



Diseño y evaluación de un protocolo de ACT para el acercamiento saludable al sufrimiento humano

“travesía en bicicleta, hacia lo valioso”

Autor:
PAUL STEVEN APONTE JIMÉNEZ

Directora de Trabajo de Grado:
PHD DIANA ROCÍO RIAÑO HERNÁNDEZ

UNIVERSIDAD DEL VALLE

FACULTAD DE PSICOLOGIA

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

Cali, 2025

Resumen

Esta investigación diseñó, implementó y evaluó un protocolo grupal basado en ACT. Empleó un diseño mixto secuencial con N=57 Universitarios. La fase cuantitativa utilizó un diseño cuasiexperimental con cuatro mediciones, evaluando los niveles de flexibilidad psicológica. El protocolo consistió en 9 sesiones temáticas de 3 horas con 74 ejercicios experienciales de autoría propia. La fase cualitativa analizó bitácoras, audios reflexivos y fotografías. Los resultados cuantitativos revelaron interacciones significativas grupo×tiempo en evitación experiencial ($p=.004$), inflexibilidad psicológica ($p<.001$), desconexión con valores ($p<.001$) y estrés ($p=.036$), con trayectorias favorables en grupo experimental versus control. Los análisis cualitativos evidenciaron incrementos en la flexibilidad psicológica, con reducciones en inflexibilidad. Emergieron seis categorías: toma de perspectiva, regulación emocional, agencia personal, resignificación del sufrimiento, coherencia interna y disposición al cambio. La triangulación indica que el protocolo cambió la relación de los participantes con el sufrimiento. Esta investigación aporta un protocolo ACT validado para población universitaria colombiana, demostrando viabilidad, aceptabilidad y efectividad preliminar como recurso escalable para servicios de atención psicológica de formato grupal, favoreciendo la optimización de recursos e impacto.

Palabras clave: *ACT, flexibilidad psicológica, estudiantes universitarios, salud mental preventiva, sufrimiento humano, intervención grupal, protocolo.*

Introducción

La transición del primer año en la Universidad, se ha descrito como una fase de desarrollo particularmente crítica, que constituye una “ventana de oportunidad” para la prevención y la intervención temprana en salud mental, debido a la elevada carga de síntomas ansiosos, depresivos y a los cambios académicos, sociales e identitarios que confluyen en este periodo (Conway et al., 2021; Duffy et al., 2020, 2023; Evans et al., 2020).

Paradójicamente, mientras las instituciones de educación superior se esfuerzan por formar profesionales competentes, descuidan una dimensión fundamental de la experiencia: la capacidad de formar humanos que contacten con su sufrimiento de forma saludable y bondadosa (Duffy, 2023; Käll et al., 2023; UNESCO IESALC, 2024).

La salud mental enfrenta una crisis, agudizada por el hito histórico de la pandemia por COVID-19 (2020-2023): La investigación epidemiológica confirma que el 75% de los trastornos mentales se consolidan antes de los 24 años (Kessler et al., 2005), situando a la adultez emergente como el "punto de quiebre" donde la prevención no es una opción, sino una urgencia ética. Esta "tormenta perfecta" de ansiedad, depresión y estrés académico se agrava por una barrera invisible, entre el 50% y el 80% de los estudiantes que sufren no buscan ayuda profesional debido al estigma o la desconfianza en el sistema (Berman et al., 2024).

¿Por qué, a pesar de los avances en psicología, el malestar parece ganar terreno? la respuesta reside en una lógica cultural aparentemente intuitiva pero funcionalmente destructiva: la creencia de que, para vivir bien, primero debo eliminar el dolor. Esta regla verbal de "sentirse bien = vivir bien" (Luciano & Valdivia, 2006) nos convierte en expertos del control emocional, pero a un costo funcional altísimo. Los intentos rígidos por suprimir o evitar el dolor psicológico

son, en sí mismos, la fuente principal del sufrimiento. Este fenómeno, denominado evitación experiencial, organiza la conducta en torno a la lucha contra sus propios pensamientos y emociones. En el campus universitario, esto se traduce en procrastinación, evitar la ansiedad, consumo de sustancias para anestesiar la soledad o el abandono de metas valiosas para evitar la posibilidad del fracaso, entre otras funcionalidades.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), propone un giro disruptivo: el problema no es el dolor, sino la relación que establecemos con él (Hayes et al., 1996; Luciano & Valdivia, 2006). Basada en la Teoría de los Marcos Relacionales (RFT; Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001), ACT busca cultivar la flexibilidad psicológica. En el ámbito universitario, niveles altos de flexibilidad psicológica se traducen en mayor bienestar, mejor ajuste académico y una adaptabilidad superior ante la adversidad (Mursalzade et al., 2025), autoeficacia académica, menor procrastinación y reducción del burnout (López-Crespo et al., 2025; Asikainen & Katajavuori, 2023).

En Colombia existen pocos protocolos estructurados y culturalmente adaptados para promover la flexibilidad psicológica en estudiantes universitarios. La Universidad del Valle, aunque comprometida con el bienestar, requiere de herramientas basadas en procesos que sean escalables y de bajo costo, que puedan implementar en sus servicios de atención psicológica.

Aquí nace la esencia de este proyecto. Esta investigación no solo es un ejercicio académico, es el resultado de un proceso apasionante de construcción y aplicación de un protocolo original titulado "**La Travesía en Bicicleta hacia lo Valioso**". A través de un diseño mixto secuencial, con N=109 estudiantes para evaluar el impacto de una intervención grupal de nueve sesiones que integra 74 ejercicios experienciales, metáforas contextuales y técnicas diseñadas específicamente para el lenguaje y la realidad del adulto joven.

Las contribuciones incluyen: un protocolo ACT sistemáticamente diseñado, aplicado y evaluado para universitarios colombianos, con material completamente original; evidencia empírica robusta sobre viabilidad y efectividad de intervenciones grupales breves basadas en ACT; integración metodológica mixta que captura tanto cambios cuantificables en procesos psicológicos como transformaciones experienciales subjetivas en la relación con el sufrimiento, el protocolo es replicable, escalable y de bajo costo, puede integrarse en servicios de atención psicológica como estrategia preventiva, para promover la salud mental en jóvenes adultos, con la posibilidad de adaptarse a otros contextos culturales, educativos, hospitalarios y penitenciarios.

Este documento invita al lector a recorrer un camino donde el bienestar no se define por la ausencia de nubes en el cielo, sino por la habilidad de seguir pedaleando bajo la lluvia; el objetivo es enseñar a los jóvenes a llevar su "maletín de experiencias y sensaciones difíciles" con ellos en su "bicicleta", sin que el peso del pasado o del futuro, les impida avanzar hacia la vida que desean vivir. Lo que sigue es la crónica de esa transformación: de la lucha inútil contra el malestar hacia el compromiso con lo valioso.

Justificación

La Salud Mental en jóvenes es una preocupación Global: el 15 % de los adolescentes en el mundo presentan un trastorno mental diagnosticado y, las principales causas de discapacidad son: depresión, ansiedad y trastornos del comportamiento, generando un lastre, en particular para quienes residen en países de ingresos bajos, con limitantes en el acceso a servicios especializados, obstaculizando su nivel de desarrollo. Los determinantes de mortalidad en adolescentes son accidentes de tránsito, suicidio y conductas de riesgo (Organización Mundial de la Salud, 2024) (Guzman-Villegas et al., 2024). La mitad de las condiciones de salud mental se manifiestan a los 14 años, aproximadamente a los 18 años el

20 % de los jóvenes en el mundo habrá vivenciado un problema de salud mental, con efectos de por vida y la aparición de trastornos graves se darán antes de los 26 años (Kessler, Angermeyer, & Anthony, 2005).

Sumado a esto, el acceso a servicios de salud mental es deficiente, dada la carente infraestructura, costos y estigma social (Kieling, et al 2011), adicional al bajo presupuesto en salud pública, menor al 10 % del presupuesto promedio en la mayoría de los países (UNICEF, 2024). Las investigaciones exhortan a la prevención en salud mental en adolescentes, puesto que es un periodo sensible tanto por las experiencias significativas que atraviesan, como por la importancia del desarrollo de factores protectores, que podrían tener consecuencias a lo largo de sus vidas (Black, Walker, C H Fernald, Andersen, & DiGirolamo, 2017).

En Colombia, el 29,3 % de los adolescentes había experimentado eventos traumáticos, el 12,2 % presentaba síntomas de ansiedad, y el 9,3 % conductas de riesgo alimentario (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). En el Valle del Cauca, las tasas de intento de suicidio han aumentado un 18 % en 5 años, reflejando la urgencia de intervenciones que aborden el sufrimiento humano desde un enfoque preventivo (Gobernación del Valle del Cauca, 2022). A nivel nacional, el 2,5 % de los adolescentes reportó intentos de suicidio en los últimos 12 meses, y el 6,6 % ideación suicida (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015); notificaron 26,202 casos de intentos de suicidio en el año 2020, entre los factores de riesgo están los antecedentes depresivos, y los principales desencadenantes, el conflicto de pareja y problemas económicos (Protocolo de Vigilancia en Salud Publica de Intento de Suicidio, 2022).

Los problemas psicológicos prevalentes en universitarios son: depresión, ansiedad,

trastornos del estado de ánimo, estrés, insomnio, autolesiones, conducta suicida, trastornos alimentarios, consumo de sustancias psicoactivas y síndrome de burnout (Auerbach et al., 2018; Lipson et al., 2022; Suvo-Vega et al., 2022; Usuga-Jerez et al., 2023; Guzman-Villegas et al., 2024; Berman et al., 2024; Ibrahim et al., 2024).

Las Instituciones Educativas en el mundo representan un espacio vital de socialización y desarrollo de factores protectores para jóvenes, son el lugar donde pasan la mayor parte del tiempo, siendo imperativo fortalecer los servicios de salud mental que las Escuelas y Universidades ofrecen a los estudiantes, como un servicio de fácil acceso, que permita acompañarlos en su proceso de formación (Hoover Stephan, Weist, Kataoka, Adelsheim, & Mills, 2007) y representa una medida frente al fracaso del sistema de salud, ofreciendo programas de salud mental con evidencia científica, de corta y mediana duración, adaptables a los limitantes de tiempo y dinero. (Rojas Bernal, Castaño Pérez, & Restrepo Bernal, 2018).

Estos desafíos requieren intervenciones integrales que incluyan políticas públicas para ampliar la cobertura, estrategias preventivas en el ámbito académico, comunitario, penitenciario y hospitalario, con programas que reduzcan el estigma, y enfoques centrados en procesos transdiagnósticos como la flexibilidad psicológica, en lugar de categorías diagnósticas (Knight & Samuel, 2022; Fitzgerald et al., 2021; Ministerio de Educación Nacional, 2025).

Para ACT, los problemas psicológicos no se limitan a diagnósticos rígidos, sino que surgen de procesos comunes que afectan a los sujetos (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006); como modelo terapéutico transdiagnóstico, enfoca su objetivo de intervención en mejorar la flexibilidad, como eje central en la salud mental (Hayes, 2004).

Esta investigación es de carácter preventiva y aplicativa al movilizar la flexibilidad psicológica, generando un acercamiento saludable al sufrimiento, en contraposición a postulados culturales que privilegian la anulación de experiencias dolorosas, distando de incorporar habilidades para un relacionamiento flexible al sufrimiento. El protocolo aborda tanto el sufrimiento por presencia (duelo por la muerte de seres queridos) como por ausencia (rumiación angustiante sobre pérdidas futuras), promoviendo la aceptación y el reconocimiento de la lucha infructuosa contra él (Eisma et al., 2021; Willi et al., 2024; Hayes et al., 2006). El formato grupal, facilitará la exploración experiencial del sufrimiento con autocompasión, reduciendo la evitación experiencial y fomentando acciones alineadas con valores vitales (Serrano et al., 2023; Páez-Blarrina et al., 2008).

Los componentes de ACT son una alternativa funcional y disruptiva, que no consiste en eliminar el malestar, sino en modificar la relación que las personas establecen con su experiencia interna, promoviendo la flexibilidad psicológica como proceso central para una vida significativa aun en presencia del sufrimiento (Hayes et al., 2012; Wilson & Luciano, 2002). Desde esta perspectiva, se reconoce que el sufrimiento es inherente a la condición humana, y evitarlo rígidamente solo amplifica su impacto (Akbari et al., 2022; Luciano-Soriano & Valdivia, 2006).

El protocolo estará diseñado para jóvenes adultos, entrenándolos en las funcionalidades del lenguaje sin que este los devore; el reconocimiento de la evitación experiencial, la incorporación de estrategias de defusión cognitiva, la clarificación de valores, y la promoción de acciones comprometidas orientadas a una vida valiosa pese a las adversidades reales o imaginarias (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2015, pág. 32).

La transición a la vida universitaria representa un período crítico por un incremento en la prevalencia de problemas de salud mental, tales como ansiedad, depresión y estrés, que afectan negativamente el rendimiento académico, las relaciones interpersonales y la calidad de vida limitando el desarrollo universitario, potencializando la deserción y representando un estado de sufrimiento por frustración (Guzmán-Villegas et al., 2024) (Duffy, et al 2020) (Reyes-Ortega et al., 2023; Wilson & Luciano, 2002).

Es una etapa con múltiples factores de riesgo en salud mental, el aumento de exigencias académicas, construcción de nuevas relaciones sociales, adaptación a un entorno novedoso, independencia emocional, presión económica, presencia de problemáticas familiares, de pareja e incertidumbre sobre el futuro (Organización Mundial de la Salud, 2022), curiosamente pese a la prevalencia de alteraciones psicológicas, los jóvenes en etapa de transición entre los 15 a los 25 años, tienen menos probabilidades de recibir un acompañamiento especializado acorde a su edad (Keulen, Matthijssen, Schraven, Deković, & Bodden, 2023). Existe una mezcla peligrosa: por un lado están los problemas psicológicos en universitarios están relacionados con el déficit de habilidades sociales y de afrontamiento, deterioro de las relaciones íntimas y la salud, bajo rendimiento académico, actitud pasiva en los estudios, falta de interés en aprender, baja calidad de vida, problemas sociales asociados a roles de género, sexismo, violencia, abuso, conflictos entre compañeros, distanciamiento, discapacidad y abandono de los estudios (Berman et al., 2024; Ibrahim et al., 2024). Y, por otro lado, la literatura denota escasa presencia de servicios psicosociales y desinterés por parte de las instituciones educativas para intervenir en la salud mental de los estudiantes (Suyo-Vega et al., 2022; Usuga-Jerez et al., 2023; Marengo-Escuderos et al., 2023).

Se tiene en cuenta diversos metaanálisis que, respaldan que la flexibilidad psicológica es

un mediador clave en los efectos terapéuticos de ACT, en trastornos como la ansiedad, la depresión y el dolor crónico, en respuesta al estrés, e incluso en contextos educativos como la experiencia universitaria (Stockton et al., 2021; Mursalzade, Escriche-Martínez, Valdivia-Salas, Jiménez, & López-Crespo, 2025). En estudiantes universitarios, niveles más altos de flexibilidad psicológica se asocia con mejor bienestar, menor sintomatología ansiosa y depresiva, mejor ajuste académico, menor procrastinación, y mayor capacidad para enfrentar adversidad, lo que sugiere que dichos procesos no solo modifican síntomas, sino que fortalecen la resiliencia y la adaptabilidad personal (Mursalzade et al., 2025).

El World Mental Health International College Student Initiative, en una encuesta que abarcó 13.984 estudiantes en 19 universidades de 8 países (Australia, Bélgica, Alemania, México, Irlanda del Norte, Sudáfrica, España y Estados Unidos), encontró que un 35% de los encuestados reportó síntomas consistentes con al menos un trastorno mental de por vida y el 31% un trastorno por 12 meses (Auerbach et al., 2018). En la misma línea, la Asociación Americana de Psicología (APA, 2023) ha señalado que las tasas de ansiedad y depresión entre los jóvenes adultos han aumentado en la última década, una tendencia exacerbada por la pandemia de COVID-19, que introdujo factores estresantes adicionales como el aislamiento social y la interrupción de las rutinas académicas.

En respuesta a esta problemática, la evidencia empírica sugiere que ACT es eficaz para el tratamiento de trastornos emocionales y también como medida preventiva, al reducir los niveles de ansiedad, depresión, evitación experiencial, y aumentar el bienestar (Molina & Quevedo Blasco, 2019); (Hayes et al., 2014; Luciano & Valdivia Salas, 2006); se ha consolidado como una de las terapias de tercera generación con mayor respaldo empírico (Hayes et al., 2012; Biglan et al., 2008) muestra efectividad sobre una variedad de condiciones de salud mental y

física, idóneo para intervenciones Universales, pues no depende de una formulación específica para el trastorno, impactando simultáneamente en diferentes condiciones (Fang & Ding, 2020) (Swain, Hancock, Dixon, & Bowman, 2015). Se centra en procesos funcionales que permiten intervenir sobre una amplia gama de problemáticas emocionales mediante el fortalecimiento de la *flexibilidad psicológica* (Hayes et al., 2012), reconocida como uno de los predictores más consistentes del bienestar psicológico (Stockton et al., 2019; Akbari et al., 2022).

Este protocolo contribuirá al servicio psicológico de la Universidad del valle, brindando una guion practico de intervención, acogiénose a los limitantes de tiempo en la atención Universitaria, dado que institucionalmente se ofrece un máximo de seis sesiones por semestre, siendo posible generar una intervención grupal, mejorando la efectividad y eficacia del servicio, al incluir grupos entre 5 a 30 personas en cada sesión del protocolo, dotándoles de herramientas terapéuticas basadas en evidencia y en la experiencia propia por la práctica directa que les permitirá tener un mayor nivel de flexibilidad psicológica, aceptación, defusión cognitiva, acción comprometida centrada en valores; ACT tiene un efecto de incubación que potencializa con el tiempo y las experiencias de los sujetos, permitiéndoles empoderarse de sus destrezas aprendidas en el protocolo (Burckhardt, Manicavasagar, Batterhamb, & Hadzi-Pavlovic, 2016) (Luciano, Ruiz, Vizcaíno Torres, & Sánchez , 2011).

Actualmente la Universidad del Valle no cuenta con un programa en salud mental publicado con sustento científico, aplicado y validado con sus estudiantes, esta afirmación se sustenta con la búsqueda realizada en su página oficial, motores de búsqueda Scopus y Google académico. En los hallazgos se resalta el programa ligado a la política de universidad saludable, la cual aborda varias líneas de acción: salud mental, estilos de vida saludable, salud social, salud ambiental y generación de conocimiento, donde ejecutan actividades desde diversas áreas

(deporte, arte, cultura, educación), en aplicabilidad a esta política, sin que su ejecución se encuentre sistematizada, como evidencia científica apoyada en un constructo teórico que respalde su eficacia, no obstante en revisión a la política, en el área de generación del conocimiento, se realizan actividades de psicoeducación además de transversalizar actividades académicas e incluir la electiva habilidades para la vida, fundamentada bajo los principios de la terapia Gestalt.

Se plantea como hipótesis que los estudiantes incluidos en el protocolo ACT mostrarán una mejora significativa en los indicadores de bienestar psicológico y una reducción en los síntomas de malestar emocional, en comparación con aquellos que no reciban la intervención.

Este estudio contribuirá al conocimiento sobre las estrategias preventivas en salud mental en el ámbito universitario, proporcionando evidencia empírica que respalde el uso de ACT como una herramienta eficaz para mejorar el bienestar psicológico de los estudiantes e incluirlo como una estrategia en la creación de programas de salud mental; centrados en la salud y no en la psicopatología.

Antecedentes

La evidencia empírica confirma la efectividad de ACT en formato grupal con adultos para síntomas depresivos, con tamaños de efecto de pequeños a moderados ($SMD = -0.47$ a -0.84) según metaanálisis de Kong et al. (2025) incluyendo participantes chinos, estadounidenses y europeos. Un metaanálisis de 25 estudios con 2352 participantes provenientes de Asia, mostro que ACT redujo significativamente los síntomas depresivos en adolescentes Yu et al. (2025): en población adulta de EE. UU, Europa y Australia, ACT mostro efectos significativos en la mejora de la ansiedad y depresión Ferreira et al. (2022). Los estudios con Universitarios Finlandeses, como el de Brandolin et al. (2023) demuestran su efectividad en

esta población: para maximizar la adherencia y el engagement en universitarios es fundamental diseñar protocolos breves, interactivos y culturalmente adaptados. La evidencia sugiere que las intervenciones breves de ACT pueden ser eficaces para mejorar la flexibilidad psicológica (Stefanescu et al., 2024)., aunque se requiere más investigación específica sobre tasas de adherencia y engagement en población universitaria latinoamericana.

Un metaanálisis reciente de tres niveles, con estudiantes norteamericanos y europeos universitarios incluyó 20 estudios con 1,750 participantes, demostró un efecto pequeño a moderado sobre flexibilidad psicológica ($g = 0.38$; IC 95%: 0.20-0.56), con efectos equivalentes tanto en formato individual como grupal y sostenidos en seguimientos hasta 12 meses (Hsu et al., 2023). Una amplia revisión sistemática de ACT en la educación superior analizó 34 estudios empíricos: confirmó la efectividad tanto de intervenciones presenciales como online para incrementar el bienestar académico y reducir síntomas depresivos y ansiosos, destacando la utilidad del formato grupal para normalizar experiencias emocionales entre pares y crear redes de apoyo (Caimano et al., 2024). El metaanálisis con jóvenes en transición (15-25 años) con 65 estudios y 5,283 participantes de EE. UU, Europa, Asia y Australia, reportó un efecto moderado de ACT sobre psicopatología, flexibilidad psicológica y bienestar ($g = 0.72$), sin diferencias significativas entre modalidades de intervención, confirmando la versatilidad del formato y su aplicabilidad transdiagnóstica (Fang et al., 2025). El estudio desarrollado en la universidad de Helsinki, implementó un programa online de 8 semanas, como resultado se dieron mejoras significativas en el bienestar, la flexibilidad psicológica y habilidades de manejo del tiempo, reducción en los niveles de estrés, los análisis cualitativos del estudio, arrojó que los estudiantes valoran particularmente los

beneficios en gestión académica y regulación emocional (Katajavuori et al., 2023).

Las intervenciones grupales desarrolladas en Utah State University evidencio el aporte de ACT mejorando el apoyo grupal, la creación de redes sociales, mejora la empática, redujo los niveles de ansiedad y la comprensión del sufrimiento fuera de sí mismos, brindándoles herramientas de afrontamiento (Twohig, Levin, & Petersen, 2021). En Alemania estudios evidenciaron la reducción del estrés ($g=0.24$) con niños y adolescentes con estrés alto (Binder, Mehl, Resch, Kaess, & Koenig, 2023).

Con el objetivo de identificar la efectividad de la terapia de aceptación y compromiso, en la reducción del estrés en niños y adolescentes de EE.UU, Europa y Asia, realizaron un metaanálisis de ensayos controlados aleatorios: encontrando 187 estudios que fueron acordes a las medidas de inclusión, de estos se tomaron ocho estudios con 976 participantes: los resultados mostraron que ACT, es eficaz en la reducción del estrés en niños y adolescentes, se sugiere ampliar las investigaciones debido a los limitantes de la muestra y deficiencias metodológicas (Binder, Mehl, Resch, Kaess, & Koenig, 2023).

Una revisión de 42 artículos de intervenciones basadas en ACT, con niños y adolescentes españoles entre los 5 a los 18 años, halló que en esta población ACT es efectiva con un número reducido de sesiones de tratamiento, tanto en intervenciones individuales como en protocolos breves grupales, mostrando ser idónea en el tratamiento de diferentes problemas clínicos y no clínicos (Molina & Quevedo Blasco, 2019). Un estudio realizado en hospitales en China, con un análisis retrospectivo de control, con 72 adolescentes entre los 13 y 18 años, diagnosticados con conducta autolesiva no suicida (NSSI), mostró la efectividad de ACT en el tratamiento de (NSSI), mejorando la flexibilidad psicológica y disminuyendo las conductas autolesivas (Yuan,

Zheng, Liu, & Wangv, 2024).

Un ensayo clínico, aleatorizado multicéntrico, considerado único en su tipo, explorara el coste beneficio de ACT, con 140 jóvenes de países bajos en etapa de transición (15 y 25 años) con algún trastorno psicológico, en catorce Instituciones de salud mental, en países Bajos; crearon el programa “*ACT your way*” un protocolo transdiagnóstico, orientado en aumentar la flexibilidad psicológica, que pretende contribuir al conocimiento clínico desarrollando intervenciones específicas para esta población, con altas tasas de problemas psicológicos, siendo el primer estudio que investigue el costo beneficio de ACT, que proporcionará datos que potencialicen las políticas públicas en salud mental: esta investigación es de tipo longitudinal (Keulen, Matthijssen, Schraven, Deković, & Bodden, 2023).

Knight y Samuel, llevaron a cabo un estudio sistemático sobre intervenciones grupales ACT en adolescentes con problemas emocionales. Evaluaron la efectividad de estas intervenciones en la regulación emocional y el manejo del sufrimiento. Participaron 112 adolescentes de EE. UU., Reino Unido, Australia, entre 14 y 18 años. Se usaron el Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) y el Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ). Los hallazgos reportan una mejor capacidad para aceptar emociones negativas y actuar conforme a sus valores, reduciendo el impacto del sufrimiento en su vida (Knight & Samuel, 2022).

Orientados hacia la prevención, “**Strong minds**” es un protocolo de dieciséis sesiones que moviliza aceptación, contacto con el momento presente, clarificación de valores, y defusión, disminuyendo las medidas en relación con depresión, ansiedad y estrés; N=320 estudiantes (15 a 18 años) de Sídney Australia, bajo una metodología grupo control y grupo experimental. (Burckhardt, Manicavasagar, Batterhamb, & Hadzi-Pavlovic, 2016).

Con una población de adolescentes Españoles, con conductas problemáticas, y un diseño cuasi experimental con medidas repetidas y comparaciones entre sujetos, el estudio analizó experimentalmente ejercicios de defusión basados en RFT, evaluando diferencias; protocolo I (interacciones deícticas) y protocolo II (deícticas, jerárquicas y de regulación), el resultado evidencia que agregar componentes adicionales (protocolo II), potencia la efectividad de la defunción, reduciendo conductas problemáticas y aumentando la flexibilidad psicológica (Luciano, Ruiz, Vizcaíno Torres, & Sánchez, 2011).

Un protocolo ACT con estudiantes de dos escuelas de secundarias en EE. UU, diagnosticados con ansiedad, tuvo como objetivo aumentar la flexibilidad psicológica. Implementaron intervenciones grupales en escuelas secundarias. Como medidas usaron el (GAD-7) y el (MAAS). Evidencian una disminución en los indicadores de ansiedad y mejora en la capacidad de aceptación (Petersen, Zurita Ona, & Twohig, 2023).

Estudios con niños y adolescentes estadounidenses, sugieren que ACT es potencialmente más interesante para jóvenes, cuando se habla menos durante la terapia e implementan más ejercicios experienciales y metáforas para introducir claves verbales, movilizandolos conceptos abstractos con ejemplos, transitando el cambio cognitivo del pensamiento concreto al pensamiento abstracto, que se genera en este ciclo vital (Greco, Blackledge, Coyne, & Ehrenreich, 2005).

Un programa realizado con adolescentes residentes en Utah EE. UU, con duración de 8 semanas denominado “*ACT Guide for Adolescents*”, evaluó la efectividad de una intervención autoguiada en línea para mejorar el bienestar emocional en adolescentes con síntomas de ansiedad y depresión. La población N=76 (12 y 17 años), con medidas (DASS-21) y (AAQ-II).

Los resultados mostraron mejoras significativas en la aceptación y una reducción en los síntomas depresivos (Levin, 2020).

Una investigación, analizó la efectividad de ACT en adolescentes de diversos contextos culturales (Australia, India, Norteamérica y Europa) con trastornos de ansiedad y depresión. Los objetivos fueron mejorar la flexibilidad psicológica y mejorar la relación con el sufrimiento. La muestra N=89 (13 a 19 años) de Australia y la India. Las medidas implementadas AAQ-II y (VQ). Evidencian mejoras consistentes en el bienestar psicológico y una mayor alineación con valores personales, destacando la adaptabilidad cultural de ACT (Baveja, Shukla, & Srivastava, 2022).

ACT demuestra su eficacia transdiagnóstica en jóvenes con múltiples condiciones de salud mental y física, idóneo para intervenciones universales al impactar simultáneamente en diversos síntomas sin mediar en diagnósticos (Keulen et al., 2025; Swain et al., 2015). Su enfoque basado en procesos (flexibilidad psicológica) permite su aplicación en contextos diversos, superando las limitaciones de tratamientos categoriales (Fang & Ding, 2020).

Marco teórico

En las sociedades occidentales se ha configurado un entramado cultural que concibe el sufrimiento y el placer como polos antagónicos de la experiencia humana, reforzando la regla verbal implícita de que para *"vivir bien"* es imprescindible *"sentirse bien"* (Luciano & Valdivia, 2006; Pérez-Álvarez, 2014; Wilson & Luciano, 2002). Esta lógica cultural se alimenta de redes verbales que asocian malestar con fracaso personal o patología promoviendo estrategias de control emocional cada vez más elaboradas, especialmente en etapas de transición como la adultez joven *"si me siento mal, todo sale mal"* o *"necesito aprender a controlar mis emociones para vivir mejor"* (Hayes et al., 2012; Knight & Samuel, 2022). Esta contraposición parece

sustentarse en la inclinación natural de los organismos a eludir el malestar y buscar la gratificación; sin embargo, dicha dinámica se intensifica y adquiere una complejidad singular cuando los organismos son verbales (Luciano-Soriano & Valdivia, 2006; Wilson & Luciano, 2002).

