EFECTIVIDAD DE UN PROTOCOLO BREVE DE ACT USANDO ESTRATEGIAS ARTÍSTICAS EN LA FLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA

Autor:

JHON EDISON CHAMORRO ACOSTA

Directora de trabajo de grado:

DIANA ROCÍO RIAÑO HERNÁNDEZ

UNIVERSIDAD DEL VALLE

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

Santiago de Cali, 2025

Contenido

Resumen 4
Introducción 5
Marco teórico 12
Generaciones de las Terapias Conductuales 14
Terapia de Aceptación y compromiso 15
Contextualismo funcional 16
Conducta gobernada por reglas 17
Teoría de los Marcos Relacionales 19
ACT y flexibilidad psicológica 22
Métodos clínicos en ACT 26
Aportes de la Terapia de Aceptación y Compromiso 28
Estrategias artísticas y ACT 31
Pregunta problema 33
Objetivo general 33
Objetivos específicos 33
Método 34
Diseño 34
Instrumentos 35
Cuestionario de Aceptación y Acción - AAQ II 35
Cuestionario de Fusión Cognitiva – CFQ 35
Cuestionario de Valores – VQ 35
Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés – DASS – 21 36
MAAS – Mindfulness Attention Awareness Scale 36
PSWQ- Penn State Worry Questionnaire-11 37
Participantes 37
Criterios de Inclusión 38
Criterios de Exclusión 39
Procedimiento 39
Diseño del Protocolo 39
Convocatoria 40
Intervención 42
Análisis de información. 43

Aspectos éticos 44
Ruta 44
Análisis de datos 45
Resultados 46
Diseño del Protocolo y Pilotaje 46
Guía de intervención 50
Primera sesión. Establecimiento del contexto terapéutico, comprensión del sufrimiento desde ACT y valores 50
Segunda sesión. Análisis de la conducta desde ACT, trastorno de evitación experiencial y clarificación de valores. 56
Tercera sesión. Desesperanza creativa y clarificación de valores 60
Cuarta sesión. Defusión cognitiva y Acciones comprometidas 66
Resultados descriptivos 69
Resultados del modelo base 70
Discusión 75
Protocolo, componentes ACT y estrategias artísticas 77
Protocolo y Arte 80
Conclusiones 82
Limitaciones 83
Líneas de estudio 84
Referencias 85

Resumen

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) ha demostrado ser efectiva y aplicable en diversos trastornos psicológicos, gracias a su base empírica y enfoque transdiagnóstico de flexibilidad psicológica, que permite abordar el malestar psicológico desde estrategias terapéuticas pertinentes y eficaces. Se consideró que el uso de estrategias artísticas contribuye a la movilización los componentes de ACT, lo que podría aportar ventajas frente a intervenciones exclusivamente verbales. El objetivo principal de este estudio fue construir y evaluar un protocolo breve de ACT que integró estrategias artísticas para promover la flexibilidad psicológica en adultos de la ciudad de Cali. El diseño del estudio fue cuasiexperimental y longitudinal con grupo experimental y grupo control. Los participantes fueron adultos entre 18 y 38 años, residentes de la ciudad de Cali, que presentaban niveles moderados de inflexibilidad psicológica. Los resultados indican mejoras significativas en ambos grupos, con una tendencia a mayores avances cuando se incorporaron estrategias artísticas. Aunque los hallazgos no son concluyentes, aportan evidencia preliminar y abren líneas de investigación sobre la integración del arte en ACT.

Palabras clave. Terapia de Aceptación y Compromiso, protocolo breve, intervención grupal, estrategias artísticas, flexibilidad Psicológica.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud define la salud mental como un estado dinámico que se expresa a través del comportamiento y la interacción, permitiendo a los individuos y sus grupos hacer frente a los momentos estresantes de la vida cotidiana, desarrollar habilidades, establecer relaciones significativas, trabajar, contribuir a la comunidad y dar forma al mundo en el que viven (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). Para la OMS y el estado colombiano, de acuerdo con lo expuesto en la Ley 1616 de 2013 y la Ley 2460 de 2025, la salud mental es un derecho humano fundamental, es un tema prioritario en salud pública, un bien de interés público es un componente esencial del bienestar general y del mejoramiento de la calidad de vida (Congreso de Colombia, 2013; OMS, 2022; Congreso de Colombia, 2025). Sin embargo, el abordaje de la salud mental en el contexto actual representa un reto, los efectos de la pandemia y el conflicto armado en la población requiere que se desarrollen respuestas inmediatas, de alto impacto, factibles, financiables y proyectadas a largo plazo.

