experiencia de interacción con la intervención, los resultados se describen a continuación.

En total se registraron 39 respuestas de Evaluaciones de la sesión, divididas en 15 para la primera sesión, 12 para la segunda y 13 para la tercera.

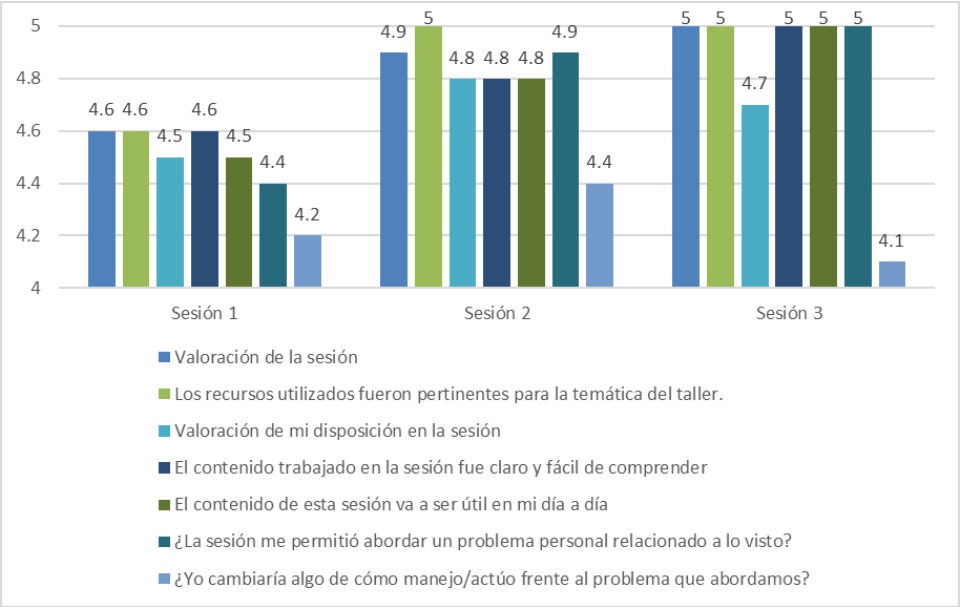
Como resultado, hubo alta valoración de las actividades (4.9), recursos (4.9), claridad (4.8), utilidad (4.8) y transferencia a sus necesidades personales (4.8) (Véase Figura 5). Esto puede observarse en las puntuaciones promedio que van desde 4.6 hasta 4.9 en una escala de 1 a 5. La probabilidad de cambio conductual de la última pregunta tuvo una respuesta positiva, pero un poco menor a las demás, con un promedio de 4.2.

Figura 5 *Promedio de calificaciones totales - Evaluación de la sesión*



Por sesión, el panorama es similar, aunque puede observarse una tendencia hacia la adherencia y mejor valoración de los contenidos desde la segunda sesión (Véase Figura 6). En la primera sesión el rango de promedios va desde 4.2 hasta 4.6. En la segunda sesión incrementa un poco desde 4.4 hasta 4.9. Mientras que en la tercera sesión va desde 4.1 hasta la puntuación máxima de 5.

Figura 6 *Promedio de calificaciones por sesión - Evaluación de la sesión*



4.3. Componente cualitativo

El siguiente apartado responde a la codificación teórica de los datos extraídos de las entrevistas, por lo que se organiza por pilares FACT, luego dentro de las dimensiones del bienestar psicológico de Ryff y finalmente la experiencia de interacción con la intervención.

4.3.1. Pilares FACT

Tabla 11 *Respuestas codificadas en el Pilar Apertura pre y post intervención*

Pre: Apertura Antecedente y Respuesta problema	**Post: Apertura** Respuestas alternativas asociadas al taller.
"Empiezo a procrastinar para no afrontar el problema, pero luego me siento peor… me acuesto a dormir para apagar las emociones… o como muchos dulces por eso." (PF1)	"Dejé de pensar que me tenía que salir excelente [...] solo lo tengo que hacer." "Si pude empatizar con los demás también puedo empatizar conmigo" (PF1) "He optado no por tapar eso incómodo que siento. Ponerlo a un lado donde pueda verlo y [...] saber qué sigue." "Estoy

"Paralizarme significa no cometer errores, el beneficio sería no pasar por la incomodidad de cometerlos." (PF2)

"Huir del problema para no sentir como esa carga, sin embargo, es peor [...] prefiero hacer algo que no me genere tristeza, como ver series." (PF3)

"Procrastino las cosas [...] quiero [...] que mi cabeza me deje tranquila, [...] estar en paz." (PF5)

"Es difícil gestionar las emociones [...] trato de saltármelas. Con la tristeza trataba de evitarla [...] en pandemia tuve atracones." (PF6)

"Intento meterme a [...] cosas, pero yo siento que también es como evadiendo unas dificultades." "Es muy difícil aceptar como pedir ayuda." (PM9)

“A veces estoy hablando con alguien, [...] a la mitad empiezo como a como a como a flotar en el pensamiento". (PM10)

intentando ser más compasiva y entenderlos. No justificarlos. Pero si decir cómo, claro, tienen como muchas cosas detrás." (PF5)

"Aplicar como el ejercicio de ver la otra cara de la moneda [...] recuerdo [...], si no pongo este límite, me estoy lastimando es a mí misma." (PF6)

"Era muy incómodo andar sin estar pensando en alguna otra cosa y como disociarme de mi presencia misma [...] y ya, [...] no me da como tanta ansiedad [...] sentir mi propia presencia." (PF7)

“Todo lo quería para ya, pero pues todo, todo es un camino.” "[antes] me aislaba yo mismo [...]. Ahorita, por ejemplo, ya sé si es algo que me enoja o me pone triste." (PM9)

Es un paso grande porque, yo había dejado [...] había dejado las cosas, bueno, socializar, eh, cuidarme, [...] porque en realidad resultaba procrastinando. [...] ya ahorita es algo que identifico” (PM10)

Respecto al pilar de apertura, en la entrevista inicial los participantes mostraron una tendencia marcada a evitar el malestar emocional mediante procrastinación, distracciones (ver series, comer dulces, etc.), y comportamientos como el consumo de SPA, huir de los problemas, entre otras (Véase Tabla 11). Estas acciones enmarcadas en estrategias de control aversivo tienen como consecuencia exacerbar su sufrimiento emocional y limitar su capacidad de actuar en concordancia con sus metas. "La [SPA] me inhibe de los problemas y no me deja [...] afrontarlos [...] lo que me hace procrastinar más, como que por querer mermar esa tristeza." (PM7)

En la entrevista post intervención, se observan cambios en la forma en que los participantes abordan sus eventos privados. Los contextos o eventos privados aversivos no desaparecen, pero hay un incremento en los repertorios de afrontamiento. Hay un mayor uso de la auto compasión, la discriminación de eventos privados aversivos y una reducción de las estrategias de control de eventos privados indeseados.

Algunos participantes describen una mejora en su relación consigo mismos y los demás, orientada principalmente por la comprensión de su historia de aprendizaje o la de los demás "La auto compasión me ha ayudado a entender que, aunque paralizarme [...],

alejarme, [...] distraerme sí me servía para algo, [...] es la forma que hemos aprendido a usar para enfrentar esas situaciones, pero podemos aprender nuevas." (PF2).

Tabla 12 *Respuestas codificadas en el Pilar Conciencia pre y post intervención*

Pre: Conciencia: Antecedente y Respuesta problema:	**Post: Conciencia:** Respuestas alternativas asociadas al taller.
"Estoy estancada. Siento a veces que es como que yo soy así." (PF1) "Cuando una emoción está presente [...] no me puedo concentrar. Me cuesta mucho soltar esa emoción" "Me creo bastantísimo todo lo que me digo" (PF2) "Me sentía observada y juzgada en el pasado." (PF5) "Me tocó irme con mi papá, fue difícil adaptarme porque él es distante emocionalmente." (PF6) "Soy bastante introvertida, pienso mucho en el futuro y eso me detiene de actuar." (PF7) "Me siento incapaz en la academia, esto afecta mi autoestima." (PM8) "No era consciente de mis hábitos ni de ser empático conmigo mismo o los demás." (PM9) "Aunque haga cosas, siempre siento que debo exigirme más." (PM10)	"Trato de [...] no darme tan duro [usando] la auto compasión" (PF1) "auto compasión lo estoy usando cuando, [...] no logró lo que quería lograr, pero digo 'bueno, estamos en un proceso'. Ser mi mejor amiga, pues también porque ya [...] no me juzgo tanto." (PF2) "Aprendí a sentir las emociones y liberarlas, luego intento pensar en una solución o tratarla." (PF3) "Aprendí a ser más tranquila conmigo, ser compasiva y aceptar que no puedo con todo al tiempo." (PF5) "Identifico lo que siento y no veo la vulnerabilidad como debilidad, sino como una herramienta." (PF6) "He fortalecido mis relaciones, ya no me alejo por nervios. Veo la vulnerabilidad como parte de la esencia humana." (PF7) "Soy consciente hacia dónde quiero dirigirme, acepto el sacrificio y disciplina necesarios." (PM8) "Ahora soy más consciente de mi proceso y pido ayuda si lo necesito. Soy más empático conmigo y con los demás." (PM10)

Frente al pilar de conciencia, en la entrevista inicial se observa una tendencia hacia la inflexibilidad frente a sus historias y contenidos del yo, caracterizada por el perfeccionismo, la autocrítica, y la etiqueta de sí mismos como poco hábiles para abordar emociones como la tristeza, el estrés o la frustración (Véase Tabla 12). Los participantes muestran un patrón de evitación emocional, acompañado por diálogos internos hostiles y una sensación de desconexión tanto consigo mismos como con los demás. "Tengo pensamientos que se cruzan, no sé en qué confiar. El diálogo conmigo misma es a veces bastante hostil." (PF2)

Estas verbalizaciones sugieren un apego rígido de reglas verbales sobre su yo conceptualizado, falta de discriminación de estados disposicionales o emocionales en el presente, y una dificultad para adaptarse a situaciones según su experiencia directa.

Tras la intervención, en cambio, se reflejan cambios en la manera en que los participantes interactúan con sus experiencias internas y externas. Nuevamente la auto compasión se escucha como clave para facilitar una nueva forma de relacionarse consigo mismos.

Algunos participantes lograron reducir la exigencia de perfección o las descripciones hostiles consigo mismos y comenzaron a permitir sus eventos privados, incluso en momentos de vulnerabilidad, lo cual les permitió vivir el presente de manera más consciente y reducir la rigidez de su control. Aprender a percibir la vulnerabilidad como una herramienta y no como una debilidad, refleja nuevas relaciones derivadas sobre sí mismos. "Acepto que no soy perfecto. Cambié mi perspectiva de buscar reconocimiento externo a compararme solo conmigo mismo." (PM9)

Tabla 13 *Respuestas codificadas en el Pilar Compromiso pre y post intervención*

Pre: Compromiso Antecedente y Respuesta problema:	**Post: Compromiso** Respuestas alternativas asociadas al taller.
"Tengo muchas metas que no puedo alcanzar [...] porque no las hago. Trato [...] de no tener contacto con la gente por lo mismo." (PF1) "Me dejo llevar mucho por mis pensamientos y eso me empieza a paralizar. me detiene en como trabajar o realizar mis metas diarias [...] en hacer lo que es bueno para mi bienestar." (PF2) "Prefiero estar en mi casa [...] lo que sé es que estoy más cerrada físicamente, ya no hablo casi. " (PF2) "Procrastino [...] porque no me tengo fe" "mi solución ha sido un poco como huirle a a los problemas" (PF5) "Paso es como a un piloto automático y dejo como de hacer cosas que son importantes." (PF6) "Se me dificulta [...] hacer las cosas, no tengo muchas habilidades sociales y eso me ha hecho como reprimirme un poco.	"[Con mi] familia ya estoy más consciente de que estar con ellos es lo que yo quiero. Les he sacado más tiempo." "[si] tengo una tarea difícil y una fácil procrastino haciendo la fácil, pero al menos hago algo." "intento ya como abrirme más a las otras personas." (PF1) "Cuando siento malestar y respecto a cualquier situación, me preguntó sobre las condiciones del genio si se están cumpliendo o no", "Estoy tratando de forjar hábitos. Hace muchos, muchos años vengo buscando espacios como este taller." (PF2) "Me estoy priorizando" "mis conexiones con las personas las estoy mejorando" "Almorzar con los demás, como compartir más tiempo, y también organizar [... las] actividades." "establecer límites." (PF3) "Prepararme un poco más a la hora de ir a hablar. Entonces tengo como más

No sé qué hacer entonces prefiero no hacer nada" (PM8)

"No tan buena idea decir [...] voy a comprar esto porque lo necesito para [...] cuidado de mi bienestar, y como que decía [...] para que me la voy a gastar en eso, mejor aguantemos" (PM9)

"Terminé comprando una guitarra, pero imagínate, está ahí tomando polvo porque [...] no sé ni como arrancar."… "Me da como miedo ir a hablarle a la gente" (PM10)

confianza." … "estar presente en mis relaciones con amigos." (PF7)

"Subir más de peso [en el gimnasio]. ir más a espacios [...] sociales, porque también, pues, como parte de esas cosas que me propongo es como mejorar socialmente." (PM8)

"He podido compartir [...] como me siento." "si algo no salió como quería, pues si lo puedo mejorar, pues lo mejoro y si no se puede hacer nada, pues, intentar avanzar porque es lo que habíamos hablado, o sea con miedo y todo, pues toca hacerlo" (PM9)

"Puedo identificar un poco más, qué es lo que quiero yo y no, no de otros", "estoy tratando de socializar más", "cuando uno, como que se trata así [autocompasión] uno termina siendo como más empático con los demás." (PM10)

Con relación al pilar de Compromiso, previo a la intervención, se observa una fuerte presencia de comportamientos evitativos, como la procrastinación, y un distanciamiento de los valores personales. Los participantes tienden a la inacción o impulsividad, guiados por eventos privados como angustia o miedo al fracaso. Su narrativa revela la influencia de reglas verbales fusionadas basados en la evitación, lo cual genera una desconexión entre lo que consideran importante y lo que realmente hacen para avanzar hacia sus objetivos (Véase Tabla 13).