Este esquema dualista ha permeado tanto el sentido común como las disciplinas científicas, favoreciendo modelos clínicos centrados en la identificación y supresión de "*síntomas*" más que en la comprensión funcional del sufrimiento, lo que ha consolidado una cultura de evitación donde las conductas se organizan en torno a suprimir, anestesiar o negar el malestar (Pérez-Álvarez, 2014; Ruiz, 2012) "*Todo bien*" "*No pasa nada*" "*relajado*" "*si, ha bueno*" "*me hago el loco/a*" (Tomado de ejercicio "*narrativas del sufrimiento*"; *pilotaje del protocolo*).

Desde una perspectiva contextual, los sistemas nosológicos categoriales (DSM, CIE) aportan escasa información sobre las funciones que cumplen los problemas psicológicos y resultan limitados para orientar intervenciones basadas en procesos, ya que agrupan conductas heterogéneas bajo etiquetas diagnósticas sin atender a variables como la evitación experiencial o la inflexibilidad psicológica, incluso al punto de considerar conductas como disfuncionales y/o desadaptativas, distando de comprender desde una perspectiva contextual funcional, el sentido de la conducta humana, aun cuando esta es considerada como "patológica" "disruptiva" o "disfuncional" (Hayes et al., 2006; Luciano & Valdivia, 2006).

La búsqueda rígida y persistente de eliminar o evitar el dolor, se convierte paradójicamente en una de las principales fuentes del sufrimiento humano. A este fenómeno se le denomina evitación experiencial (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012), entendida como la tendencia a escapar, controlar o suprimir las experiencias internas consideradas negativas. En lugar de liberar al individuo, dicha lucha amplifica la sensación de malestar y lo mantiene atrapado en un marco

de oposición con su propia experiencia (Luciano-Soriano & Valdivia, 2006; Pérez-Álvarez, 2014; Wilson & Luciano, 2002). Esta lógica de evitación entra en tensión con la condición humana, en la cual el sufrimiento y el placer no se presentan como opuestos irreconciliables, sino como dimensiones inevitables y complementarias de la experiencia (Luciano-Soriano & Valdivia, 2006). Desde esta comprensión, el dolor deja de concebirse como una falla o anomalía, y se reconoce como una expresión inherente a la existencia.

En la transición a la adultez, esta cultura de evitación se cruza con desafíos, como la definición de la identidad, la toma de decisiones académicas y laborales, la autonomía relacional, sexual y afectiva, generando altos niveles de estrés, ansiedad y depresión, aun en ausencia de trastornos formales, y aumentando el riesgo de trayectorias de sufrimiento crónico si no se desarrollan repertorios de afrontamiento flexibles (Livheim et al., 2015; Ma et al., 2023; Organización Mundial de la Salud, 2022).

Bajo este escenario, las denominadas “*terapias de tercera generación*”, han transformado la comprensión del sufrimiento con abordajes contraintuitivos, al desafiar las concepciones tradicionales del bienestar. La ACT ofrece una mirada disruptiva (Hayes et al., 2012) propone un proceso de apertura y flexibilidad que permite reconocer, aceptar y habitar las experiencias internas sin etiquetarlas como “*buenas*” o “*malas*”. El alivio no radica en seguir la consigna cultural de “*sentirse bien para vivir bien*”, sino en desarrollar una relación más compasiva y consciente con el dolor, aprendiendo a transformar la relación con el sufrimiento.

El sufrimiento deja de ser un enemigo por eliminar y se convierte en un componente inevitable de la existencia. El cambio terapéutico se orienta a la construcción de una vida valiosa y significativa, guiada por valores vitales que doten de sentido la acción, incluso en presencia del malestar. Como plantean Hayes et al. (2012), el problema no es el dolor en sí, sino el enredo con

él cuando intentamos suprimirlo a toda costa.

Este modelo se fundamenta en modelos empíricos del aprendizaje, la Teoría de los Marcos Relacionales (RFT) y los procesos centrales de la flexibilidad psicológica (Ong et al., 2024; Stockton et al., 2019). Por ello, enfatiza una comprensión funcional y contextual de los fenómenos psicológicos, en lugar de limitarse a descripciones topográficas de las conductas problemáticas; consecuentemente la relevancia de las clasificaciones nosológicas (DSM-V y CIE-11) queda reducida. Desde el análisis contextual, estos sistemas se consideran poco válidos para ofrecer explicaciones funcionales y establecer intervenciones psicológicas efectivas (Hayes, Masuda, Bissett, & Luoma, 2004; Luciano-Soriano & Valdivia, 2006; Pérez-Álvarez, 2014; Wilson & Luciano, 2002).

Las Terapias Contextuales sostienen que los trastornos psicológicos comparten elementos comunes y pueden explicarse a través de dimensiones transdiagnósticas (Pérez-Álvarez, 2014). Estas intervenciones se centran en la raíz de los problemas, trabajando sobre la función de las conductas problema, las cuales son producto de la historia de aprendizaje y el lenguaje (Macías-Morón & Valero-Aguayo, 2024).

Este enfoque centrado en la aceptación, experiencia contextual y valores marca una diferencia teórica clave frente a generaciones anteriores de las terapias conductuales, pues no se limita a la reducción o intensidad de las conductas problemáticas, sino que promueve un cambio profundo en la relación con los propios fenómenos internos, elemento central para intervenciones más eficaces y sostenibles en el tiempo. A continuación, se describe en detalle el desarrollo de ACT, previo a las generaciones antecesoras que fundamentan sus bases teóricas.

Evolución de las Terapias de Conducta

Primera Generación

La terapia conductual de primera generación surgió en la década de 1950 como respuesta empírica al psicoanálisis, aplicando principios del condicionamiento clásico y operante derivados de laboratorios para modificar conductas observables en contextos clínicos (Rodríguez-Riesco, 2022; Ramírez, 2015). Su propósito fue estudiar científicamente los problemas de la salud mental desde una perspectiva conductual, diseñando intervenciones basadas en procesos psicológicos con evidencia empírica (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). Implementaba técnicas como la desensibilización sistemática y el análisis funcional de contingencias reforzadoras, priorizando evidencia experimental sobre interpretaciones subjetivas (Hayes et al., 2021). Skinner demostró cómo la conducta se moldea a través de refuerzos y castigos, como evidenció en sus experimentos con la "*caja de Skinner*" (Skinner, 1938).

El sufrimiento psicológico se conceptualizaba mediante principios de conducta adaptativa influida por el entorno, donde la depresión se atribuía a baja densidad de reforzadores positivos y aumento de conductas de evitación escape (Lejuez et al., 2011; Kanter et al., 2011).

A pesar del rigor científico, el conductismo Watsoniano y el conductismo radical de Skinner no ofrecieron un análisis funcional robusto del lenguaje y la cognición humana, elementos centrales del malestar psicológico (Bandura, 1968; Beck et al., 1979, citado en Hayes et al., 2006) (Hayes, 2004). Esta limitación, junto con la emergencia de la revolución cognitiva, dio paso a la segunda generación.

Segunda Generación

Emergió en las décadas de 1960 1970 al integrar procesos cognitivos como mediadores entre estímulo y respuesta, adoptando la metáfora del procesamiento de información para conceptualizar la mente como un mecanismo interno (Rodríguez-Riesco et al., 2022). Esta segunda ola respondió a limitaciones de la primera generación en trastornos con fuerte

componente afectivo cognitivo, como la depresión, incorporando técnicas para modificar creencias disfuncionales (Obando Ramírez & Parrado Corredor, 2015).

Sus principales exponentes incluyen a: Albert Ellis, creador de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), que postula el sufrimiento como derivado de creencias irracionales evaluables y reemplazables mediante debate socrático; y Aaron T. Beck, con la Terapia Cognitiva (posteriormente Cognitivo Conductual), centrada en identificar y reestructurar pensamientos automáticos negativos y distorsiones cognitivas subyacentes a trastornos como la depresión (Hofmann et al., 2012).

La TCC demostró alta eficacia en metaanálisis para ansiedad y depresión, con tamaños de efecto significativos, pero enfrenta críticas por su débil vínculo con la ciencia cognitiva básica y enfoque mecanicista, desconociendo procesos contextuales del lenguaje (Hayes et al., 2021; Dimidjian et al., 2016). Análisis de componentes revelan que los efectos terapéuticos se deben más a elementos conductuales que cognitivos puros, cuestionando la necesidad exclusiva de la reestructuración cognitiva (Rodríguez-Riesco et al., 2022).

Tercera Generación

Se originan en la década de 1990 como respuesta a las limitaciones de la TCC, explicando fracasos terapéuticos mediante los avances en la investigación sobre el lenguaje y la cognición desde el conductismo radical y la Teoría de los Marcos Relacionales (RFT) (Hayes et al., 2021; Páez-Blarrina & Rico-Paredes, 2023). Su base filosófica, el contextualismo funcional, prioriza las funciones de los eventos psicológicos en su contexto histórico situacional sobre su forma topográfica, recuperando el análisis funcional de la primera ola, pero aplicado a los eventos privados (pensamientos, emociones, sensaciones) relacionales derivados de RFT (Rodríguez-Riesco et al., 2022) y al actuar responsable en el presente (Luciano-Soriano & Valdivia, 2006).

Estas intervenciones enfatizan la flexibilidad psicológica, en lugar de eliminar síntomas o reestructurar contenidos cognitivos (Hayes, 2023). Cambian el contexto funcional de eventos privados problemáticos mediante metáforas, ejercicios experienciales y mindfulness, reduciendo su impacto sin alterar su ocurrencia, lo que cuestiona clasificaciones nosológicas rígidas (Macías-Morón & Valero-Aguayo, 2024). Metaanálisis confirman que la inflexibilidad psicológica (evitación experiencial, fusión cognitiva) subyace transdiagnóticamente a trastornos como depresión, ansiedad y regulación emocional, mediando efectos terapéuticos (Stockton et al., 2021).

Revisiones sistemáticas (2023-2025) validan su paradigma transdiagnóstico, con menor abandono (15%) y aplicabilidad en dolor crónico, adicciones y estrés postraumático (Páez-Blarrina & Rico-Paredes, 2023).

Contextualismo funcional

El contextualismo funcional es el marco filosófico de ACT, considera que el comportamiento humano debe entenderse en función del contexto en el que ocurre y de los resultados funcionales que produce (Biglan & Hayes, 1996). En contraste con enfoques reduccionistas, el contextualismo enfatiza el análisis de las interacciones entre el individuo y su entorno para explicar fenómenos psicológicos complejos; este tiene como objetivo la predicción e influencia de los eventos con presión (Hayes, 1993).

Este enfoque no percibe los pensamientos o emociones “negativas” como problemáticos en sí mismos, sino que su impacto depende de cómo se interpretan y manejan; los eventos psicológicos son acciones continuas de todo el organismo en feedback con el contexto, situacional e históricamente determinado (Hayes, Hayes, Reese, & Sarbin, 1993). No considera problemáticos los eventos privados por su contenido, sino por la función que cumplen en determinados contextos: un mismo pensamiento (*p. ej.*, “no voy a lograrlo”)

puede tener funciones distintas según se relacione con él de manera fusionada, evitativa o flexible (Hayes et al., 2006; Luciano & Valdivia, 2006). ACT operacionaliza este principio diseñando intervenciones que alteran el contexto funcional del lenguaje (metáforas, paradojas, ejercicios experienciales, mindfulness), de modo que la persona pueda observar sus cogniciones y emociones sin responder automáticamente según reglas de evitación, y pueda elegir acciones guiadas por valores (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012; Ruiz, 2012).

Conducta Gobernada por Reglas

El término Conducta Gobernada Por Reglas (CGR) es equivalente al término Regulación Verbal usado por Skinner en 1969, haciendo referencia a la formación de relaciones conducta-conducta que regulan el propio comportamiento (Wilson & Luciano, 2002). Una regla es un tipo de estímulo discriminativo que describe la relación entre la conducta y sus consecuencias, representando tanto una ventaja (solución de problemas sin exposición directa a contingencias naturales) como un riesgo potencial de problemas conductuales (Hayes et al., 1999; Clavijo, 2004).

Las relaciones entre conductas son individuales, dependen del contexto social e historia individual, formándose a partir de múltiples ejemplos de una relación conducta-conducta hasta que los contenidos cumplan un proceso de regulación para la acción, como los procesos de decir-hacer, sentir-hacer, pensar-sentir, pensar-hacer y hacer-decir (Wilson & Luciano, 2002).

Existen tres tipos principales de CGR con implicaciones clínicas significativas:

Pliance: Conducta bajo el control de una historia de consecuencias mediadas socialmente por correspondencia entre la regla y la respuesta. Las condiciones en que se produce la regla generan condiciones motivacionales de reforzamiento positivo o negativo provisto por otros (Hayes et al., 1998; Wilson & Luciano, 2002; Clavijo, 2004).

Tracking: Seguimiento de reglas bajo el control de una historia de correspondencia entre reglas y contingencias naturales. Las reglas disponen la oportunidad de que el comportamiento caiga bajo el control de contingencias naturales (Wilson & Luciano, 2002; Clavijo, 2004).

Augmentals: Seguimiento de reglas bajo el control de cambios en la capacidad de eventos para funcionar como reforzadores o estímulos aversivos. Se distinguen los alteradores formativos (establecen funciones a estímulos neutros) y los motivacionales (alteran la efectividad reforzante de estímulos con funciones previamente establecidas) (Hayes et al., 1998; Wilson & Luciano, 2002; Clavijo, 2004).

Teoría de los Marcos Relacionales (RFT)

La RFT es una teoría analítica conductual del lenguaje y la cognición que constituye el principal fundamento de ACT y uno de los programas de investigación más desarrollados dentro del análisis de la conducta verbal y los procesos simbólicos humanos (Hayes et al., 2001; Barnes-Holmes, 2005; Dymond et al., 2010; O'Connor et al., 2017; ACBS, s.f.): Fundamentada en el conductismo radical de Skinner y el contextualismo funcional, implicando una comprensión monista, funcional e idiográfica del lenguaje y la cognición (Hayes et al., 2001; Luciano-Soriano & Valdivia, 2006). Ofrece una explicación analítico conductual del lenguaje y la cognición, basada en la capacidad aprendida de relacionar estímulos de forma arbitraria (*igual, distinto, mejor peor, causa efecto, yo tú, aquí allí*) y en la transformación de funciones que se deriva de estas relaciones (Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001).

Gracias a estas redes relacionales, los humanos pueden derivar significados complejos y responder emocionalmente a eventos puramente verbales (*p. ej., un recuerdo, una imagen,*

una palabra), sin necesidad de contacto directo con las contingencias originales, incluso llegando a sufrir por situaciones o eventos imaginarios que quizás nunca lleguen a suceder (Barnes-Holmes, Hayes, Dymond, & O'Hora, 2001; Gómez, López, & Mesa, 2007)

La RFT muestra que los mismos procesos verbales que permiten el razonamiento y la planificación pueden generar sufrimiento cuando se organizan en redes rígidas del tipo “sentirse mal = estar mal = ser débil”, incrementando la fusión cognitiva y la evitación experiencial (Hayes et al., 2001; Luciano & Valdivia, 2006).

Desde esta perspectiva, no es ni viable ni deseable “eliminar” redes cognitivas, sino alterar su impacto funcional cambiando la forma en que la persona se relaciona con sus pensamientos y sentimientos, por ejemplo, mediante procesos de defusión y yo-como-contexto (Hayes et al., 2006; Törneke, Luciano, & Valdivia-Salas, 2008). Estudios experimentales sobre defusión cognitiva, como el clásico ejercicio 'leche, leche, leche' (repetir palabras hasta desliteralizarlas), han demostrado que breves manipulaciones contextuales (etiquetado, repetición, forma física) reducen credibilidad y reactividad conductual ante cogniciones amenazantes sin alterar su contenido semántico, respaldando el enfoque de ACT y RFT en transformar funciones relacionales del lenguaje en lugar de su forma (Luciano et al., 2009; Törneke et al., 2008; Hayes et al., 2006; Masuda et al., 2004; Valero-Aguayo et al., 2021).

La aplicabilidad de la RFT a la psicopatología y psicoterapia se sustenta en tres elementos clave: la cognición humana es conducta verbal aprendida mediante entrenamiento operante generalizado (Hayes et al., 2001; Berens & Hayes, 2007); la cognición transforma los efectos de procesos conductuales directos vía transferencia de funciones relacionales (Dymond & Barnes, 1995; Roche et al., 2000); las relaciones y funciones relacionales se regulan por

propiedades contextuales específicas de la situación (Hayes et al., 2006; Wulfert & Hayes, 1988; Barnes-Holmes et al., 2016).

La RFT invita a no centrarse en el contenido de las redes relacionales durante la intervención, sino en transformar sus funciones, dada las siguientes implicaciones: los procesos cognitivos verbales implicados en resolución de problemas y razonamiento son los mismos que generan psicopatología cuando hay inflexibilidad, siendo inviable su anulación (Hayes et al., 2001); las redes relacionales no se pueden eliminarse por completo, al derivar del aprendizaje histórico operante generalizado, y los intentos focalizados en contenido específico incrementan su importancia funcional vía supresión reactiva (Marcks & Woods, 2005); y dado que el contenido y funciones de estas redes se regulan por propiedades contextuales diferenciadas, es posible reducir su impacto patogénico mediante manipulación contextual (Hayes et al., 2006; Luciano et al., 2009)

En ACT, los procesos derivados de la RFT son utilizados para diseñar intervenciones específicas que debilitan las relaciones rígidas entre pensamientos y emociones, por la fusión cognitiva. Por ejemplo, un pensamiento del tipo "soy incapaz" no se interpreta como una verdad absoluta, sino como un evento verbal que el individuo puede observar sin involucrarse (Törneke, 2010). La defusión cognitiva, permite al consultante s percibir sus pensamientos con mayor distancia, reduciendo su influencia sobre el comportamiento.

Su foco de análisis es el aprendizaje relacional, una operante generalizada que permite responder a un estímulo sobre las bases de relaciones establecidas durante la historia personal entre estímulos de forma arbitraria o derivada (Hayes et al., 2001; Luciano-Soriano & Valdivia, 2006; Mandil, 2015).

De acuerdo con la RFT, estos se definen funcionalmente a través de tres propiedades

operantes básicas (Hayes et al., 2001):

Implicación Mutua: Se refiere a la bidireccionalidad de las relaciones entre estímulos. Si en un contexto determinado se establece una relación entre un estímulo A y un estímulo B, se deriva automáticamente una relación recíproca entre B y A sin necesidad de entrenamiento adicional (Dymond & Barnes, 1995).

Implicación Combinatoria: Describe la emergencia de relaciones derivadas a partir de la combinación de dos o más relaciones previamente establecidas. Por ejemplo, si un sujeto aprende que A es mayor que B y que B es mayor que C, podrá derivar por implicación combinatoria que A es mayor que C y que C es menor que A (Hayes et al., 2001). Esta propiedad es la base de la complejidad del lenguaje y el razonamiento humano.

Transformación de las Funciones de los Estímulos: Ocurre cuando las funciones psicológicas de un estímulo varían en función de su posición dentro de una red relacional. Si un estímulo adquiere una función específica esta se transforma y se extiende a los demás estímulos del marco según la relación que guarden entre sí (ej. oposición, comparación o jerarquía), modificando la respuesta del individuo sin que medie un aprendizaje directo (Barnes-Holmes et al., 2005; Hayes et al., 1995).

Investigaciones recientes han identificado diversos tipos de marcos relacionales cruciales para comprender el sufrimiento:

Marcos de Coordinación: Establecen las relaciones de igualdad, similitud o identidad entre estímulos (por ejemplo, "es", "igual a", "semejante a"). Son las relaciones más básicas, dándose a edad temprana en el desarrollo del lenguaje (Hayes, Barnes-Holmes, &

Roche, 2001).

Marcos de Oposición: Especifican relaciones de contrastes ("no es igual a", "opuesto de"). Estos marcos incluyen la dimensión por la cual se establece la oposición, como temperatura, tamaño o valor moral (Hayes et al., 2001; Wilson & Luciano, 2002).

Marcos de Distinción: Especifican diferencias entre estímulos sin necesariamente establecer una relación de oposición (Hayes et al., 2001).

Marcos de Comparación: Establecen relaciones basadas en dimensiones cuantitativas o cualitativas, tales como "mejor-peor", "más-menos" o "mayor-menor" (Hayes et al., 2001).

Marcos Jerárquicos: Relaciones entre estímulos y sus características mediante relaciones de inclusión ("A es un miembro de B", "A contiene a B"). Son fundamentales para el establecimiento de relaciones verbales con propiedades abstractas (Hayes et al., 2001; Luciano, Valdivia-Salas, Berens, & Rodríguez, 2009).

Marcos Temporales: Especifican relaciones temporales unidireccionales basadas en cambios en las contingencias, como "antes-ahora-después" o "ayer-hoy-mañana". Incluyen relaciones de causalidad temporal (Hayes et al., 2001).

Marcos Espaciales: Establecen relaciones sobre la posición espacial de los estímulos, tales como "arriba-abajo", "cerca-lejos" o "dentro-fuera" (Hayes et al., 2001).

Marcos Deícticos: Estas relaciones toman como referencia la perspectiva del hablante, incluyendo tres dimensiones básicas: yo-tú, aquí-allí y ahora-antes/después. (Hayes et al., 2001; Wilson & Luciano, 2002; McHugh, Barnes-Holmes, & Barnes-Holmes, 2004).

La capacidad de toma de perspectiva apoyada en el enmarcamiento deíctico representa una de las formas más poderosas de utilizar el lenguaje en contextos terapéuticos teniendo especial relevancia en la aplicación clínica de ACT (Hayes et al., 2001; McHugh & Stewart, 2012)

ACT como Modelo de Salud

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), está fundamentada en una tradición conductual (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). Sus bases son: el conductismo radical de Skinner, el contextualismo funcional y la Teoría de los Marcos Relacionales (Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001; Wilson & Luciano, 2002). Su objetivo principal es promover la flexibilidad psicológica para construir una vida valiosa, en lugar de eliminar o controlar síntomas (Hayes et al., 2012; Ruiz, 2012); (Krafft et al., 2022).

Concibe el sufrimiento como una característica universal de la condición humana, mediada y amplificada por el lenguaje. Sostiene que los intentos rígidos de controlarlo constituyen el núcleo de la psicopatología (Wilson & Luciano, 2002; Luciano & Valdivia, 2006); su objetivo no es reducir o eliminar los eventos privados desagradables (pensamientos, recuerdos, sensaciones), sino modificar su función y relación con ellos, promoviendo formas de regulación del comportamiento y propiciar la aceptación de eventos privados, en concordancia con los valores personales desde una comprensión contextual (Luciano-Soriano & Valdivia, 2006; El-Ashry et al., 2023; Hayes et al., 2021). Aborda las limitaciones de las anteriores generaciones, al incorporar una teoría contextualista de la cognición (RFT) para explicar cómo el lenguaje nos "atrapa" (Ruiz, Suárez-Falcón, Riaño-Hernández, & Gillanders, 2017).

Se orienta en construir repertorios conductuales amplios y eficaces (Hayes, 2004), permitiendo a los individuos adaptarse a los desafíos de la vida, en lugar de centrarse únicamente en eliminar el malestar. Su relevancia radica en su capacidad para combinar técnicas empíricas

con un respeto por los valores y experiencias del consultante, generando intervenciones prácticas y humanas (Vargas-Madriz & Ramírez-Hende, 2012; Hayes et al., 2021).

El modelo de flexibilidad psicológica se articula en seis procesos interrelacionados: aceptación, defusión cognitiva, contacto con el momento presente, yo-como-contexto, clarificación de valores y acción comprometida (Hayes et al., 2012; Páez-Blarrina, Gutiérrez, Valdivia-Salas, & Luciano, 2006).

Inflexibilidad Psicológica

Desde la perspectiva de ACT, la raíz del sufrimiento y de la psicopatología es la inflexibilidad psicológica. Se define como una relación rígida, literal y evitativa con las experiencias internas que termina dominando el comportamiento (Krafft et al., 2022); guía la conducta por la evitación del malestar y por reglas verbales descontextualizadas, en lugar de los valores personales y las contingencias presentes (Hayes et al., 2006; Kashdan & Rottenberg, 2010).

En jóvenes adultos, la inflexibilidad psicológica se vincula con mayores niveles de afecto negativo, preocupación, intolerancia a la incertidumbre y síntomas internalizantes, mientras que la flexibilidad se asocia con resiliencia, bienestar y mejor funcionamiento académico y social (Fang & Ding, 2020; Howell & Passmore, 2019; Knight & Samuel, 2022; Barraca & Cangas, 2023)

La inflexibilidad integra procesos como la evitación experiencial, la fusión cognitiva, el predominio del pasado futuro, el yo como contenido, la desconexión de valores y la inacción o impulsividad desalineada con lo que la persona valora. Se asociada transdiagnósticamente con depresión, ansiedad, estrés, dolor crónico y peor calidad de vida tanto en población clínica como no clínica (A-Tjak et al., 2015; Fang & Ding, 2020; Hann & McCracken, 2014; Ma et al., 2023; Velasco & Alvarado, 2019).

Evitación Experiencial (EE): Es el intento deliberado de alterar la forma, frecuencia o intensidad de los eventos privados percibidos como aversivos (Hayes et al., 1996; Luciano & Hayes, 2001). Es un patrón de funcionamiento o regulación verbal ineficaz detectado en diversos trastornos psicológicos: trastornos afectivos, de ansiedad, adicciones, anorexia, bulimia, trastornos del control de impulsos, síntomas psicóticos, trastorno de estrés postraumático, entre otros (Luciano-Soriano & Valdivia, 2006; Ribero-Marulanda & Agudelo-Colorado, 2016).

La EE constituye el proceso funcional antagonista a la flexibilidad psicológica, organizando la conducta en torno a la supresión persistente de eventos internos aversivos aun a costa de un alto precio funcional (Luciano & Hayes, 2001) Velasco y Alvarado (2019) la conceptualizan como un trastorno funcional transdiagnóstico que perpetúa depresión y ansiedad al restringir el repertorio de acción valiosa y perpetuar ciclos de malestar.

Esta agenda de control no solo falla en eliminar el malestar, sino que lo amplifica al limitar el contacto con reforzadores naturales y consolidar la fusión cognitiva e inacción (Velasco & Alvarado, 2019). ACT interviene desmantelando estas redes rígidas mediante defusión, aceptación y clarificación de valores, transformando la evitación experiencial en flexibilidad (Luciano & Hayes, 2001; Barraca & Cangas, 2023). En jóvenes universitarios, estos patrones evitativos se exacerban por demandas académicas, incertidumbre vocacional y transiciones relacionales, incrementando la vulnerabilidad al sufrimiento crónico.

Fusión Cognitiva: Es el proceso verbal por el cual los individuos quedan "atrapados" por el contenido de sus (pensamientos) experiencias internas que dominan el comportamiento debido a las funciones derivadas que estas poseen (Ruiz, Suárez-Falcón, Riaño-Hernández, & Gillanders, 2017; Rolffs et al., 2018). La persona trata sus pensamientos ("*soy un fracaso*") como verdades literales, lo que guía su comportamiento de forma rígida y a menudo, conduce a la EE la cual

reforzada negativamente puede generar ciclos de evitación relacionadas a trastornos psicológicos (Rolffs, Rogge, & Wilson, 2018).

La Flexibilidad Psicológica

La flexibilidad psicológica constituye el núcleo de ACT, considerada una dimensión fundamental de la salud mental más allá de categorías diagnósticas específicas (Hayes et al., 2006; Kashdan & Rottenberg, 2010). Hayes et al. (2006) la definen como *"la capacidad de contactar plenamente con la experiencia presente como proceso consciente y abierto mientras se actúa según valores elegidos"*.

Este constructo no se concibe como un rasgo fijo, sino como un conjunto de repertorios aprendidos que incluyen seis procesos interrelacionados: aceptación, defusión cognitiva, contacto con el presente, yo como contexto, clarificación de valores y acción comprometida (Hayes et al., 2006; Törneke et al., 2008)). De acuerdo con la propuesta de ACT, un aumento en los indicadores de flexibilidad psicológica, favorecen un acercamiento saludable al sufrimiento, al transformar la relación de los sujetos con la experiencia interna desde la lucha y el control hacia la apertura y el compromiso con lo valioso (Wilson & Luciano, 2002; Pérez-Álvarez, 2014).

La adultez emergente representa un periodo crítico donde la flexibilidad psicológica ejerce un rol protector clave. Howell y Passmore (2019) documentan que niveles elevados de flexibilidad se asocia con menor depresión, ansiedad y estrés, así como mayor bienestar y compromiso académico en estudiantes universitarios. En contraste, la inflexibilidad predice vulnerabilidad emocional y abandono de metas significativas (Fang & Ding, 2020).

El "acercamiento saludable al sufrimiento" implica transitar de agendas evitativas hacia compromisos vitales alineados con valores, incluso en presencia del malestar (Hayes et al., 2012; Wilson & Luciano, 2002). Conlleva reconocer el sufrimiento como experiencia humana

universal, no como defecto personal (Pérez-Álvarez, 2014); contactar con experiencias internas dolorosas sin suprimirlas (Luciano & Valdivia, 2006) y; elegir acciones coherentes con valores pese al miedo o la tristeza (Serrano et al., 2023). Estos repertorios definen la flexibilidad psicológica y explican los beneficios transdiagnósticos de ACT. Por ello, este constructo orienta el protocolo grupal como mecanismo central para promover dicha aproximación en jóvenes universitarios, articulándose con los seis procesos centrales de ACT.

Aceptación (vs. Evitación Experiencial): Implica una disposición consciente para experimentar los eventos privados (dolor, ansiedad, tristeza) sin intentos innecesarios de controlarlos o cambiarlos (Hayes et al., 2006). La aceptación aparece cuando la evitación experiencial interfiere con la vivencia dirigida a valores (Rolffs et al., 2018; Wilson & Luciano, 2002; Hayes et al., 2014). No es resignación, sino una estrategia activa para dejar de luchar contra el malestar, permitiendo que la ansiedad sea una sensación pasajera y el dolor una experiencia que se puede "habitar", liberando así recursos para las acciones valiosas (Wilson & Luciano, 2002).