A pesar de la promulgación de la ley de Salud Mental y de las diferentes transformaciones que se han realizado al sistema de salud, no se han tomado las acciones suficientes para atender las problemáticas en salud mental en Colombia (Durán-Sánchez, 2023). El acceso a servicios de salud mental por parte de usuarios es limitado e inequitativo (Rojas-Bernal et al., 2018), además, muchas de las acciones y estrategias formuladas no se ven traducidas en acciones implementadas con efectividad (Rubio-León, D.C., Cano-Sierra, L., Reyes-Rivera, M.J. et al., 2025).

Lo anterior puede estar relacionado con la existencia de barreras de tipo actitudinal, estructural, financiero y de conocimiento (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024), que no solo limitan el acceso a los servicios de salud mental, sino que aumentan los costos,

empeoran los indicadores de calidad en la prestación de los servicios y aumentan las complicaciones en la salud mental y el riesgo de suicidio (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024). Algunas de estas barreras son la presencia de creencias negativas sobre el sistema de salud y el estigma negativo al recibir atención en salud mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024), la cantidad insuficiente de talento humano para atender la demanda de servicios en salud mental (Rojas-Bernal et al., 2018), la presencia de equipos incompletos, la reducción de la eficiencia, la carga de trabajo excesiva y agotamiento de los equipos de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024).

En este contexto, el acceso a terapias psicológicas específicas como la cognitivo comportamental, las terapias de grupo o grupos de apoyo resulta muy difícil, ya que los profesionales con esta formación no son contratados por las instituciones de salud (Rojas-Bernal et al., 2018). Además, no hay información suficiente sobre la calidad de las intervenciones psicológicas, es decir, se desconoce si las intervenciones en salud mental están consiguiendo los objetivos esperados y si se encuentran basadas en evidencia científica (Zamora-Rondón et al., 2019).

Actualmente se reportan altos índices de problemas psicosociales y de prevalencia de trastornos mentales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015; Santamaría-García, 2023) que no son atendidos por el sistema de salud (Zamora-Rondón et al., 2019).

Al contrastar los datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental con los datos del Sistema Integral de Información de la Protección Social SISPRO, Zamora et al. (2019) reconocieron que la prevalencia de problemas de salud mental sugestivos de trastorno mental es del 18,4% y que la deficiencia en la atención a los casos de salud mental puede alcanzar el 84,13%, es decir, solo el 38,9% de las personas diagnosticadas con un trastorno mental recibe tratamiento (Zamora-Rondón et al., 2019; Durán-Sánchez, 2023).

Según los indicadores del SISPRO a través del Observatorio Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024) las personas que requirieron y recibieron atención en servicios de salud mental pasó del 33,14% (459.598) en 2018 al 39,03% (709.446) en 2022, los indicadores también reportan un incremento de los problemas psicológicos y trastornos mentales, por ejemplo se describe un incremento en la prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento del 3,86% (1.138.768) en 2018 al 5,02% (1.527.567) en 2022.

Aproximadamente el 5% de los adultos presenta depresión en Colombia, lo que corresponde a la segunda causa de carga de enfermedad, la prevalencia de los trastornos afectivos es del 6,7%, el suicidio consumado asociado al debilitamiento de redes de apoyo, al aumento de problemas psicológicos y al consumo de sustancias psicoactivas paso de 4,49% en 2013 al 5,07% en 2017, el consumo de sustancias ilegales pasó del 1,6% en 1999 al 3,6% en 2013 siendo la marihuana y la cocaína las sustancias ilegales más consumidas, el alcohol representa la sustancia con mayor consumo a pesar de su disminución del 61,65% en 1996 al 58,78% en 2013, el consumo de alcohol incrementa el riesgo de enfermedades crónicas, disfunción familiar, pérdida de redes sociales y patología dual (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