Las barreras emocionales, como la ansiedad y el miedo, se perciben como paralizantes para tomar decisiones y se asocian con dificultades en el mantenimiento de relaciones interpersonales o el autocuidado. Una narrativa que lo muestra puede ser: "[La ansiedad] me hace no querer hacer ciertas cosas por miedo a cómo vayan a ser los resultados. Las dejo para último momento o no me siento capaz de hacerlas o me auto saboteo de alguna manera" (PF7)

Después de la intervención, las expresiones de los participantes muestran mayor compromiso con los valores personales y una mayor disposición a tomar acciones que promueven el bienestar y sus *Caminos vitales*. En esa vía, relatan un mayor acercamiento a sus familiares, amigos y seres queridos, acompañados de una mayor aceptación y compasión. Por ejemplo, "Estoy siendo más como comunicativa y también

más abierta a recibir [...] lo que son ellos [familia]"… "no afanarme tanto porque siento que iba como a toda velocidad intentando ya solucionar todo" "Intentando como abrazar más a mi mamá, mis hermanos, [...] tal vez un poco más cercana de esa forma" (PF5)

Las acciones comprometidas se manifiestan a través de hábitos más organizados y experimentos de cambio de comportamiento que fomentan su conexión con lo que consideran significativo. La procrastinación tiende a disminuir, y en su lugar surge una narrativa de planificación y ejecución gradual, lo que les permite avanzar sin sentirse abrumados por la magnitud de las tareas. Este proceso está acompañado de una mayor confianza en sus acciones y un sentido de propósito más claro.

4.3.2. Bienestar psicológico

Por otra parte, respecto al bienestar psicológico, también se encontraron diferencias en las narrativas de los participantes, cuando se codifican según las dimensiones propuestas por Ryff (1989).

Autoaceptación: Los participantes expresaban actitudes más críticas y hostiles hacia sí mismos en la entrevista pre-intervención. Sus narrativas reflejaron sus percepciones de inadecuación o insuficiencia auto referenciadas. Se puede observar en expresiones como: "El diálogo que yo tengo conmigo misma es a veces bastante hostil." (PF3), "Procrastino mucho las cosas porque no me tengo fe." (PF5), "Me cuesta demasiado soltar las cosas." (PF2) o "Las altas expectativas que tengo sobre mí misma y mi vida, tal vez también la sobre exigencia […] toda la vida había pensado que tengo baja autoestima." (PF2)

Los participantes muestran un cambio hacia una mayor autoaceptación en la entrevista final, reportando una mayor apertura a reconocer tanto sus fortalezas como sus debilidades. Esto se refleja en la forma en que aceptan su vulnerabilidad y están dispuestos a exponerse a nuevas experiencias sin temer tanto al juicio o al fracaso.

Algunas frases donde se puede rastrear son: "He tratado de ser más consciente de esas barreras, porque a veces uno se quiere como negar, darse tiempo para poder atravesarlas." (PF7), "Aceptar que no soy perfecto. Ajá. Tratar de aceptarme por como lo que soy, lo que hice y por lo que quiero hacer." (PM10) o "Ya soy más consciente que toca despacio. Y sí, o sea, no, no me tengo que afanar por el resultado, sino que lo que importa es lo que pasa entre esos dos puntos." (PM10)

Relaciones positivas: En cuanto a las relaciones interpersonales, al inicio varios participantes señalaron conflictos en sus vínculos, lo cual está relacionado con su dificultad para manejar adecuadamente sus eventos privados y la forma en que los comunican o evitan expresarlos. Estas dificultades llevan al aislamiento, a la ruptura de amistades y como consecuencia insatisfacción con sus relaciones.

Comentarios orientados hacia estas dificultades pueden ser: "Me ha alejado de muchas amistades." (PF3), "Eso me afecta mi relación con los demás y conmigo misma." (PF2), "En mi casa, como que se vivía una situación bastante violenta psicológicamente." (PF5), "Mi relación con mi mamá ha desmejorado bastante." (PM8), "Yo trato tampoco de no tener tanto contacto con la gente por lo mismo." (PF1), "Digamos ahorita tengo amigos, pero no les hablo." (PF1), "Me da como miedo ir a hablarle a la gente o sí, a tratar con los otros." (PM10) o "No me es fácil interactuar con alguien y tanto ser empático conmigo y con la otra persona." (PM9)

En la etapa post intervención los relatos reflejan una mayor capacidad para construir relaciones más profundas, basadas en la confianza y la autenticidad. Los participantes se permitieron estar más presentes y empáticos en sus relaciones. Por ejemplo, se han acercado más a sus familias, amigos y redes de apoyo, desarrollando una mayor toma de perspectiva y una actitud más empática hacia los demás. Esta apertura hacia las relaciones ha llevado a una mayor interacción y al fortalecimiento de la conexión con las personas significativas en sus vidas.

Los participantes lo mencionan en expresiones como "Me he dado más el tiempo de hablar con mis amigos y preguntarle cosas." (PF1), "Tratar de ser más consciente de pues, de estar más en el momento y no en celular." (PF1), "Mi grupo de apoyo, que ya es un poco más amplio que dos tres personas, sino que ya siento que hay mucha más gente en él, incluyendo, pues también una parte de mi familia." (PF7) o "Volví a retomar la amistad con la gente del colegio que había dejado de hablar." (PM10)

Autonomía: Antes de comenzar la intervención, algunos de los participantes comentaron como sus acciones se permean por normas externas o evitan tomar decisiones que puedan hacerlos fracasar o confrontar con los demás. La falta de auto determinación se refleja en la dificultad para tomar decisiones y en la tendencia a huir de los problemas, lo que a menudo se asocia funcionalmente a las acciones de distracción externa o con el aplazamiento de acciones significativas.

Sus narrativas relacionadas se vieron como: "Procrastino las cosas, huyo de mis problemas." (PF5), "No puedo ser yo misma, como expresarme con libertad." (PF2), "Prefiero estar en mi casa, eh, mirando series y haciendo cualquier otra cosa que salir." (PF3), "Es muy difícil o fácil de aceptar como pedir ayuda." (PM9), "Me detiene es como el miedo a ser grosera, como que después la gente no me quiera." (PF5), "Miedo de enfrentar realmente mis problemas, salir de mi zona confort para mejorar ese tipo de cosas me resulta difícil." (PM8) o "Me niego a participar de ciertas cosas porque no siento que sea suficiente para poder participar." (PF7)

En contraste, al final los participantes relatan haber desarrollado mayor confianza en su capacidad para tomar decisiones basadas en sus propios valores, actuando de manera más independiente y alineada con lo que consideran importante para ellos, aun cuando hubo influencia de presiones externas.

Algunas verbalizaciones asociadas son: "Ya soy más consciente de que cuando hago algo y me estoy limitando como que sé que me estoy dando duro y luego digo, ay, pero no es para tanto." (PF1), "Intentado ya como abrirme más a las otras personas." (PF1), "Aceptar que no soy perfecto. Ajá. Tratar de aceptarme por como lo que soy, lo que hice y por lo que quiero hacer." (PM10) o "Ser a mi mejor amiga, pues también porque ya no me trato tan... ya no me juzgo tanto." (PF2)

Dominio del entorno: Antes de la intervención, los participantes expresaban dificultades para propiciar situaciones o contextos dirigidos a su bienestar, a menudo sintiéndose atrapados en dinámicas que no les favorecen o que están regidas por la evitación. Esto se traduce en problemas para aprovechar oportunidades y para generar ambientes que les permitan alcanzar sus metas. La evitación, el aislamiento, el permitir que las circunstancias definan sus decisiones y la pérdida de oportunidades fueron recurrentes.

Sus narrativas versaron sobre: "He perdido muchas citas por pensar en la burocracia." (PF5), "Dejo pasar oportunidades que puedo tomar." (PF6), "Me cuesta también pedir ayuda, no quiero contar que no estoy bien." (PM9), "Paso es como a un piloto automático y dejo como de hacer cosas que son importantes." (PF6), "Perder el tiempo o a dejar que las cosas lo lleven a uno en automático y se acaba el día y otra vez." (PM10), “Irme adaptando yo mismo a que hay que ponerle un poquito de horario a la rutina de lo que debo hacer." (PM9)

Las narrativas finales reflejan que los participantes comenzaron a participar de forma más activa en su entorno. Por ejemplo, mencionan asumir responsabilidades que antes evitaban y crear circunstancias más favorables para su crecimiento en situaciones cotidianas y exigencias académicas, lo que refleja un mayor sentido de control sobre sus circunstancias.

Algunos ejemplos de esta categoría son: "En la U he estado más organizada, esto más cosas. ahora como que tengo una tarea difícil y una fácil procrastino haciendo la fácil, pero al menos hago algo." (PF1), "Almorzar con los demás, como compartir más tiempo, y también organizar o no sé si organizar el correo en el sentido, como de ver qué cosas hay." (PF6) o “Estoy tratando de forjar hábitos.” (PF2).

Propósito en la vida: En la etapa inicial, los participantes señalaban una falta de dirección y significado en sus vidas, lo que los llevaba a la inacción o a perpetuar acciones que no conectan con sus propósitos.

El sentimiento de estancamiento y la falta de sentido en la vida son recurrentes. Los pensamientos sobre el futuro se describen como pesimistas, con dudas sobre el propósito personal y el miedo a no lograr lo que desean. A menudo se evita el enfrentamiento de estas emociones, recurriendo a actividades que distraen de la introspección sobre el propósito vital.

Algunas expresiones fueron: "Tengo muchas metas que no puedo alcanzar por eso mismo porque no las hago." (PF1), "Me siento un poco sola. Todo se ha acumulado." (PF3), "Insatisfacción constante con mi vida en diferentes áreas." (PF2), "El momento de la tristeza me hace pensar como ay, no he avanzado tanto." (PM9), "¿Qué propósito tengo yo? o qué propósito tienen los otros para existir?" (PM10) o "Imaginando cosas como pensando en que estoy haciendo cosas que me harían feliz a futuro, pero entonces no las no estoy haciendo las cosas para llegar a ese punto." (PM10)

Las narrativas después de la intervención reflejan que han comenzado a actuar con mayor intención y han definido metas en sintonía con lo que es importante para ellos. Por lo que se intuye un progreso en la construcción de un sentido de propósito y dirección en la vida. Se promovió que los participantes reflexionen más sobre lo que quieren lograr, reconociendo que alcanzar sus objetivos implica algo de malestar o salir de su zona de confort.

Manifestaciones sobre ello pueden seguirse de: "Soy consciente como de hacia dónde quiero dirigirme como persona. Entiendo que eso implica cierto nivel de sacrificio y

de disciplina." (PM8), “Poderme como volver a focalizar a donde quiero llegar y eh, como que me falta para eso y qué es lo que qué debo hacer." (PM9) o "Retomar como esa cercanía con mis amigas." (PF7)

Crecimiento personal: Antes de la intervención, los participantes parecían estancados en patrones rígidos de comportamiento, con una resistencia al cambio y a enfrentar retos emocionales o interpersonales. También es notoria la dificultad para plantearse retos personales o derivar su conducta de las experiencias pasadas. No obstante, algunos participantes tienen narrativas dejan entrever un interés por conocerse a sí mismos, como una forma de acercarse a lo que quieren.