La aceptación implica adoptar voluntariamente una postura abierta, receptiva, flexible y exenta de juicios en relación con el momento presente (Hayes et al., 2003), permitiéndose acercarse a las experiencias tal como son y en el momento porque se elige hacerlo, reconociendo que siempre es posible cambiar el contexto socio verbal que mantiene una conducta, aunque la nueva conducta resulte inicialmente incómoda (Hayes et al., 2003).

Defusión Cognitiva (vs. Fusión Cognitiva): Es aprender a observar los propios pensamientos como lo que son, eventos mentales, palabras, e imágenes, en lugar de lo que dicen ser, verdades literales o amenazas reales. El objetivo no es cambiar el contenido del pensamiento, sino debilitar su credibilidad e impacto funcional (Hayes & Strosahl, 2004). Un

ejercicio clásico es el de "leche, leche, leche", donde la repetición rápida de una palabra desintegra su significado literal hasta convertirla en un simple sonido, ilustrando cómo los pensamientos pueden perder su poder (Luciano, 2001).

La defusión no elimina el contenido verbal, simplemente reduce su efecto sobre la conducta para que también puedan actuar otras fuentes de regulación conductual (Hayes et al., 2014). Metafóricamente, implica crear un espacio entre el individuo y sus eventos privados (Bennett & Oliver, 2019), sacar a la "persona" aparte de la "mente" (Hayes et al., 2012).

Contacto con el Momento Presente (vs. Pasado y/o Futuro): Consiste en prestar atención de forma intencional, flexible y sin prejuicios a la experiencia del aquí y el ahora, tanto interna como externa (Rolffs et al., 2018). Este componente, a menudo entrenado con ejercicios de mindfulness, permite al individuo observar y describir sus experiencias en lugar de juzgarlas o predecirlas, fortaleciendo su habilidad para responder eficazmente a las circunstancias presentes (Hayes et al., 2006). Es un proceso de darse cuenta de todo lo que aparece en el momento: no solo pensamientos y sentimientos, sino también sensaciones corporales y percepciones (Polk et al., 2014).

Yo-como-Contexto (vs. Yo-como Contenido): Proceso de desidentificación del "yo contenido" (*la narrativa que nos contamos sobre quiénes somos: "soy ansioso", "soy un fracaso"*). El Yo como Contexto es la perspectiva del "yo observador", un lugar estable y seguro desde el cual se pueden observar los pensamientos y emociones como experiencias pasajeras que "se tienen", no que "se es" (Wilson & Luciano, 2002; Hayes et al., 2012). Es la toma de conciencia de sí mismo en interacción con el contexto, donde las experiencias internas y autoevaluaciones son consideradas transitorias (Rolffs et al., 2018; Stockton et al., 2021).

Este proceso se refiere a habilidades de toma de perspectiva, la habilidad de observar la

conducta propia y de los demás desde un punto de vista individual (McHugh et al., 2021).

Adoptar una perspectiva flexible ayuda a notar todos los elementos de los otros cinco procesos, informando decisiones sobre si avanzar hacia quién o qué es importante (Polk et al., 2014). Este sentido del yo trasciende el contenido verbal y surge según la RFT, de las relaciones deícticas ("Yo-Tú", "Aquí-Allí", "Ahora-Entonces"), permitiendo una distancia psicológica que facilita la aceptación y la defusión (Hayes et al., 2006).

Valores (vs. Obstrucción de Valores): Direcciones de vida elegidas libremente, cualidades intencionadas de la acción que nunca se "alcanzan" como una meta, sino que se "viven" momento a momento (Wilson & Luciano, 2002). A diferencia de las metas (*p. ej.*, "casarme"), los valores son como rumbos en una brújula (*p. ej.*, "ser un compañero amoroso"). Wilson y Dufrene (2009) los definen técnicamente como "*consecuencias libremente elegidas y construidas verbalmente... cuyo reforzador predominante se vuelve intrínseco al patrón de comportamiento en sí*" (p. 254). Tienen una cualidad de propiedad personal, lo que significa que el individuo tiene la experiencia subjetiva de escoger o elegir por sí mismo los principios que quiere que guíen su comportamiento (Hayes et al., 2012).

Estudios demuestran que intervenciones centradas en valores tienen un efecto significativo en el cambio del comportamiento, el afrontamiento y la superación de barreras psicológicas (Páez et al., 2005; Stein et al., 2020). Estas intervenciones se dirigen a alterar la relación sostenida por el contexto social de referencia que sitúa el malestar como algo contrario a la vida, mientras que la satisfacción y comodidad inmediata se valora como algo necesario para poder vivir (Páez et al., 2005).

Acción Comprometida (vs. Inacción o Impulsividad): Implica desarrollar patrones de acción flexibles y efectivos, alineados con los valores personales, incluso en presencia de

eventos privados difíciles, orientando conductas en dirección a los aspectos importantes de la vida (Rolffs et al., 2018; Hayes et al., 2014).

El compromiso implica la descripción del comportamiento que el consultante desea realizar y la posterior producción de ese comportamiento, enmarcando la acción comprometida como un patrón de *"hacer un compromiso verbal y mantener el compromiso"* (McCracken, 2022). Esto significa actuar en consecuencia con los valores, convirtiendo la acción comprometida en una especie de comportamiento gobernado por reglas bajo control de las contingencias naturales (McCracken, 2022).

La activación conductual mediante acciones comprometidas ha demostrado superar las condiciones de control con tratamientos habituales o terapia cognitivo conductual en los niveles de depresión, ansiedad y activación (Stein et al., 2020). Es enfoque se centra en ayudar a los consultantes a desarrollar habilidades prácticas para manejar sus síntomas, en lugar de centrarse exclusivamente en la comprensión de las causas subyacentes (Stein et al., 2020).

Metodología Clínica en ACT

Plantea métodos clínicos sujetos a los estilos discursivos de los terapeutas, que amplifican y permiten romper el exceso de literalidad del lenguaje y la apertura. El terapeuta utiliza formas de interacción verbal que minimizan el ajuste a reglas que pueda proveer y sitúan la atención del consultante en la experiencia de sus actos, mientras reducen el razonamiento ineficaz. Los tres métodos clínicos principales son: desesperanza creativa, metáforas y ejercicios experienciales paradójicas (Hayes et al., 2012; Wilson & Luciano, 2002).

Desesperanza Creativa: Se moviliza al inicio de las intervenciones, para que la persona contacte con el fracaso histórico de su agenda de control, reconociendo que los esfuerzos por librarse del malestar han contribuido a empeorar su vida, y abriendo así un espacio para explorar una alternativa basada en aceptación y valores (Wilson & Luciano, 2007; Ruiz, 2012).

Metáforas: Fórmulas verbales encaminadas a modificar la lógica de tener razón y dar razones como mecanismo de control de la evitación (Wilson & Luciano, 2002; Vargas-Madriz & Ramírez-Hende, 2012). Adoptan diversas formas de acuerdo al contexto de referencia dentro de una intervención, permitiendo generar contextos verbales de validación de la experiencia y el aprendizaje que proporciona el contacto directo con las contingencias naturales sobre la lógica razonada del cliente (Wilson & Luciano, 2002).

Las metáforas se han mostrado útiles, pues no representan una regla concreta que deba cumplirse, ofrecen una imagen de cómo funcionan o pueden funcionar las cosas en ciertos contextos, son fáciles de recordar y emplear (Barraca-Mairal, 2007; Hayes et al., 2012).

Paradojas: Resaltan la contradicción en las reglas de evitación del cliente (*p. ej., "para controlar tu ansiedad, no intentes controlarla"*). Los ejercicios experienciales buscan que el cliente contacte directamente con sus procesos verbales y el Yo-como-Contexto, rompiendo la literalidad del lenguaje en el entorno seguro de la terapia (Wilson & Luciano, 2002; Barraca-Mairal, 2007).

Desde ACT muchas situaciones que resultan en sufrimiento suelen ser paradójicas, y la paradoja como método clínico se ha encontrado pertinente en estas circunstancias (Wilson & Luciano, 2002; Barraca-Mairal, 2007). Promueven el acercamiento directo a la problemática y ayudan al establecimiento de contextos diferentes a los mantenidos por los consultantes (Vargas-Madriz & Ramírez-Hende, 2012).

Ejercicios Experienciales: Buscan que el cliente experimente cómo son y actúan sus procesos verbales, estableciendo contacto con la experiencia del Yo Como Contexto y con ello el contacto con funciones verbales experimentadas como que el consultante evita (Wilson & Luciano, 2002; Vargas-Madriz & Ramírez-Hende, 2012).

Esto busca alterar las funciones verbales relacionadas con la evitación experiencial. Son formas en las que la persona se enfrenta, en el entorno seguro del contexto terapéutico, a situaciones aversivas de su vivencia para romper el exceso de literalidad del lenguaje y abrirse hacia las sensaciones de forma plena (Wilson & Luciano, 2002; Barraca-Mairal, 2007). Los ejercicios experienciales son más elocuentes para el paciente que las discusiones analíticas y lineales (Barraca-Mairal, 2007).

Pregunta problema

En consideración de lo anterior y con el propósito de generar un aporte Institucional relevante, surge la siguiente pregunta de investigación, que orientará el desarrollo de este protocolo.

¿Cuál es el impacto de un Protocolo basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso, para el acercamiento saludable al sufrimiento humano, en el aumento del Bienestar psicológico de estudiantes universitarios?

Objetivos

Analizar el impacto de un protocolo basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el acercamiento saludable al sufrimiento humano en estudiantes universitarios.

Objetivos Específicos

Generar un protocolo grupal estructurado que potencie por medio de la práctica diferentes marcos relacionales que promuevan la flexibilidad psicológica.

Identificar la efectividad del protocolo grupal basado en ACT sobre el acercamiento saludable del sufrimiento humano.

Describir las experiencias subjetivas de los estudiantes en relación con el sufrimiento humano antes y después de participar en el protocolo de ACT.

Método

Diseño

El estudio implementó un diseño mixto secuencial, con prioridad en el componente cuantitativo (Creswell & Plano Clark, 2018). La fase cuantitativa tuvo un diseño cuasiexperimental con grupos no equivalentes y medidas repetidas, mientras que la fase cualitativa adopta un enfoque interpretativo participativo que busca profundizar en los procesos de cambio psicológico identificados cuantitativamente. Esta integración secuencial permitió cuantificar los efectos del protocolo ACT sobre la flexibilidad psicológica eje de la intervención, para posteriormente comprender los procesos experienciales subjetivos que subyacen a dichos cambios, fortaleciendo así la validez ecológica y la aplicabilidad clínica del protocolo (Fetters et al., 2013).

De acuerdo con León y Montero (2015), este estudio se clasifica como investigación empírica aplicada con estrategia manipulativa cuasiexperimental principal y estrategia descriptiva interpretativa complementaria. Esta aproximación se alinea con las recomendaciones metodológicas para investigaciones en intervenciones clínicas basadas en ACT (A-Tjak et al., 2015) y está respaldada por metaanálisis recientes que validan esta aproximación en protocolos grupales (Gloster et al., 2020; Hacker et al., 2016).

Componente Cuantitativo

Se empleó un diseño cuasiexperimental de grupos no equivalentes con medidas repetidas, específicamente un diseño pretest-posttest con seguimiento a cuatro semanas y grupo control. La muestra se distribuyó en un grupo experimental (GE1) que recibió el protocolo ACT y un grupo control (GC1) en lista de espera que continuaron con sus actividades académicas habituales.

Este diseño se consideró apropiado dadas las restricciones institucionales para la aleatorización individual de participantes y la necesidad de mantener la integridad de grupos naturales preexistentes (cursos académicos). Se implementaron estrategias de control para estimar la equivalencia inicial entre grupos y mitigar amenazas a la validez interna, incluyendo: verificación de homogeneidad basal mediante pruebas estadísticas, control estadístico de variables confundentes, y registro sistemático de eventos históricos durante la intervención (Campbell & Stanley, 1963; Shadish et al., 2002).

Este diseño de medidas repetidas en múltiples grupos (GC1 y GE1) permite analizar tanto los cambios intragrupo a lo largo del tiempo como las diferencias inter-grupo en la trayectoria de cambio, incrementando la capacidad para atribuir los efectos al protocolo o frente a la mera influencia del paso del tiempo y factores contextuales (Hayes et al., 2006; Hsu et al., 2023).

Medidas

M1 (Pretest): Una semana antes del inicio del protocolo, estableciendo la línea base de flexibilidad psicológica y sintomatología asociada.

M2 (Medición intermedia): Durante la sexta semana del protocolo, permitiendo monitorear cambios tempranos y ajustar la intervención si fuera necesario.

M3 (Posttest): Al finalizar la décima semana, evaluando los efectos inmediatos del protocolo completo.

M4 (Seguimiento): Cuatro semanas después de la finalización del protocolo, valorando el mantenimiento de los cambios observados.

En cada punto de las medidas se administró el mismo conjunto de siete instrumentos psicométricos, variando el orden de aplicación para controlar efectos de aprendizaje y fatiga (Montero & León, 2007). La inclusión de una medición de seguimiento fortalece la validez

ecológica del estudio al evaluar la estabilidad temporal de los efectos e identificar los efectos de incubación de ACT (Ato et al., 2013).

Componente Cualitativo

Se implementó un diseño de estudio de casos múltiples con orientación interpretativa (Stake, 2006), que enfatiza la complejidad contextual y la triangulación de múltiples fuentes de datos para capturar la particularidad de las experiencias vividas de los participantes (Stake, 1995). Se recolectaron tres fuentes principales: bitácoras reflexivas donde los participantes registraron su aprendizaje en cada sesión, utilizando formatos guiados con ejercicios; audios individuales narrando su experiencia con el protocolo; y audios de grupos focales al cierre, incorporando la técnica de foto-voz (Wang & Burris, 1997) los participantes seleccionaron imágenes representativas de su proceso y las discutieron en grupo. Esta aproximación participativa permitió explorar en profundidad cómo los participantes vivían y resignificaban su relación con el sufrimiento, alineándose con los principios contextuales de ACT.

Instrumentos

Los instrumentos cuantitativos empleados que se describen a continuación fueron adaptados previamente y validados al español en poblaciones hispanohablantes, incluyendo adultos jóvenes colombianos y españoles. Posteriormente se detallan los instrumentos cualitativos: protocolo, bitácora, grupo focal y foto-voz.

Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II; Bond et al., 2011). Se empleó la versión colombiana validada por Ruiz et al. (2016), basada en la traducción española de Ruiz, Langer Herrera et al. (2013). El AAQ-II consta de 7 ítems que evalúan la inflexibilidad psicológica y la evitación experiencial mediante una escala Likert de 7 puntos (1 = Nunca es verdad; 7 = Siempre es verdad). Puntuaciones más altas indican mayor

evitación experiencial. La versión original mostró una consistencia interna media de $\alpha = .84$ (Bond et al., 2011), mientras que la adaptación colombiana presentó excelentes propiedades psicométricas ($\alpha = .88-.91$) con estructura unifactorial e invarianza de medida entre muestras clínicas y no clínicas (Ruiz et al., 2016).

Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ; Gillanders et al., 2014). Se empleó la versión colombiana validada por Ruiz et al. (2017). El CFQ consta de 7 ítems que evalúan el grado de fusión cognitiva mediante una escala Likert de 7 puntos (1 = Nunca es verdad; 7 = Siempre es verdad); puntuaciones más elevadas reflejan mayor fusión cognitiva (Gillanders et al., 2014). La adaptación colombiana demostró excelente consistencia interna ($\alpha = .87-.91$), estructura unifactorial e invarianza de medida entre muestras clínicas y no clínicas (Ruiz et al., 2017).

Cuestionario de Valores (VQ; Smout et al., 2014). Es un instrumento de autoinforme de 10 ítems distribuidos en dos subescalas: Progreso (ítems 1, 3, 5, 7, 9) y Obstrucción (ítems 2, 4, 6, 8, 10), respondidos en una escala Likert de 7 puntos (1 = *Nunca es verdad*; 7 = *Siempre es verdad*). Puntuaciones más altas en la subescala Progreso indican mayor avance en vivir de acuerdo con los valores personales, mientras que puntuaciones elevadas en Obstrucción reflejan mayor interferencia de la evitación experiencial con la vida valiosa (Smout et al., 2014). La validación en Colombia (N = 1,248) reportó consistencia interna adecuada ($\alpha = .82-.87$), invarianza factorial entre países y sexo, y correlaciones esperadas con medidas de flexibilidad psicológica (Ruiz et al., 2022).

Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995). Se utilizó la versión validada en Colombia por Ruiz, Ramírez, Suárez-Falcón y Odriozola-González (2017). Consta de 21 ítems distribuidos en tres subescalas (7 ítems cada una:

Depresión, Ansiedad, Estrés) respondidos en escala Likert de 4 puntos (0 = No me aplica; 3 = Me aplica mucho). La validación colombiana confirmó estructura jerárquica trifactorial con excelente consistencia interna ($\alpha = .86-.93$) e invarianza entre países y tipos de muestra (Ruiz et al., 2017)

Escala de Atención y Conciencia Plena (MAAS; Brown & Ryan, 2003). Se utilizó la versión española validada en universitarios colombianos por Ruiz, Suárez-Falcón y Riaño-Hernández (2016). La MAAS consta de 15 ítems que evalúan la frecuencia de atención receptiva al presente en escala Likert de 6 puntos (1 = casi siempre; 6 = casi nunca); puntuaciones más altas reflejan mayor mindfulness (Brown & Ryan, 2003). La validación colombiana confirmó estructura unifactorial excelente ajuste (CFI = .99; RMSEA = .063), consistencia interna superior ($\alpha = .92$) y validez convergente con medidas de inflexibilidad psicológica y distrés emocional (Ruiz et al., 2016).

Inventario de Flexibilidad Cognitiva (CFI; Dennis & Vander Wal, 2010). Se utilizó la versión validada en población colombiana por Navarro y Calvete (2022). Consta de 20 ítems distribuidos en dos subescalas: Control (8 ítems) y Alternativas (12 ítems), respondidos en escala Likert de 7 puntos (1 = Nunca es verdad; 7 = Siempre es verdad); puntuaciones más altas reflejan mayor flexibilidad cognitiva para reestructurar pensamientos mal adaptativos (Dennis & Vander Wal, 2010). La validación colombiana confirmó estructura bifactorial con excelente consistencia interna ($\alpha = .83-.90$) y validez de constructo en muestra de 968 adultos (Navarro & Calvete, 2022).

Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica (MPFI; Rolffs, Rogge, & Wilson, 2018). Se utilizó la versión abreviada y adaptada al español (MPFI-24) validada en población hispanohablante por Simkin et al. (2023). El MPFI consta de 60 ítems originales,

que evalúan 6 dimensiones de flexibilidad y 6 de inflexibilidad del modelo hexaflex de ACT; la versión abreviada mantiene las 12 dimensiones con 24 ítems. Cada ítem se puntúa en escala Likert de 1 a 6, reflejando mayores puntajes mayores niveles en cada dimensión. La adaptación española mostró excelente validez interna, estructura factorial replicada y fuerte consistencia interna ($\alpha > .85$) en muestras de adultos latinoamericanos y españoles (Simkin et al., 2023).

Protocolo

El protocolo constituyó el eje metodológico central de la investigación. El diseño de protocolos ACT parte del modelo de flexibilidad psicológica y sus seis procesos centrales: defusión, aceptación, contacto con el momento presente, yo como contexto, valores y acción comprometida (Hayes et al., 2012). El desarrollo siguió cuatro fases: (1) revisión teórica, (2) diseño del protocolo e instrumentos, (3) aplicación, y (4) análisis.

Cada uno de los ejercicios del protocolo fue diseñado específicamente por los investigadores, correspondiendo a material de autoría propia y respondiendo a los objetivos y fundamentos teóricos del estudio; fundamentado teóricamente y contextualizado para la población colombiana mediante un procedimiento colaborativo riguroso entre el maestrante (psicólogo con experiencia clínica) y la directora de tesis con formación doctoral e investigadora experta en terapias contextuales. En reuniones semanales sistemáticas, cada ejercicio fue sometido a un análisis crítico evaluando: coherencia teórica con ACT y la RFT (Hayes et al., 2001); pertinencia clínica para movilizar marcos relacionales específicos; adecuación del lenguaje al contexto cultural, y; viabilidad práctica. Cada ejercicio estableció relaciones arbitrariamente aplicables entre redes relacionales familiares y experiencias problemáticas (Foody et al., 2014). Se privilegió un lenguaje accesible, culturalmente resonante y experiencia directa sobre explicación conceptual.

Este proceso generó un banco de ejercicios diseñados para movilizar marcos relacionales específicos y promover patrones de respuesta flexibles basados en valores, orientados hacia un acercamiento saludable al sufrimiento. Los ejercicios fueron sometidos a prueba piloto durante un semestre completo mediante talleres con jóvenes universitarios. Este proceso permitió: adaptar lenguaje y metáforas culturalmente, ajustar tiempos de ejecución, refinar instrucciones, eliminar ejercicios sin impacto experiencial, y confirmar viabilidad logística, garantizando que el protocolo fuera teóricamente sólido, prácticamente efectivo y culturalmente apropiado.

Tabla 1

Estructura detallada del protocolo

Sesión	Nombre de la Sesión	Objetivos Principales	Componentes ACT	Ejercicios/Actividades	Medidas Aplicadas
1	<i>Contextualización de ACT</i>	Contextualizar ACT; desglosar objetivos del protocolo; presentar consentimiento informado; implementar evaluación inicial.	DC, CV, FP (Todos introductorios)	8	Pre: AAQ-II, CFQ, VQ, DASS-21, MAAS, CFI, MPFI
2	<i>Cuando Luchar es el Problema</i>	Promover lógica ACT; introducir desesperanza creativa; explorar malestar sin juicio; clarificar valores; favorecer cohesión grupal.	DC, CV, YC, DF	5	—

3	<i>Tomando Consciencia de Mi Propia Vida</i>	Introducir atención plena; favorecer contacto consciente; disminuir evitación experiencial; promover yo-como-contexto; defusión cognitiva.	CMP, YC, DF, AC	8	—
4	<i>Pille, Usted no es el Cuento que se Echa</i>	Favorecer estrategias defusión cognitiva; explorar fusión con pensamientos; desliteralizar; transformar marcos relacionales.	DF, YC, CMP, AC	6	—
5	<i>Dejá el Camello: ¿Y si Soltar la Lucha es la Verdadera Vuelta? (Parte 1)</i>	Reconocer lucha roba vida; explorar desesperanza creativa; vivenciar costo control emocional; análisis funcional grupal; cohesión grupal.	DC, AC, CV, DF	5	—
6	<i>Dejá el Camello (Parte 2)</i>	Consolidar vida valiosa pese al dolor; promover acción comprometida diaria; aplicar medidas de seguimiento; invitar seguimiento individual.	DC, AC, CV, AU	4	Post-1: AAQ-II, CFQ, VQ, DASS-21, MAAS, CFI, MPFI

7	<i>Poniendo Norte al Mapa: ¿Para Dónde Vas?</i>	Facilitar conexión valores; identificar áreas vitales; evaluar vitalidad vs. esfuerzo, lucha; diferenciar valores de metas; valores concretos relacionales.	CV, AC, CMP, YC, DF	6	—
8	<i>Sé tu Propio Parcero: El Arte de Tratarse Bien</i>	Desarrollar autocompasión; responder dolor con amabilidad; centrarse en vida valiosa en momentos difíciles; externalizar autocrítica.	AU, YC, CMP, CV, DF	7	—
9	<i>Del Dicho al Hecho - Tu Mapa de Viaje (Sesión Final Núcleo)</i>	Consolidar aprendizaje protocolo; traducir valores en acciones concretas; crear plan personalizado mantenimiento; celebrar camino recorrido; preparar continuidad autónoma.	Todos, CV, AC, FP	6	—
10	<i>Formación de Replicadores ACT</i>	Aplicar tercera medición; diseñar ejercicios experienciales propios; formar agentes multiplicadores; preparar intervención campus. Entrega de la bitácora,	Todos, AC, CV, FP	5	Post-2: AAQ-II, CFQ, VQ, DASS-21, MAAS, CFI, MPFI

11	<i>Ensayo y Perfeccionamiento: Práctica Entre Pares</i>	Aplicar ejercicios diseñados entre pares; recibir retroalimentación grupal; perfeccionar habilidades facilitación; preparar intervención comunitaria.	Todos, AC, AU, YC	6	—
12	<i>Intervención en Campus Universitario</i>	Aplicar ejercicios en comunidad universitaria; facilitar experiencias vivenciales breves; promover flexibilidad psicológica contexto natural.	Todos, AC, CMP, DF, CV	8-12	—
13	<i>Cierre y Foto Voz: Narrando mi Transformación</i>	Cerrar protocolo integrando aprendizajes; implementar técnica Foto Voz (modelo V-I-D-A-S); realizar grupos focales; narrar transformación visual.	Todos, YC, CMP, CV, AC	4	Post-3 (Semana 16): AAQ-II, CFQ, VQ, DASS-21, MAAS, CFI, MPFI

Nota. DC = Desesperanza Creativa; CV = Clarificación de Valores; FP = Flexibilidad Psicológica; YC = Yo-como-Contexto; CMP = Contacto con el Momento Presente; DF = Defusión Cognitiva; AC = Acción Comprometida; AU = Autocompasión. Pre = Medida Pretest (Sesión 1); Post-1 = Medida Seguimiento 1 (Sesión 6); Post-2 = Medida Seguimiento 2 (Sesión 10); Post-3 = Medida Seguimiento 3 (Semana 16/Sesión 13).

Tabla 2.

Descripción del Protocolo por Tipo de Actividad

Categoría	Cantidad	Descripción
-----------	----------	-------------

Ejercicios Experienciales Vivenciales	32	Metáforas del río, vaso de guaro, scroll mental, círculo del matón, botiquín, circuito flexibilidad, laberinto interior, ejercicios de movimiento grupal, meditaciones guiadas, visualizaciones, etc.
Metáforas y Narrativas Contextuales	18	La travesía en bicicleta (hilo narrativo central); viaje por el mar/navegación; explorador en caverna/sendero; ciclismo en montaña; película/serie; red social (feed TikTok); sticker gastado; corredor/maratón; etc.
Ejercicios de Clarificación Cognitiva	12	Códigos de la mente (6 códigos); los cuatro modos del pensamiento; defusión mediante juego lingüístico; reencuadre de pensamientos; discriminación valores-metas; etc.
Actividades de Reflexión y Autorregulación	8	Análisis funcional grupal; bitácora del explorador; cartas al yo cansado; planes de acción micro aventuras; simulacros de emergencia; retos semanales; etc.
Técnicas de Autocompasión y Aceptación	4	Corredor del parcero; post-its compasivos; botiquín de primeros auxilios; respuesta amable al sufrimiento; etc.
TOTAL	74	Sumado protocolo completo de 13 sesiones

Tabla 3

Retos semanales asignados en cada sesión

Sesión	Reto Asignado	Objetivo Principal
1	Reflexión: "¿Qué me gustaría lograr con este proceso?" (opcional). Se integró al compromiso personal de cada uno al aceptar participar en la investigación.	Compromiso personal con la espiral de transformación y rastreo del sufrimiento, alineando acciones con lo valioso. Anclado a la metáfora "La travesía hacia lo valioso"
2	Diseñar un mural de valores (físico/digital) con imágenes/palabras/símbolos y actividades para practicarlos.	Clarificar valores como brújula vital, reconociendo cualidades no negociables vía "Mapa del Nahual" para fomentar cohesión y acción valiosa.
3	Elegir actividad diaria (ducharte, caminar, comer) y hacerla con atención plena; anotar sensaciones y distracciones.	Promover contacto presente (mindfulness), observando pensamientos/emociones como "carros en autopista" sin fusionarse, cultivando Yo-observador.

4	"Notificador de Cuentos": Notar pensamientos (ej. "no soy suficiente"), como si fuera una app El Criticón, visto", y dirigir atención a una acción valiosa (ej. clase, amigos).	Practicar defusión cognitiva, transformando pensamientos en eventos mentales distantes para elegir acciones alineadas con valores.
5	Safari de la Lucha: Registrar el Monstruo (emoción/pensamiento) Notar la pelea que ejerce (control) y el Costo.	Explorar desesperanza creativa, analizando costos funcionales de evitación control para soltar lucha y priorizar vida valiosa.
6	Ejecutar paso de "Hoja de Ruta" (SMART-V); registrar sensaciones/monstruos superados.	Consolidar acción comprometida, para avanzar pese a los obstáculos, haciendo uso de estrategias puntuales.
7	Ejecutar acción concreta de GPS Vital (ej. paso pequeño hacia meta-valor); registrar monstruos que aparecen y respuesta valiosa.	Calibrar brújula (valores) y Waze (metas), practicando pasos concretos pese a obstáculos para dirección vital.
8	Usar al menos un ítem del "Botiquín de Primeros Auxilios" (piedra amable, receta mindfulness, espejo afirmaciones, curita apoyo) ante los obstáculos presentados durante la ruta.	Fomentar la autocompasión como "propio parcerero", neutralizando matones mentales con herramientas personalizadas.
9	Hoja de Ruta y Kit de Desvare; fotografiar 3 "antes" y 3 "después" del proceso (con descripciones ≤300 palabras) + nota de voz recomendando el protocolo.	Integrar flexibilidad psicológica total (hexaflex ACT), cerrando con reflexión visual/verbal sobre transformación.

Bitácoras: los participantes completaron registros escritos durante el proceso, donde narraban sus experiencias en las sesiones, sus dificultades y avances en la práctica de aceptación, defusión y acción comprometida, y los cambios notados en la manera de relacionarse con su sufrimiento. Este tipo de registros se considera una fuente rica para el análisis temático de la experiencia terapéutica (Ma, Ji, & Lu, 2023).