Una aproximación valiosa para mejorar la salud mental y disminuir las barreras de acceso a servicios de salud es la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), en tanto presenta una comprensión compleja de la realidad, validez, eficacia demostrada y se orienta hacia valores. El modelo de ACT comprende la salud mental y los problemas psicológicos como problemas de inflexibilidad psicológica (Levin et al., 2014; Gould, Sandoz, Moran, y Grimaldi, 2023) y sostiene que los trastornos psicológicos tienen un elemento común que se define por un patrón de funcionamiento o regulación verbal ineficaz llamado evitación

experiencial (Luciano-Soriano M. C. et al., 2006), por esto, se considera que puede adaptarse a multiplicidad de problemáticas de forma efectiva, lo cual contribuye al ejercicio ético de la psicología (Vargas-Madriz y Ramírez-Henderson, 2012).

ACT muestra una cantidad considerable de investigaciones en problemáticas psicológicas y trastornos como la ansiedad, ansiedad generalizada (Canino-Dorta et al., 2020; Rey, 2004; García-Rasero y Tamayo-Hernández, 2019; Association For Contextual Behavioral Science [ACBS], 2023), ansiedad y fobia social (Rey, 2004; García-Rasero y Tamayo-Hernández, 2019; ACBS, 2023; Soltani et al., 2023), ansiedad y depresión (Gomes-Ferreira et al., 2022; Ahmad-Othman et al., 2024; Kishita et al., 2024; Sierra et al., 2018; Ospina-Espinosa, 2022; Davis et al., 2023; Rey, 2004; García-Rasero y Tamayo-Hernández, 2019; ACBS, 2023), trastornos emocionales, rumia y satisfacción con la vida (Rey, 2004; García-Rasero y Tamayo-Hernández, 2019; ACBS, 2023; Shahkaram et al., 2024), duelo (Willi et al., 2024), ira, irritabilidad y agresión en niños, adolescentes y adultos jóvenes (Byrne y Cullen, 2024), trastorno obsesivo compulsivo (Rey, 2004; García-Rasero y Tamayo-Hernández, 2019; ACBS, 2023; Schneider y Petersen, 2024), psicosis (Morris et al., 2024), malestar psicológico asociado al cáncer (García-Rasero y Tamayo-Hernández, 2019; Molano-Ortiz, 2020; Khan et al., 2024; Li et al., 2024; Nicolescu et al., 2024). Trastornos de la conducta alimentaria, trastorno límite de la personalidad, trastornos por consumo de sustancias y tabaquismo, dolor crónico y trastornos adaptativos secundarios o mecanismos de afrontamiento de enfermedades crónicas diabetes, la epilepsia o el cáncer (Rey, 2004; García-Rasero y Tamayo-Hernández, 2019; ACBS, 2023).

También se ha investigado la aplicación de ACT para el acompañamiento a personas con autismo y sus cuidadores (Maughan, Lunsky, Lake, y Mills, 2024; Burke, Sickman, Belisle, Taylor, y Paliliunas, 2024), mujeres con infertilidad (Balsom, A., Klest,

B., Sander, B., Gordon, J., 2024), personas involucradas en la justicia (Cunha, O., Pereira, B., Sousa, M., Rodríguez, A., 2024), veteranos de guerra (Walser, R., Evans, W., Farnsworth, J., Drescher, K., 2024; Donahue, M., Fruge, J., Andresen, F. y Twohig, D., 2024) estudiantes universitarios (Caimano, S., Malkin, A., Monroy, P., Horoky, D. y Kum, J., 2024). Se han aplicado programas basados en ACT para la reducción del estrés en el lugar de trabajo (ACBS, 2023), programas de entrenamiento del lenguaje y promoción del trabajo en equipos (Atkins et al., 2019 citado en Hayes, S. C., 2021). En palabras de Hayes (2021) ACT puede encontrarse en "una amplia gama de áreas, desde la educación hasta el cambio de actitud; del deporte a los negocios; de la cognición implícita al cambio social" (p.253).