Algunos ejemplos derivados de sus intervenciones iniciales fueron: " Dejo como que me que pasen [las cosas] y ya. No sé qué hacer entonces prefiero no no hacer nada" (PM8) "Fácilmente se pierde esa motivación y ya todo se vuelve más difícil." (PM9), "Siento que también le he puesto como mucho cuidado como a mí misma." (PF5), "El tratar de conocerme un poco, lo que ha permitido modificar las cosas y tomar como más acción." (PM10), "como que, si me auto conozco, ya sé cómo, al final, trabajar conmigo mismo para, para ser mejor aún para mí y para los demás." (PM10)

En la etapa post intervención los relatos sugieren una apertura a nuevas experiencias y un desarrollo de habilidades emocionales y sociales que les permiten enfrentarse a retos personales o de crecimiento de manera más efectiva. La autocompasión es percibida por ellos como una herramienta común para su crecimiento y para el reconocimiento de logros personales

Esto puede seguirse de su discurso inicial como: "Yo la hacía mal en cualquier cosa que me hacía sentir a mí como me pordebajeaba yo misma y ahora la miró como por más amor, me miró. Miro esa situación como con más amor… me trato mejor" (PF3), "Me ha servido también como […] para tomarme una pausa." (PF5), "Auto compasión lo estoy usando cuando siento que no logro lo que quería lograr, pero digo 'bueno, estamos en un proceso'." (PF2) o "Tratarse uno de forma más compasiva. Eso ya es un gran avance."

4.3.3. Experiencia de intervención

Además de las calificaciones sesión a sesión, los participantes también se expresaron alrededor de las actividades de la intervención y su participación en ella,

tanto en las evaluaciones de sesiones como en la entrevista final. A continuación, se describen las categorías generales que surgieron de sus respuestas.

Satisfacción con la participación: Esta categoría refleja el grado de satisfacción que los participantes sienten hacia su experiencia en el taller, incluyendo su disposición a recomendarlo a otros y su percepción de la efectividad de las actividades. Incluye sentimientos de conexión, aceptación y la percepción de que su participación fue valiosa y significativa, "Lo recomiendo muchísimo porque siento que es algo que todos, o en una muy grande parte de las personas, que no saben manejar sus emociones... es necesario tener esto como aprender a manejar nuestras emociones." (PF3)

El contar con un espacio seguro y acogedor fue una expresión frecuente que se vinculó con que varias personas se sintieran cómodas al participar. Esta sensación de seguridad es señalada como relevante por ellos para propiciar la apertura y la vulnerabilidad, "Todo estuvo muy bien, realmente agradezco el espacio y la comodidad que se presenta en el mismo para poder sentir libremente." (PF7)

Tabla 14 *Experiencias de intervención: Satisfacción con la participación*

Categoría: Satisfacción con la participación
"En general me gustó harto el taller, no creo que le cambiaría nada." (PF1)
"Agradecer por su intención de generar estos espacios y por haber estado ahí compartiendo con las personas." (PM9)
"El hecho de que sean con otras personas que uno no conoce, pues también permite que uno llegue como un poco temeroso a participar, pero a mí me pareció un espacio donde podías comunicar y […] expresarte." (PM9)
"Me sentí bastante cómoda. Sí, y el espacio […] privado." (PF6)
"Un espacio en el que me sentí segura para hablar, en donde pude conectar con otras personas con problemas similares." (PF1)
"Yo creo que era un espacio seguro. Me sentía muy cómoda, como en el lugar, y también como el hecho de esta rodeada ahí, como de personas que igual sentía lo mismo lo hacía a uno sentir que no estaba solo." (PF7)
"Cumple el objetivo de dar herramientas que [...] realmente se puede ver un cambio." (PF5)
“[es] Como una especie de entrada hacia […] implicarse en lo que es la terapia, la salud mental y ese ese tipo de cosas” (PM8)
“[cambios provienen] principalmente del taller, el resto de cosas que me han venido así como apoyando han venido todos a raíz del taller, es como un arbolito y sus ramas.” (PM10)
"Me pareció nuevo y muy enriquecedor." … "Siento que fue muy dinámico que también siento que es, es una forma muy eficiente de aprender las cosas en la medida

de que era tan poquito el tiempo […] O sea, a pesar de que es tan cortico, los tres objetivos de aprendizaje fueron claros y además me parece que son esenciales." (PF2)

Actividades memorables: Esta categoría abarca las actividades específicas o momentos de la intervención que resonaron de forma significativa a los participantes, ayudándoles a afianzar aprendizajes o recuerdos que en últimas podrían ser generalizables.

De forma recurrente, los ejercicios que se asociaron a la empatía y la autocompasión fueron memorables, donde reconocieron su propia vulnerabilidad, y una conexión profunda consigo mismos y con el sufrimiento de los demás. “La actividad donde debíamos representar lo que nos dolía y luego la forma de ser compasivos, entonces esa vez, sí, lloré bastante. Y también me dolió mucho lo que todos hicieron, esa parte que creo que quedó muy, muy marcada” (PF6)

Además, los participantes destacan el carácter experiencial y práctico de las sesiones como un indicador de comprensión de las temáticas. “Es un taller muy aplicable […] y muy práctico. Siento que fue muy dinámico que también siento que es una forma muy eficiente de aprender las cosas” (PF2)

Tabla 15 *Experiencias de la intervención: Actividades memorables*

Categoría: Actividades memorables
"Varias actividades como que le ayudan a uno a ser consciente, precisamente esta de ser consciente de las emociones, todo eso, porque nunca me había dado como el tiempo de decir como, bueno, en qué emoción siento y porque la estoy sintiendo." (PF7)
“Cuando tú me dijiste como que intentara acoplar o ajustar esos deseos teniendo en cuenta las tres condiciones del genio, ahí fue como que me cambió la vida." (PF2)
"He visto que no soy el único con miedo sobre que lo soy y seré." (PM10)
"Siempre eran ejercicios que yo no me esperaba, pero que representaron muy bien eso que querías que nosotros aprendiéramos." (PF2)
"Me impactó también como las otras personas sufren... es bonito cómo ser escuchado y ver que no uno no solo está en eso." (PM10)
"Hubo, sobre todo, algo específicamente, que cambió muchísimo toda mi perspectiva de gestionar eso en mi día a día fue cuando yo me acerqué a ustedes al final de esa sesión y les comenté mi problema particular" (PF2)
"La actividad en la cual teníamos que, eh, expresar y observar, o sea como hacer la forma de las estatuas. Me pareció una actividad muy sensible porque es como quedarte mirando a la otra persona y que la otra persona te quede mirando." (PM9)

Utilidad percibida: Esta categoría comprende cómo los participantes transfieren sus experiencias y aprendizajes derivadas de la intervención en su cotidianidad, lo que puede señalar su relevancia práctica y aplicabilidad.

Lo comentado por los participantes sugiere que la intervención promovió habilidades prácticas fácilmente transferibles a sus retos personales, por ejemplo, situaciones de estrés “me dio mucho miedo y sentí muchas ganas de pararme, salir corriendo de ahí. Pero finalmente logré como calmarme respirar y pasar el parcial” (PF7), la práctica de atención plena “parar y no andar en automático, creo que siento que me ha ayudado ya para tomar mejores decisiones” (PF6), o la práctica de autocompasión “ser paciente conmigo mismo. Como pues, uno ya no se juzga tanto” (PM10)

Varias personas mencionaron que estaban utilizando herramientas aprendidas en el taller en sus interacciones cotidianas “Siento con mis conexiones con las personas las estoy mejorando, […] he hablado […] he tratado de que me escuchen y eso pues me ha servido bastante” (PF3)

Tabla 16 *Experiencias de la intervención: Utilidad percibida*

Categoría: Utilidad percibida
"Estoy deseando cambiar cosas que en realidad yo no puedo cambiar. Y ahí ya empecé a evaluar en mi día a día y todavía lo estoy haciendo." (PF2)
"He colocado mucho en práctica lo que aprendí." (PF3)
"Aplicar en el taller como el ejercicio de ver la otra cara de la moneda cuando no ponía los límites, entonces, eso pues muchas veces al día, pero otras veces lo recuerdo." (PF6)
"Día a día, puedo practicar la meditación para controlar mejor mi atención y a soltar el control de los pensamientos. Puedo escribir diariamente lo que agradezco y las cosas que hice en el día que me hacen sentir orgullosa." (PF2)
"Siento que sí, tengo ya más facilidad para gestionar las emociones cuando llegan." (PF2)
"El taller me ayudó como a poder también adaptarme al entender que, bueno, eso pasa [el malestar], pero también pasan otras cosas." (PF6)
"Que está bien sentirse mal, que es importante poder ser más compasives con nuestros sentires, que no estamos soles en todo el proceso." (PF7)
"Me ha permitido hacer como una imagen de lo que pienso que podría ser algo o una vida más plena para mí." (PM10)
"Afrontar más mis emociones y actuar en el momento." (PF1)

Interacción grupal: Esta categoría alude a la dinámica del grupo, la conexión que se establece entre los participantes y cómo esa interacción afecta su experiencia en la intervención. Se destaca la importancia del apoyo y apertura que los participantes encontraron en el grupo, así como el aprendizaje colaborativo que surgió durante el taller.

Por ejemplo, resultó importante para ellos la validación de sus sentires a través de la empatía “hablar de mis emociones con las personas y escuchar a otras personas que no sienten lo mismo que yo, pero pueden estar en una situación igual de vulnerable. Y escucharlas y ser empática con esas personas. Sentirme en grupo me ayudó a sentirme más comprendida.”

Compartir con personas en situaciones similares les ayudó a abrirse y a entender que no estaban solos en sus experiencias, "Sentí que la vulnerabilidad y verlo no como una debilidad, sino como una herramienta, me ayudó mucho a lograr mostrarme vulnerable con los demás." (PF6). Además, la práctica de la discriminación y expresión de eventos privados también pudo fortalecer repertorios interpersonales fuera del espacio de la intervención “me ayuda como a ser valiente para abrirme y también para escucharlos, entonces, creo que eso me ha ayudado también bastante como en las relaciones.” (PF6)

Además, les permitió tomar perspectiva y entender cómo otras historias de aprendizaje revelaban formas de afrontar las situaciones “somos diferentes y la forma en que lo abordamos y lo sentimos, pues cambia, entonces también como reconocer eso, porque no solamente es para mí como como persona, […] sino también con las personas que a uno lo rodean […] los amigos, los familiares.” (PM9)

Tabla 17 *Experiencias de la intervención: Interacción grupal*

Categoría: Interacción grupal
"Como que uno siempre tiene que ser como fuerte o está a la defensiva con los demás […] como que esa vulnerabilidad que se sentía en todas en el taller, como que me ayudó mucho a lograr mostrarme vulnerable con los demás " (PF7)
"Hablar de mis emociones con las personas y escuchar a otras personas que no sienten lo mismo que yo, pero pueden estar en una situación igual de vulnerable." (PF3)
"Creo que era una gran puesta en práctica y como un momento de ser vulnerable, pero también como de aprender de los demás." (PF6)

"Verbalizarlo y ver cómo hay sí, todos estamos igual. Ah, pues, por diferentes razones, pero al final, como tenemos, como las preocupaciones, siento que eso también como que ayuda." (PF5)

"Todos compartimos en algún grado ciertos sentimientos a pesar de que no se note directamente y así aprendemos a convivir sin mostrar mucho, pero cargando con esto." (PF7)

"Poder conversar de tus cosas y sentirte como tranquilo, Como no es un familiar que ya te conoce, no es alguien que te va a juzgar." (PM9)

"Entender que más personas pasan por algo similar y que si no lo dices no hay forma de saberlo." (PF6)

"Identificar que a varias personas como que en cierto modo nos pasaba lo mismo, pero se sentía de forma diferente, actúan de forma diferente." (PM9)

"[aprendí a] Abordar mis emociones de forma colectiva." (PM8)

Retroalimentación de la intervención: Esta categoría incluye las sugerencias y comentarios de los participantes sobre posibles ajustes a la intervención desde su experiencia, así como algunas reflexiones sobre la estructura y el contenido de esta.

Varios participantes sugieren que la intervención debería ser más accesible y ampliada a un público más amplio, lo que refleja una evaluación positiva de su contenido y metodología, así como su potencial para beneficiar a otros. "Yo de verdad creería que el taller se debería dirigir a más personas [...] que debería incluirse inclusive […] como un tipo de curso que tenga que verse en la carga académica." (PF3).