Audios: se invitó a los participantes a grabar mensajes de audio compartiendo a un amigo su experiencia durante el protocolo. Este recurso permitió captar discursos espontáneos sobre el valor percibido de la intervención y los elementos que consideraban transformadores.

Técnica Foto-Voz: cada participante tomó tres fotografías que representaran “cómo vivo mi sufrimiento” antes del protocolo y tres fotografías sobre “cómo vivo ahora mi sufrimiento”, acompañándolas de una narrativa escrita inferior a 300 palabras por foto. La foto-voz es un método visual participativo que facilita que personas con experiencia vivida articulen sus perspectivas a través de imágenes y relatos, enriqueciendo la comprensión de los procesos de cambio (Rai et al., 2023; Trombeta, 2022; VanderMolen, 2025)

Participantes

La muestra estuvo conformada por 109 estudiantes universitarios de primer a tercer semestre de la Universidad del Valle seccional Tuluá, Valle del Cauca, Colombia. Los participantes fueron asignados por conveniencia, se distribuyeron en dos grupos, (A) grupo experimental (N=56) y el (B) grupo de control (N=53). El grupo A fueron estudiantes que estaban matriculados en una asignatura titulada “habilidades para la vida” la cuál fue sincronizada para desarrollar las sesiones correspondientes a la aplicación del protocolo. Los participantes del grupo B, estaban matriculados en la asignatura “constitución política” y “género, pluralidad y diversidad”.

La condición experimental (n=56) recibió el protocolo grupal ACT e incluyó estudiantes de Administración de Empresas (n=30) y Contaduría Pública (n=26). La condición control (n=53) continuó con clase curricular habitual e incluyó estudiantes de Nutrición y Dietética (n=30) y Trabajo Social (n=23). La retención evaluativa (completitud de las cuatro mediciones: pretest, intermedia, posttest y seguimiento 4 semanas) fue del 52.3% (N=57 final: experimental n=35,

62.5%; control n=22, 41.5%), con deserción progresiva por no diligenciar las medidas pese a alta asistencia a sesiones (93 % experimental). La Tabla 4 resume características sociodemográficas y equivalencia basal de la muestra.

Tabla 4

Características Sociodemográficas y Equivalencia Basal (Muestra Inicial, N=109)

Variable	Experimental(n=56)	Control (n=53)	Estadístico
Edad: M (DE), rango	21.09 (4.25), 17–33	19.98 (2.92), 17–29	$t(107) = 1.61, p = .111, d = 0.31$
Sexo: Mujeres/Hombres	34 (60.7%) / 22 (39.3%)	35 (66.0%) / 18 (34.0%)	$\chi^2(1) = 0.33, p = .565$
Deserción (no completaron 4 medidas)	21 (37.5%)	31 (58.5%)	$\chi^2(1) = 4.12, p = .042$
N final	35 (62.5%)	22 (41.5%)	-

Nota. DE = desviación estándar; t = prueba t de Student; χ^2 = chi-cuadrado; d = d de Cohen.

Deserción por ausencias evaluativas (n=42), retiros voluntarios (n=8), otras (n=2). Equivalencia confirmada (N=57).

Deserción del Protocolo

Durante las 13 semanas de implementación, se registraron 14 deserciones (13.2% del total inicial) mediante registro sistemático de asistencia y contacto telefónico inmediato (dentro de 48 horas) tras primera ausencia no justificada: El GE1 (n=9 deserciones de 55; 16.4) y el GG1 (n=5 deserciones de 51; 9.8%)

El 71.4% de deserciones se debieron a factores externos (laborales, académicos, médicos), mientras que 28.6% correspondió a cancelación de la asignatura o del semestre. Ninguna deserción fue reportada por insatisfacción con el protocolo o problemas con el facilitador.

Para garantizar validez de los análisis, se establecieron criterios de inclusión analítica:

1. **Compleitud de mediciones:** Completar las cuatro evaluaciones (M1-M4).
2. **Asistencia mínima (experimental):** Asistir al menos a 7 de 9 sesiones temáticas ($\geq 78\%$).

De los 92 participantes que completaron la intervención, se excluyeron 35 participantes adicionales (38.0%) del análisis final por datos incompletos:

Grupo Experimental (n=11 exclusiones de 46; 23.9%): 7 estudiantes no completaron evaluación M4 (seguimiento semana 16) pese a múltiples contactos y recordatorios, 3 estudiantes tuvieron ausencias en M2 o M3 (evaluaciones intermedias y pese a los recordatorios, no las diligenciaron y 1 estudiante completó solo 5 de 9 sesiones temáticas (56% asistencia)

Grupo Control (n=24 exclusiones de 46; 52.2%): 18 estudiantes no completaron evaluación M4 (seguimiento o realizaron de forma incompleta los siete cuestionarios y 6 estudiantes no completaron evaluaciones M2 o M3

El análisis estadístico final se realizó con N=57 estudiantes (35 experimental, 22 control) que cumplieron todos los criterios de inclusión analítica. Esta muestra representa el 52.3% de la muestra inicial (N=109).

La muestra final (N=57; mujeres 61.4%, M edad=20.33, DE=3.86) presentó 72% Valle del Cauca, 75% sin grupo étnico, 84% heterosexuales, 81% solteros, 65% solo estudiantes, 79% sin diagnóstico mental actual. Pruebas t y χ^2 en pretest de completadores verificaron equivalencia basal.

El grupo control mostró tasa significativamente mayor de exclusión por datos incompletos (52.2% vs. 23.9%, $p=.005$), y mostraron respuestas planas en el desarrollo de las medidas, sugiriendo un posible sesgo por tedio en la realización de las medidas. Pero no se dio una deserción activa del protocolo (9.8% vs. 16.4%, $p=.233$). Esto sugiere que: la participación en protocolo ACT incrementó compromiso con evaluaciones longitudinales; las deserciones del grupo experimental fueron principalmente por factores externos (laborales, médicos y personales) no por desinterés en el protocolo.

Procedimiento

El presente estudio se desarrolló durante el primer y segundo semestre académico del 2025 en la Universidad del Valle, sede Tuluá, siguiendo un procedimiento sistemático estructurado en seis fases que garantizaron rigor metodológico y viabilidad de implementación en contexto educativo real. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de psicología de la Universidad del Valle.

Fase 1: Diseño y Desarrollo del Protocolo: Se realizó una revisión sistemática de la literatura en las bases de datos PsycINFO, Scopus, Web of Science, PubMed y Google Scholar. Este proceso permitió identificar 187 estudios relevantes, se seleccionaron 42 como fuentes primarias bajo criterios de rigor metodológico y pertinencia poblacional. El andamiaje del protocolo se basó en metaanálisis globales sobre la eficacia de ACT (Fang & Ding, 2020; Gloster et al., 2020) y la estructura de protocolos grupales (Livheim et al., 2015).

Se integró evidencia sobre los mecanismos de cambio psicológico (Stockton et al., 2019) y se utilizaron los principios de RFT como base para el diseño de metáforas y ejercicios experienciales originales, asegurando una conexión directa entre el lenguaje, la cognición y la acción comprometida (Hayes et al., 2001; Wilson & Luciano, 2002).

El diseño del protocolo se desarrolló mediante proceso colaborativo riguroso entre el maestrante y la directora de tesis durante seis meses, con reuniones semanales de 2 a 3 horas siguiendo cuatro subetapas: **Definición del marco teórico**, estableciendo como objetivo promover un acercamiento saludable al sufrimiento mediante el desarrollo de la flexibilidad psicológica, operacionalizando los seis procesos de ACT como objetivos específicos en nueve sesiones de tres horas cada una para grupos de 20 a 30 participantes; **Creación de ejercicios experienciales**, diseñando material de autoría siguiendo principios de RFT (identificación del objetivo, análisis de marcos relacionales, diseño de experiencia, adaptación cultural con lenguaje coloquial colombiano y revisión crítica colaborativa), generando 74 ejercicios distribuidos en 32 vivenciales, 18 metáforas narrativas, 12 de clarificación de valores, 8 de reflexión y 4 de autocompasión; **Desarrollo de materiales complementarios**, creación de formatos estructurados, materiales visuales y retos semanales; **Prueba piloto** implementando talleres con 28 estudiantes durante febrero-mayo 2025, ajustando lenguaje, tiempos, instrucciones y eliminando tres ejercicios sin impacto experiencial, basándose en evaluaciones cualitativas de comprensión, relevancia e impacto mediante análisis temático que identificó patrones de resonancia cultural.

Fase 2: Conformación de grupos: Se identificaron cuatro grupos académicos naturales de estudiantes de primer a tercer semestre: GE1 (Administración de Empresas n=30, Contaduría Pública n=26) matriculados en la asignatura electiva "Habilidades para la Vida", y GC1 (Nutrición y Dietética n=30, Trabajo Social n=23) matriculados en "Constitución Política" y "Género, Pluralidad y Diversidad". La asignación a condiciones fue por conveniencia institucional, aprovechando estructura curricular existente para garantizar adherencia.

En la primera semana de agosto del 2025, el investigador presentó el proyecto detallando

naturaleza de la investigación, objetivos, procedimiento (9 sesiones semanales temáticas, dos sesiones de práctica y cuatro mediciones), beneficios (herramientas psicológicas basadas en evidencia, dos consultas gratuitas post-protocolo), riesgos mínimos (incomodidad emocional temporal mitigada mediante acompañamiento continuo), confidencialidad (datos codificados anónimamente) y voluntariedad (derecho a retirarse sin consecuencias académicas). Los grupos experimentales firmaron tres consentimientos (participación en investigación, aplicación de pruebas psicológicas, grabación de audio/video), mientras grupos control firmaron dos (participación como grupo control y aplicación de pruebas). Para menores de 18 años (n=4) se solicitó asentimiento del estudiante y consentimiento parental.

Se aplicaron criterios de elegibilidad mediante cuestionario de tamizaje autoadministrado. Criterios de inclusión: estudiante regular Universidad del Valle sede Tuluá cursando primer a tercer semestre, edad 17-35 años, disponibilidad para asistir semanalmente 13 semanas, comprensión lectora adecuada, consentimiento firmado. Criterios de exclusión: trastorno psicótico/bipolar en fase aguda, ideación suicida activa con plan específico (evaluada mediante ítem 9 del DASS-21 y pregunta adicional), participación concurrente en otro protocolo psicológico estructurado y discapacidad cognitiva. La muestra final quedó conformada por 109 participantes (56 experimentales, 53 control).

Fase 3: Evaluación Pretest - Línea Base: Todos los participantes (N=109) completaron batería de siete instrumentos psicométricos en formato digital durante sesión grupal supervisada de 90 minutos. El orden de aplicación fue contrabalanceado entre grupos mediante dos secuencias alternadas para controlar efectos de fatiga: Secuencia A (AAQ-II → CFQ → VQ → DASS-21 → MAAS → CFI → MPFI) y Secuencia B (orden inverso).

Previo a cada instrumento se realizó breve ejercicio experiencial de 2-3 minutos relacionado

con el constructo evaluado (ej., AAQ-II: "Piensen en emoción difícil que hayan querido evitar, ¿funcionó?"; CFQ: "Repitan mentalmente 'soy un plátano maduro' por 15 segundos, ¿te convertiste en plátano?"; MAAS: "Observen manos como si nunca las hubieran visto"), con doble propósito de facilitar comprensión experiencial mejorando validez de respuestas e introducir prácticas que posteriormente se profundizarían. Los cuestionarios fueron codificados con identificadores alfanuméricos para preservar anonimato (ej., P1-001) y digitalizados en SPSS v.28 y R mediante doble entrada independiente verificando concordancia del 100%.

Fase 4: Implementación del Protocolo: Se implementó durante 16 semanas consecutivas con sesiones semanales de tres horas: semanas 1-2 (contextualización, consentimientos, evaluación pretest M1), semanas 3-5 (tres sesiones temáticas centrales) semana 6 (sesión desesperanza creativa parte 2 y evaluación intermedia M2), semana 7-8 (sesiones temáticas finales valores y acción comprometida), semana 9 (Auto compasión y evaluación posttest M3) Semana 10 formación de replicadores), semana 11 (práctica entre pares e intervención campus), semana 12 (cierre con foto voz y grupo focal). Semana 16 (evaluación seguimiento M4).

Las sesiones temáticas centrales integraron la metáfora estructurante *"La Travesía en Bicicleta hacia lo Valioso"*, donde participantes se conceptualizaron como ciclistas exploradores llevando "un maletín de experiencias difíciles" mientras pedalean hacia direcciones valiosas.

Sesión 1 contextualizó ACT presentando modelo de flexibilidad psicológica versus eliminación de síntomas, estableciendo que el proceso sería "como espiral, no lineal", normalizando fluctuaciones. **Sesión 2 "Cuando Luchar es el Problema"** promovió lógica ACT mediante ejercicios clave: "El Despertar del Nahual" (90 minutos) donde diseñaron máscaras de animales representando cualidades valoradas, realizaron "trueque" identificando características no-negociables revelando valores nucleares y asignando habilidades a sus compañeros; "El

Obituario del Yo Físico" con meditación guiada imaginando ceremonia futura describiendo cómo se vivió; "La Línea de la Vida" dibujando momentos significativos basados en valores.

Sesión 3 "Tomando Consciencia de Mi Propia Vida" introdujo mindfulness mediante "El Teatro" (25 minutos, visualizándose como teatro donde actores son pensamientos y emociones, y las obras que fluyen son la historia personal, el teatro mismo es el yo como contexto), "Autopista de Pensamientos" (meditación observando carros como pensamientos desde borde sin meterse en autopista), "Viaje por los 8 Sentidos" (circuito experiencial con estaciones sensoriales practicando atención plena sin juicio).

Sesión 4 "Pille, Usted no es el Cuento que se Echa" favoreció defusión cognitiva mediante "El Círculo del Globo" (35 minutos, escribiendo pensamiento autocrítico en globo inflado, experimentando fusión poniéndolo frente a cara, defusión alejándolo, caminando con globo experimentando cómo "tira, molesta", repitiendo pensamiento rápidamente hasta desliteralizarlo), "El Scroll Infinito de la Mente" (meditación donde consciencia es feed Instagram/TikTok practicando observar "publicaciones mentales" y hacer scroll sin engancharse), "El Sticker Gastado de WhatsApp" (repetir palabra cargada hasta convertirla en ruido, imaginarla como sticker ridículo con gorrito de fiesta, dibujarla como sticker gastado).

Sesión 5 "Dejá el Camello Parte 1" exploró desesperanza creativa mediante "El Vaso de Guaro Amargo" (30 minutos, cargando vasito con agua representando emoción problemática mientras realizaban tareas, comparando atención en no regar versus disfrutar actividad), "Atrapado en la Corriente del Río" (meditación visualizando estar en río que arrastra, primera reacción nadar contra corriente con movimiento tenso de brazos, luego practicar nadar diagonal usando fuerza del río hacia orilla donde esperan personas importantes), "El Cartel de las Mañas" (análisis funcional grupal identificando estrategias evitativas, su alivio inmediato y costo largo

plazo creando mapa visual).

Sesión 6 "Dejá el Camello Parte 2" consolidó que vida valiosa no empieza cuando dolor desaparece sino cuando se actúa pese al dolor, mediante análisis de videoclip BoJack Horseman sobre mensaje "gets easier, but you gotta do it every day", "Carta al Yo que está Mamado de Luchar" (escritura compasiva a parte cansada de pelear), diseño de "Hoja de Ruta y Kit de Desvare" (meta SMART-V y estrategias ante baches conocidos), aplicando evaluación intermedia M2. **Sesión 7 "Poniendo Norte al Mapa"** facilitó conexión profunda con valores mediante metáfora "La Brújula vs el Waze" (valores como brújula que siempre muestra Norte versus metas como Waze que se apaga al llegar), "El Mapa de Mi Vida" (dibujar círculo con áreas vitales calificando vitalidad y marcando dónde se lucha versus vive), "El Mazo de la Vida" (seleccionar de cartas con valores escritos las 10 más resonantes, luego 5 más importantes, finalmente 3 "Norte absoluto"), "Conversa con Mi Yo del Futuro" (meditación deíctica viajando 5 años adelante donde ese Yo futuro da consejo clave al Yo presente).

Sesión 8 "Sé tu Propio Parcerero" desarrolló autocompasión mediante "El Círculo del Matón" (35 minutos, escribiendo frases de matón interno en post-its rosados, voluntario en centro mientras grupo susurra frases críticas creando nube de crítica, luego escribiendo mismas frases con autocompasión en post-its verdes, voluntario caminando por "corredor del parcerero" mientras grupo lee frases verdes con amabilidad), "Construyendo el Botiquín de Primeros Auxilios" (decorar cajita personal llenándola con medicinas simbólicas: algodón para mindfulness, curitas para humanidad compartida, piedra suave como ancla de amabilidad, espejo para mirada compasiva, brújula para conexión valores, papelitos con recetas personales, post-its verdes con pensamientos compasivos). **Sesión 9 "Del Dicho al Hecho"** consolidó aprendizaje mediante "El Circuito de la Flexibilidad" (30 minutos, facilitador describiendo 13 terrenos de

ruta como parcial imposible, error público, piloto automático, participantes levantando paletas indicando componente ACT que usarían), "Mi Hoja de Ruta y Kit de Desvare" (meta SMART-V para semana y plan rescate específico con herramientas de cada componente), "Una Postal desde el Futuro" (meditación deíctica escribiendo mensaje de yo de 10 años adelante a yo actual), ritual "Una Brújula para el Camino" (cada participante declarando acción comprometida, grupo respondiendo con mano en corazón "¡Buen viaje, parceró!"). Al cierre de las sesiones temáticas, se les solicito compartir al investigador un audio, donde le contaran a un amigo su experiencia en el protocolo y porque creen que deberían pasar por esta vivencia. Se aplicó evaluación posttest M3 al cierre de la sesión.

Sesión 10: El protocolo incorpora un modelo innovador donde participantes entrenados actúan como facilitadores de ejercicios bajo supervisión, replicando componentes de ACT, entre pares diseñando ejercicios experienciales propios y/o usado durante el protocolo que fueron puestos en práctica entre los mismos participantes, brindando retroalimentaciones para pulir cada uno de los ejercicios. Al finalizar la sesión los participantes entregaron las bitácoras. **Sesiones 11-12:** facilitación entre pares refinando ejercicios e implementaron intervención durante 3 horas en campus universitario con 8-12 estaciones interactivas interviniendo desde una perspectiva preventiva en aproximadamente 180 estudiantes. Al finalizar la sesión los participantes debían entregar un informe de la actividad, relatando su experiencia como facilitador, los retos y mejoras a implementar. **Sesión 13** cerró protocolo implementando técnica FotoVoz donde participantes presentaron 6 fotografías (3 representando cómo vivían sufrimiento antes, 3 después) narrando significado, realizando grupos focales identificando temas emergentes (de oscuridad a luz, de encierro a apertura, de soledad a conexión, de parálisis a movimiento). **En la semana 16** se aplicó la evaluación de seguimiento M4.

Los participantes diligenciaron las bitácoras después de cada sesión temática (Sesiones 2-9) respondiendo: aprendizaje central, conexión personal, ejercicio impactante, desafío, relación con vida valiosa, compromiso semanal, totalizando 400 registros individuales (50 participantes $\times$ 8 sesiones) constituyendo fuente primaria para análisis cualitativo. Cada sesión asignó tarea semanal promoviendo acciones valiosas.

Todas las sesiones fueron facilitadas por el investigador principal (psicólogo con experiencia clínica) bajo supervisión semanal de la directora de tesis, psicóloga con formación doctoral, experta en ACT. Dos participantes experimentaron llanto intenso durante "Obituario del Yo Físico" recibiendo acompañamiento individualizado de 20 minutos normalizando respuesta emocional, decidiendo continuar y reportando posteriormente experiencia transformadora. Un participante reportó aumento transitorio de ansiedad en Sesión 5 recibiendo consulta individual adicional trabajando normalización de "efecto paradójico inicial" común en ACT, completando protocolo exitosamente.

Fase 5: Grupo Control y Mediciones Sincronizadas: Los grupos control (N=53) continuaron con asignaturas curriculares regulares sin recibir intervención ACT. Los profesores no fueron informados sobre hipótesis específicas para evitar comportamientos compensatorios. Se aplicaron mediciones sincronizadas temporalmente: M1 pretest (semana 1), M2 intermedia (semana 5), M3 posttest (semana 9), M4 seguimiento (semana 16), en horario de clase con autorización de profesores. Los participantes recibieron el informe de los resultados de las cuatro medidas y en el siguiente semestre recibirán el protocolo, como parte del acuerdo de participación.

Se implementó registro sistemático de eventos históricos potencialmente confundentes consultando semanalmente a profesores. Los eventos registrados incluyeron: semana 6

(exámenes parciales primer corte), semana 10 (paro de dos días), semana 13 (exámenes parciales segundo corte), semana 13 (flexibilidad estudiantil, por “Festival del Mate y el Guarapo). Estos eventos afectaron por igual a grupos experimentales y control, minimizando amenaza de historia a validez interna.

Fase 6: Análisis de Datos: Los datos cuantitativos fueron analizados con SPSS v.28 y R v.4.3.2 siguiendo secuencia: análisis preliminares (verificación de supuestos mediante Shapiro-Wilk y Levene, análisis de datos faltantes mediante test de Little <5% por variable, imputación múltiple), análisis descriptivos (medias, desviaciones estándar, rangos, frecuencias), análisis de equivalencia basal (pruebas t para variables continuas, chi-cuadrado para categóricas, tamaños de efecto d de Cohen y V de Cramer), análisis principales (MANOVA 2×4 mixto Grupo×Tiempo para variables correlacionadas, ANOVAs mixtos individuales si MANOVA significativo, post-hoc con corrección Bonferroni, tamaños de efecto eta-cuadrado parcial y d de Cohen, análisis de cambio confiable mediante Reliable Change Index), y análisis de mediación (evaluando si cambios en flexibilidad psicológica median efectos sobre sintomatología mediante macro PROCESS v.4.2).

Los datos cualitativos (bitácoras, audios, fotografías con descripciones, grupos focales) fueron analizados con NVivo v.14 mediante análisis temático fenomenológico (Braun & Clarke, 2006) en seis fases: familiarización (lectura repetida, escucha de audios, visualización de fotografías), codificación inicial (línea por línea generando 187 códigos iniciales), búsqueda de temas (agrupación en categorías guiadas por modelo ACT: aceptación, defusión, momento presente, yo-como-contexto, valores, acción comprometida, inflexibilidad psicológica, desesperanza creativa, autocompasión y categorías emergentes), revisión de temas (verificación de coherencia interna y representatividad refinando categorías), definición y nominación (descripción detallada,

selección de extractos representativos, nomenclatura definitiva), y reporte (narrativa analítica integrando temas con marco teórico incluyendo citas textuales). Se generaron nubes de palabras y gráficos de frecuencia por nodo calculando referencias, casos y cobertura textual, realizando análisis comparativo pre-post (Sesión 1 vs Sesión 8) calculando variación neta. Las fotografías fueron analizadas mediante análisis de contenido visual identificando elementos recurrentes (color, composición, presencia humana, símbolos, metáforas naturales), triangulando hallazgos visuales con narrativas textuales.

Consideraciones Éticas

El estudio se adhirió a los principios éticos fundamentales: autonomía (participación voluntaria, consentimiento informado detallado, derecho a retirarse sin penalización), beneficencia (protocolo basado en evidencia científica, formación especializada de facilitador, supervisión continua, consultas individuales post-protocolo), no maleficencia (riesgos mínimos según resolución 8430 de 1993, protocolo para manejo de crisis, exclusión de participantes con ideación suicida activa con derivación inmediata, monitoreo continuo de bienestar) justicia (oferta de intervención a grupo control en semestre siguiente, inclusión sin discriminación), y confidencialidad (datos codificados anónimamente, custodia segura bajo llave, acceso restringido a equipo investigador, anonimato de citas textuales, destrucción de grabaciones tres años post-finalización)..

RESULTADOS

Este apartado integra los hallazgos cuantitativos y cualitativos derivados de la implementación del protocolo "*Travesía en Bicicleta hacia lo Valioso*", siguiendo el diseño mixto secuencial. Se presentan primero los resultados cuantitativos de los análisis de varianza mixtos, seguidos de los hallazgos cualitativos del análisis temático de bitácoras, audios y

fotografías. Finalmente, se realiza una triangulación que integra ambas aproximaciones para responder a los objetivos de investigación.

Resultados Cuantitativos

Se realizaron análisis de varianza mixtos (ANOVA) de medidas repetidas con el objetivo de evaluar el efecto del protocolo sobre la flexibilidad psicológica, medidos en cuatro momentos (pre, durante, post y seguimiento). Durante las medidas se recolectaron datos sociodemográficos y hábitos de salud de los participantes que fueron cuantificados a continuación:

Los participantes del grupo experimental refirieron en su mayoría no presentar un diagnóstico de salud mental (79%) un 5% presenta un diagnóstico, un 12% refiere que tal vez y un 4% prefirió no responder. De estos sujetos el 4% toma medicación psiquiátrica y un 2% consumió en el pasado. El 25% asistió a terapia psicológica. 77% experimentaron una situación estresante importante en los últimos 6 meses.

Respecto a hábitos de autocuidado, 47% de los sujetos reporto hacer ejercicio habitual, el 12% ocasionalmente. El 44% mantiene una dieta equilibrada, el 33% ocasionalmente y el 23% no mantiene una dieta. El 47% de los sujetos mantienen una alimentación saludable.

Frente a la evaluación subjetiva de su vida, el 37% consideran que regular, el 63% buena. El 28% reportaron atravesar una dificultad emocional importante. Cuando presentan situaciones problemáticas la primera persona a la que acuden es a su madre (26%), amigos (16%), a sí mismos (16%), pareja (14%), a dios (9%), padres (5%), hermanos (5%), otros familiares (5%) y padre (4%). El nivel de apoyo social percibido es alto (54%), media (37%) y baja (9%).

El 70% no reportaron consumir sustancias psicoactivas, la sustancia que presento mayor consumo fue el alcohol (19%), vaper (5%), alcohol y drogas (2%). El 16% duermen menos de 5 horas, entre seis y siete horas el 63% y 22% más de 8 horas. Frente a la calidad del sueño percibida, el 11% reportan como mala, 44% regular, 37% buena y 9% muy buena.

Tabla 5*Descriptivos Cuestionario de Aceptación y Acción - AAQ II*

Cuestionario	Grupo	M	DE	Mín.	Máx.
AAQ 1	1	25.200	7.627	12.00	48.00
AAQ 1	2	23.682	8.538	9.000	38.00
AAQ 2	1	24.914	8.580	9.000	45.00
AAQ 2	2	22.455	8.022	7.000	35.00
AAQ 3	1	20.771	6.954	7.000	39.00
AAQ 3	2	23.909	9.123	7.000	38.00
AAQ 4	1	20.314	8.554	7.000	42.00
AAQ 4	2	23.364	10.500	7.000	41.00

Nota. Descriptivos correspondientes al AAQ-II en 4 momentos de medición y por grupo. *Grupo*

1 = Grupo Experimental; *Grupo 2* = Grupo Control *M*=Media; *DE*= Desviación Estándar; *Min.* =

Mínimo; *Max.* = Máximo.

Tabla 6*Descriptivos Cuestionario de Fusión Cognitiva - CFQ*

Cuestionario	Grupo	M	DE	Mín.	Máx.
CFQ 1	1	30.857	9.456	9.000	49.00
CFQ 1	2	27.182	9.811	13.00	41.00
CFQ 2	1	29.886	9.683	10.00	48.00
CFQ 2	2	26.000	10.076	7.000	44.00
CFQ 3	1	25.143	8.250	11.00	41.00
CFQ 3	2	27.591	9.215	8.000	44.00
CFQ 4	1	24.371	10.204	7.000	48.00
CFQ 4	2	24.591	9.075	7.000	40.00

Nota. Descriptivos correspondientes al CFQ en 4 momentos de medición y por grupo.

Grupo 1 = Grupo Experimental; *Grupo 2* = Grupo Control *M*=Media; *DE*= Desviación Estándar;

Min. = Mínimo; *Max.* = Máximo

Tabla 7*Descriptivos Escala de Ansiedad, Estrés y Depresión – DASS 21*

Cuestionario	Grupo	M	DE	Mín.	Máx.
DASS Depresión 1	1	7.857	4.493	0.000	21.00
DASS Depresión 1	2	6.955	5.525	0.000	18.00
DASS Ansiedad 1	1	7.543	5.118	0.000	20.00
DASS Ansiedad 1	2	6.909	4.946	0.000	17.00
DASS Estrés 1	1	9.571	4.111	1.000	19.00
DASS Estrés 1	2	8.500	4.758	0.000	19.00
DASS Total1	1	24.971	12.380	6.000	60.00
DASS Total1	2	22.364	13.810	0.000	53.00
DASS Depresión 2	1	7.429	4.024	1.000	16.00
DASS Depresión 2	2	6.045	5.341	0.000	18.00
DASS Ansiedad 2	1	7.600	4.374	1.000	18.00
DASS Ansiedad 2	2	5.909	5.291	0.000	16.00
DASS Estrés 2	1	9.257	3.441	3.000	17.00
DASS Estrés 2	2	8.727	4.548	0.000	15.00
DASS Total 2	1	24.286	10.604	6.000	48.00
DASS Total 2	2	20.682	13.847	0.000	42.00
DASS Depresión 3	1	5.714	4.968	0.000	20.00
DASS Depresión 3	2	6.500	5.325	0.000	19.00
DASS Ansiedad 3	1	5.029	4.662	0.000	20.00
DASS Ansiedad 3	2	5.636	4.796	0.000	16.00
DASS Estrés 3	1	7.143	4.473	0.000	19.00
DASS Estrés 3	2	8.955	4.705	0.000	18.00
DASS Total 3	1	17.886	13.297	0.000	59.00

DASS Total 3	2	21.091	13.526	0.000	53.00
DASS Depresión 4	1	6.400	3.867	0.000	14.00
DASS Depresión 4	2	5.636	5.368	0.000	18.00
DASS Ansiedad 4	1	6.171	4.362	0.000	14.00
DASS Ansiedad 4	2	4.955	4.746	0.000	16.00
DASS Estrés 4	1	8.114	3.636	0.000	14.00
DASS Estrés 4	2	8.409	5.901	0.000	19.00
DASS Total 4	1	20.686	10.843	0.000	40.00
DASS Total 4	2	19.000	14.836	0.000	48.00

Nota. Descriptivos de las subescalas y el puntaje total del *DASS 21* en 4 momentos de medición y por grupo. *Grupo 1*= Grupo Experimental; *Grupo 2*= Grupo Control *M*=Media; *DE*= Desviación Estándar; *Min.* = Mínimo; *Max.* = Máximo.