Cabe mencionar que ACT ha sido una terapia que ha sido aplicada en diferentes países con diferencias culturales relevantes, por ejemplo, Zhao y colaboradores (2023) realizaron un análisis de 11 estudios que comprenden un total de 962 pacientes, a través de un análisis del modelo de efectos aleatorios concluyeron que ACT mejora los síntomas depresivos, la flexibilidad psicológica y tiene un buen efecto de mantenimiento, además que es particularmente eficaz en pacientes chinos. En este estudio ACT se mostró eficaz y sensible a la adaptación a grupos culturalmente diversos.

Según la información que reporta la base de datos SCOPUS a través de la clave TÍTULO-ABS-CLAVE (acceptance AND commitment AND therapy) AND (LIMIT-TO (SUBJAREA, "PSYC")), existen 2.359 artículos científicos a 2024. De acuerdo con la información de SCOPUS la cantidad de investigaciones sobre ACT en el mundo se encuentra en aumento, el primer artículo se reporta en 1997 y es el único en ese año, en el 2015 se reportan 149 artículos y 289 artículos en el año 2023. Los países que reportan mayor cantidad de investigaciones sobre ACT son Estados Unidos con 1077, Reino Unido

con 364, Australia 194 y España con 140. Al realizar la búsqueda en SCOPUS con la clave (acceptance AND commitment AND therapy) AND (LIMIT-TO (SUBJAREA, "PSYC")) AND (LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY, "Colombia")) se reportan 39 documentos, 6 de ellos publicados en 2023. Cuando se realiza la búsqueda de protocolos de Terapia de Aceptación y Compromiso con la clave (TITLE-ABS-KEY (acceptance AND commitment AND therapy) AND TITLE-ABS-KEY (protocol)) AND (LIMIT-TO (SUBJAREA, "PSYC")) se reportan 167 documentos de los cuales 62 fueron desarrollados en Estados Unidos, 29 en España, 18 en Reino Unido y 13 en Colombia. Si bien se evidencia un interés creciente en la investigación de la terapia en población colombiana, el número de estudios aún es escaso.

Adicionalmente, se identifica que el desarrollo de las terapias contextuales y su aplicación grupal aún se encuentra incompleta, faltan elementos por articular para que el contextualismo sea radicalmente socio-verbal y no sólo excesivamente verbal y levemente social (Ruiz, J., 2021). En este sentido, los estudios empíricos que consideran formatos grupales pueden contribuir a la comprensión de la relación entre lo verbal y lo social en contextos terapéuticos (Ruiz, J., 2021).

En un estudio, Ruiz, F.J. y Luciano, C. (2009) estudiaron la eficacia de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en la mejora del rendimiento ajedrecístico de jóvenes, encontrando que ACT en versiones breves y grupales es efectiva para incrementar el rendimiento deportivo en ajedrecistas jóvenes de alto nivel. Estos resultados se suman a resultados de estudios anteriores en los que se puede concluir que las versiones breves y grupales de ACT pueden incrementar el rendimiento humano en diversos ámbitos como el laboral, académico y deportivo.

En cuanto a la integración de estrategias artísticas con ACT el número de estudios es escaso, probablemente se deba a que las terapias psicológicas que involucran arte se desarrollaron en contextos psiquiátricos y al uso del psicoanálisis en los años 1920 y 1930, y su aplicación se ha realizado desde los enfoques humanistas, psicodinámicos, gestálticos o constructivistas (Barbosa-González y Garzón-Novoa, 2020; Dumas y Aranguren, 2013; Casanova, A., 2014). Además, su desarrollo se encuentra ligado a metodologías de las llamadas terapias expresivas, arteterapia, musicoterapia o terapia de la danza-movimiento, entre otras altamente difundidas y aplicadas (Al-Rasheed y Al-Rasheed, 2023).

Integrar estrategias artísticas a protocolos breves y grupales representa una oportunidad de investigación y desarrollo de la ACT en Colombia, en tanto sus métodos clínicos pueden alcanzar una mayor efectividad cuando se aplican de manera experiencial (Villatte, M., Villatte, J. y Hayes, S., 2016) siempre que se conserven los procesos psicológicos y los componentes centrales respaldados científicamente (Chapman, R. y Evans, B., 2020).