Algunos, sugirieron ampliar las sesiones para involucrarse de mejor manera con los demás, o para seguir profundizando en contenidos “Me hubiera gustado como de pronto una sesión más... porque se sigue sintiendo ese miedo, y aunque ya vi las otras personas por dos sesiones, no es como que uno se abra tan fácilmente." (PM10)

Tabla 18 *Experiencias de la intervención: Retroalimentación de la intervención*

Categoría: Retroalimentación
“Hacer que sea que llegue como un poco más a más persona, personas, siento que podría ser bueno” (PM8)
"Poder si se puede que hubiera como una interacción... un poco de enfoque hacia la problemática individual de cada persona." (PM8)
"Es un espacio donde uno tiene que estar muy abierto a recibir... muy atento sobre todo para saber en qué puede implementar cada herramienta." (PF5)
"Siento que el taller es interesante [...] no es como muy cuadriculado, sino que es más como flexible." (PM8)
"Me gustaría que se abordaran temáticas acerca de cómo mejorar la autoestima y el amor propio." (PM8)
"Nada en particular fuera de lo tratado.” (PF7)

"El hecho de que sean con otras personas que uno no conoce, pues también, ah, permite que uno llegue como un poco temeroso a participar." (PM9)

5. Discusión

Este proyecto de investigación surge de una necesidad social, como es la alta demanda y baja oferta de servicios psicológicos para poblaciones que tienen riesgo de desarrollar problemáticas psicológicas, como lo es el caso de estudiantes universitarios con alta inflexibilidad psicológica en Bogotá, Colombia. Por ende, el objetivo general de esta investigación fue evaluar la efectividad de una intervención FACT grupal para la reducción de la inflexibilidad psicológica y la promoción del bienestar para universitarios de Bogotá, estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia.

Para responder a este objetivo se configuró una investigación piloto con diseño pre-experimental (Chávez et al., 2020; Ramos-Galarza, 2021) mixto convergente (Creswell & Plano, 2018). Diseño que pretende evaluar la efectividad potencial de la intervención en el contexto de interés para notar la integridad y aceptabilidad del protocolo, así como ajustar las técnicas de recolección de datos adecuadas para seguir sus efectos en investigaciones futuras (Díaz-Muñoz, 2020).

En ese sentido, se resumirán los resultados de las variables y dominios de interés que se pretendió intervenir con el protocolo de intervención. Debe señalarse que todos los resultados son interpretados bajo el modelo teórico de FACT, que a su vez reposa en la filosofía del contextualismo funcional, por lo que esta perspectiva será el marco de referencia de la integración de resultados.

En primer lugar, para las dimensiones o pilares de la Flexibilidad Psicológica, evaluada a través de los instrumentos cuantitativos, pudo encontrarse diferencias significativas y con alto tamaño del efecto (r entre .79 y .87) en los instrumentos de evitación experiencial o el pilar de apertura (AAQ-II) y el pilar compromiso (VQ).

Respecto al AAQ-II, tuvo diferencias significativas entre la medida realizada en la preinscripción y la medida post intervención, lo que da cuenta de una estabilidad en el constructo entre las mediciones preinscripción y pre-intervención. Estos resultados

respaldan un potencial efecto en la disminución de la evitación experiencial derivados de la participación en la intervención.

Es posible afirmar que estos resultados son similares a resultados obtenidos en otras investigaciones, como en la validación psicométrica del instrumento (Ruiz, Suárez-Falcón, et al., 2016), ya que mostró sensibilidad luego de una intervención breve de ACT. También son resultados coherentes en instituciones educativas, donde una revisión sistemática mostró que las intervenciones de prevención selectiva o indicada tienen efectos superiores a las de prevención universal (Knight & Samuel, 2022). Esto podría explicar el tamaño del efecto en un escenario con participantes con puntuaciones clínicas de inflexibilidad psicológica como la presente investigación.

Respecto al desempeño del VQ, la subescala de obstrucción tuvo diferencias significativas entre las medias de la pre-inscripción y el post intervención, mientras que se mantuvo estable entre la preinscripción y la pre-intervención. Así que al igual que con el AAQ-II, hay un potencial beneficio en disminuir la obstrucción hacia valores luego de la intervención.

Para la subescala de progreso del VQ nuevamente hay diferencias significativas entre la preinscripción y el post intervención. No obstante, la tendencia comienza a movilizarse al alza desde la medida pre, y aunque la diferencia no es estadísticamente significativa podría señalar que la entrevista puede ser potencialmente movilizadora hacia el progreso en valores, incluso desde el primer encuentro. Esto es coherente con el modelo teórico FACT, que busca generar un impacto positivo de forma muy rápida en los procesos de flexibilidad psicológica (Strosahl et al., 2012).

Examinando los resultados anteriores, parece que son congruentes con investigaciones en las que el incremento de acciones comprometidas a valores precede a la reducción en el sufrimiento (Gloster et al., 2017), lo que pudo observarse en la medida en que fue más fuerte la relación de progreso en acciones valiosas que las de evitación experiencial u obstrucción de valores. Los autores señalan que cambios de este tipo son predictores de resultados exitosos, lo que puede ir en contravía de una convicción común de la comunidad verbal occidentalizada: sentirse mejor para poder actuar luego (Hayes et al., 2016).

En contraste con las diferencias significativas encontradas con los instrumentos anteriores, las medidas de fusión cognitiva o apertura desde el CFQ y la conexión con el momento presente o pilar conciencia con el MAAS no obtuvieron diferencias significativas

en sus puntuaciones pre-intervención y post intervención. Sin embargo, la tendencia es a la baja con el CFQ y al alza con el MAAS, por lo que tal vez con una mayor muestra o medidas de seguimiento se podrían revelar cambios significativos en el comportamiento de estas variables.

Se brinda esa sugerencia ya que un RCT encontró que el mindfulness y la aceptación son variables que muestran cambios en un mediano y largo plazo, e hipotetizan que son habilidades que requieren práctica para su desarrollo (Christodoulou et al., 2021). Esto dado que hicieron una intervención breve de ACT, cuyas mejoras fueron estables luego del seguimiento, e incluso mostrando mejoras en los puntajes de estas habilidades.

También es importante destacar que la medida de evitación experiencial (AAQ-II) se usó como tamizaje inicial, por lo que era la única medida con la que se consideró el corte clínico. En esa medida, las dificultades asociadas podrían estar vinculadas a la dificultad clínica registrada por el AAQ-II, por lo que queda una brecha de conocimiento en la que no se filtre en absoluto a la población y sea una intervención puramente de promoción de la salud, o bien que se siga haciendo un tamizaje inicial con otras variables clínicas de flexibilidad psicológica para continuar con la construcción de intervenciones de prevención de la enfermedad.

Como última medida cuantitativa, la EBP mostró una diferencia estadísticamente significativa entre los momentos pre-intervención y post intervención, con un tamaño del efecto grande ($r = .8$). Esto indica que la variable dependiente de bienestar psicológico tuvo una diferencia significativa luego de la intervención, por lo que también señala la posible robustez de la intervención FACT para su promoción.

Otros estudios que realizaron intervenciones similares desde ACT tuvieron efectos sobre el bienestar psicológico de los participantes, como en un estudio con profesores (Ghasemi et al., 2023) que también utilizó el constructo multidimensional del bienestar psicológico de Ryff.

Estos resultados también son congruentes con otras intervenciones ACT con población universitaria (Räsänen et al., 2016) que disminuyeron la inflexibilidad psicológica y otros síntomas (como depresión) y además incrementaron el bienestar en el mediano plazo. O tuvieron un potencial incremento en flexibilidad psicológica, especialmente compromiso con valores y bienestar en una implementación preliminar de un protocolo ACT en universitarios (Lewin et al., 2023).

Los resultados discutidos anteriormente también pueden entenderse a la luz de las experiencias de los participantes. Por lo que se discutirá el componente cualitativo de la investigación.

En primer lugar, de las entrevistas surgió información relevante sobre las narrativas y reglas verbales de los participantes, lo que es congruente con la concepción de FACT del sufrimiento como el apego a reglas verbales poco sensibles al contexto (Strosahl et al., 2012). Señalar los cambios de la relación de la persona con su lenguaje pueden transmitir mucho sobre las reglas verbales rígidas y el manejo que les da cada persona.

Por ejemplo, en el pilar de apertura fue saliente la forma en que las personas se relacionan con sus eventos privados, disminuyendo el control aversivo sobre su conducta y señalando recursos de aceptación y autocompasión como alternativas al control. Esto se puede ver en narrativas a nivel más idiográfico. Por ejemplo, una participante expresó al inicio altos niveles de control de eventos privados: "Procrastino las cosas [...] quiero [...] que mi cabeza me deje tranquila, [...] estar en paz." (PF5); mientras que al final es notoria una transformación de funciones hacia la apertura a la experiencia: "He optado no por tapar eso incómodo que siento. Ponerlo a un lado donde pueda verlo y [...] saber qué sigue." (PF5).

Las transformaciones de funciones también pudieron rastrearse en el pilar de conciencia en la forma en que observan y etiquetan su experiencia, para tomar decisiones momento a momento sobre permanecer enganchados con su yo contenido, por ejemplo, el caso de una participante que expresa antes de la intervención: “Cuando una emoción está presente [...] no me puedo concentrar. Me cuesta mucho soltar esa emoción" … "Me creo bastantísimo todo lo que me digo" (PF2); para pasar luego a tomar perspectiva desde la autocompasión y poder desengancharse de sus descripciones hostiles "…auto compasión la estoy usando cuando, [...] no logró lo que quería lograr, pero digo 'bueno, estamos en un proceso'. Ser mi mejor amiga, pues también porque ya [...] no me juzgo tanto." (PF2)

El pilar en el que se codificaron más verbalizaciones y por tanto más diferencias cualitativas en los participantes fue en el pilar de compromiso. Esto cobra sentido en la medida en que una de las grandes actividades y metáforas de la intervención es el *Camino Vital,* una ruta metafórica hacia los valores de las personas.

Las clases de actividades variaron dependiendo de los intereses y valores de las personas, pero en términos generales pudieron clarificar necesidades particulares en áreas de valor "Se me dificulta [...] hacer las cosas, no tengo muchas habilidades sociales y eso me ha hecho como reprimirme un poco. No sé qué hacer entonces prefiero no hacer nada" (PM8) y luego mediante acciones congruentes poder direccionarlas hacia sus valores "Subir más de peso [en el gimnasio]. ir más a espacios [...] sociales, porque también, pues, como parte de esas cosas que me propongo es como mejorar socialmente." (PM8).

En otra vía, a pesar de que la presente investigación no se construyó desde una perspectiva modular, sus resultados podrían asociarse con aproximaciones como la investigación de Villatte y colaboradores (2016) quienes realizaron una intervención modular con dos componentes “ACT OPEN” y “ACT ENGAGED”, que mostraron resultados diferenciales derivadas de cada módulo. El módulo de apertura (OPEN) se mostró más robusto para la mejora en severidad de síntomas, aceptación y defusión. Mientras que el módulo de compromiso (ENGAGED) tuvo mejores resultados para calidad de vida y acciones orientadas por valores.

Por lo anterior, la dirección que podría tomar la futura investigación es el aprovechamiento de la síntesis del modelo FACT para estudiar las vías en que cada pilar puede tener un impacto diferencial en los procesos y resultados de la intervención. Tanto para un mejor aprovechamiento de los recursos disponibles, como para la conceptualización y abordaje idiográfico de las problemáticas de las personas.

Respecto a las dimensiones del bienestar psicológico de Ryff, estuvieron en sintonía con varios de los pilares de flexibilidad psicológica de FACT, por lo que hubo solapes en la codificación teórica en ciertas áreas con los pilares de flexibilidad psicológica de FACT Dichos solapes se dan entre los siguientes constructos:

Autoaceptación <-> Pilar apertura

Dominio del entorno/ propósito en la vida/ crecimiento personal <-> Pilar compromiso

Autonomía <-> Pilar conciencia

Desde FACT, la autoaceptación podría releerse como la capacidad de tomar perspectiva de aceptación de eventos privados, siendo capaces de desengancharse de eventos privados aversivos o reglas rígidas sobre sí mismos. El dominio del entorno

podría estar asociado en FACT a la sensibilidad contingencial, y a la forma en que se ‘trackean’ formas de actuar de la experiencia directa.