Tabla 8

Descriptivos Inventario de Flexibilidad Cognitiva - CFI

Cuestionario	Grupo	M	DE	Mín.	Máx.
CFI Alternativas 1	1	66.543	9.721	46.00	86.00
CFI Alternativas 1	2	70.955	10.205	51.00	88.00
CFI Control Percibido 1	1	28.057	5.396	16.00	39.00
CFI Control Percibido 1	2	28.727	7.173	16.00	40.00
CFI Total 1	1	94.600	12.139	70.00	117.0
CFI Total 1	2	99.682	14.802	69.00	126.0
CFI Alternativas 2	1	66.629	10.605	43.00	91.00
CFI Alternativas 2	2	67.909	8.065	54.00	81.00
CFI Control Percibido 2	1	29.714	6.124	16.00	42.00
CFI Control Percibido 2	2	29.727	6.713	16.00	42.00
CFI Total 2	1	96.343	14.609	59.00	133.0

CFI Total 2	2	97.636	13.699	75.00	121.0
CFI Alternativas 3	1	70.743	11.796	44.00	91.00
CFI Alternativas 3	2	70.545	11.241	51.00	89.00
CFI Control Percibido 3	1	32.657	6.131	16.00	43.00
CFI Control Percibido 3	2	29.409	6.905	17.00	43.00
CFI Total 3	1	103.400	16.330	60.00	133.0
CFI Total 3	2	99.955	16.179	73.00	128.0
CFI Alternativas 4	1	70.343	12.591	36.00	91.00
CFI Alternativas 4	2	70.864	10.462	49.00	91.00
CFI Control Percibido 4	1	32.143	5.013	23.00	42.00
CFI Control Percibido 4	2	30.727	6.936	17.00	43.00
CFI Total 4	1	102.486	16.028	67.00	131.0
CFI Total 4	2	101.591	15.580	73.00	134.0

Nota. Descriptivos correspondientes al *CFI* en 4 momentos de medición y por grupo.

Grupo 1 = Grupo Experimental; *Grupo 2* = Grupo Control *M*=Media; *DE*= Desviación Estándar;

Min. = Mínimo; *Max.* = Máximo.

Tabla 9

Descriptivos Cuestionario de Valores - VQ

Cuestionario	Grupo	M	DE	Mín.	Máx.
VQ Progreso 1	1	21.143	5.714	5.000	29.00
VQ Progreso 1	2	22.636	5.095	9.000	29.00
VQ Obstrucción 1	1	15.171	4.985	6.000	28.00
VQ Obstrucción 1	2	13.318	4.785	5.000	20.00
VQ Progreso 2	1	21.486	5.371	10.00	30.00
VQ Progreso 2	2	21.864	4.246	13.00	29.00
VQ Obstrucción 2	1	15.971	4.362	6.000	25.00

VQ Obstrucción 2	2	14.727	4.753	7.000	23.00
VQ Progreso 3	1	22.714	4.612	14.00	30.00
VQ Progreso 3	2	22.955	4.281	16.00	30.00
VQ Obstrucción 3	1	14.514	4.083	5.000	22.00
VQ Obstrucción 3	2	15.409	4.687	6.000	27.00
VQ Progreso 4	1	22.971	4.611	11.00	30.00
VQ Progreso 4	2	21.864	4.560	14.00	30.00
VQ Obstrucción 4	1	12.971	4.985	6.000	25.00
VQ Obstrucción 4	2	14.727	5.808	5.000	27.00

Nota. Descriptivos correspondientes al *VQ* en 4 momentos de medición y por grupo.

Grupo 1 = Grupo Experimental; *Grupo 2* = Grupo Control *M*=Media; *DE*= Desviación Estándar; *Min.* = Mínimo; *Max.* = Máximo.

Tabla 10

Descriptivos Escala de Atención y Conciencia Mindfulness - MAAS

Cuestionario	Grupo	M	DE	Mín.	Máx.
MAAS 1	1	60.514	10.642	37.00	78.00
MAAS 1	2	59.364	12.659	37.00	81.00
MAAS 2	1	57.829	13.296	21.00	82.00
MAAS 2	2	59.909	13.952	35.00	90.00
MAAS 3	1	61.829	12.646	32.00	90.00
MAAS 3	2	57.727	13.513	37.00	87.00
MAAS 4	1	62.912	11.647	43.00	83.00
MAAS 4	2	60.636	13.077	41.00	90.00

Nota. Descriptivos correspondientes al MASS en 4 momentos de medición y por grupo.

Grupo 1 = Grupo Experimental; *Grupo 2* = Grupo Control *M*=Media; *DE*= Desviación Estándar; *Min.* = Mínimo; *Max.* = Máximo.

Tabla 11*Descriptivos Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica – MPFI*

Cuestionario	Grupo	M	DE	Mín.	Máx.
MPFI Aceptación 1	1	17.286	4.026	7.000	26.00
MPFI Aceptación 1	2	17.364	4.271	11.00	28.00
MPFI Momento Presente 1	1	18.171	4.944	11.00	30.00
MPFI Momento Presente 1	2	17.955	6.129	6.000	30.00
MPFI Yo Contexto 1	1	19.400	5.771	7.000	30.00
MPFI Yo Contexto 1	2	19.864	7.383	12.00	30.00
MPFI Defusión 1	1	16.857	4.596	6.000	30.00
MPFI Defusión 1	2	17.455	5.535	11.00	30.00
MPFI Valores 1	1	19.943	5.816	10.00	30.00
MPFI Valores 1	2	22.000	5.398	13.00	30.00
MPFI Acción Comprometida 1	1	21.657	6.226	10.00	30.00
MPFI Acción Comprometida 1	2	21.864	5.866	14.00	30.00
MPFI Evitación Experiencial 1	1	20.257	6.218	7.000	30.00
MPFI Evitación Experiencial 1	2	19.045	5.103	12.00	30.00
MPFI No Contacto Presente 1	1	13.286	4.019	6.000	25.00
MPFI No Contacto Presente 1	2	12.318	4.156	5.000	23.00
MPFI Yo como Contenido 1	1	17.914	5.031	10.00	30.00
MPFI Yo como Contenido 1	2	14.636	3.874	9.000	21.00
MPFI Fusión 1	1	16.457	4.661	8.000	30.00
MPFI Fusión 1	2	14.636	4.806	7.000	26.00
MPFI No Contacto Valores 1	1	12.943	3.963	7.000	24.00
MPFI No Contacto Valores 1	2	12.091	3.624	6.000	18.00
MPFI Inacción 1	1	12.657	3.977	5.000	20.00

MPFI Inacción 1	2	11.500	4.351	5.000	23.00
MPFI Flexibilidad Psicológica 1	1	113.314	25.431	54.00	170.0
MPFI Flexibilidad Psicológica 1	2	116.500	27.868	78.00	168.0
MPFI Inflexibilidad Psicológica 1	1	93.514	17.904	68.00	135.0
MPFI Inflexibilidad Psicológica 1	2	84.227	17.268	46.00	112.0
MPFI Aceptación 2	1	16.857	4.023	10.00	30.00
MPFI Aceptación 2	2	15.182	2.938	8.000	21.00
MPFI Momento Presente 2	1	18.286	4.799	10.00	30.00
MPFI Momento Presente 2	2	16.136	4.098	9.000	28.00
MPFI Yo Contexto 2	1	18.457	5.538	10.00	30.00
MPFI Yo Contexto 2	2	18.182	4.067	13.00	30.00
MPFI Defusión 2	1	17.286	4.842	10.00	28.00
MPFI Defusión 2	2	15.955	3.373	9.000	22.00
MPFI Valores 2	1	19.886	5.057	11.00	30.00
MPFI Valores 2	2	19.318	4.592	12.00	30.00
MPFI Acción Comprometida 2	1	19.771	5.429	10.00	30.00
MPFI Acción Comprometida 2	2	19.500	4.698	13.00	30.00
MPFI Evitación Experiencial 2	1	17.886	4.378	10.00	30.00
MPFI Evitación Experiencial 2	2	17.364	3.947	8.000	27.00
MPFI No Contacto Presente 2	1	13.629	4.353	5.000	23.00
MPFI No Contacto Presente 2	2	12.591	4.479	5.000	24.00
MPFI Yo como Contenido 2	1	17.029	4.793	6.000	27.00
MPFI Yo como Contenido 2	2	15.500	5.527	6.000	30.00
MPFI Fusión 2	1	16.229	4.505	6.000	24.00
MPFI Fusión 2	2	13.955	4.776	5.000	30.00
MPFI No Contacto Valores 2	1	13.400	3.920	5.000	21.00
MPFI No Contacto Valores 2	2	11.682	3.896	5.000	19.00

MPFI Inacción 2	1	13.000	4.058	5.000	20.00
MPFI Inacción 2	2	11.955	3.443	5.000	17.00
MPFI Flexibilidad Psicológica 2	1	110.543	24.415	65.00	176.0
MPFI Flexibilidad Psicológica 2	2	104.27 3	18.612	83.00	154.0
MPFI Inflexibilidad Psicológica 2	1	91.171	17.144	38.00	120.0
MPFI Inflexibilidad Psicológica 2	2	83.045	20.167	34.00	125.0
MPFI Aceptación 3	1	19.257	4.810	13.00	30.00
MPFI Aceptación 3	2	17.591	3.838	9.000	25.00
MPFI Momento Presente 3	1	20.171	4.914	14.00	30.00
MPFI Momento Presente 3	2	18.136	4.475	9.000	30.00
MPFI Yo Contexto 3	1	21.057	5.805	13.00	30.00
MPFI Yo Contexto 3	2	18.818	4.458	13.00	30.00
MPFI Defusión 3	1	18.857	4.264	11.00	30.00
MPFI Defusión 3	2	17.000	5.173	10.00	30.00
MPFI Valores 3	1	21.486	6.251	12.00	30.00
MPFI Valores 3	2	19.909	4.628	15.00	30.00
MPFI Acción Comprometida 3	1	21.600	6.218	10.00	30.00
MPFI Acción Comprometida 3	2	20.364	4.875	16.00	30.00
MPFI Evitación Experiencial 3	1	17.086	4.913	7.000	30.00
MPFI Evitación Experiencial 3	2	16.864	2.713	13.00	22.00
MPFI No Contacto Presente 3	1	11.800	3.976	5.000	20.00
MPFI No Contacto Presente 3	2	12.682	3.695	5.000	17.00
MPFI Yo como Contenido 3	1	14.657	4.359	6.000	26.00
MPFI Yo como Contenido 3	2	14.500	4.329	5.000	20.00
MPFI Fusión 3	1	14.000	4.615	5.000	28.00
MPFI Fusión 3	2	13.864	3.932	5.000	22.00

MPFI No Contacto con valores 3	1	11.371	4.257	5.000	20.00
MPFI No Contacto con valores 3	2	12.409	3.948	5.000	19.00
MPFI Inacción 3	1	10.971	4.148	5.000	19.00
MPFI Inacción 3	2	12.000	4.342	5.000	20.00
MPFI Flexibilidad Psicológica 3	1	122.42	28.648	76.00	180.0
MPFI Flexibilidad Psicológica 3	2	111.818	20.395	92.00	175.0
MPFI Inflexibilidad Psicológica 3	1	79.886	18.384	41.00	117.0
MPFI Inflexibilidad Psicológica 3	2	82.318	17.344	38.00	107.0
MPFI Aceptación 4	1	19.971	5.125	10.00	30.00
MPFI Aceptación 4	2	16.955	4.815	5.000	30.00
MPFI Momento Presente 4	1	20.343	5.274	11.00	30.00
MPFI Momento Presente 4	2	17.773	5.459	5.000	30.00
MPFI Yo Contexto 4	1	21.400	5.621	10.00	30.00
MPFI Yo Contexto 4	2	19.000	5.080	11.00	30.00
MPFI Defusión 4	1	18.600	5.242	8.000	30.00
MPFI Defusión 4	2	16.500	4.416	11.00	30.00
MPFI Valores 4	1	22.029	6.290	10.00	30.00
MPFI Valores 4	2	20.636	6.199	12.00	30.00
MPFI Acción Comprometida 4	1	22.543	6.214	10.00	30.00
MPFI Acción Comprometida 4	2	20.500	5.578	11.00	30.00
MPFI Evitación Experiencial 4	1	16.171	5.507	5.000	30.00
MPFI Evitación Experiencial 4	2	17.364	3.886	11.00	27.00
MPFI No Contacto Presente 4	1	11.771	3.843	5.000	20.00
MPFI No Contacto Presente 4	2	12.364	3.697	5.000	18.00
MPFI Yo como Contenido 4	1	13.714	4.656	5.000	23.00
MPFI Yo como Contenido 4	2	15.091	5.781	5.000	28.00
MPFI Fusión 4	1	14.314	4.708	5.000	26.00

MPFI Fusión 4	2	14.364	4.370	5.000	22.00
MPFI No Contacto con valores 4	1	10.714	4.260	5.000	24.00
MPFI No Contacto con valores 4	2	13.136	4.653	5.000	26.00
MPFI Inacción 4	1	10.400	4.209	5.000	22.00
MPFI Inacción 4	2	11.636	4.370	5.000	22.00
MPFI Flexibilidad Psicológica 4	1	124.88	29.615	59.00	180.0
MPFI Flexibilidad Psicológica 4	2	111.364	21.163	90.00	180.0
MPFI Inflexibilidad Psicológica 4	1	77.086	18.909	31.00	121.0
MPFI Inflexibilidad Psicológica 4	2	83.955	19.162	36.00	118.0

Nota. Descriptivos correspondientes a todas las subescalas del *MPFI* en 4 momentos de medición y por grupo. *Grupo 1* = Grupo Experimental; *Grupo 2* = Grupo Control *M*=Media; *DE*= Desviación Estándar; *Min.* = Mínimo; *Max.* = Máximo.

Análisis de Datos Cuantitativos

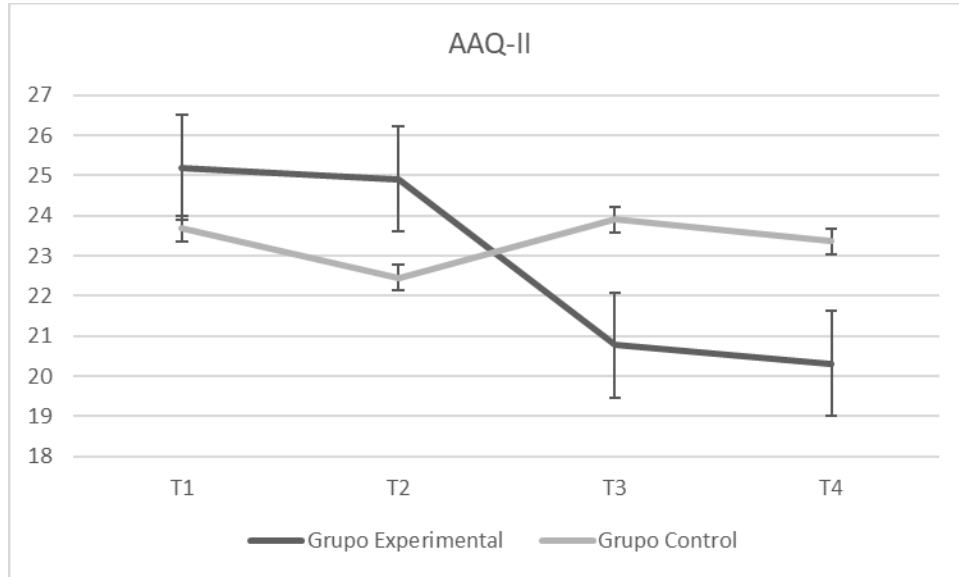
Se realizó un Análisis de varianza mixto de medidas repetidas o ANOVA mixto, con el fin de evaluar el efecto de la *VI* (Intervención basada en ACT) sobre la *VD* (Flexibilidad Psicológica y estado emocional), medidas en cuatro momentos, previo a la intervención, durante la intervención, posterior a la intervención y 4 semanas después de la intervención

Inflexibilidad Psicológica (AAQ-II): El análisis reveló una interacción significativa entre grupo y tiempo, $F(2.35, 129.30) = 5.36, p = .004, \eta^2 = .022$, indicando trayectorias de cambio diferenciadas entre grupos. Aunque las comparaciones post hoc con corrección de Kenward–Roger no mostraron diferencias puntuales significativas entre grupos en ningún momento específico ($p > .05$), se observó un efecto principal significativo del tiempo (Intra-sujetos), $F(2.35, 129.30) = 3.51, p = .026, \eta^2 = .015$, lo que sugiere cambios en la flexibilidad psicológica a lo largo de las mediciones. La Figura 1 evidencia una tendencia descendente en los puntajes del

AAQ-II en el grupo experimental a lo largo de las mediciones ($M_1 = 25.20$, $DE = 7.63$; $M_4 = 20.31$, $DE = 8.55$), mientras que el grupo control mantuvo una trayectoria relativamente estable ($M_1 = 23.68$, $DE = 8.54$; $M_4 = 23.36$, $DE = 10.50$).

Figura 1

Trayectoria de cambio en los puntajes del AAQ-II



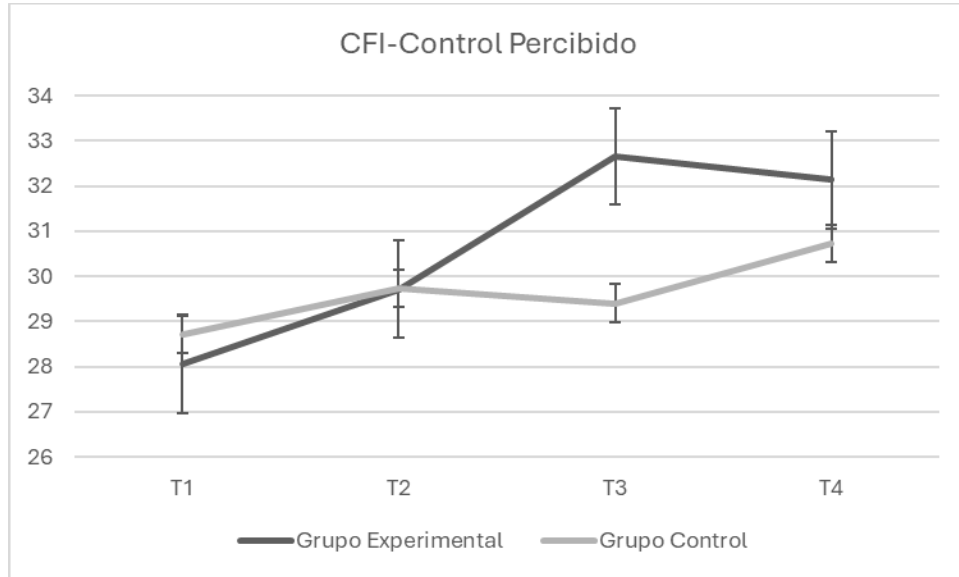
La *Figura 1* Puntajes medios del AAQ-II durante el tiempo por grupos. Se observa una tendencia descendiente en los puntajes medios del AAQ-II en el grupo experimental durante los cuatro momentos de medición indicando una tendencia a la disminución en la evitación experiencial e inflexibilidad psicológica a diferencia de la trayectoria de los puntajes del grupo control.

Control Percibido (Subescala CFI): Existe una interacción significativa grupo $\times$ tiempo, $F(2.42, 133.10) = 2.89$, $p = .049$, $ges = .014$. La *Figura 2* muestra una tendencia ascendente en el grupo experimental, particularmente notable en el Tiempo 3 ($M = 32.66$, $DE = 6.13$), donde se observó una tendencia hacia diferencias significativas respecto al grupo control ($M = 29.41$, $DE = 6.91$), $t(100) = 1.93$, $p = .057$. Hay un efecto principal significativo del tiempo (Intra-sujetos),

$F(2.42, 133.10) = 7.28, p < .001, \eta^2 = .035$, lo que sugiere cambios en el Control Percibido a lo largo de las mediciones. Esto sugiere que los participantes desarrollaron mayor percepción de control sobre su capacidad para generar alternativas cognitivas y manejar situaciones difíciles.

Figura 2

Trayectoria de cambio en los puntajes del CFI



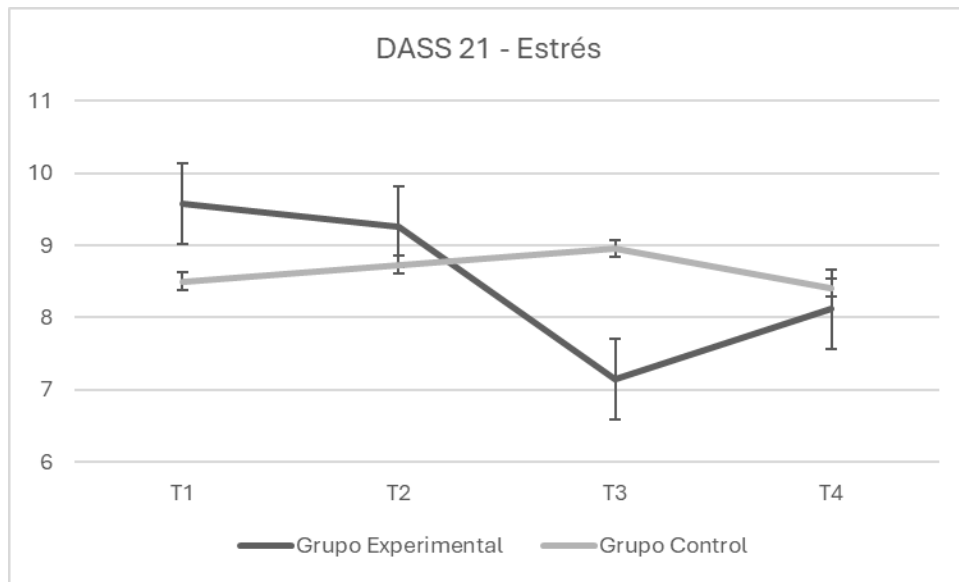
La *Figura 2* puntajes medios de la subescala Control Percibido del CFI durante el tiempo por grupos. Se observa una tendencia ascendente en los puntajes medios de Control Percibido en el grupo experimental durante los momentos de medición indicando una tendencia al incremento del Control Percibido a diferencia de la trayectoria de los puntajes del grupo control, con una mayor diferencia en el T3.

Estrés (Subescala DASS-21): Se encontró una interacción significativa grupo $\times$ tiempo, $F(3, 165) = 2.91, p = .036, \eta^2 = .015$. La *Figura 3* evidencia una reducción sostenida de los niveles de estrés en el grupo experimental ($M_1 = 9.57, DE = 4.11; M_4 = 8.11, DE = 3.64$), con la mayor diferencia observable en el Tiempo 3, mientras que el grupo control mostró fluctuaciones sin patrón claro. Aunque las comparaciones post hoc no alcanzaron significancia estadística

individual, la trayectoria descendente del grupo experimental sugiere que la intervención facilitó un mejor manejo del estrés académico y vital, pese a los factores de estrés por cierre de semestre, que afectaron a los grupos por igual. Es probable que el efecto se explique por trayectorias distintas de los grupos durante el tiempo, no por diferencias puntuales grandes.

Figura 3

Trayectoria de cambio en los puntajes de la subescala Estrés del DASS 21



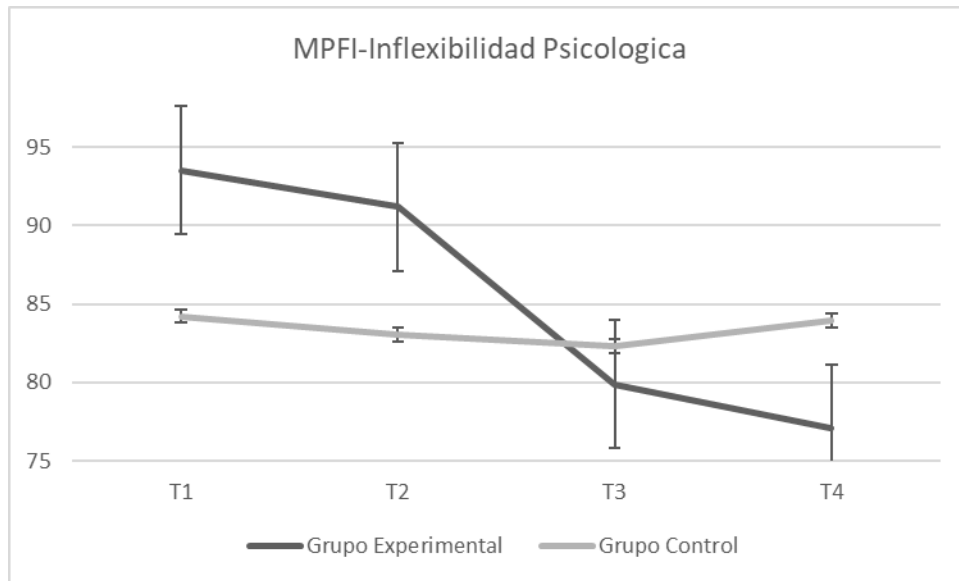
La *Figura 3* puntajes medios de la subescala de Estrés del DASS 21 durante el tiempo por grupos. Se observa una tendencia descendente en los puntajes medios de Estrés en el grupo experimental durante los momentos de medición indicando, con una mayor diferencia en el T3.

Inflexibilidad Psicológica (Subescala MPFI): El análisis reveló una interacción significativa, $F(2.59, 142.63) = 6.42$, $p < .001$, $ges = .033$, indicando patrones de cambio diferenciados entre grupos. La *Figura 4* muestra una reducción progresiva de la inflexibilidad psicológica en el grupo experimental ($M_1 = 93.51$, $DE = 17.90$; $M_4 = 77.09$, $DE = 18.91$), mientras que el grupo control mostró mayor estabilidad ($M_1 = 84.23$, $DE = 17.27$; $M_4 = 83.96$, $DE = 19.16$). Este hallazgo respalda la efectividad del protocolo para modificar patrones rígidos

de respuesta ante el malestar emocional.

Figura 4

Trayectoria de cambio en puntajes de la subescala de Inflexibilidad Psicológica del MPFI



La *Figura 4* puntajes medios de la subescala de Inflexibilidad Psicológica del MPFI durante el tiempo por grupos. Se observa una tendencia descendente en los puntajes medios de Inflexibilidad Psicológica en el grupo experimental durante los momentos de medición.

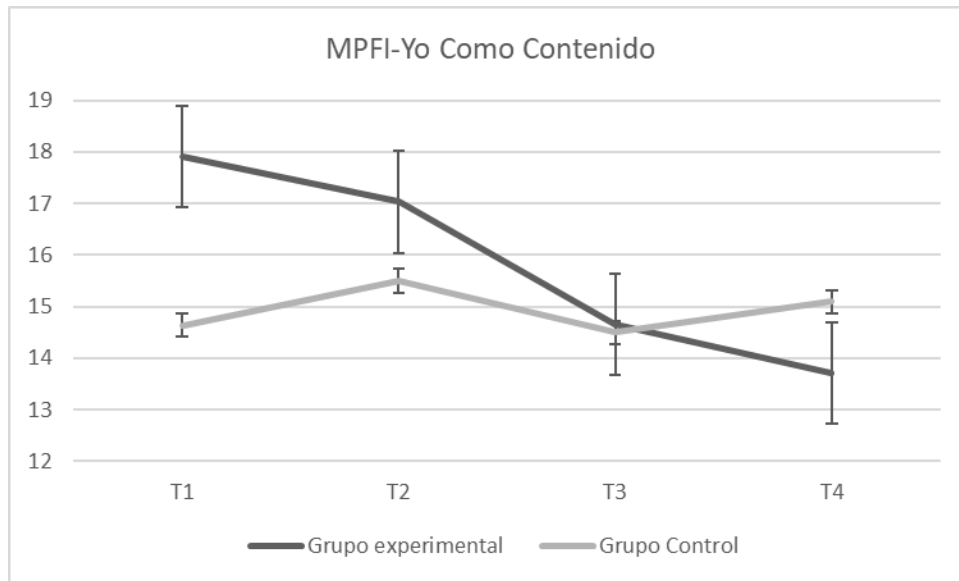
Yo como Contenido (Subescala MPFI): Se identifica en los Intra-sujetos, un efecto principal significativo para el factor Tiempo, $F(3, 165) = 4.51, p = .005, ges = .033$. Esto sugiere que las puntuaciones de la subescala Yo Contenido del MPFI variaron de manera general a lo largo de la intervención.

Existe una interacción estadísticamente significativa, $F(3, 165) = 4.18, p = .007, ges = .030$. Las comparaciones post hoc revelaron diferencias significativas entre grupos únicamente en el Tiempo 1, $t(137) = 2.51, p = .01$, las cuales se redujeron progresivamente. La *Figura 5* evidencia una tendencia descendente más pronunciada en el grupo experimental, sugiriendo una

disminución de la identificación rígida con el contenido del yo (narrativas autocríticas) y un fortalecimiento del yo-como-contexto.