En un estudio, Chapman, R. y Evans, B. (2020) se vieron en la necesidad de incorporar estrategias artísticas a la aplicación de un protocolo de ACT llamado ADN-V, esto con el fin de minimizar las barreras que representaba el uso exclusivo de métodos verbales cara a cara, para la intervención con una adolescente con ansiedad y autismo. Los autores afirmaban que el alto contenido verbal de las intervenciones en contextos clínicos puede representar obstáculos para algunas personas y se puede ver comprometida la eficacia de las intervenciones.

En esta línea, Kim, H. y Choi, Y. (2025) desarrollaron una adaptación de ACT con terapias integrativas basadas en realidad virtual, donde integraron la gamificación y las artes multimodales. El estudio resultó en una propuesta terapéutica atractiva, con fidelidad

clínica y centrada en los pacientes. Los autores mencionan que cuando ACT se combina con la gamificación y artes como las visuales, musicales e interactivas, pueden mejorar la participación del usuario, la inmersión emocional y la adherencia terapéutica.

La presente investigación busca construir y evaluar un protocolo breve de ACT que integre estrategias artísticas para promover la flexibilidad psicológica en adultos. El protocolo es una herramienta que podría contribuir a la disminución de barreras de acceso a servicios de salud mental y potenciar las cualidades de la Terapia de Aceptación y Compromiso en varias direcciones. La propuesta contempla un formato grupal y de corta duración, lo cual representa una alternativa potencialmente viable para mejorar la cobertura y el acceso a servicios de salud mental, reducir los costos asociados a intervenciones individuales y prolongadas, y favorecer la adherencia terapéutica. Además, el componente artístico podría potenciar la efectividad de ACT, minimizar las barreras que puede representar el uso exclusivo de métodos verbales y promover la participación y adherencia de los usuarios. Adicionalmente, este estudio puede contribuir a la generación de conocimiento sobre el diseño e implementación de protocolos breves, intervenciones grupales y la incorporación de estrategias artísticas en tratamientos psicológicos basados en evidencia en Colombia y América Latina.

Marco teórico

En las sociedades occidentales se ha establecido un marco de oposición entre el sufrimiento y el placer, esto puede estar relacionado con la tendencia de los organismos a evitar emociones negativas, como el dolor o el malestar y buscar emociones positivas, como la satisfacción. Esta relación dicotómica y opuesta se potencia cuando los organismos son verbales (Luciano-Soriano, M.C. y Valdivia, M.S., 2006; Wilson, K. y Luciano, M., 2002), al punto que permea el conocimiento popular y el de ciencias como la psicología y

la psiquiatría, desde donde se investigan e intervienen los problemas psicológicos (Pérez-Álvarez, 2014). Se establece entonces, un contexto en el que las acciones de las personas se orientan hacia la evitación o eliminación del sufrimiento, lo que paradójicamente lo perpetúa (Wilson, K. y Luciano, M., 2002; Luciano-Soriano, M.C.; Valdivia, M.S., 2006; Pérez-Álvarez, 2014). Las personas que aprenden a vivir bajo estas premisas terminan atrapadas en funcionamientos coherentes con la construcción social pero alejados de aquello que realmente es importante para ellas (Wilson, K. y Luciano, M., 2002; Luciano-Soriano, M.C.; Valdivia, M.S., 2006). Esta es una lógica contraria a la condición humana en tanto el sufrimiento y el placer son experiencias inseparables de la vida (Luciano-Soriano, M.C.; Valdivia, M.S., 2006).

Por esta razón, se reduce la relevancia de las clasificaciones nosológicas y las descripciones topográficas de signos y síntomas, propias de los manuales diagnósticos como el DSM-V o el CIE-11, ya que se consideran poco válidos para ofrecer explicaciones de los fenómenos psicológicos y para establecer intervenciones psicológicas efectivas (Wilson, K. y Luciano, M., 2002; Hayes, Masuda, Bissett, y Luoma, 2004; Luciano-Soriano, M.C.; Valdivia, M.S., 2006; Pérez-Álvarez, 2014).