El propósito en la vida estaría asociado a la clarificación y seguimiento de valores. Mientras que el crecimiento personal estaría definido como un área vital en la que pueden operacionalizarse acciones comprometidas para ‘ser la persona que quiero’. Finalmente, la autonomía podría relacionarse al pilar de conciencia en la forma en que pueden ser observadores de su propia historia de aprendizaje en el momento presente, permitiendo conectar con sus necesidades actuales y posibles cursos de acción.

De esta forma, las verbalizaciones pre y post sobre el bienestar psicológico podrían verse como formas en que los participantes actúan de forma más flexible (*abierta, consciente y comprometida*), y que como consecuencia su relación consigo mismos (*autoaceptación*) y con los demás (*relaciones positivas*) mejoran, o que sus acciones vitales (*propósito en la vida*) se traduzcan en la transformación de sus contextos socio verbales (*dominio del entorno*) y permitan desarrollar todo su potencial (*crecimiento personal*).

A pesar de que no se encontraron revisiones de cruces teóricos entre ambos modelos, en un meta análisis reciente, Ong y colaboradores (2024) encontraron múltiples relaciones entre el bienestar y la flexibilidad psicológica, incluso relaciones explicación de la varianza del bienestar desde la inflexibilidad psicológica (aprox. 22%). Ellos hipotetizan que el bienestar es un resultado personal, mientras la flexibilidad psicológica es conceptualizada como un proceso transdiagnóstico.

En todas las áreas de bienestar psicológico hubo cambios en las narrativas de los participantes, lo que refuerza una hipótesis más idiográfica en que según las necesidades de cada persona, el impacto y la efectividad dadas por el abordaje y mejora se presentan de forma diferenciada en dimensiones de bienestar/ flexibilidad psicológica distintas. Como un ejemplo, si las personas reportaron al inicio dificultades a nivel interpersonal, al final de la intervención exhibieron mayores habilidades para expresar sus emociones y otros eventos privados, como la vulnerabilidad, y mejores capacidades para responder ante ese entorno interpersonal, como la empatía o la compasión.

Esto también se alinea con la literatura previa, ya que se ha encontrado que las intervenciones grupales de ACT suelen desarrollar la compasión, y la empatía, ya que las dificultades son conceptualizadas como humanamente compartidas (Westrup, 2017).

Aquí la postura terapéutica utilizada, de apertura hacia las experiencias privadas aversivas pudo haber servir como un modelo de auto compasión.

Esto último pudo referenciarse en los discursos de los participantes, quienes destacaron ampliamente el rol de la compasión y la autocompasión como una de las herramientas más importantes que les brindó el espacio de intervención. Como lo señaló una participante respecto a una actividad del espacio: “la compasión, o sea, como un montón, […] desde todas las instrucciones, no donde poner como el sentimiento, el pensamiento negativo, y después, no volverlo como feliz, sino… Pues, como cambiarlo un poco o sea no ser tan duro y seguir. Ah, bueno. Y después de compartirlo, el me pareció muy buena, la diapositiva con las con las respuestas [compasivas].” (PF5).

Una hipótesis que puede surgir de la experiencia de los participantes sobre la construcción del escenario grupal como seguro y que permite la vulnerabilidad y la apertura puede ser que encontrarse entre pares sea una representación más ajustada a los contextos verbales cotidianos de los participantes (validez ecológica), y porque permite establecer conexión cercana con otros desde la autenticidad, como ha sido desarrollado desde otras terapias contextuales, como la Terapia Analítica Funcional (Kohlenberg, 2007) para moldear nuevos repertorios interpersonales.

En varias oportunidades los participantes mencionaron una actividad particular de la intervención como altamente significativa e intensa hacia la construcción de su compasión y auto compasión. Esa actividad implica hacer representaciones corporales de su malestar y observarse mutuamente. “Me marcó mucho el ejercicio que tú hiciste de hacer una pose de alguna emoción. Por ejemplo, no sé desesperación, frustración, esto... y hacer esta pose. Y si yo […] ahí fue cuando yo más me di cuenta, yo decía pues no soy la única, sino que todos hemos compartido esa esa sensación en algún momento.” (PF2).

Este hallazgo es consonante con la investigación reciente sobre el conocimiento corporizado o no verbal sobre los pilares de flexibilidad psicológica a través de la postura corporal. Por ejemplo, Falletta-Cowden y colaboradores (2022) hicieron un experimento innovador en el que pidieron describir fotografías con posturas corporales ‘abiertas’ y ‘cerradas’ e inferir estados y características disposicionales de las personas en la fotografía. Los autores resaltan este conocimiento como importante a la hora de generalizar y transferir funciones tipo tracking de flexibilidad psicológica, ya que la experiencia directa es la que está moldeando las descripciones verbales.

Un hallazgo importante derivado de las entrevistas es que efectivamente los participantes reportan mayor bienestar psicológico en su narrativa, pero este bienestar en la mayoría de los casos no implicó la desaparición de estados emocionales ‘negativos’, o solo el incremento de emociones positivas’. Eso se relaciona con una de las premisas fundamentales de las terapias contextuales, y es que el interés no es reducir el sufrimiento, sino vivir con él de forma amable (Wilson & Luciano Soriano, 2002).

Estos hallazgos nuevamente pueden suponer una diferencia contraintuitiva, ya que la SM o el bienestar psicológico no necesariamente implicaron ausencia de malestar, sino repertorios conductuales flexibles y adaptables a las constantes demandas y cambios en los contextos vitales. Lo que es señalado de forma reciente en los desarrollos de políticas públicas de SM basados en promoción y prevención como vías fundamentales para mejorar la calidad de vida de las personas (Herrera, 2022).

Los cambios podrían ser explicados por la teoría contextual, mediante la transformación de las funciones discriminativas, jerárquicas y apetitivas de la conducta en los contextos particulares en donde en donde hay un control aversivo de la conducta. Esta transformación puede ser moldeada mediante un cambio en el tipo de seguimiento de reglas, pasando de ser complacientes con reglas sociales (pliance) a derivarse de la propia experiencia, lo que a su vez va transformando poco a poco la función de estímulo de eventos privados y públicos asociados al malestar.

Este cambio en la función pasa a presentar a un estímulo que antes era aversivo como más neutro, y les permite tomar decisiones orientadas a reforzadores más extendidos en el tiempo, en lugar de buscar el control inmediato del malestar.

Como un ejemplo se podría ver una participante (PF7), que al inicio comentó dificultades asociadas a la academia “me da ansiedad […] no quiero hacer cosas por miedo a resultados, a como salgan” y dificultades interpersonales “soy bastante introvertida”. Luego de la intervención, destacó el uso de nuevos repertorios conductuales, como la consciencia del momento presente y la autocompasión “ser consciente como de esas barreras, porque a veces uno se quiere como negar, darse tiempo para poder atravesarlas y el hacer, o sea, como dejar de echarse también la culpa o dejar de ser como tan autocrítico”.

Así, el contraste con la entrevista final es importante, ya que se pueden derivar acciones más flexibles en todos los pilares FACT, “No tengo tanto miedo como de los parciales, a pesar de que sean orales y ese tipo de cosas, sino que ya me siento más

lista para afrontarlos igual […] Me pongo muy nerviosa, me tiemblan las manos y todo, pero claro, […] ya soy capaz de afrontarlo” (PF7).

Lo que se encuentra en la presente investigación acerca del bienestar psicológico y la flexibilidad psicológica es congruente con lo encontrado en revisiones sistemáticas (Huppert, 2009), ya que el bienestar psicológico se correlaciona con mejor salud física, satisfacción con la vida o propósitos vitales, mejores relaciones, etc., pero lo que se hipotetiza es que tener mejor salud, acciones y propósitos vitales, y mejores relaciones ***es*** lo que influencia ese bienestar psicológico. Las vías en que estos complejos constructos se relacionan merecen mayor investigación, pero para el presente trabajo puede concluirse que influir los contextos verbales y físicos en los participantes podría tener un potencial efecto significativo en su bienestar psicológico.

Además de la potencial efectividad del tratamiento, abordada en los párrafos anteriores, la intervención también dio cuenta de su potencial relevancia y pertinencia para la población objetivo.

Por ejemplo, la totalidad de participantes hicieron revisiones positivas sobre la valoración del taller (4.9), recursos (4.9), claridad (4.8), utilidad (4.8) y transferencia a sus necesidades personales (4.8) en la totalidad de evaluaciones de sesión. Muchas personas manifestaron estar satisfechas con el espacio de seguridad y apertura que promovió la intervención, haciendo comentarios alusivos a su experiencia, como: "Yo creo que era un espacio seguro. Me sentía muy cómoda, como en el lugar, y también como el hecho de esta rodeada ahí, como de personas que igual sentía lo mismo lo hacía a uno sentir que no estaba solo." (PF7).

Los participantes también comentaron, frente a sus cambios reportados, que la intervención fue importante y que en otros escenarios no estaban recibiendo las herramientas o práctica de habilidades que los ayudaron a mejorar. "El taller me dio esas herramientas para llegar donde estoy, pero no creo que algo más me las hubiese dado." (PF3).

En relación con lo que más les impactó o generó aprendizajes significativos, se vuelven frecuentes algunas actividades particulares del protocolo, como el encuadre inicial que motiva el cambio en FACT: "Me acuerdo mucho de la frase del 'ichi-go' e 'ichi-e', ahora sí, como trato de ser más consciente de pues, de estar más en el momento y no en celular." (PF1).

Otra actividad que fue significativa para los participantes tuvo que ver con la sesión de apertura, y en particular con las actividades de ‘representar pensamientos y emociones’, ‘acogiendo nuestro dolor’ y ‘compasión mutua’: "Me marcó mucho el ejercicio que tú hiciste de hacer una pose de alguna emoción... no soy la única, sino que todos hemos compartido esa sensación en algún momento. … Yo vi a mi compañera que hizo esa pose yo dije como... 'pues esa soy yo, ahí estoy yo'. Y lo que me dieron ganas fue como correr abrazarla." (PF2)

Estas experiencias derivaron también en narrativas de utilidad y relevancia frente a los contenidos, pudiendo transferir de manera positiva lo que veían en la intervención a su vida cotidiana: "Me ha ayudado a cambiar, a veces siento que ahí como inconscientemente, pero que lo aplico de estar ahí y aceptarlo." (PF6)

La replicabilidad de la intervención fue aceptada de manera positiva por los participantes, que incluso propusieron ampliar la cobertura o recomendarlo a otras personas, para que pudieran beneficiarse como ellos lo hicieron: "Yo de verdad creería que el taller se debería dirigir a más personas [...] que debería incluirse inclusive […] como un tipo de curso que tenga que verse en la carga académica." (PF3).

Resulta interesante observar cómo este tipo de iniciativas hacen que los participantes puedan movilizarse a buscar otros tipos diferentes de ayuda, partiendo de un escenario libre de estigma frente a la SM: “[es] Como una especie de entrada hacia […] implicarse en lo que es la terapia, la salud mental y ese ese tipo de cosas” (PM8).

Respecto a esto último, la literatura se ha encontrado que las actitudes y creencias son importantes a la hora de buscar ayuda. Una de las más importantes para pedir ayuda es la "necesidad percibida" (Downs & Eisenberg, 2012). Los que hacen equivaler su malestar con la norma no buscan ayuda tan fácil, por lo que generar espacios menos cargados de palabras como “tratamiento” o “depresión” pueden funcionar.

En este caso, la intervención se llamó ‘mochila de emociones’, con el propósito de reducir la ‘formalidad’ de la intervención y de hacerla más atractiva a la comunidad. Esto pareció tener efectividad ya que en dos días de publicada la convocatoria en redes sociales, hubo más de 50 respuestas de personas interesadas. Lo que puede señalar también algún tipo de relevancia social en los contextos en los que se propone.

6. Conclusiones y recomendaciones

6.1. Conclusiones

Durante la investigación se pretendió acumular evidencia relevante para dotar de carácter científico (American Educational Research Association et al., 2018) los análisis e interpretaciones derivadas de este trabajo. En este caso la revisión teórica, la evaluación de jueces expertos, los resultados de efectividad derivados del pilotaje de la intervención en sus componentes cuantitativo y cualitativo, así como la percepción de utilidad y relevancia por parte de los participantes son fuentes de información que permiten señalar que una intervención grupal basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso Enfocada (FACT) es potencialmente efectiva en la disminución de la inflexibilidad psicológica y en la mejora del bienestar psicológico en estudiantes universitarios colombianos.