Figura 5

Trayectoria de cambio en puntajes de la subescala de Yo Contenido del MPFI

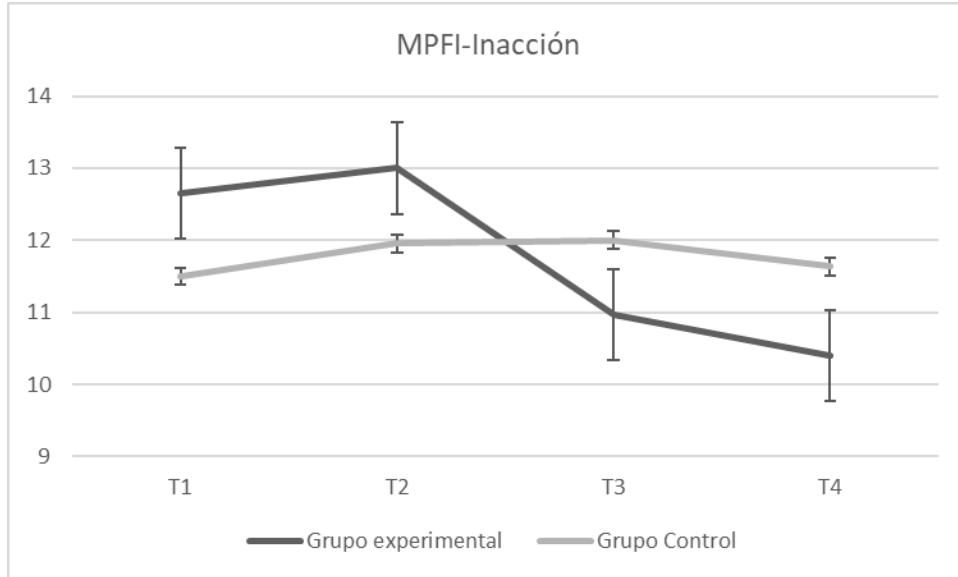


La Figura 5 puntajes medios de la subescala de Yo Como Contenido del MPFI durante el tiempo por grupos.

Inacción (Subescala MPFI): La interacción grupo $\times$ tiempo resultó significativa, $F(3, 165) = 4.02$, $p = .009$, $ges = .018$. Esto sugiere que el cambio en los puntajes de Inacción a través del tiempo fue diferente dependiendo de si los sujetos pertenecían al grupo experimental o al grupo control. La Figura 6 muestra una reducción consistente de la inacción en el grupo experimental ($M_1 = 12.66$, $DE = 3.98$; $M_4 = 10.40$, $DE = 4.21$), coherente con el fortalecimiento de la acción comprometida promovido por el protocolo.

Figura 6

Trayectoria de cambio en puntajes de la subescala Inacción del MPFI

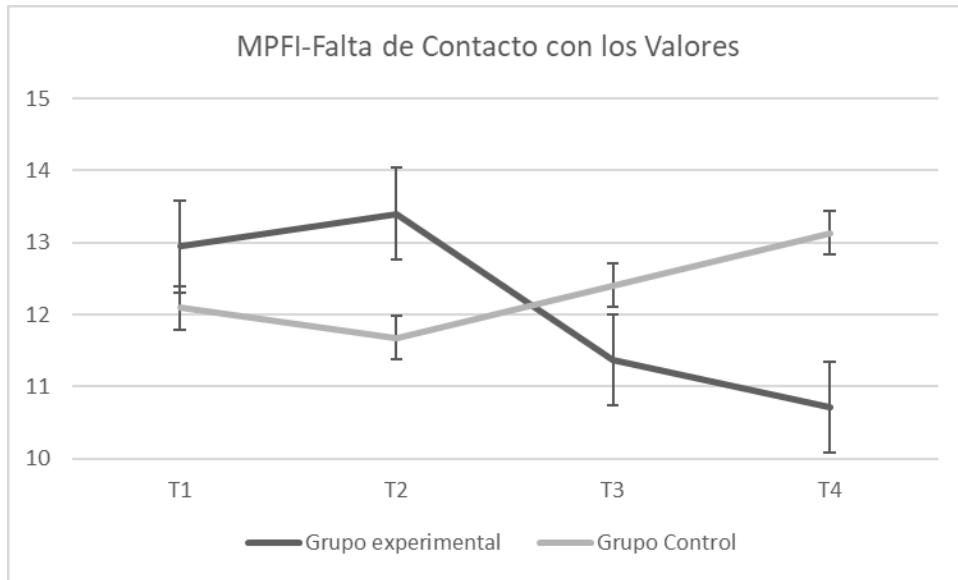


La *Figura 6* puntajes medios de la subescala de Inacción del MPFI durante el tiempo por grupos. Se observa una tendencia descendente en los puntajes medios de la subescala Inacción en el grupo experimental durante los momentos de medición.

Falta de Contacto con Valores (Subescala MPFI): Se encontró una interacción significativa, $F(3, 165) = 6.47, p < .001, \eta^2 = .037$. Notablemente, las comparaciones post hoc revelaron diferencias significativas entre grupos en el Tiempo 4, $t(112) = -2.18, p = .03$, indicando puntuaciones significativamente menores en el grupo experimental. La *Figura 7* evidencia una reducción sostenida de la desconexión con valores en el grupo experimental, sugiriendo mayor clarificación y contacto con direcciones vitales significativas.

Figura 7

Trayectoria de cambio en puntajes de la subescala Falta de Contacto con los Valores del MPFI

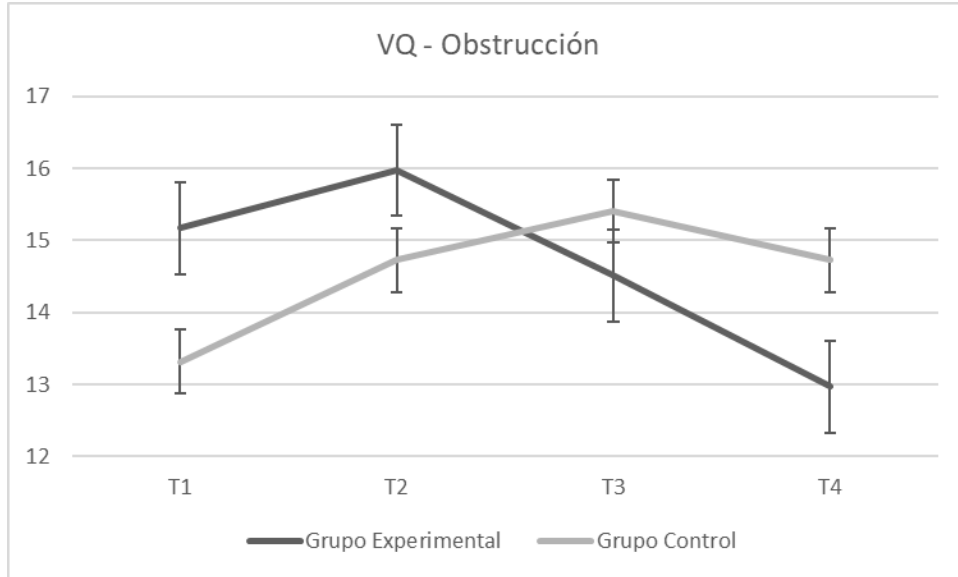


La *Figura 7* puntajes medios de la subescala de Falta de Contacto con los Valores del MPFI durante el tiempo por grupos. Se observa una tendencia descendente en los puntajes medios de la subescala Falta de Contacto con los Valores en el grupo experimental durante los momentos de medición.

Obstrucción de Valores (Subescala VQ): La interacción grupo $\times$ tiempo fue significativa, $F(3, 165) = 3.75$, $p = .012$, $\eta^2 = .023$. La *Figura 8* muestra una tendencia descendente en la percepción de obstrucciones para vivir valiosa en el grupo experimental, coherente con la reducción de la evitación experiencial y el fortalecimiento de la acción comprometida.

Figura 8

Trayectoria de cambio en puntajes de la subescala Obstrucción del VQ



La Figura 8. Se observa una tendencia descendente en los puntajes medios de la subescala Obstrucción en el grupo experimental durante los momentos de medición

Los análisis cuantitativos revelaron interacciones significativas *grupo × tiempo* en múltiples medidas de flexibilidad psicológica y sus componentes ($F(3,53) = 3.8, p = .015, \eta^2p = .18$), con tamaños de efecto pequeños a medianos ($ges = .014-.037$). Aunque las comparaciones *post hoc* mostraron pocas diferencias significativas entre grupos, las trayectorias de cambio (Figura 1) evidenciaron mejoras progresivas y sostenidas en el grupo experimental, frente a estancamiento del control. Este patrón de efectos graduales en dirección trayectoria más que diferencias absolutas es coherente con RCTs ACT que documentan cambios progresivos en flexibilidad psicológica (Fledderus et al., 2010; $d=0.35$; Lappalainen et al., 2022; $g=0.24$; Tyrberg et al., 2020; $d=0.42$), reflejando el modelo procesual ACT donde la flexibilidad se desarrolla gradualmente mediante cultivo de los seis procesos centrales (Hayes et al., 2012).

Resultados Cualitativos

Los datos cualitativos (bitácoras $N=400$ registros de 50 participantes $\times$ 8 sesiones, audios individuales de reflexión $n=50$, fotografías con descripciones $n=300$ imágenes, textos, audios

grupos focales n=1 sesión) fueron analizados en el software Nvivo v14, mediante análisis temático fenomenológico (Braun & Clarke, 2006).

Figura 9.

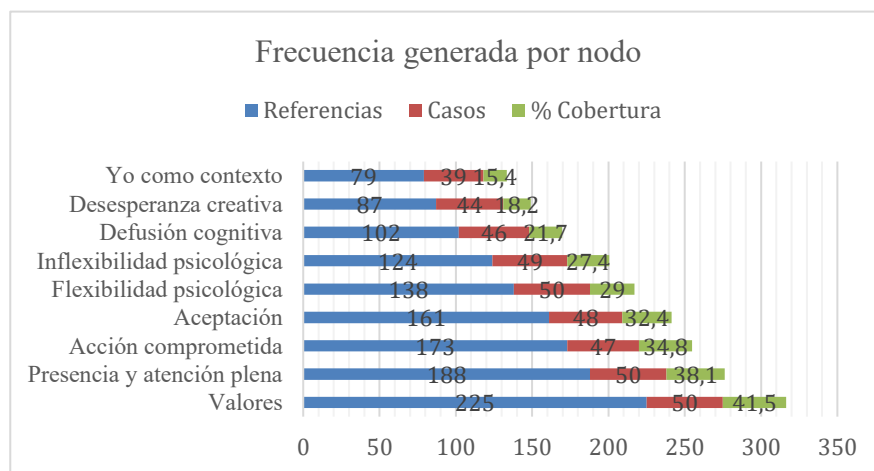
Nube de palabras bitácoras



La figura 9. Nube de palabras de mayor frecuencia en las bitácoras, primando en todos los registros analizados la palabra “pensamientos”.

Figura 10.

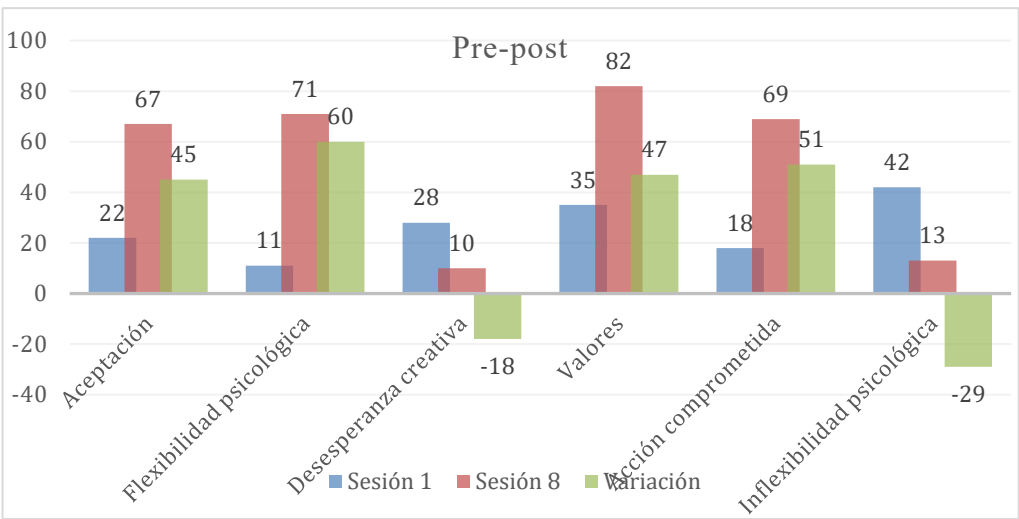
Categorías predefinidas



Nota: La grafica de frecuencia por nodo, erige a valores como la categoría dominante, con 225 referencias. 50 casos y 41.5% de cobertura en todas las bitácoras.

Figura 11.

Gráfico pre-post



Nota: Comparación de categorías en bitácoras; sesión 1 línea base y sesión 9, post-intervención y, el cambio neto denominado “Variación”.

Figura 12.

Categorías de análisis técnica foto-voz

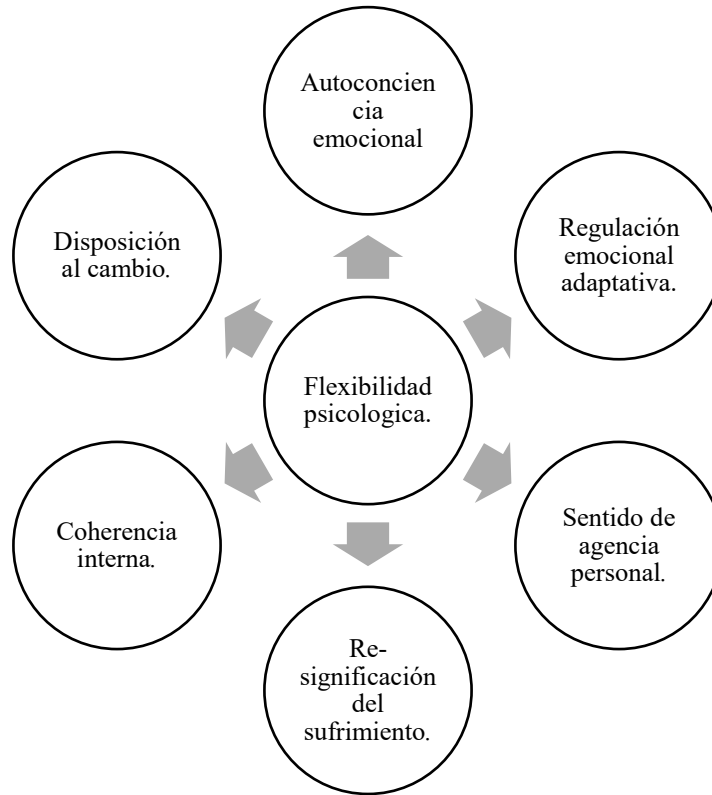
Categoría Emergente	Deriva de nodos ACT	Indicador principal
Toma de perspectiva	Yo como contexto	Mayor identificación emocional.
Regulación emocional	Flexibilidad psicológica.	Menor evitación
Sentido de agencia personal.	Valores - Acción comprometida.	Responsabilidad y elección.
Resignificación del sufrimiento.	Aceptación - Desesperanza creativa.	Cambio de narrativa.
Coherencia interna.	Valores-Acción comprometida.	Conducta congruente.
Disposición al cambio.	Atención plena- Aceptación.	Apertura experiencial.

Nota: De acuerdo con el análisis temático de Nvivo, “Toma de perspectiva”, surge como la

categoría emergente de mayor replica en los datos cualitativos procesados.

Figura 13.

Categorías emergentes Foto-Voz



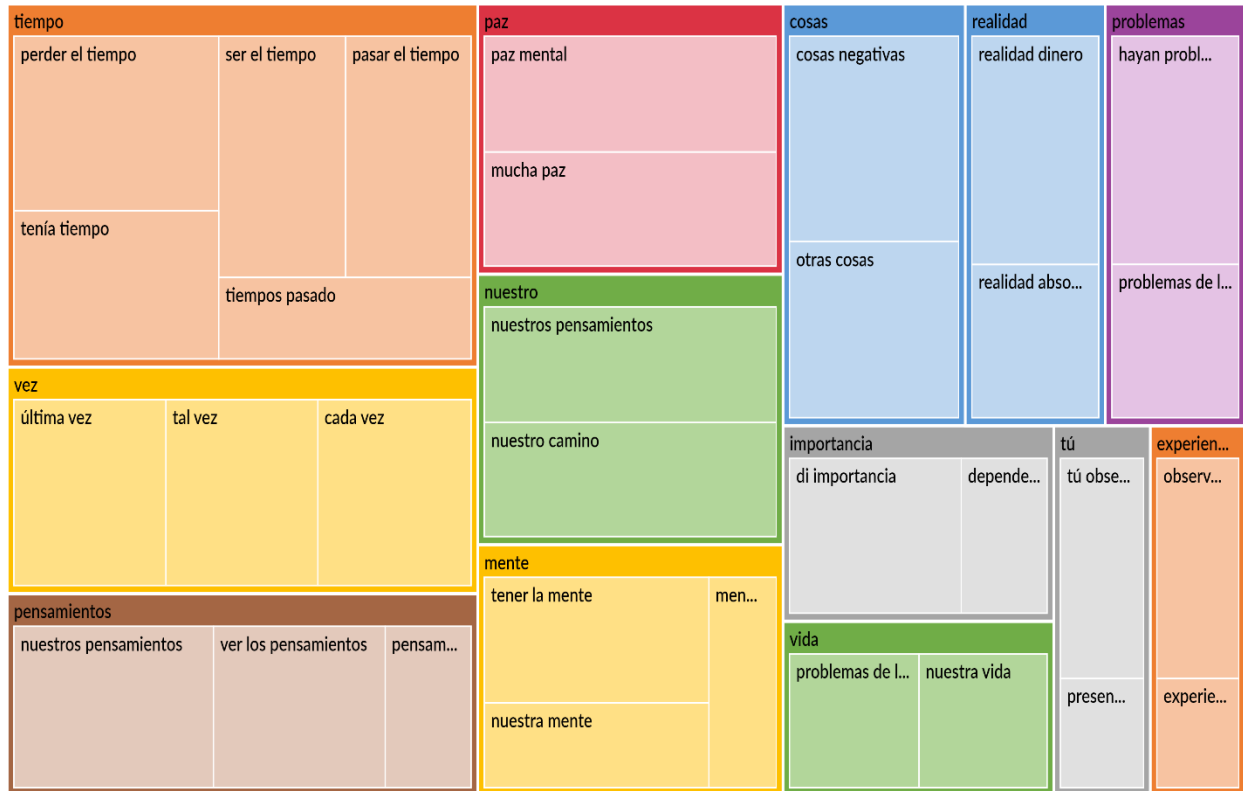
Nota: Adaptado de Nvivo. Categorías emergentes del proceso de codificación y comparación de relatos obtenidos en grupo focal, aplicando técnica foto-voz; en respuesta a la pregunta orientadora: *¿Qué sientes que ha cambiado en tu forma de ver o manejar los momentos difíciles desde que empezamos esta travesía?*

Resultados del Procesamiento Audios Individuales Narrando su Experiencia en el protocolo

La siguiente figura es concerniente a una visualización tipo *treemap* generada en NVivo, la cual representa la frecuencia relativa de palabras y expresiones codificadas a partir del análisis de los *audios de reflexión* de los estudiantes post protocolo. El tamaño de cada bloque como se observa es proporcional al número de referencias asociadas, lo que permite identificar los núcleos semánticos predominantes y las

relaciones conceptuales que emergen del discurso de los participantes.

Figura 14. *Frecuencia de palabras*



Nota: En la figura 12 el nodo tiempo aparece como el cuadrante con mayor densidad semántica, mostrando un mayor nivel de reflexión de los participantes con relación al tiempo.

Análisis de Datos Cualitativos

La Gráfica de frecuencias por nodo (figura 10) muestra a valores como la categoría dominante con 225 referencias, 50 casos y 41.5% de cobertura, indicando que los participantes desarrollaron claridad progresiva sobre sus direcciones y propósitos vitales: Los ejercicios en valores se vivieron como tramos exigentes de la travesía, montañas desconocidas que invitan a detenerse, ajustar el ritmo y mirar el paisaje interior, con instantes de silencio compartido, donde emergieron descubrimientos personales que actuaron como nuevas rutas, nuevas direcciones a seguir. En sus participaciones posteriores, mostraban señales de haber recorrido caminos

externos y territorios profundos de su experiencia (valores), mostrando apropiación progresiva de lo aprendido.

La alta cobertura textual sugiere que los valores permearon profundamente las narrativas reflexivas, consolidándose como eje estructurador del cambio.

Las categorías Atención Plena y Contacto con el Momento Presente ocupó el segundo lugar con 195 referencias, 49 casos y 38.2% de cobertura, evidenciando apropiación sólida de prácticas mindfulness, consciencia del aquí-ahora e identificación de sensaciones, pensamientos y emociones presentes sin juicio. Al inicio de las sesiones, los participantes fueron entrenados en ejercicios de atención plena, sintiendo lo que deben sentir y vivir, cuando deben vivirlo y sentirlo, haciendo espacio a su malestar, e invitándoles a focalizar su energía en la travesía del día, como ciclistas centrando su foco en la brújula de la ruta, notando lo importante del momento presente.

Acción Comprometida presentó 173 referencias, 47 casos y 34.8% de cobertura, indicando que los estudiantes expresaron acciones dirigidas a metas, toma de decisiones conscientes y seguimiento de planes personales coherentes con sus valores. Tras cada tramo de la ruta (sesiones), los participantes debían fortalecer su entrenamiento personal, con retos orientados a acciones comprometidas durante su travesía, sumando un total de nueve retos, plasmados con notas reflexivas de su experiencia.

Aceptación mostró 161 referencias, 48 casos y 32.4% de cobertura, reflejando apertura emocional, reconocimiento de la experiencia interna y disposición a no evitar el malestar. Los ejercicios experienciales fueron clave en la travesía invitándolos a reflexionar sobre soltar el agarre de aquello que no pueden controlar como el viento en contra o el terreno hostil y dirigir su energía hacia lo que sí está en su poder transformar: el ritmo del pedaleo, la elección de la ruta y

la postura ante cada ascenso.

En esta travesía en bicicleta, la Flexibilidad Psicológica (138 referencias, 50 casos, 29% cobertura) se manifestó como la capacidad del ciclista para adaptarse al terreno cambiante, reinterpretar curvas inesperadas como oportunidades y ajustar el pedaleo con afrontamiento funcional, emergiendo en las bitácoras como evidencia de un cambio conductual que transforma obstáculos en avances sostenibles.

Las categorías con menor frecuencia fueron Inflexibilidad Psicológica (124 referencias, 49 casos, 27.4%), Defusión Cognitiva (102 referencias, 46 casos, 21.7%), Desesperanza Creativa (87 referencias, 44 casos, 18.2%) y Yo como Contexto (79 referencias, 39 casos, 15.4%), esta última relacionada con la dificultad para expresar verbalmente experiencias en la desidentificación con el contenido.

Estos cambios no tuvieron cobertura semántica en todas las bitácoras, algunos participantes persisten en patrones rígidos de conducta, atribuibles a la cultura, pautas de crianza: (*“a mí me enseñaron que debo pensar en positivo siempre para que me valla bien y confiar en Dios”*), reglas verbales, pensamientos religiosos rígidos y baja apertura al proceso; las bitácoras con menor cobertura en las categorías tuvieron un menor rigor de seguimiento y compromiso de los participantes (incompletas) consecuentemente con un mayor índice de inasistencia al protocolo y en algunos casos las bitácoras mostraron una lógica diferente a la propuesta (*controlar emociones, pensamiento positivo, evitar estar tristes, salir, ser feliz siempre, no pararle bolar a los problemas*), evidenciando desconexión con el proceso.

Análisis Comparativo Pre-Post

La figura 11 (comparación Sesión 1 vs. Sesión 8) reveló mejoras significativas en procesos adaptativos y reducción de procesos desadaptativos: Aceptación: de 22 a 67 menciones (204%),

evidenciando evolución desde resistencia e incomodidad hacia reconocimiento, permiso y apertura emocional.

Flexibilidad Psicológica: de 15 a 52 menciones (247%), indicando mejora en capacidad de responder adaptativamente ante situaciones complejas. Valores: de 28 a 71 menciones (154%), reflejando fortalecimiento de coherencia interna y compromiso con metas significativas.

Acción Comprometida: de 19 a 58 menciones (205%), confirmando traducción de cambios cognitivos y emocionales en conductas observables. Atención Plena: de 23 a 68 menciones (196%), evidenciando internalización de prácticas contemplativas y la capacidad de ser observador de su propia experiencia.

Reducciones significativas: Inflexibilidad Psicológica: de 38 a 18 menciones (-53%), indicando abandono de estrategias rígidas. Desesperanza Creativa: de 25 a 12 menciones (-52%), en reconocimiento del uso de estrategias poco funcionales, que perpetúan el sufrimiento y los alejan de aquello que es importante en sus vidas.

Este patrón orienta a una transición desde posturas defensivas y evitativas hacia una mayor apertura y curiosidad de explorar el sentido personal (Hayes et al., 2012).

Este patrón marca el inicio de *“una travesía hacia lo valioso”*: el participante deja de pedalear con los frenos puestos (evitación) para avanzar con curiosidad y apertura. Esta transición no es solo un cambio de ritmo, es una evolución hacia la flexibilidad donde el terreno abrupto de los eventos privados ya no son un obstáculo para detenerse, sino un paisaje que se acepta y recorre.

Hayes, Strosahl y Wilson (2012) esta apertura permite al individuo soltar el control rígido sobre el malestar, transformando experiencias previamente restrictivas en el impulso necesario para una acción basada en valores y un acercamiento más saludable al sufrimiento. En este protocolo, la defusión actúa como el manubrio que permite maniobrar frente a los pensamientos

automáticos, mientras que la aceptación genera una "curiosidad" que transforma la rigidez en una adaptación saludable, funcional y fluida (Kashdan & Rottenberg, 2010). Así, el consultante deja de luchar contra la pendiente y comienza a utilizar su propia vulnerabilidad como la energía que lo moviliza hacia una vida con propósito (Harris, 2019).

Análisis de Datos Foto-Voz

El análisis de foto-voz reveló seis categorías emergentes, adicionales a las categorías establecidas en el análisis que reflejan transformaciones subjetivas: Estas surgen del proceso de codificación y comparación constante realizado en NVivo, tomando como insumo principal los audios obtenidos durante el grupo focal, implementando la estrategia de foto-voz, particularmente en respuesta a la pregunta orientadora: *¿Qué sientes que ha cambiado en tu forma de ver o manejar los momentos difíciles desde que empezamos este camino?*

En la figura 12, se encuentran las categorías emergentes, ubica la *toma de perspectiva*, como una capacidad fortalecida a lo largo del proceso, evidencia la habilidad que poseen los estudiantes intervenidos para identificar, nombrar y reconocer de manera amplia sus estados internos y emociones sin evitarlos ni juzgarlos. En tanto los relatos exteriorizan de acuerdo con esta interpretación un transitar desde una vivencia emocional difusa o abrumadoras hacia una mayor claridad emocional, lo cual permite una relación un poco más consiente con la experiencia interna, transitando de imágenes con tonalidades grises, espacios desordenados, y que reflejan soledad a un lugar más limpio, ordenado, con apertura e incluso cercanía a entorno sociales y simbolizando acciones valiosas.

Toma de perspectiva: Capacidad fortalecida para identificar, nombrar y reconocer estados internos sin evitarlos ni juzgarlos.

"Ahora soy más consciente del dolor o de las cosas que me provoca y trato de no evadirlo sino de confrontarlo y entenderlo." (Foto voz F09)

Regulación Emocional: Cambio desde respuestas impulsivas y evitativas hacia estrategias conscientes y funcionales. Los participantes describieron una transición en sus emociones de intensas: pasando de respuestas impulsivas y evitativas, a estrategias más conscientes y funcionales. Con imágenes centradas en aislamiento, tonos opacos, conductas evitativas de pasar horas frente al celular o la televisión a imágenes de agenciamiento del malestar, mostrando chats de disculpas, algunos reparando cosas y en ejercicios de consciencia plena. La regulación emocional ya no se basa en el control rígido del malestar, sino en la aceptación y la autorregulación consciente, siendo un conducto hacia la flexibilidad psicológica.

"Antes cuando me enojaba mucho siempre explotaba tratando mal a las personas. Ahora soy capaz de darme cuenta de eso y detenerme." (Foto voz F04)

Sentido de Agencia Personal: Fortalecimiento del control interno y capacidad de elección frente a dificultades. Se refleja en las narrativas un fortalecimiento del sentido de control interno y de la capacidad de elección frente a las dificultades; los estudiantes reconocen que, aunque no pueden eliminar el malestar, sí pueden decidir cómo responder ante él.

"Siento que ahora puedo tomar las cosas con más madurez e intentar tomar las mejores decisiones para mi vida." (Foto voz F09).

Lo anterior, evidencia que esta categoría se vincula directamente con la *acción comprometida*, al promover conductas alineadas con el bienestar personal.

Resignificación del Sufrimiento: Transformación en la comprensión del sufrimiento, de enemigo a eliminar a parte natural de la vida. Los relatos entorno a las fotografías evidencian una transformación significativa en la forma de comprender el sufrimiento, de ser concebido como un enemigo a eliminar a ser integrado como parte natural de la vida y del proceso de crecimiento personal.

"He aprendido a ver el sufrimiento como algo natural, no como algo con lo que se deba luchar." (Foto voz F03)

Esta categoría, se relaciona con el proceso de desesperanza creativa, la cual favorece una relación más flexible con el sufrimiento.

Coherencia Interna: Mayor congruencia entre sentir, pensar y hacer, reduciendo disonancia interna. Los participantes expresaron una mayor congruencia entre lo que sienten, piensan y hacen, reduciendo la disonancia interna que anteriormente generaba malestar emocional; esta coherencia se refleja en decisiones más alineadas con sus valores personales.