En el componente cuantitativo se encuentran diferencias significativas entre las medidas realizadas en las etapas de la intervención, lo que evidencia la dirección en que la intervención podría influir el cambio. Mientras que el componente cualitativo, sus narrativas exhiben cambio que podría reflejar la transformación de funciones bajo control aversivo de sus eventos privados a una perspectiva de mayor aceptación y movilización hacia sus *Caminos vitales*. Además, señala las formas en que los contenidos son experimentados por los participantes, en este caso encuentran valioso y útil el proceso y dieron sugerencias de cómo podría mejorarse.

Investigaciones como esta permiten seguir ampliando el conocimiento con base empírica de la efectividad de las terapias contextuales, como FACT y enriquecer la práctica de intervención costo efectiva en contextos aplicados en Colombia.

Una fortaleza del estudio es el multi método, ya que la variedad de fuentes de información que están siendo cruzadas permiten enriquecer la información sobre efectividad, pertinencia y utilidad percibida por los participantes.

6.2. Limitaciones y Recomendaciones

Se presentan como una serie de aspectos que se podrían realizar en un futuro para emprender investigaciones similares o fortalecer la investigación realizada.

Algunas limitaciones centrales de este proyecto giran en torno a las inferencias que pueden hacerse a partir de los puntajes obtenidos en el componente cuantitativo. Esto debido al pequeño tamaño de la muestra (n=13) y a que se valida el protocolo para un contexto particular.

Al ser un estudio preexperimental los cambios no se contrastaron con grupo control u otro tratamiento o forma de promoción del bienestar (a nivel local podrían ser alternativas brindadas por la universidad, como actividades en el área de cultura, arte y deporte, entre otras), por lo que sería útil contrastar la intervención para indagar sobre la especificidad de las variables de procesos hipotetizados (ej. Apertura). No obstante, se han visto cambios positivos en flexibilidad psicológica en diseños experimentales en contextos similares (Katajavuori et al., 2023).

Se aconseja la sistematización y réplica de este estudio tanto en contextos similares como diferentes, para poder hacer afirmaciones más sólidas que respalden su uso y consideraciones teórico-prácticas.

En particular, podría ser interesante adaptar la intervención a diferentes contextos del país, como los regionales o de comunidades, donde la vulnerabilidad estructural puede ser mayor y los recursos son aún más limitados. Incluso adaptando versiones de este protocolo que puedan aplicarse en una sola sesión de aplicación, como lo hicieron (Christodoulou et al., 2021), aprovechando la naturaleza breve que brinda la FACT.

Se sugiere que se hagan estudios longitudinales para seguir la trazabilidad de los participantes en comparación con las que no reciben tratamiento o con las que tienen diferentes niveles de flexibilidad psicológica. Esto para hacer seguimiento a la magnitud del efecto y la estabilidad del cambio en el tiempo.

También se sugiere que puedan realizarse estudios experimentales rigurosos, para lograr una comprensión más cercana del éxito, indiferencia o resultados contraproducentes para las personas, y qué variables podrían estar asociadas. El avance de esta investigación es lograr marcar tendencias y posibles vías en que esas variables podrían estar funcionando.

De los resultados cualitativos y la revisión teórica surge la idea de que la flexibilidad psicológica pudo haberse relacionado transversalmente con otras variables, incluso variables que no fueron abordadas intencionalmente por la presente investigación. Por ejemplo, algunos ejemplos de otros constructos que podrían estar relacionados son el funcionamiento social, la empatía, el desempeño académico, entre otros. Por lo que podría ser relevante para futuras investigaciones cruzar otro tipo de variables para evaluar las posibles interacciones entre áreas de ajuste, habilidades o variables asociadas al riesgo de desequilibrios de SM, para continuar en la búsqueda del equilibrio entre la generalización de los procesos como recursos clínicos y las necesidades específicas de ciertas poblaciones.

Finalmente, valdría la pena que en futuros proyectos la intervención pueda ser comparada con otros tratamientos para evaluar el costo efectividad (Ramsey et al., 2015) de intervenciones como FACT, dada su naturaleza transdiagnóstica y las múltiples necesidades de las comunidades (Keulen et al., 2023). Con el fin de promover que las instituciones o de políticas públicas dispongan de intervenciones que puedan fortalecer y hacer más accesibles los servicios de SM.

Anexos

Anexo A

Protocolo grupal FACT original (Life Path)

Sesión	Actividad	Método	Tiempo
1	Construir cohesión grupal.	Animar a los participantes a presentarse y decir algo acerca de su familia, ocupación o estudios.	2 a 3 minutos por participante
	Identificar valores, fortalecer la conexión con valores, y crear una visión funcional de los comportamientos de lucha y huida.	Pedir a los participantes responder las preguntas del *Camino Vital,* presentadas en un tablero. Se abordan de forma secuencial y se anima a todos a participar.	Cuatro a 5 minutos por participante
	Asignar una tarea para ayudar a los participantes a recoger información y practicar el observar.	Proponer a los participantes monitorear su experiencia de lucha y no hacer nada sino observar su experiencia.	15 minutos
2	Revisión de la tarea.	Pedir a los participantes que describan su experiencia con la tarea de automonitoreo.	15 minutos
	Enseñar mindfulness y promover defusión o dar un paso atrás de las experiencias privadas dolorosas.	Conducir un ejercicio de imaginería guiada que invite a los participantes a un lugar donde puedan observar experiencias dolorosas y aprendan a sostenerlas suavemente.	10 minutos
	Entrenar a los participantes en tomar la perspectiva de observador o del yo como contexto.	Conducir ejercicios como que los participantes escriban pensamientos difíciles en post its, o dibujen imágenes del contenido de miedo y compartan con un compañero, o desarrollar representaciones físicas del contenido temido desde una perspectiva de observador.	25 minutos
	Promover aceptación.	Pedirles a los participantes que le den un nombre tierno a su barrera más grande. Conducir el ejercicio de espejo	20 minutos

	Enseñar habilidades para interactuar de forma interpersonal mientras son conscientes de sus experiencias psicológicas dolorosas.	Pedirles a los participantes que “vistan” la pieza de papel con el nombre tierno o imagen, e interactúen de forma no verbal con otros participantes mientras lo hacen.	5 minutos
	Asignar tarea.	Pedirles a los participantes que planeen una actividad valiosa y que la práctica de la aceptación de una barrera sea una opción mientras hacen la actividad.	10 minutos
3	Revisar la tarea.	Pedir a los participantes que describan su experiencia con la acción valorada y la tarea de aceptación.	15 minutos
	Promover la habilidad de hacer compromisos con el grupo y de aprender de la experiencia directa.	Hacer que cada participante camine su *Camino vital* metafórico, encontrando y afrontando obstáculos.	60 minutos
	Asignar tarea.	Pedirles a las participantes continuar haciendo elecciones intencionales, persiguiendo direcciones valiosas, practicando autocompasión, y aprendiendo de sus propias experiencias.	10 minutos

Nota: se presenta el protocolo traducido sin cambios estructurales, basado en el original de Strosahl y colaboradores (2012).

Anexo B

Protocolo adaptado – "Mochila de emociones"

Para mayor información sobre el protocolo adaptado, póngase en contacto con el autor al correo dafperezar@unal.edu.co

Anexo C

Formato: Camino vital y cambio de rumbo

Más control
¿Qué quieres controlar, evitar o deshacerte y cómo intentas hacerlo?

Más significado
¿Qué tipo de vida elegirías si pudieras elegir?

1. Dibuja una flecha encima de la línea para indicar dónde te encuentras en tu camino vital estos días y en qué dirección te estás moviendo.
2. ¿Cuáles son, si los hay, los costos y beneficios de ejercer el control?

Costos:

Beneficios:

3. ¿Qué acciones te indicarían que estás avanzando hacia un mayor significado en la vida?

4. Cuando te quedas estancado, ¿cómo puedes ayudarte a seguir avanzando hacia más significado?

5. ¿Quién o qué te ayuda a avanzar hacia un mayor significado?

Anexo D

Formato: evaluación de la sesión

Fecha:	**Documento de identidad:**	
Sesión:	**Teléfono:**	

Evaluación de la sesión
Por favor califique las siguientes afirmaciones según su grado de acuerdo, si tiene dudas para completarla por favor diríjase a uno de los talleristas.

Valoración de la sesión						
Pésima	1	2	3	4	5	Excelente
Los recursos utilizados fueron pertinentes para la temática del taller.						
Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	Totalmente de acuerdo
Valoración de mi disposición en la sesión						
Pésima	1	2	3	4	5	Excelente
El contenido trabajado en la sesión fue claro y fácil de comprender						
Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	Totalmente de acuerdo
El contenido de esta sesión va a ser útil en mi día a día						
Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	Totalmente de acuerdo
¿La sesión me permitió abordar un problema personal relacionado a lo visto?						
Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	Totalmente de acuerdo
¿Yo cambiaría algo de cómo manejo/actúo frente al problema que abordamos?						
Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	Totalmente de acuerdo

¿Qué es lo más importante que aprendí durante la sesión?
¿Qué puedo hacer diferente en mi día a día para abordar la dificultad/problema que me plantee? (para acercarme más a lo que quisiera)
¿Tiene sugerencias o comentarios que nos ayuden a mejorar estas actividades? ¿Qué otras temáticas le gustaría abordar? (Opcional)

Anexo E

Tabla de preguntas de entrevistas inicial y final

	Inicial	Final
Motivo inicial	¿En qué consisten tus dificultades en el manejo de emociones, pensamientos o emprendimiento de acciones importantes para ti? (solicitar ejemplos para precisar la información)	¿Han cambiado las dificultades en el manejo de emociones, pensamientos o emprendimiento de acciones importantes para ti con las que iniciaste el taller? ¿En qué consisten ahora?
ABC	¿Cuáles son las barreras para acercarte a lo que quieres en la vida? (Antecedentes públicos o privados)	¿Cuáles son las barreras para acercarte a lo que quieres en la vida? (Antecedentes públicos o privados)
	¿Qué haces cuando aparecen esas barreras? ¿Quieres controlar, evitar o deshacerte de algo? ¿Qué es? y ¿cómo intentas hacerlo? (Conductas)	¿Ha cambiado lo que haces cuando aparecen esas barreras? Si es así ¿Cómo ha cambiado? (Conductas)
	¿Estás en guerra con esas barreras? ¿cómo lo notas?	
	¿Cuáles son las consecuencias de estar en guerra con las barreras? (Consecuencias)	
Historia del problema	¿Hace cuánto tienes el problema que te trae aquí?	
Severidad del problema	¿En una escala de 1-10 cómo calificarías esto como problema para ti? Siendo 1 = no es un problema Y 10 = es un gran problema *Nota: si es un 6 o menos, hay que reformular o indagar si hay algo que resulte más problemático para él/ella en este momento.	

	¿Qué te lleva a calificar de esa forma?	
Impacto en áreas de ajuste	En una escala de 1 a 10, siendo 1 el menor impacto y 10 el mayor impacto. Qué impacto han tenido estas dificultades en las áreas: académica: social: pareja: familiar: laboral: autocuidado: ocio/diversión: salud: Si hay números superiores a 7, explorar ese impacto.	
Intentos de solución	¿Qué has probado? ¿Has sido tratado anteriormente por este problema? Si es así, ¿cuál fue el resultado?	¿Has hecho algo diferente para manejar esa dificultad desde que iniciaste el taller? ¿Cuál fue el resultado?
Pilar compromiso	¿Qué tipo de vida elegirías si pudieras? (¿Qué te permitiría hacer ese tipo de vida?)	¿El tipo de vida que elegirías si pudieras cambió desde la última entrevista? Si es así ¿Qué tipo de vida elegirías si pudieras?
VD Bienestar	¿Qué es el bienestar psicológico para ti? ¿Cómo describirías tu estado de bienestar psicológico?	
Expectativas	¿Qué esperas conseguir al participar de esta intervención? (Profundizar para que responda respecto al problema que se detalló anteriormente).	¿Cómo describirías las actividades y ejercicios realizados durante el taller? ¿Cuáles son las cosas más significativas que conseguiste en esta intervención? Si hay algo que esperabas del taller y no se cumplió ¿Qué fue?
Criterios de participación	¿Piensas que podrías tener dificultad para compartir tus experiencias con el grupo?	¿Cómo fue tu experiencia con el hecho de que haya sido grupal? ¿Cómo te sentiste al compartir tus experiencias con el grupo?
	¿Consideras que hay algo relevante que podría afectar tu participación en el taller?	¿Algo afectó tu participación en el taller? ¿Cómo?
	¿Tienes restricción de horarios para asistir al taller? ¿Qué horario te convendría más para asistir 2 horas por tres semanas? ¿Hay algo adicional que consideras que sería importante que conozca?	

Camino Vital (FACT) (Anexo C)	Línea control significado* Camino Vital. Dibuja una flecha encima de la línea para indicar dónde te encuentras en tu camino vital estos días y en qué dirección te estás moviendo. ¿Cuáles son, si los hay, los costos y beneficios de ejercer el control? ¿Qué acciones te indicarían que estás avanzando hacia un mayor significado en la vida? Cuando te quedas estancado, ¿cómo puedes ayudarte a seguir avanzando hacia más significado? ¿Quién o qué te ayuda a avanzar hacia un mayor significado?	Línea control significado* Camino Vital. ¿dónde te encuentras ahora en tu Camino Vital? (control o significado) ¿Qué acciones te indican que estás avanzando hacia un mayor significado en la vida? Cuando te quedas estancado, ¿cómo puedes ayudarte a seguir avanzando hacia más significado? ¿Quién o qué te ayuda a avanzar hacia un mayor significado?
Experiencia en intervención		¿Hay algún momento o ejercicio del taller que recuerdes especialmente?
Cambio en Pilares FACT		Desde que inició tu participación en el taller: ¿Cambió la forma en que abordas tus experiencias difíciles? ¿Cómo? ¿Cambió la forma en que percibes tu historia personal y/o tu presente? ¿Cómo? ¿Cambió la forma en que percibes lo importante en tu vida? ¿Cómo? ¿Planeas o has intentado hacer cambios hacia un camino de significado?
Relación cambios - intervención		¿Consideras que algunos de estos cambios se derivan de tu participación en el taller? Si es así, ¿qué aspectos de la intervención crees que lo favorecieron? ¿cómo? Si no es así ¿qué aspectos de la intervención crees que lo dificultaron? ¿cómo?
Retroalimentación intervención		¿Qué aspectos del taller crees que podrían mejorarse? ¿Tienes alguna sugerencia para futuras versiones o talleres similares?

Anexo F

Aval ético – Facultad de Ciencias Humanas UNAL

Para mayor información sobre el aval ético, póngase en contacto con el autor al correo dafperezar@unal.edu.co

Anexo G

Consentimiento informado investigación

Sesión # ____ Fecha: _____

Consentimiento Informado investigación - Taller FACT para universitarios

Bienvenida(o) usted ha sido invitada(o) a participar en una investigación realizada por el psicólogo Daniel Felipe Pérez Arévalo, para optar al título de Magíster en Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Colombia (UNAL), bajo la dirección y supervisión del profesor asociado Óscar Mauricio Gallego Villa.

El presente estudio se rige bajo el código de ética del psicólogo colombiano, código deontológico de la ley 1090 del 2006 y bajo las disposiciones de la Resolución No. 8430 de 1993 del Ministerio de Salud en la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. En tal sentido, prevalecerá el criterio del respeto a la dignidad, la protección de los derechos y el bienestar de la(s) persona(s) participante(s).

El objetivo de la investigación es plantear una intervención para promover la Flexibilidad Psicológica y el bienestar con el uso de la Terapia de Aceptación y Compromiso Enfocada (Focused ACT) en un formato grupal. Para tal fin, se tomarán como insumo de investigación algunos datos relacionados al taller grupal de intervención en el que va a participar y a las variables estudiadas, antes, durante y/o después de su aplicación. Es probable que pueda ser contactada(o) en algún momento de la investigación para hacer seguimiento del efecto del taller en su cotidianidad.

Tanto su participación, como el análisis que se llevará a cabo de los datos provenientes de ella NO PONEN EN RIESGO su integridad física o psicológica. Su participación es totalmente confidencial, ni su nombre ni su documento de identificación, ni ningún tipo de información que pueda identificarla(o) directamente aparecerá en los registros del estudio. Para la investigación, sólo serán tenidos en cuenta los datos proporcionados por participantes mayores de edad. El almacenamiento de los datos estará a cargo del investigador responsable, guardándose siempre sus datos personales en un lugar seguro de tal manera que ninguna persona ajena pueda acceder a esta información y atendiendo a un estricto cumplimiento del decreto 1377 de 2013, sobre la Protección de Datos Personales en Colombia. Atendiendo a la norma, una vez acabado el estudio los datos serán eliminados y las transcripciones y documentos serán codificados para mantener el anonimato de todos los participantes.

Si usted no desea participar no implica sanción, puede optar por retirarse de este estudio en cualquier momento y la información recogida será descartada del estudio y eliminada. El participar en este estudio no tiene costos y no recibirá ningún pago por estar en este

estudio, únicamente será beneficiada(o) con la impartición gratuita del taller a las sesiones a las que asista. Si aún no ha asistido, podrá participar en el futuro de acuerdo a la disponibilidad del ciclo de talleres.

Finalmente, toda la información analizada y los resultados serán utilizados con fines exclusivamente académicos y científicos, preservando la exactitud de los mismos y la confidencialidad. Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación, por favor comuníquese con el investigador al correo: dafperezar@unal.edu.co.

Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y comprendido la información presentada en esta hoja de consentimiento, así como de haber tenido la oportunidad de preguntar y de resolver satisfactoriamente sus inquietudes.

Consentimiento informado - Firmas

#	Nombre completo	Tipo de identifi-cación	Número de identificación	Celular	Correo electrónico	Carrera	Firma
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

Referencias

American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education. (2018). VALIDEZ. En *Estándares para Pruebas Educativas y Psicológicas* (pp. 11–34). American Educational Research Association; JSTOR. https://doi.org/10.2307/j.ctvr43hg2.5

Bishop, F. L. (2015). Using mixed methods research designs in health psychology: An illustrated discussion from a pragmatist perspective. *British Journal of Health Psychology*, *20*(1), 5–20. https://doi.org/10.1111/bjhp.12122

Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & 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*(4), 676–688. https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007

Browning, M. E., Morena, A., Gould, E. R., & Lloyd-Richardson, E. E. (2022). Brief ACT for Undergraduates: A Mixed-Methods Pilot Investigation of Acceptance and Commitment Therapy Delivered over Zoom. *Journal of College Student Psychotherapy*, 1–21. https://doi.org/10.1080/87568225.2022.2029659

Budd, M., Iqbal, A., Harding, C., Rees, E., & Bhutani, G. (2021). Mental health promotion and prevention in primary care: What should we be doing vs. what are we actually doing? *Mental Health & Prevention*, *21*, 200195. https://doi.org/10.1016/j.mhp.2020.200195

Camacho-Villa, M. A., Díaz-Marín, I. J., Paredes Prada, E. T., De La Rosa, A., & Niño-Cruz, G. I. (2023). Cross-Sectional Analysis of Colombian University Students' Perceptions of Mental Health during the COVID-19 Pandemic: Repercussions on Academic Achievement. *Healthcare*, *11*(14), 2024. https://doi.org/10.3390/healthcare11142024

Campo-Arias, A., Ceballos-Ospino, G. A., & Herazo, E. (2020). Barriers to access to mental health services among Colombia outpatients. *International Journal of Social Psychiatry*, *66*(6), 600–606. https://doi.org/10.1177/0020764020925105

Castaño, J. J., Cañón Buitrago, S. C., & López Tamayo, J. J. (2022). Riesgo suicida en estudiantes universitarios de Manizales (Caldas, Colombia). *Informes Psicológicos*, *22*(1), 77–95. https://doi.org/10.18566/infpsic.v22n1a05

Cénat, J. M., Farahi, S. M. M. M., Dalexis, R. D., Darius, W. P., Bekarkhanechi, F. M., Poisson, H., Broussard, C., Ukwu, G., Auguste, E., Nguyen, D. D., Sehabi, G., Furyk, S. E., Gedeon, A. P., Onesi, O., El Aouame, A. M., Khodabocus, S. N., Shah, M. S., & Labelle, P. R. (2022). The global evolution of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders*, *315*, 70–95. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.07.011

Chávez, S. M., Esparza del Villar, Ó. A., & Riosvelasco Moreno, L. (2020). Diseños preexperimentales y cuasiexperimentales aplicados a las ciencias sociales y la educación. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, *2*(2), 167–178.

Christodoulou, V., Flaxman, P. E., & Lloyd, J. (2021). Acceptance and Commitment Therapy in Group Format for College Students. *Journal of College Counseling*, *24*(3), 210–223. https://doi.org/10.1002/jocc.12192

Clavijo A, A. (2007). Lo psicológico como un evento. *Universitas Psychologica*, *6*, 699–711.

Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (Fifth edition). SAGE.

Creswell, J. W., & Plano, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (Third edition). Sage.

Cruz Gaitán, J. I. (2017). *Duelo*. Editorial El Manual Moderno.

Dave, S., Jaffe, M., & O'Shea, D. (2024). Navigating college campuses: The impact of stress on mental health and substance use in the post COVID-19 era. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, *54*(5), 101585. https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2024.101585

Dawson, D. L., & Golijani-Moghaddam, N. (2020). COVID-19: Psychological flexibility, coping, mental health, and wellbeing in the UK during the pandemic. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *17*, 126–134. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.07.010

Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., & van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. [Spanish adaptation of the Psychological Weil-Being Scales (PWBS).]. *Psicothema*, *18*(3), 572–577.

Díaz-Muñoz, G. (2020). Metodología del estudio piloto. *Revista chilena de radiología*, *26*, 100–104.

Dindo, L., Johnson, A. L., Lang, B., Rodrigues, M., Martin, L., & Jorge, R. (2020). Development and evaluation of an 1-day Acceptance and Commitment Therapy workshop for Veterans with comorbid chronic pain, TBI, and psychological

distress: Outcomes from a pilot study. *Contemporary Clinical Trials*, *90*, 105954. https://doi.org/10.1016/j.cct.2020.105954

Dindo, L., Van Liew, J. R., & Arch, J. J. (2017). Acceptance and Commitment Therapy: A Transdiagnostic Behavioral Intervention for Mental Health and Medical Conditions. *Neurotherapeutics*, *14*(3), 546–553. https://doi.org/10.1007/s13311-017-0521-3

Dixon, M. R., Hayes, S. C., & Belisle, J. (2023). *Acceptance and Commitment Therapy for Behavior Analysts: A Practice Guide from Theory to Treatment* (1a ed.). Routledge. https://doi.org/10.4324/9781003250371

Downs, M. F., & Eisenberg, D. (2012). Help Seeking and Treatment Use Among Suicidal College Students. *Journal of American College Health*, *60*(2), 104–114. https://doi.org/10.1080/07448481.2011.619611

Escobar, M., Mayorga Merino, M., Viviescas, A., & Escobar, J. M. (2023). The other pandemic: Mental illness in young people from low and middle-income countries. *Current Opinion in Psychology*, *52*, 101642. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2023.101642

Escobar-Pérez, J., & Martínez, A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: Una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*, *6*, 27–36.

Falletta-Cowden, N., Smith, P., Hayes, S. C., Georgescu, S., & Kolahdouzan, S. A. (2022). What the Body Reveals about Lay Knowledge of Psychological Flexibility. *Journal of Clinical Medicine*, *11*(10), 2848. https://doi.org/10.3390/jcm11102848

Flórez, L. (2007). *Psicología social de la salud: Promoción y prevención*. Editorial El Manual Moderno Colombia.

Flórez, L. (2015). Fomento de la competencia social como estrategia para la promoción de la salud mental en el ámbito escolar. *MedUNAB*, *17*(3), 38–40. Redalyc.

Ghafari, M., Nadi, T., Bahadivand-Chegini, S., & Doosti-Irani, A. (2022). Global prevalence of unmet need for mental health care among adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, *36*, 1–6. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.10.008

Ghasemi, F., Gholami, J., Issazadegan, A., & Mohammadnia, Z. (2023). A pilot study of acceptance and commitment therapy to improve teachers' psychological well-being. *Advances in Mental Health*, *21*(3), 228–246. https://doi.org/10.1080/18387357.2023.2200010

Gifford, E. V., & Hayes, S. C. (1999). Functional contextualism: A pragmatic philosophy for behavioral science. En *Handbook of behaviorism* (pp. 285–327). Elsevier.