"Hoy sé que incluso en el dolor puedo volver a mí y sostenerme y centrarme en lo valioso." (Foto voz F11)

Las anteriores narrativas muestran una articulación progresiva entre experiencia interna y acción consciente.

Disposición al Cambio: Apertura y flexibilidad frente a la experiencia, mayor voluntad para experimentar emociones difíciles sin evitación. Esta emerge como la apertura y flexibilidad frente a la experiencia, evidenciando experimentar emociones, pensamientos y situaciones difíciles sin recurrir a la evitación. Los participantes expresan una mayor aceptación de la incertidumbre y una disposición a transitar procesos de transformación personal.

"No ha sido fácil, pero ha cambiado el poder que eso tenía sobre mí." (Foto voz F04)

"Siento que lo he intentado, y aunque no siempre es efectivo, sigo en el proceso."

(FotoVoz F07, Sesión 8)

Esta categoría se articula con la *flexibilidad psicológica*, implica la capacidad de permanecer en contacto con la experiencia presente y actuar en función de los valores personales, aun cuando

el malestar esté presente.

Estas categorías reflejan un fortalecimiento significativo de la flexibilidad psicológica y un cambio profundo en la manera de comprender y afrontar el sufrimiento, validando la pertinencia de ACT en contextos universitarios.

Análisis de Audios de Reflexión

El análisis tipo treemap de la figura 14, generada en Nvivo-14, representa la frecuencia relativa de palabras y expresiones codificadas a partir del análisis de los audios de reflexión post protocolo, reveló núcleos semánticos predominantes. El tamaño de cada bloque como se observa es proporcional al número de referencias asociadas, lo que permite identificar los núcleos semánticos predominantes y las relaciones conceptuales que emergen del discurso de los participantes.

Tiempo (mayor densidad semántica): Reflexiones sobre relación con pasado/presente y cómo el tiempo influye en experiencia de sufrimiento, evidenciando tránsito desde fijación en pasado hacia consciencia del momento presente. Algunas citas se extraen de los audios como se expresan a continuación:

"Ahora entiendo que los momentos malos no son para siempre, son parte del tiempo y pasan." (Audio A03)

El tiempo se convierte para los estudiantes intervenidos en un marco simbólico para comprender el cambio personal, permitiéndole a estos reconocer que el malestar no es permanente y que las experiencias difíciles pueden ser observadas como procesos transitorios. Este hallazgo evidencia uno de los efectos centrales del protocolo: facilitar el contacto con el aquí y ahora, reduciendo la rumiación y el anclaje rígido al pasado.

Paz (alta frecuencia): Emergen estados de mayor calma, equilibrio emocional y bienestar, entendida no como ausencia de problemas sino como nueva forma de relacionarse con ellos.

"Hoy me siento con mucha más paz mental, incluso cuando tengo problemas." (Audio A05)

"Estos espacios me han enseñado la aceptación y eso me ha dado tranquilidad." (Audio 02, Sesión 8)

"No es que ya no tenga dificultades, pero ahora siento más calma frente a ellas." (Audio A04, Sesión 8)

En relación con las narrativas, la paz emerge como resultado del cambio en la relación con el sufrimiento, no como su eliminación.

Pensamientos y Mente: Este patrón semántico evidencia el entrenamiento del Yo como contexto: capacidad de observar pensamientos sin identificarse con ellos (defusión cognitiva).

"Aprendí que los pensamientos no son una verdad absoluta, son solo cosas que manda la mente tramposa." (Audio A03)

Los participantes incorporaron a su lenguaje herramientas que les permitieron comprender su experiencia interna, reconociendo que los pensamientos no son verdades absolutas, sino eventos mentales transitorios, transformando marcos con relación al sufrimiento y el contenido de sus pensamientos y sensaciones.

Nuestro/Colectivo: Experiencia vivida como construcción colectiva, evidenciando sentido de pertenencia y acompañamiento mutuo. El proceso fue experimentado no solo de manera individual, sino también como una construcción colectiva.

"Este recorrido fue importante porque no fui la única, todos pasábamos por cosas similares." (Audio A06)

"Nuestro camino en estas sesiones me ayudó a sentirme acompañada." (Audio A04, Sesión 8)

“Escuchar a los demás también me ayudó a entenderme.” (Audio A03, Sesión 8)

El protocolo ACT en formato grupal favorece el aprendizaje experiencial compartido. La reflexión individual se vio enriquecida por el reconocimiento de experiencias comunes, fortaleciendo el compromiso con el proceso y la disposición a recomendarlo. La dimensión colectiva emerge, como un facilitador del cambio psicológico y del impacto de la intervención. Vida/Realidad/Problemas: Esta articulación semántica evidencia una integración de las dificultades dentro de una comprensión más amplia y realista de la experiencia humana.

“La vida tiene problemas y ahora entiendo que no puedo evitarlos todos.” (Audio A03)

“Acepto más mi realidad y eso me ha ayudado a estar mejor.” (Audio A02, Sesión 8)

“He aprendido a ver el sufrimiento como algo natural, no como algo con lo que se deba luchar.” (Audio A01, Sesión 8)

Estos resultados evidencian un proceso de aceptación y acercamiento al sufrimiento como parte inherente de la vida. Los participantes nombran la realidad tal como la interpretan, sin recurrir a la evitación, lo que indica un fortalecimiento de la flexibilidad: reconocer los problemas sin quedar atrapado en ellos refuerza la utilidad del protocolo y explica por qué valoran positivamente la experiencia y recomiendan su replicación.

Los nodos *importancia, experiencia y observar* indica que no solo vivieron el proceso, sino que reflexionaron activamente sobre aquello que consideran significativo y sobre la manera en que se relacionan con su experiencia interna y externa. Con expresiones como *“Ahora observo lo que siento antes de reaccionar.”* (Audio A05, Sesión 8)

“Este proceso me ayudó a darme cuenta de qué es importante para mí.” (Audio A02, Sesión 8)

“La experiencia me enseñó a manejar mejor mis emociones.” (Audio A34, Sesión 8)

Estas expresiones denotan un proceso de clarificación de valores y fortalecimiento del yo observador, pilare para la acción comprometida. La experiencia deja de ser algo que simplemente ocurre y se transforma en una oportunidad para observar, interpretar, resignificar y movilizarse con brújula en mano hacia aquello que es valioso. Este nivel de reflexión da cuenta del impacto del protocolo y sustenta la recomendación expresa de los participantes, quienes reconocen el valor del proceso para su bienestar.

"Las actividades y ejercicios que hicimos sí sirven para manejar los momentos difíciles."

(Audio A01)

"Siento que este proceso debería aplicarse a más estudiantes." (Audio A04)

"Me quedo con muchas herramientas que voy a seguir usando." (Audio A06, Sesión 8)

Discusión

Los hallazgos cuantitativos y cualitativos convergen en evidenciar que el protocolo ***"Travesía en Bicicleta Hacia lo Valioso"*** generó transformaciones significativas hacia un acercamiento saludable al sufrimiento, orientado hacia acciones valiosas, mostrando efectividad como estrategia de intervención preventiva en salud mental. La triangulación metodológica permitió comprender no solo qué cambió, sino cómo y por qué desde la perspectiva vivencial de los participantes, a través de las herramientas acción participante implementadas en la investigación (bitácoras, audios personales y foto-voz).

El protocolo estructurado en 13 sesiones (9 temáticas + 4 complementarias) con 74 ejercicios experienciales de autoría propia, culturalmente adaptados al contexto colombiano y fundamentados en RFT, demostró ser viable y aceptable. La alta tasa de retención (93 %) y las narrativas cualitativas de valoración positiva confirman que el diseño logró captar el interés de adultos jóvenes, superando desafíos de apatía y brevedad temporal identificados en la literatura

(Juaninda, 2024; Morrison et al., 2018; Vacca et al., 2025).

La integración de metáforas contextuales (travesía en bicicleta), ejercicios vivenciales grupales y formatos innovadores (foto-voz, formación de replicadores) resultó efectivo, alineado con la evidencia empírica de ACT que valida intervenciones experienciales sobre discursivas (Greco et al., 2005; Turrell & Hayes, 2015; Coyne & Wilson, 2008; Petersen et al., 2023) y escalabilidad mediante modelos de formación de facilitadores (train-the-trainer) y telecomunicación (Magnacca et al., 2021; Lam et al., 2013; Muñoz-Martínez et al., 2022)"

La formación de replicadores (sesiones 10-12) añadió valor al empoderar a los participantes como agentes multiplicadores, siendo una estrategia implementada en protocolos ACT (Levin et al. 2020; Polk et al. 2016), fortaleciendo el aprendizaje y dando paso al entrenamiento de agentes de salud mental en contextos universitarios, siendo una estrategia viable e interesante, al romper el temor a espacios de intervención convencional y alinear el protocolo hacia el futuro de las intervenciones en salud mental.

Los resultados cuantitativos evidenciaron interacciones significativas grupo $\times$ tiempo en múltiples medidas centrales: AAQ-II ($p=.004$), Control Percibido ($p=.049$), Estrés ($p=.036$), Inflexibilidad Psicológica MPFI ($p<.001$), Yo como Contenido ($p=.007$), Inacción ($p=.009$), Falta de Contacto con Valores ($p<.001$) y Obstrucción de Valores ($p=.012$). Aunque los tamaños del efecto fueron pequeños-medianos ($ges=.014-.037$) y las comparaciones post hoc puntuales mostraron escasas diferencias significativas entre grupos, las trayectorias de cambio evidenciadas gráficamente indican mejoras progresivas y sostenidas en el grupo experimental versus estabilidad fluctuación en controles.

Este patrón de "cambio gradual en la dirección correcta" es coherente con el modelo ACT, que conceptualiza la flexibilidad psicológica no como cambio abrupto sino como proceso de

desarrollo progresivo mediante práctica repetida de nuevos repertorios conductuales (Hayes et al., 2012; Luciano et al., 2011). El "efecto de incubación" documentado en ACT (Burckhardt et al., 2017; Olsson et al., 2016; Zhou et al., 2020) sugiere que los beneficios se potencializan con el tiempo conforme los participantes integran habilidades aprendidas en las experiencias cotidianas.

La reducción sostenida de evitación experiencial (AAQ-II) e inflexibilidad psicológica (MPFI) acompañada del fortalecimiento de control percibido (CFI) y reducción de desconexión con valores (MPFI-VQ) replica hallazgos de metaanálisis que identifican estos procesos como mediadores centrales del cambio en ACT (Stockton et al., 2019; Fang & Ding, 2020). La mejora en los niveles de estrés (DASS-21 Estrés), pese las condiciones durante la medición (M3 y M4) durante el cierre de semestre y estrés académico consecuente (Auerbach et al., 2018; Guzman-Villegas et al., 2024), tiene relevancia clínica significativa.

El aumento en el control percibido en la subescala del CFI del grupo experimental contrasta con los resultados cualitativos, donde los participantes expresan mayor consciencia sobre su experiencia interna. El CFI mide específicamente la tendencia a percibir situaciones difíciles como controlables (Dennis & Vander Wal, 2010), dimensión que ha sido vinculada empíricamente con la flexibilidad psicológica (Gloster et al., 2020, 2021; Rutschmann et al., 2024). Este hallazgo indica que la flexibilidad permite que el contexto funcional controle el comportamiento en lugar de la evitación experiencial Hayes et al. (2006),

Lo anterior refleja el desarrollo del "yo como contexto" (self-as-context), proceso central de ACT definido como "toma de perspectiva" (Zettle et al., 2025), que junto con la consciencia del momento presente facilita la observación no reactiva del flujo experiencial, promoviendo respuestas alineadas con valores (Doorley et al., 2020; Hayes et al., 2006). Curiosamente en los

análisis semánticos realizados con Nvivo, surge como categoría emergente del análisis de datos “la toma de perspectiva”, surgiendo como la categoría emergente predominante en el análisis de audios.

Estudios meta-analíticos confirman que la consciencia del momento presente y el self-as-context son mecanismos activos de cambio en ACT, significativamente asociados con reducción del malestar psicológico (Stockton et al., 2024). Así, este control no implica supresión de pensamientos y emociones (inflexibilidad), sino selección de acciones independientemente de su contenido, lo que Kashdan y Rottenberg (2010) describen como la capacidad de reconocer y adaptarse a las demandas situacionales variadas mientras se mantiene el compromiso con comportamientos congruentes con valores.

Aunque la reducción de sintomáticas no alcanzo significancia estadística en todas las pruebas, resulta coherente con ACT como modelo transdiagnóstico, donde los síntomas mejoran como subproducto de la flexibilidad psicológica y la mejoría clínica está mediada por una transformación en la relación con la experiencia interna y un compromiso robusto con los valores y la calidad de vida, más que por la eliminación de síntomas específicos, este hallazgo confluye con el surgimiento de valores como la categoría de mayor replicación semántica en el análisis de las bitácoras (Levin, 2024; Öst, 2014; Rutschmann et al., 2024).

Los hallazgos cualitativos amplían y enriquecen la comprensión cuantitativa al revelar los procesos experienciales. El incremento en menciones de Aceptación (22→67) y en Flexibilidad Psicológica (15→52) entre sesiones pre-post confirma cuantitativamente lo que narrativas expresan cualitativamente: transición desde resistencia (*"antes solían aturdirme mucho esos momentos"*) hacia apertura (*"ahora soy más consciente del dolor y trato de confrontarlo"*). La reducción del 53% en Inflexibilidad Psicológica y 52% en Desesperanza Creativa corrobora

abandonos de estrategias rígidas documentadas en medidas psicométricas.

Mientras AAQ-II y MPFI cuantifican reducciones en evitación e inflexibilidad, las narrativas cualitativas revelan el cómo y por qué: "He aprendido a ver el sufrimiento como algo natural, no como algo con lo que se deba luchar" (resignificación del sufrimiento); "Ahora puedo ver mis pensamientos sin discutir con ellos" (defusión cognitiva). Esa transición confirma que el protocolo no solo modificó puntajes psicométricos, sino que transformó la relación de los participantes con su sufrimiento.

El análisis cualitativo reveló seis categorías emergentes que capturan dimensiones experienciales no capturables por instrumentos cuantitativos:

Toma de perspectiva y regulación emocional evidencian el tránsito fenomenológico desde experiencia emocional difusa/abrumadora ("*antes explotaba*") hacia claridad y manejo consciente ("*ahora me detengo antes de que escale*"). Este cambio cualitativo enriquece comprensión de puntajes cuantitativos en DASS-21 (reducción de estrés) y MAAS (incremento de mindfulness).

Sentido de agencia personal ilustra cómo el fortalecimiento de control percibido (CFI) se experimenta subjetivamente: "*ahora puedo tomar las cosas con más madurez e intentar tomar mejores decisiones*". Esta narrativa dota de significado vivencial a incrementos estadísticos en acción comprometida.

Esta categoría emergente captura la esencia del "*acercamiento saludable al sufrimiento*", evidenciando que el protocolo modificó marcos relacionales respecto al sufrimiento, promoviendo aceptación y defusión sobre evitación. Esto concuerda con RFT, donde el sufrimiento deriva de redes relacionales aversivas transformadas por ACT para aumentar la flexibilidad (Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001), y las acciones valiosas preceden la

reducción del sufrimiento (Gloster et al., 2017).

Coherencia interna evidencia reducción de disonancia cognitiva al alinear sentir, pensar y hacer, coherente con medidas cuantitativas de disminución de Falta de Contacto con Valores y Obstrucción de Valores. Disposición al cambio captura actitud de apertura experiencial que subyace a múltiples procesos ACT.

La *paz* como núcleo semántico dominante en audios ("*hoy me siento con mucha más paz mental*") resulta particularmente significativa, pues representa experiencia de bienestar no como ausencia de problemas, sino como nueva relación con ellos. Este hallazgo cualitativo complementa resultados cuantitativos mostrando que efectos de ACT trascienden reducción sintomática hacia mejora de calidad de vida subjetiva.

El dominio categórico de Valores (225 referencias, 41.5% cobertura) y su incremento de 154% pre-post evidencia que el protocolo facilitó clarificación de direcciones vitales significativas, competencia crítica para jóvenes en transición a adultez enfrentando decisiones académicas, vocacionales y relacionales (Duffy et al., 2020; Howell & Passmore, 2019). Narrativas como "*ahora sé qué es importante para mí*" confirman desarrollo de brújula interna para navegación vital.

El incremento de 205% en Acción Comprometida (19→58) acompañado de reducción en Inacción (MPFI) y Obstrucción de Valores (VQ) indica que no solo clarificaron valores, sino que los tradujeron en acciones ("*trato de actuar conforme a lo valioso*"), competencia vinculada a persistencia académica y reducción de procrastinación (Mursalzade et al., 2025).

El fortalecimiento de Atención Plena (196% incremento, segunda categoría más frecuente) tiene implicaciones directas para manejo de estrés académico, mejora de concentración y regulación emocional en contexto universitario (Brown & Ryan, 2003; Ruiz et al., 2016). La

apropiación de prácticas mindfulness (*"ahora observo lo que siento antes de reaccionar"*) sugiere que desarrollaron herramientas autorregulatorias sostenibles.

La dimensión colectiva evidenciada en análisis de audios (*"nuestro camino"*, *"no fui la única"*) sugiere que formato grupal generó beneficio adicional de normalización del sufrimiento, cohesión grupal y aprendizaje vicario, factores protectores documentados (Berman et al., 2024; Knight & Samuel, 2022). Este hallazgo respalda la implementación de protocolos grupales en diversos contextos.

La recomendación explícita del protocolo (*"debería aplicarse a más estudiantes"*) y la alta retención (93%) en comparación con tasas típicas de abandono de 17% al 19.7% (Swift & Greenberg, 2012; Gersh et al. (2017) sugieren que la intervención resultó significativa, aceptable y valorada por los estudiantes, condiciones para su escalabilidad institucional.

La RFT (Hayes et al., 2001) postula que el lenguaje humano establece redes relacionales arbitrarias que, cuando son rígidas, amplifican el sufrimiento. Los ejercicios de defusión cognitiva implementados (*"soy un plátano maduro, soy un plátano maduro"*, *"sticker gastado"*, *"scroll mental"* *"la avenida de los pensamientos"*) efectivamente debilitaron la literalidad de los pensamientos problemáticos, evidenciado (*"los pensamientos no son verdad absoluta"*) y cuantitativamente (reducción CFQ de 30.86→24.37 en experimental vs. estabilidad en control).

El fortalecimiento del yo como contexto (MPFI) frente a la reducción del yo como contenido replica hallazgos clave sobre la perspectiva deíctica como pilar de la flexibilidad (McHugh et al., 2021; Godbee & Kangas, 2020; Sundström et al., 2025). Ejercicios experienciales como *"El Teatro"* *"Conversa con Mi Yo del Futuro"* y *"El cartel de las mañas"* promovieron un distanciamiento del yo, permitiendo a los participantes observar sus experiencias internas sin fusionarse con ellas.

La centralidad de los valores evidencia su rol como mediador clave en la efectividad de ACT, prediciendo mejoras en flexibilidad (Páez-Blarrina et al., 2008; Smout et al., 2014; Jiang et al., 2024; Penubarthi, 2025). Ejercicios experienciales como *"El Despertar del Nahual"*, *"El Mapa de Mi Vida"*, *"La Brújula vs el Waze"*, el *"Botiquín de la ruta"* y los retos semanales, facilitaron la clarificación y guiaron acciones comprometidas, coherente con valores (Wilson & DuFrene, 2009; Hayes et al., 2012; Anusuya et al., 2025)

Los hallazgos son coherentes con metaanálisis Fang y Ding (2020) que reportaron efectos significativos de ACT en jóvenes sobre ansiedad, depresión y flexibilidad psicológica ($d=0.4-0.7$), similares a nuestros tamaños de efecto ($ges=.014-.037$ en interacciones). Stockton et al. (2021) confirmaron que cambios en flexibilidad psicológica median efectos sobre sintomatología, patrón observado en nuestra triangulación. Mursalzade et al. (2025) documentaron asociación entre flexibilidad y mejor ajuste académico en universitarios, coherente con narrativas sobre manejo de estrés y toma de decisiones.

Conclusiones

El protocolo *"Travesía en Bicicleta hacia lo Valioso"* demostró efectividad para promover un acercamiento saludable al sufrimiento en los participantes. Los análisis cuantitativos revelaron interacciones significativas grupo×tiempo en múltiples medidas de flexibilidad psicológica (evitación experiencial, inflexibilidad psicológica, control percibido, conexión con valores, acción comprometida) y sintomatología (estrés), con trayectorias de cambio progresivo favorable en grupo experimental versus estabilidad en controles. Los análisis cualitativos evidenciaron transformaciones experienciales en conciencia emocional, regulación, agencia personal, resignificación del sufrimiento, coherencia interna y disposición al cambio.

El protocolo resultó viable y altamente aceptable para población universitaria. La retención

del (93 %), valoración positiva expresada en narrativas cualitativas y recomendación explícita confirman que el diseño culturalmente adaptado, experiencial y grupalmente cohesivo logró captar interés y sostener compromiso de participantes, superando desafíos típicos de apatía y brevedad atencional.

La triangulación metodológica reveló que el protocolo operó mediante modificación de marcos relacionales respecto al sufrimiento, fortalecimiento de la defusión cognitiva, clarificación de valores, y desarrollo de acción comprometida. Estos mecanismos son coherentes con ACT y la evidencia empírica sobre mediadores de cambio (Stockton et al., 2019).

Los 74 ejercicios experienciales de autoría propia representan material replicable para contextos hispanohablantes. La integración metodológica cuantitativa cualitativa capturó tanto cambios en procesos psicológicos mensurables como transformaciones experienciales subjetivas, enriqueciendo comprensión del fenómeno.

El protocolo es replicable, escalable y de bajo costo, factible de integración en servicios de atención psicológica como estrategia preventiva de alto impacto. El formato grupal maximiza eficiencia (20-30 participantes por facilitador), mientras que el componente de formación de replicadores potencia multiplicación de efectos. El material disponible constituye una guía práctica para psicólogos interesados en implementar intervenciones basadas en ACT.

El hallazgo central, que atraviesa hallazgos cuantitativos y cualitativos, es la resignificación del sufrimiento. Estudiantes transitaban desde la comprensión del sufrimiento como fallo personal que debe eliminarse antes de poder vivir, hacia comprensión del sufrimiento como experiencia humana universal que puede habitarse con bondad. Esta transformación paradigmática representa la esencia del "acercamiento saludable al sufrimiento" y constituye un aporte preventivo significativo.

Para un estudio cuasiexperimental, los tamaños de efecto pequeños-medianos, comparaciones post hoc mayormente no significativas y seguimiento breve (4 semanas) requieren cautela en las conclusiones y generalización. Los hallazgos deben interpretarse como evidencia preliminar que justifica investigaciones adicionales con diseños más robustos (aleatorización, muestras mayores, seguimientos prolongados, condiciones de comparación activa).

Investigaciones futuras deberían replicar hallazgos con diseños aleatorizados en muestras mayores; evaluar mantenimiento a largo plazo (6-12 meses); analizar mediadores y moderadores de cambio; desarrollar versiones adaptadas para problemáticas o poblaciones específicas; evaluar costo efectividad; explorar formatos híbridos o digitales; implementar y evaluar en servicios reales de atención bajo condiciones naturalistas.

En síntesis, esta investigación aporta evidencia preliminar robusta y convergente desde aproximaciones cuantitativa y cualitativa sobre la efectividad, viabilidad, aceptabilidad y mecanismos de un protocolo ACT culturalmente adaptado para promover el acercamiento saludable al sufrimiento en adultos jóvenes. Los hallazgos justifican optimismo cauteloso sobre el potencial de intervenciones ACT grupales breves como estrategia preventiva escalable en servicios de bienestar universitario, requiriendo investigación adicional con diseños más robustos para consolidar conclusiones y orientar implementación institucional informada por la evidencia.

Limitaciones y Direcciones Futuras

Diseño cuasiexperimental: La asignación no aleatoria por conveniencia institucional y tamaños muestrales desiguales (experimental $n=35$, control $n=22$) limitan capacidad de inferencia causal robusta. Aunque se verificó equivalencia basal y se controlaron variables, futuros estudios deberían implementar aleatorización para fortalecer la validez interna.

Tamaños de efecto pequeños-medianos y comparaciones post hoc no significativas: Si bien las interacciones grupo $\times$ tiempo fueron significativas y las trayectorias gráficas evidencian

cambio direccional, la ausencia de diferencias puntuales significativas entre grupos en momentos específicos sugiere cautela en conclusiones. Estudios con muestras más grandes podrían incrementar poder estadístico para detectar efectos puntuales.

Medición a 4 semanas post-intervención es insuficiente para evaluar mantenimiento a largo plazo. Investigaciones futuras deberían incluir seguimientos a 6-12 meses para valorar estabilidad de cambios, particularmente relevante dado el "efecto de incubación" documentado en ACT.

Muestra restringida a estudiantes Universitarios limita la generalización de la población, se invita a otros perfiles. Replicaciones en otro tipo de población fortalecerían la validez.

Foco en procesos ACT y sintomatología sin medir variables de funcionamiento académico directo (rendimiento, asistencia, retención). Incorporar estos resultados fortalecería argumentación para implementación institucional.

Revisar la pertinencia de las medidas, dado que los resultados planos identificados en el desarrollo de las medidas por el grupo control y algunos participantes del experimental, pueden denotar fatiga. Se debe evaluar la reducción de medidas, en particular con los grupos control quienes no tienen un reforzador inmediato para realizar a conciencia las medidas.

Aunque se siguió un análisis temático sistemático en NVivo, la codificación fue realizada primordialmente por el investigador principal. Triangulación con codificadores independientes fortalecería credibilidad de hallazgos cualitativos.

Implementar grupos reducidos inferiores a 30 participantes, dado que el alto volumen de participantes puede reducir la capacidad de atención y ser un factor crucial, por distractores y mayor dificultad para orientarles en la derivación, frente al desarrollo de ejercicios experienciales.

Direcciones Futuras

1. Explorar si efectos varían según variables sociodemográficas (sexo, edad, semestre), nivel de sintomatología, programas académicos y nivel de escolarización o condiciones socioeconómicas diversas.
2. Evaluar si asistencia a sesiones predice magnitud de cambio, informando sobre umbral mínimo de "dosis efectiva". Dado que en el protocolo se encontró que aquellos con menor participación en el protocolo, diligenciaron medidas con resultados más planos y bitácoras con un bajo nivel de reflexión.
3. Desarrollar versiones breves (4-6 sesiones) para contextos de alta demanda o versiones especializadas para problemáticas prevalentes (ansiedad ante exámenes, relaciones interpersonales, transición universitaria). E incluso desarrollar versiones cortas para estudiantes en los procesos de inducción y realizar seguimiento, evaluando el efecto de incubación de ACT vs permanencia académica.
4. Explorar formatos híbridos, o completamente digitales con acompañamiento asíncrono y seguimiento por llamadas telefónicas, aumentando accesibilidad y escalabilidad.

Referencias

- ACBS – Association for Contextual Behavioral Science. (2024, 11 de junio). *Association for Contextual Behavioral Science*. <https://contextualscience.org>
- Ahmad-Othman, A., Wan-Marzuki, B.-W.-J., & Zainudin, Z. N. (2024). The influence of Acceptance and Commitment Therapy on depression and quality of life among emerging adults in Malaysia. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 14(3), 1277–1303. <https://doi.org/10.6007/IJARBS/v14-i3/21035>
- Alonso-Sanz, A., Barbero-Rubio, A., Ruiz, F. J., & Gil-Luciano, B. (2022). Terapia de aceptación y compromiso en un niño con celos y rumia disfuncionales. *Revista de Psicoterapia*, 33(122), 21–45. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i122.1146>
- Al-Rasheed, E. S., & Al-Rasheed, M. S. (2023). The value of painting as a therapeutic tool in the treatment of anxiety/depression mental disorders. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 32, 100636. <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2023.100636>
- Backos, A. (2023). *ACT art therapy. Creative approaches to acceptance*. Jessica Kingsley Publishers.
- Balsom, A. A., Klest, B., Sander, B., & Gordon, J. L. (2024). Acceptance and commitment therapy adapted for women with infertility: A pilot study of the Infertility ACTION program. *Reproductive Health*, 21(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s12978-024-01766-5>
- Bandura, A. (1968). Psychotherapy as a learning process. En S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 22–68). Wiley.
- Barbosa-González, A., & Garzón-Novoa, S. A. (2020). Revisión bibliográfica en idioma español sobre la arteterapia como herramienta psicoterapéutica. *Informes Psicológicos*, 20(2), 55–65. <https://doi.org/10.18566/infpsic.v20n2a4>

- Barraca-Mairal, J. (2007). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, aplicación en el contexto clínico y áreas de desarrollo. *Miscelánea Comillas*, 65(127), 761-781. <https://revistas.comillas.edu/index.php/miscelaneacomillas/article/view/7351>
- Baveja, D., Shukla, A., & Srivastava, K. (2022). Utility of acceptance and commitment therapy among adolescents - A systematic review. *Current Psychiatry Research and Reviews*, 18(2), 108–124. <https://doi.org/10.2174/2666082218666220301142201>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Beltrán, B. (2020). *Protocolo breve online de la Terapia de Aceptación y Compromiso sobre sintomatología emocional y flexibilidad psicológica en pospandemia* [Tesis de maestría, Fundación Universitaria Konrad Lorenz]. Archivo digital.
- Binder, F., Mehl, L. C., Resch, F., Kaess, M., & Koenig, J. (2024). Interventions based on acceptance and commitment therapy for stress reduction in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 92(6), 387–399. <https://doi.org/10.1159/000535048>
- Biglan, A., & Hayes, S. C. (1996). Should the behavioral sciences become more pragmatic? The case for functional contextualism in research on human behavior. *Applied and Preventive Psychology*, 5(1), 47–57.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Zettle, R. D., & Pistorello, J. (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>

Burke, R., Sickman, E., Belisle, J., Taylor, S., & Paliliunas, D. (2024). Combined ACT-based contingency contracting intervention for aggressive behavior and psychological flexibility in an adolescent with comorbid autism, bipolar disorder, and schizophrenia. *Clinical Case Studies*, 23(1), 23–41. <https://doi.org/10.1177/15346501231171867>

Burckhardt, R., Manicavasagar, V., Batterham, P. J., & Hadzi-Pavlovic, D. (2016). A randomized controlled trial of Strong Minds: A school-based mental health program combining acceptance and commitment therapy and positive psychology. *Journal of School Psychology*, 57, 41–52. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2016.05.008>

Brandolin, F., Lappalainen, P., Gorinelli, S., Muotka, J., & Lappalainen, R. (2024). Examining the effectiveness and acceptability of a group-based ACT intervention delivered by videoconference to international university students during the COVID-19 pandemic. *Counselling Psychology Quarterly*, 37(3), 517–541. <https://doi.org/10.1080/09515070.2023.2254726>

Brandolin, F., Lappalainen, P., Gorinelli, S., Muotka, J., Räsänen, P., & Lappalainen, R. (2023). The effectiveness of a five-session workshop on the distress of international students in Finland – A pilot study. *British Journal of Guidance & Counselling*, 51(6), 976–988. <https://doi.org/10.1080/03069885.2023.2165636>

Byrne, G., & Cullen, C. (2024). Acceptance and Commitment Therapy for anger, irritability, and aggression in children, adolescents, and young adults: A systematic review of intervention studies. *Trauma, Violence, & Abuse*, 25(2), 935–946. <https://doi.org/10.1177/15248380231167393>

Caimano, S., Malkin, A., Monroy, P., Horoky, D., & Kum, J. (2024). A scoping review of acceptance and commitment therapy in higher education. *The Psychological Record*, 74(1),

101–132. <https://doi.org/10.1007/s40732-024-00586-0>

Campbell, D. T., & Stanley, J. C. (1963). *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Houghton Mifflin.