Gloster, A. T., Klotsche, J., Ciarrochi, J., Eifert, G., Sonntag, R., Wittchen, H.-U., & Hoyer, J. (2017). Increasing valued behaviors precedes reduction in suffering: Findings from a randomized controlled trial using ACT. *Behaviour Research and Therapy*, *91*, 64–71. https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.01.013

Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *18*, 181–192. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009

Glover, N. G., Sylvers, P. D., Shearer, E. M., Kane, M.-C., Clasen, P. C., Epler, A. J., Plumb-Vilardaga, J. C., Bonow, J. T., & Jakupcak, M. (2016). The efficacy of Focused Acceptance and Commitment Therapy in VA primary care. *Psychological Services*, *13*(2), 156–161. https://doi.org/10.1037/ser0000062

Gómez-Restrepo, C., Bohórquez, A., Tamayo Martínez, N., Rondón, M., Bautista, N., Rengifo, H., & Medina Rico, M. (2016). Trastornos depresivos y de ansiedad y

factores asociados en la población de adolescentes colombianos, Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *45*, 50–57. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.09.009

Gómez-Restrepo, C., Rodríguez, M. N., Eslava-Schmalbach, J., Ruiz, R., & Gil, J. F. (2021). Self-recognition of mental disorders and mental problems in the adult population from the Colombian National Mental Health Survey. *Revista Colombiana de Psiquiatría (English Ed.)*, *50*(2), 92–100. https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2019.09.004

Harris, R. (2009). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.

Hayes, S. C. (1989). *Rule-Governed Behavior: Cognition, Contingencies, and Instructional Control*. Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4757-0447-1

Hayes, S. C. (1993). Analytic goals and the varieties of scientific contextualism. En *Varieties of scientific contextualism.* (pp. 11–27). Context Press.

Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.

Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (2003). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.

Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (2016). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (Second edition, paperback edition). The Guilford Press.

Herrera, C. (2022). Retos en prevención y promoción de la salud mental en Bogotá: Un aporte desde el desarrollo para las políticas públicas. *Punto de vista*, *13*(20), 62–78. https://doi.org/10.15765/pdv.v13i20.3454

Howell, A. J., & Passmore, H.-A. (2019). Acceptance and Commitment Training (ACT) as a Positive Psychological Intervention: A Systematic Review and Initial Meta-analysis Regarding ACT's Role in Well-Being Promotion Among University Students. *Journal of Happiness Studies*, *20*(6), 1995–2010. https://doi.org/10.1007/s10902-018-0027-7

Hunt, J., & Eisenberg, D. (2010). Mental Health Problems and Help-Seeking Behavior Among College Students. *Journal of Adolescent Health*, *46*(1), 3–10. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.08.008

Huppert, F. A. (2009). Psychological Well-being: Evidence Regarding its Causes and Consequences†. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, *1*(2), 137–164. https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2009.01008.x

Jaimes, I. C. (2023). Relación entre características sociodemográficas y bienestar subjetivo en estudiantes de Ciencias para la Salud. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, *19*(1–2), 91–111.

Jando, C., & Dionne, F. (2024). A call for qualitative research in Contextual Behavioral Science. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *32*, 100751. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100751

Kanzler, K. E., Robinson, P. J., McGeary, D. D., Mintz, J., Kilpela, L. S., Finley, E. P., McGeary, C., Lopez, E. J., Velligan, D., Munante, M., Tsevat, J., Houston, B., Mathias, C. W., Potter, J. S., & Pugh, J. (2022). Addressing chronic pain with Focused Acceptance and Commitment Therapy in integrated primary care:

Findings from a mixed methods pilot randomized controlled trial. *BMC Primary Care*, *23*(1), 77. https://doi.org/10.1186/s12875-022-01690-2

Katajavuori, N., Vehkalahti, K., & Asikainen, H. (2023). Promoting university students' well-being and studying with an acceptance and commitment therapy (ACT)-based intervention. *Current Psychology*, *42*(6), 4900–4912. https://doi.org/10.1007/s12144-021-01837-x

Keulen, J., Matthijssen, D., Schraven, J., Deković, M., & Bodden, D. (2023). The effectiveness and cost-effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy as a transdiagnostic intervention for transitional-age youth: Study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, *23*(1), 51. https://doi.org/10.1186/s12888-023-04535-z

Knight, L., & Samuel, V. (2022). Acceptance and commitment therapy interventions in secondary schools and their impact on students' mental health and well-being: A systematic review. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *25*, 90–105. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.06.006

Kohlenberg, R. J. (with Tsai, M.). (2007). *Functional Analytic Psychotherapy: Creating Intense and Curative Therapeutic Relationships*. Springer.

LeJeune, J., & Luoma, J. B. (2019). *Values in therapy: A clinicians guide to helping clients develop psychological flexibility and live a more meaningful life*. Context Press.

Lewin, R. K., Acuff, S. F., Berlin, K. S., Berman, J. S., & Murrell, A. R. (2023). Group-based acceptance and commitment therapy to enhance graduate student psychological flexibility: Treatment development and preliminary implementation evaluation. *Journal of American College Health*, *71*(1), 162–171. https://doi.org/10.1080/07448481.2021.1881522

Linehan, M. (2015). *DBT skills training manual* (Second edition). The Guilford Press.

Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2017). *Learning ACT: An acceptance & commitment therapy skills training manual for therapists* (Second edition). Context Press, an imprint of New Harbinger Publications, Inc.

Lynn, M. R. (1986). Determination and Quantification Of Content Validity: *Nursing Research*, *35*(6), 382???386. https://doi.org/10.1097/00006199-198611000-00017

Mallett, R., Coyle, C., Kuang, Y., & Gillanders, D. T. (2021). Behind the masks: A cross-sectional study on intolerance of uncertainty, perceived vulnerability to disease and psychological flexibility in relation to state anxiety and wellbeing during the COVID-19 pandemic. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *22*, 52–62. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.09.003

Mandracchia, J. T., & Pendleton, S. (2015). Understanding College Students' Problems: Dysfunctional Thinking, Mental Health, and Maladaptive Behavior. *Journal of College Student Retention: Research, Theory & Practice*, *17*(2), 226–242. https://doi.org/10.1177/1521025115578235

Ming, S., Gould, E., & Fiebig, J. H. (2023). *Understanding and applying relational frame theory: Mastering the foundations of complex language in our work and lives as behavior analysts*. Context Press, an imprint of New Harbinger Publications, Inc.

Ministerio de Salud. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 Tomo I.* Javegraf. http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf

OMS. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. *Ginebra: OMS*, 559–568.

OMS, E., and Communication. (1998). *Promoción de la salud: Glosario*. *WHO/HPR/HEP/98.1*. WHO IRIS. https://iris.who.int/handle/10665/67246

Ong, C. W., Barthel, A. L., & Hofmann, S. G. (2024). The Relationship Between Psychological Inflexibility and Well-Being in Adults: A Meta-Analysis of the Acceptance and Action Questionnaire. *Behavior Therapy*, *55*(1), 26–41. https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.05.007

OPS. (2020, agosto 10). *No hay salud sin salud mental*. https://www.paho.org/es/noticias/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-mental

Palacio, C. A. (2018). Situación de salud mental en Colombia. *International Journal of Psychological Research*, *11*(2), 6–7. https://doi.org/10.21500/20112084.3712

Pepper, S. C. (1970). *World hypotheses: A study in evidence*. University of California Press.

Pérez, M. A. (2017). *Adaptación de la escala de bienestar psicológico de Ryff en trabajadores de empresas industriales del distrito de Los Olivos* [Thesis, Universidad César Vallejo]. https://hdl.handle.net/20.500.12692/11339

Pineda Roa, C. A., Castro Muñoz, J. A., & Chaparro Clavijo, R. A. (2017). Estudio psicométrico de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff en adultos jóvenes colombianos. *Pensamiento Psicológico*, *16*(1), 45–55. https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI16-1.epeb

Pistorello, J. (Ed.). (2013). *Mindfulness & acceptance for counseling college students: Theory and practical applications for intervention, prevention & outreach*. Context Press, an imprint of the New Harbinger Publications, Inc.

Rafihi-Ferreira, R., Morin, C. M., Toscanini, A. C., Lotufo Neto, F., Brasil, I. S., Gallinaro, J. G., Borges, D. S., Conway, S. G., & Hasan, R. (2021). Acceptance and commitment therapy-based behavioral intervention for insomnia: A pilot randomized controlled trial. *Brazilian Journal of Psychiatry*, *43*(5), 504–509. https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0947

Ramos-Galarza, C. (2021). Editorial: Diseños de investigación experimental. *CienciAmérica*, *10*(1), 1–7. https://doi.org/10.33210/ca.v10i1.356

Ramsey, S. D., Willke, R. J., Glick, H., Reed, S. D., Augustovski, F., Jonsson, B., Briggs, A., & Sullivan, S. D. (2015). Cost-Effectiveness Analysis Alongside Clinical Trials II—An ISPOR Good Research Practices Task Force Report. *Value in Health*, *18*(2), 161–172. https://doi.org/10.1016/j.jval.2015.02.001

Räsänen, P., Lappalainen, P., Muotka, J., Tolvanen, A., & Lappalainen, R. (2016). An online guided ACT intervention for enhancing the psychological wellbeing of university students: A randomized controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, *78*, 30–42. https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.01.001

Rocha-Nieto, L. M., Herrera-Delgado, C., & Vargas-Olano, M. O. (2017). Adherencia al Tratamiento en Rehabilitación Cardíaca: Diseño y Validación de un Programa de Intervención Biopsicosocial. *Revista Colombiana de Psicología*, *26*(1), 61. https://doi.org/10.15446/rcp.v26n1.53610

Ruiz, F. J., Suárez, J. C., & Riaño, D. (2016). Psychometric properties of the Mindful Attention Awareness Scale in Colombian undergraduates. *Suma Psicológica*, *23*(1), 18–24. https://doi.org/10.1016/j.sumpsi.2016.02.003

Ruiz, F. J., Suárez, J. C., Segura, M. A., & Gil-Luciano, B. (2022). Psychometric properties of the spanish version of the Valuing Questionnaire in Colombian clinical and nonclinical samples. *Journal of Clinical Psychology*, *78*(2), 233–248. https://doi.org/10.1002/jclp.23212

Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Cárdenas-Sierra, S., Durán, Y., Guerrero, K., & Riaño-Hernández, D. (2016). Psychometric Properties of the Acceptance and Action

Questionnaire–II in Colombia. *The Psychological Record*, *66*(3), 429–437. https://doi.org/10.1007/s40732-016-0183-2

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*(1), 80–87. https://doi.org/10.1016/j.rlp.2016.09.006

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *57*(6), 1069–1081. https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069

Santamaría-García, H. (2023). La salud mental y el escenario social actual en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *52*(2), 83–84. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2023.05.001

Sierra, M. A., & Ruiz, F. J. (2022). Content validity and perceived utility of a self-help online acceptance and commitment therapy program focused on repetitive negative thinking. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *26*, 1–10. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.08.003

Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. Prentice Hall.

Skinner, B. F. (1982). *Contingencias de reforzamiento: Un análisis teórico* (1a reimp). Trillas.

Skinner, B. F. (1994). *Sobre el conductismo*. Planeta-Agostini.

Smith, B. M., Twohy, A. J., & Smith, G. S. (2020). Psychological inflexibility and intolerance of uncertainty moderate the relationship between social isolation and mental health outcomes during COVID-19. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *18*, 162–174. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.005

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

Spidel, A., Lecomte, T., Kealy, D., & Daigneault, I. (2018). Acceptance and commitment therapy for psychosis and trauma: Improvement in psychiatric symptoms, emotion regulation, and treatment compliance following a brief group intervention. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *91*(2), 248–261. https://doi.org/10.1111/papt.12159

Strosahl, K., Robinson, P., & Gustavsson, T. (2012). *Brief interventions for radical change: Principles & practice of focused acceptance & commitment therapy*. New Harbinger Publications.

Törneke, N. (2016). *Aprendiendo TMR: Una introducción a la Teoría del Marco Relacional y sus aplicaciones clínicas* (1ª ed). Didacbook.

Twohig, M. P., Levin, M. E., & Petersen, J. M. (Eds.). (2023). *The Oxford handbook of acceptance and commitment therapy*. Oxford University Press.

Villatte, J. L., Vilardaga, R., Villatte, M., Plumb Vilardaga, J. C., Atkins, D. C., & Hayes, S. C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy modules: Differential impact on treatment processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *77*, 52–61. https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.001

Westrup, D. (with Wright, M. J.). (2017). *Learning ACT for Group Treatment: An Acceptance and Commitment Therapy Skills Training Manual for Therapists*. Context Press.

Wilson, K. G., & Luciano Soriano, M. del C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT): Un tratamietno conductual orientado a los valores*. Ediciones Pirámide.

Zamora-Rondón, D. C., Suarez-Acevedo, D. E., & Bernal-Acevedo, O. A. (2019). Análisis de las necesidades y uso de servicios de atención en salud mental en Colombia. *Revista de Salud Pública*, *21*(2), 175–180. https://doi.org/10.15446/rsap.v21n2.71638

Zettle, R. D. (Ed.). (2016). *The Wiley handbook of contextual behavioral science*. Wiley, Blackwell.