Canino-Dorta, S., Campos-Ramos, J., & Knoch, V. (2020). *Eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso en el Trastorno de Ansiedad Generalizada: Una revisión sistemática desde el año 2000 hasta el 2014*. [Tesis de maestría, Universidad de La Laguna]. Studocu. <https://www.studocu.com/es/document/universidad-de-la-laguna/trabajo-de-fin-de-master/memoria-tfg-g3-sara-caninio/14259567>

Cañón, L. F., Gould, E. R., Sandoz, E. K., Moran, O., & Grimaldi, M. A. (2023). Cultural adaptation of ACT to support caregivers of autistic Latino children: A pilot study. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 28, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.03.003>

Carr, C. E., Medlicott, E., Hooper, R., Feng, Y., Mihaylova, B., & Priebe, S. (2023). Effectiveness of group arts therapies—Art therapy, dance movement therapy, and music therapy—Compared to group counselling for diagnostically heterogeneous psychiatric community patients. *Trials*, 24(1), 72. <https://doi.org/10.1186/s13063-023-07232-0>

Casanova, A. (2014). Arteterapia: A arte como instrumento no trabalho do psicólogo. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 34(1), 142–157. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932014000100011>

Chang, D., & Hwang, S. (2017). The development of anger management program based on Acceptance and Commitment Therapy for youth taekwondo players. *Journal of Exercise Rehabilitation*, 13(2), 160–167. <https://doi.org/10.12965/jer.1732882.441>

Chapman, R., & Evans, B. (2020). Using art-based Acceptance and Commitment

Therapy (ACT) for an adolescent with anxiety and autism. *Clinical Case Studies*, 19(6), 438–455. <https://doi.org/10.1177/1534650120950527>

Choi, Y. (2020). Specific genre analysis of the arts for integrative arts therapy. *KJAS*, 28, 305–326.

Clavijo, A. (2004). La definición de los problemas psicológicos y conducta gobernada por reglas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36(2), 305–316.

Cruz, K. (2022). *Efecto de un protocolo breve online centrado en pensamiento negativo repetitivo en adultos con pérdida auditiva y síntomas emocionales*, Fundación Universitaria Konrad

Lorenz. <https://repositorio.konradlorenz.edu.co/bitstream/handle/001/4959/911201004RAI.pdf>

Cunha, O., Pereira, B., Sousa, M., & Castro, A. (2024). Cognitive behavioral “third wave” therapies in the treatment of justice-involved individuals: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 76, 101923. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2024.101923>

Davis, C. H., Donahue, M. L., Gaudiano, B. A., Uebelacker, L. A., Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2023). Adding online storytelling-based acceptance and commitment therapy to antidepressant treatment for primary care patients: A randomized clinical trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 53(1), 48–69. <https://doi.org/10.1080/16506073.2023.2265560>

De Castillo, D., Feusner, J., Laposa, J., Richter, P., Hossain, R., Lusivic, A., & Drummond, L. M. (2023). Psychotherapies and digital interventions for OCD in adults: ¿What do we know, what do we still need to explore? *Comprehensive Psychiatry*, 120, 152357. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2022.152357>

Donahue, M., Fruge, J., Andresen, F., & Twohig, M. (2024). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) among U.S. veterans: A systematic review. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 32, 100731. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100731>

Dumas, M., & Aranguren, M. (2013). Beneficios de la arteterapia sobre la salud mental. En *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XX Jornadas de Investigación, Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR* (pp. 1–8). <https://www.aacademica.org/000-054/212>

Durán-Parra, Y., Guerrero-Santiesteban, K., & Cárdenas, S. (2015). *Validación del Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) en una muestra universitaria de Bogotá, Colombia* [Tesis de maestría]. Universidad Santo Tomás.

Durán-Sánchez, J. V. (2023). *Salud mental en Colombia. Revisión documental de estudios recientes*. Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia. <https://doi.org/10.16925/gcnc.57>

El-Ashry, A. M., Elhay, E. S. A., & Taha, S. M. (2023). Impact of virtual group-based Acceptance and Commitment Therapy on social adjustment and work–family conflict among intern nurses: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 23, 552. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05045-8>

Fauth, E. B., Novak, J. R., Gossner, J., Aller, T. B., Kelley, H. H., & Levin, M. E. (2025). Family caregivers' progress toward values moderates the associations between behavioral symptoms of dementia, caregiver burden, and depressive symptoms. *The International Journal of Aging and Human Development*, 100(2), 210–226.
DOI: [10.1177/00914150241240115](https://doi.org/10.1177/00914150241240115)

Ferreira, M. G., Mariano, L. I., Rezende, J. V., Caramelli, P., & Kishita, N. (2022).

Effects of group Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on anxiety and depressive symptoms in adults: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 309, 297–308.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.134>

García-Rasero, A. M., & Tamayo-Hernández, J. A. (2019). Revisión sistemática sobre la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el tratamiento psicológico de pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 16(1), 101–125. <https://doi.org/10.5209/PSIC.63651>

Gelman, A., Carlin, J. B., Stern, H. S., Dunson, D. B., Vehtari, A., & Rubin, D. B. (2014). *Bayesian data analysis* (3.^a ed.). Chapman & Hall/CRC.

Gelman, A., & Rubin, D. B. (1992). Inference from iterative simulation using multiple sequences. *Statistical Science*, 7(4), 457–511. <https://doi.org/10.1214/ss/1177011136>

Gil, E., Luciano, C., Ruiz, F. J., & Valdivia, S. (2012). Demostración preliminar de la transformación de funciones mediante relaciones jerárquicas. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 12, 1–19.

Gil, E., Luciano, C., Ruiz, F. J., & Valdivia, S. (2014). Hacia un análisis funcional de la categorización jerárquica: Un ejemplo experimental adicional. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 14, 137–153.

Goldstein, H. (2011). *Multilevel statistical models* (4.^a ed.). Wiley.

Gomes-Ferreira, M., Inácio-Mariano, L., Vieira-de-Rezende, J., Caramelli, P., & Kishita, N. (2022). Effects of group Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on anxiety and depressive symptoms in adults: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 309, 297–308. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.134>

Guzman-Villegas, M., Jubin, J., Ortoleva-Bucher, C., & Oulevey-Bachmann, A. (2024). Self-efficacy, mindfulness, and perceived social support as resources to maintain the

mental health of students in Switzerland's universities of applied sciences: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 24, 17692. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-17692-x>

Greco, L. A., Blackledge, J. T., Coyne, L. W., & Enreheich, J. (2005). Integrating acceptance and mindfulness into treatments for child and adolescent anxiety disorders: Acceptance and Commitment Therapy as an example. In S. M. Orsillo & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and Mindfulness-Based Approaches to Anxiety: Conceptualization and Treatment*. New York: Kluwer/Plenum.

Grégoire, S., Lachance, L., Bouffard, T., & Dionne, F. (2018). The use of acceptance and commitment therapy to promote mental health and school engagement in university students: A multisite randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 49(3), 360–372. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.10.003>

Hayes, S. C. (2008). Climbing our hills: A beginning conversation on the comparison of Acceptance and Commitment Therapy and traditional Cognitive Behavioral Therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(4), 286–295. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2008.00139.x>

Hayes, S. C. (2021). Contextual Behavioral Science as a distinct form of behavioral research and practice. En D. Zilio & K. Carrara (Eds.), *Contemporary behaviorisms in debate* (pp. 239–255). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-77395-3_16

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

Hayes, S. C., Fox, E., Gifford, E. V., Wilson, K., Barnes-Holmes, D., & Healy, O. (2001). Derived relational responding as learned behavior. En S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes, & B. Roche (Eds.), *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language*

and cognition (pp. 21–49). Kluwer Academic/Plenum.

Hayes, S. C., Hayes, L. J., & Reese, H. W. (1988). Finding the philosophical core: A review of Stephen C. Pepper's World Hypotheses. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 50(1), 91–111.

Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Ciarrochi, J. (2023). The idionomic future of cognitive behavioral therapy: What stands out from criticisms of ACT development. *Behavior Therapy*, 54(6), 1036–1063. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.07.011>

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>

Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., & Luoma, J. (2004). DBT, FAP, and ACT: ¿How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, 35(1), 35–54. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80003-0\[1\]](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80003-0[1])

Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experimental avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–1168. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>

Hayes, S. C., Gifford, E. V., & Hayes, G. J. (1998). Moral behavior and the development of verbal regulation. *The Behavior Analyst*, 21(2), 253–279. <https://doi.org/10.1007/BF03391967>

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. (2012). *Terapia de aceptación y*

compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness) (2.^a ed.). Desclee de Brouwer.

Higuera, D. (2018). Multiculturalismo y pluralismo en el constitucionalismo colombiano: El caso de la reinterpretación del mito en el diálogo intercultural u'wa. *Via Iuris*, 25, 1–43. <https://www.redalyc.org/journal/2739/273960279001/html/>

Hofmann, S. G. (2008). Acceptance and Commitment Therapy: ¿New wave or Morita therapy? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(4), 280–285. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2008.00138.x>

Hsu, M., Adamowicz, A., & Thomas, J. (2023). A systematic review and three-level meta-analysis of acceptance and commitment therapy for university students. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 30, 123–140. DOI: [10.1016/j.jcbs.2023.10.006](https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.10.006)

Ibrahim, D., Ahmed, R., Mohammad, A., Ibrahim, B., Mohammed, T., Mohamed, M., & Shaaban, K. (2024). Prevalence and correlates of generalized anxiety disorder and perceived stress among Sudanese medical students. *BMC Psychiatry*, 24, 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05510-y>

Kang, R. N., Tanaka, Y., Sato, T., Maeda, S., & Shimada, H. (2025). Development of a Japanese version of the State Cognitive Fusion Questionnaire. *Japanese Psychological Research*, 67(3), 311–324. <https://doi.org/10.1111/jpr.12453>

Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 865–878. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>

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, 4900–4912. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01837-x>

Kaya, Ö. S., & Keklik, İ. (2022). Adjustment experiences of Syrian immigrant university students in Türkiye. *Current Psychology*, 41, 7751–7761. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01233-x>

Keawe‘aimoku, J., Godoy, A., O’Brien, W., Haynes, S., & Gavino, A. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clínica y Salud*, 24, 117–127.

Kerlinger, F. N., & Lee, H. B. (2002). *Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales* (4.^a ed.). McGraw-Hill.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>

Keulen, J., Deković, M., Oud, M., A-Tjak, J., & Bodden, D. (2025). The efficacy of acceptance and commitment therapy for transitional-age youth: A meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 28(4), 823–857. doi: [10.1007/s10567-025-00543-5](https://doi.org/10.1007/s10567-025-00543-5)

Khan, I., Taylor, S., Robinson, C., Moschopoulou, E., McCrone, P., Bourke, L., ... Chalder, T. (2024). Study protocol for a pragmatic randomized controlled trial comparing enhanced Acceptance and Commitment Therapy plus usual aftercare versus usual aftercare only in patients living with or beyond cancer. *Trials*, 25, 80. <https://doi.org/10.1186/s13063-024-08062-4>

Kim, H., & Choi, Y. (2025). Developing interactive VR-based digital therapeutics for

Acceptance and Commitment Therapy (ACT): A structured framework for the digital transformation integrating gamification and multimodal arts. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1554394. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1554394>

Kishita, N., Gomes-Ferreira, M., & Caramelli, P. (2024). Effects of group Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on anxiety and depressive symptoms in adults: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 309, 297–308. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.03.156>

Kong, Q., Yan, S., Huang, K., Han, B., Han, R., Jiao, Y., & Jia, Y. (2025). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 344, 116701. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2025.116701>

Krafft, J., & Levin, M. E. (2021). Does the Cognitive Fusion Questionnaire measure more than frequency of negative thoughts? *Journal of Contextual Behavioral Science*, 22, 63–67. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.09.002>

Krafft, J., Ong, C., Davis, C., Petersen, J., Levin, M., & Twohig, M. (2022). An open trial of group Acceptance and Commitment Therapy with an adjunctive mobile app for generalized anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 29(4), 846–859. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2021.05.008>

León, O. G., & Montero, I. (2003). *Métodos de investigación en psicología y educación*. McGraw-Hill.

León, O. G., & Montero, I. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(3), 503–508.

Levin, M. E., MacLane, C., Daflos, S., Seeley, J., Hayes, S. C., Biglan, A., & Pistorello, J. (2014). Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(3), 155–163. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.06.003>

Ley 1616 de 2013. (2013, 21 de enero). Por la cual se expide la ley de salud mental. Congreso de Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>

Ley 2460 de 2025. (2025, 16 de junio). Congreso de Colombia. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=260636>

Li, H., Wong, C., Jin, X., Chong, Y., & Shek-Nam, M. (2024). Effects of Acceptance and Commitment Therapy-based intervention on fatigue interference and health-related quality of life in patients with advanced lung cancer: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 32, 100758. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100758>

Liu, B., Di, X., & Apuke, O. (2023). Comparative analysis of the effect of interactive audiovisual-based art therapy and music therapy in reducing suicidal ideation among school children who survived abduction. *Psychiatry Research*, 327, 115408. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115408>

Lobach, Y., Ramos, O., Ceballos, C. E., Romero-Ramos, N., Suárez, A. J., & Niżnikowski, T. (2023). Brain breaks through dance: An experience with university students. *Retos*, 51, 683–689. <https://doi.org/10.47197/retos.v51.100863>

Luciano, M., & Hayes, S. C. (2001). Experiential avoidance. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 109–157.

Luciano-Soriano, C., Gutiérrez-Martínez, O., & Rodríguez-Valverde, M. (2005). Análisis de los contextos verbales en el trastorno de evitación experiencial y en la Terapia de Aceptación y Compromiso. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(2), 333–358. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342005000200008

Luciano-Soriano, M. C., Valdivia, S., Gutiérrez, O., & Páez-Blarrina, M. (2006). Avances desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *EduPsykhé*, 5(2), 173–201.

Luciano-Soriano, M. C., & Valdivia, M. S. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79–91. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77827203.pdf>

Macías-Morón, J., & Valero-Aguayo, L. (2024). FACT: A pilot study of process-based therapy to promote occupational functioning. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 32, 100761.

Mahony, S., Juncos, D., & Winter, D. (2022). Acceptance and Commitment Coaching for music performance anxiety: Piloting a 6-week group course with undergraduate dance and musical theatre students. *Frontiers in Psychology*, 13, 830230. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.830230>

Mandil, J. (2015). *Teoría de los Marcos Relacionales: Lectura de un terapeuta integrativo* [Edición Kindle].

Marenco-Escuderos, A. D., Restrepo-Cervantes, D., & Rambal-Rivaldo, L. I. (2023). Coping profiles associated with resilience, academic engagement, and social support in university students. *Interdisciplinaria*, 40(2), 231–243. <https://doi.org/10.16888/interd.2023.40.2.14>

Maughan, A. L., Lunskey, Y., Lake, J., & Mills, J. S. (2024). Parent, child, and family

outcomes following Acceptance and Commitment Therapy for parents of autistic children: A randomized controlled trial. *Autism*, 28(2), 367–

380. <https://doi.org/10.1177/13623613231172241>

Meneses-Pardo, A. I. (2011). Factores asociados a la deserción de estudiantes que ingresaron por condición de excepción indígena a la Universidad del Valle en 2001-II. *Sociedad y Economía*, 20, 69–98.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental*. Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021, 12 de octubre). *Minsalud, comprometido con la salud mental de los colombianos*. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-comprometido-con-la-salud-mental-de-los-colombianos.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022, 10 de octubre). *Salud mental, asunto de todos*. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Salud-mental-asunto-de-todos.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2024, 10 de marzo). *Sistema Integrado de la Protección Social de Colombia (SISPRO). Observatorio Nacional de Salud Mental* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=r4U4b1CJAPg>

Molano-Ortiz, S. E. (2020). *Efectividad de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en pacientes con cáncer: Una revisión sistemática* [Tesis de maestría]. Fundación Universitaria Konrad Lorenz. <https://repositorio.konradlorenz.edu.co/handle/001/4182>

Morris, E. M., Johns, L. C., & Gaudiano, B. A. (2024). Acceptance and Commitment Therapy for psychosis: Status, lingering questions, and future directions. *Psychology and*

Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 97(1), 41–

58. <https://doi.org/10.1111/papt.12479>

Niculescu, S., Secară, E., Jiboc, N. M., & Băban, A. (2024). Oncovox: A randomized controlled trial of a web-based Acceptance and Commitment Therapy for breast cancer patients. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 32, 100729. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100729>

Obando-Ramírez, L., & Parrado-Corredor, F. (2015). Aproximaciones conductuales de primera, segunda y tercera generación frente a un caso de ludopatía. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 8(1), 51–61. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5295907>

Ong, C. W., & Eustis, E. H. (2021). Psychological flexibility. En M. E. Twohig, M. E. Levin, & J. M. Petersen (Eds.), *The Oxford handbook of Acceptance and Commitment Therapy* (pp. 169–181). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780197550076.013.7>

Organización Mundial de la Salud. (2022, 17 de junio). *Mental health: Strengthening our response*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Mundial de la Salud. (2024, 25 de marzo). *Suicidio*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Ospina-Espinosa, L. N. (2022). *Revisión sistemática sobre la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en adultos mayores con sintomatología depresiva* [Tesis de maestría]. Universidad Pontificia Comillas. <https://n9.cl/lrvoh>

Páez-Blarrina, M., Gutiérrez-Martínez, O., Valdivia-Salas, S., & Luciano-Soriano, C.

(2006). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 6(1), 1–20. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56060101>

Pérez-Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid, España: Síntesis.

Rad, Y., Prudenzi, A., Zernerova, L., Gerson, J., & Flaxman, P. (2025). Effects of Acceptance and Commitment Therapy workplace programs on psychological flexibility subprocesses: A systematic review. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 37, 100915. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2025.100915>

Rabadán, J., Chamarro, A., & Álvarez, M. (2017). Terapias artísticas y creativas en la mejora del malestar psicológico en mujeres con cáncer de mama: Revisión sistemática. *Psicooncología*, 14(2), 187–202. <https://doi.org/10.5209/PSIC.57079>

Raudenbush, S. W., & Bryk, A. S. (2002). *Hierarchical linear models: Applications and data analysis methods* (2.^a ed.). Sage.

Rey, C. (2004). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Sus aplicaciones y principales fundamentos conceptuales, teóricos y metodológicos. *Suma Psicológica*, 11(2), 267–284.

Ribero-Marulanda, S., & Agudelo-Colorado, L. (2016). La aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en dos casos de evitación experiencial. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(1), 29–46. <https://doi.org/10.12804/apl34.1.2016.03>

Rodríguez, A., Corral, K., Moreira, B., Alcívar, G., Pantaleón, Y., Cedeño, R., & Zambrano, M. (2022). *Respuestas educativas para la inclusión y atención a la diversidad: Aportes desde la academia*. Mawil Publicaciones. <https://doi.org/10.26820/978-9942-622-12-9>

Rojas-Bernal, L. A., Castaño-Pérez, G. A., & Restrepo-Bernal, D. P. (2018). Salud mental en Colombia: Un análisis crítico. *Revista CES Medicina*, 32(2), 129–140.

Rolffs, J. L., Rogge, R. D., & Wilson, K. G. (2018). Disentangling components of flexibility via the Hexaflex model: Development and validation of the Multidimensional Psychological Flexibility Inventory (MPFI). *Assessment*, 25(4), 458–482. <https://doi.org/10.1177/1073191116645905>

Rubio-León, D. C., Cano-Sierra, L., Reyes-Rivera, M. J., Abitbol, P., García-Padilla, D., Forero-García, S. L., & López-López, W. (2025). "Los profesionales no eran de aquí": Prestación de servicios de salud mental en el contexto del conflicto armado colombiano. *Archives of Public Health*, 83, 123. <https://doi.org/10.1186/s13690-025-01561-z>

Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(1), 125–162. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56017066008>

Ruiz, F. J., & Luciano, C. (2009). Eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en la mejora del rendimiento ajedrecístico de jóvenes promesas. *Psicothema*, 21(3), 347–352.

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(2), 80–87. <https://doi.org/10.1016/j.rlp.2016.09.006>

Ruiz, F. J., Langer, A. I., Luciano, C., Cangas, A. J., & Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire–II. *Psicothema*, 25(1), 123–

129. <https://doi.org/10.7334/psicothema2011.239>

Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., & Riaño-Hernández, 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., Riaño-Hernández, D., Suárez-Falcón, J., & Luciano, C. (2016). Efecto de un protocolo ACT de una sesión para interrumpir el pensamiento negativo repetitivo: Un diseño aleatorizado de líneas de base múltiples. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 16(3), 213–233.

Ruiz-Sánchez, J. (2021). *FACT de grupo. Integrando ACT y FAP de grupo*. Ediciones Psara.

Santamaría-García, H. (2023). Mental health in the current social scenario in Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 52(2), 83–84. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2023.05.001>

Rutschmann, R., Romanczuk-Seiferth, N., Gloster, A., & Richter, C. (2024). Increasing psychological flexibility is associated with positive therapy outcomes following a transdiagnostic ACT treatment. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1403718. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1403718>

Schneider, R. L., & Petersen, J. M. (2024). Viabilidad, aceptabilidad y eficacia preliminares de un programa piloto ambulatorio intensivo basado en telesalud que incorpora Terapia de Aceptación y Compromiso para adolescentes con trastorno obsesivo-compulsivo. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 31, 1–13.

Shahkaram, H., Yaztappeh, J., Sadeghi, A., Kianimoghadam, A., Soltanabadi, S., Bakhtiari, M., & Masjedi Arani, A. (2024). Comparing the effectiveness of transdiagnostic

treatment with Acceptance and Commitment Therapy on emotional disorders, rumination, and life satisfaction in patients with irritable bowel syndrome: A randomized clinical trial. *BMC Gastroenterology*, 24(66). <https://doi.org/10.1186/s12876-024-03142-w>

Sierra, M. A., Ruiz, F. J., & Flórez, C. L. (2018). A systematic review and meta-analysis of third-wave online interventions for depression. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 50(2), 126–135. <https://doi.org/10.14349/rlp.2018.v50.n2.6>

Sierra-Martínez, M., Ruiz, F. J., Flórez, C. L., Riaño-Hernández, D., & Luciano-Soriano, C. (2016). The role of common physical properties and augmental functions in metaphor effect. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16(3), 265–279.

Smout, M. F., 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>

Soledad, A., & López, L. (2023). Factores de riesgo psicosociales y burnout en psicólogos que trabajan desde casa. *Informes Psicológicos*, 23(2), 232–248. <http://dx.doi.org/10.10000/infpsic.v23n2a0>

Soltani, E., Wong, Q. J., Ahmadzadeh, L. M., & Sheikholeslami, S. (2023). Cognitive maintaining factors and social anxiety: The mediating role of cognitive fusion and experiential avoidance. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 38(1), 1–15. <https://doi.org/10.1891/JCP-2022-0010>

Snijders, T. A. B., & Bosker, R. J. (2012). *Multilevel analysis: An introduction to basic and advanced multilevel modeling* (2.^a ed.). Sage.

Ștefănescu, C., Nechita, A., & Iacob, C. I. (2024). Brief acceptance and commitment

therapy for children and adolescents with type 1 diabetes: A randomized controlled trial.

Frontiers in Psychology, 15, Article 1382509. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1382509>

Stockton, D., Kellett, S., Wilkinson, N., Hague, J., Bliss, P., Heaver, M., & Devine, A. (2021). A feasibility and pilot randomised dismantling trial of the efficacy of self-as-context during Acceptance and Commitment Therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 14(4), 704–723. <https://doi.org/10.1007/s41811-021-00118-6>

Stockton, D., Kellett, S., Berrios, R., Sirois, F., Wilkinson, N., & Miles, G. (2019). Identifying underlying mechanisms of change during Acceptance and Commitment Therapy (ACT): A systematic review of contemporary mediation studies. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47(3), 332–362. <https://doi.org/10.1017/S1352465818000553>

Suyo-Vega, J. A., Meneses-La-Riva, M. E., Fernández-Bedoya, V. H., da Costa-Polonia, A., Miotto, A. I., Alvarado-Suyo, S. A., & Alarcón-Martínez, M. (2022). Mental health projects for university students: A systematic review of the scientific literature available in Portuguese, English, and Spanish. *Frontiers in Sociology*, 7, 922017. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2022.922017>

Torres-María, A. (2020). *Hacia una terapia contextual-existencial: Estudio de caso con una paciente con cáncer de mama* [Tesis de maestría]. Universidad de Almería. <https://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/10269/TORRES%20MARIA%2c%20ALEJANDRO.pdf>

Uramoto, M., Moore, C., García, Y., & Kurumiya, Y. (2023). The effect of brief acceptance and commitment training on values-based behaviors of Japanese parents of children with autism. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 29, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.05.005>

UNESCO IESALC. (2024). *Informe anual 2024 del Instituto Internacional para la Educación Superior en América Latina y el Caribe*. UNESCO

IESALC. <https://www.iesalc.unesco.org/es/annual-report-2024>

Vargas-Madriz, L. F., & Ramírez-Henderson, R. (2012). Acceptance and Commitment Therapy: Overview of a clinical approach with emphasis on personal values. *Revista de Ciencias Sociales*, 138(4), 101–

110. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/sociales/article/view/12089/11385>

Vildaraga, R., Hayes, S. C., & Schelin, L. (2007). Philosophical, theoretical, and empirical foundations of Acceptance and Commitment Therapy. *Anuario de Psicología*, 38(1), 117–128. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=97012827007>

Villatte, M., Villatte, J., & Hayes, S. C. (2016). *Dominando la conversación clínica: El lenguaje como intervención*. Didacbook / MICPSY Publicaciones.

Walser, R. D., Evans, W., Farnsworth, J., & Drescher, K. (2024). Initial steps in developing Acceptance and Commitment Therapy for moral injury among combat veterans: Two pilot studies. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 32, 100733. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100733>

Wang, C., & Burris, M. A. (1997). Photovoice: Concept, methodology, and use for participatory needs assessment. *Health Education & Behavior*, 24(3), 369–387. <https://doi.org/10.1177/109019819702400309>

Willi, N., Pancoast, A., Drikaki, I., Xueying, G., Gillanders, D., & Finucane, A. (2024). Practitioner perspectives on the use of Acceptance and Commitment Therapy for bereavement support: A qualitative study. *BMC Palliative Care*, 23, 59. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01390-x>

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

Zadeh, R., & Jogia, J. (2023). The use of art therapy in alleviating mental health symptoms in refugees: A literature review. *International Journal of Mental Health Promotion*, 25(3), 309–326. <https://doi.org/10.32604/ijmhp.2023.022491>

Yu, X., Zhao, B., Yin, T., Qu, H., Zhang, J., Cheng, X., & Chen, X. (2025). Effect of acceptance and commitment therapy for adolescent depression: A meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 16, Article 1506822. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1506822>

Zamora-Rondón, D. C., Suárez-Acevedo, D., & Bernal-Acevedo, O. (2019). Analysis of needs and use of mental healthcare services in Colombia. *Revista de Salud Pública*, 21(2). <https://doi.org/10.15446/rsap.v21n2.71638>

Zettle, R. D., Lyons, G. A., Larson, J. M., & Leonard, C. (2025). Psychometric properties of the Self-as-Context Scale with a university counseling center sample. *Behavioral Sciences*, 15(7), Article 910. <https://doi.org/10.3390/bs15070910>

Zhao, B., Wang, Q., Wang, L., Chen, J., Yin, T., Zhang, J., & Hou, R. (2023). Effect of Acceptance and Commitment Therapy for depressive disorders: A meta-analysis. *Annals of General Psychiatry*, 22, 34. <https://doi.org/10.1186/s12991-023-00462-1>

Zou, Y., Wang, R., Xiong, X., Bian, X., Yan, S., & Zhang, Y. (2025). Effects of Acceptance and Commitment Therapy on negative emotions, automatic thoughts, and psychological flexibility for depression and its acceptability: A meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 25, 602. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-07067>