En este sentido, las terapias contextuales han representado un cambio en el abordaje y comprensión de la salud mental y la psicopatología, en tanto se orientan a la aceptación de los eventos privados y al actuar responsable en el presente (Luciano-Soriano, M.C. y Valdivia, M.S., 2006), a través de la alteración del contexto en el que los síntomas resultan problemáticos, en lugar de la eliminación de los síntomas cognitivos para alterar la conducta (Luciano-Soriano, M.C y Valdivia, M.S., 2006).

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 psicológicos que son producto de la historia de aprendizaje, la cual se conceptualiza y actúa desde el lenguaje, estableciendo el contexto que sustenta patrones conductuales con efectos nocivos como la *inflexibilidad psicológica* y la *evitación experiencial* (Macías-Morón y Valero-Aguayo, 2024).

Las terapias contextuales hacen parte de la terapia conductual, cuyo desarrollo puede dividirse en tres generaciones que son la terapia conductual, terapia cognitivo - conductual y las terapias contextuales (Hayes et al., 2006). Si bien el término generaciones u olas denotan la idea de evolución, el término terapia contextual brinda una mejor idea de sus características principales (Pérez-Álvarez, 2014).

Generaciones de las Terapias Conductuales

La *Primera Generación* se refiere a la terapia conductual basada en los fundamentos extraídos de los laboratorios conductuales básicos que dieron origen a principios de la psicología del aprendizaje aplicados al campo de la clínica, como son el condicionamiento clásico y operante. Nacen como respuesta al predominio del psicoanálisis y frente a la necesidad de determinar un método científico experimental válido y efectivo para el estudio, entendimiento y modificación del comportamiento humano en diversos contextos (Wilson, K. y Luciano, M., 2002; Pérez-Álvarez, 2014). El sufrimiento y la enfermedad mental se comprenden desde los mismos principios de la conducta funcional o adaptativa (Pérez-Álvarez, 2014). Sin embargo, se consideró que el análisis de la conducta no proporcionaba una explicación de la cognición, a pesar de los estudios que se venían adelantando sobre conducta privada y verbal, esto resultó en necesidad de incluir los procesos cognitivos del ser humano (Bandura, 1968; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979 citado en Hayes et al., 2006; Hayes et al., 2023).

La *Segunda Generación* de las terapias conductuales corresponde a las terapias cognitivo-conductuales que incorporan entre el estímulo y la conducta, procesos y estructuras cognitivas o mentales representacionales caracterizadas por la metáfora del ordenador como mecanismo psicológico interno de procesamiento de información (Pérez-Álvarez, 2014; Obando-Ramírez y Parrado-Corredor, 2015). Son enfoques mecanicistas de procesamiento de información o enfoques organísmicos de desarrollo cognitivo (Hayes et al., 2006). Dos de sus exponentes más representativos fueron Beck y Ellis quienes consideraban que los trastornos mentales derivan de cogniciones erróneas, las intervenciones clínicas estaban dirigidas a corregir dichas cogniciones (Obando-Ramírez y Parrado-Corredor, 2015).

Las terapias de *Tercera Generación* o *Terapias Contextuales* nacen en los noventa debido al desconocimiento de las razones por las cuales las terapias cognitivas fracasaban o resultaban efectivas, y al desarrollo de investigación básica sobre el lenguaje y cognición desde perspectivas analítico-funcionales y radicalmente funcionales de la conducta humana (Mañas, 2007 citado en Obando-Ramírez y Parrado-Corredor, 2015). Existió un énfasis en el análisis funcional, el conductismo radical y la conducta verbal en el análisis de la conducta clínica, esta etapa es caracterizada por tener como base filosófica el contextualismo funcional (Hayes et al., 2006), cuyos aportes son la innovación de la psicología clínica y la recuperación de la perspectiva contextual (Pérez-Álvarez, 2014).

Terapia de Aceptación y compromiso

ACT es una terapia de tercera generación o terapia contextual desarrollada por Hayes en 1990. Es una terapia de tradición conductual que se fundamenta en el conductismo radical de Skinner, el contextualismo funcional y la teoría de marcos relacionales que brindan una explicación analítica-conductual del lenguaje y

comportamiento gobernado por reglas (Hayes, S. C.; Barnes-Holmes, D.; Roche, B., 2002; Wilson, K. y Luciano, M., 2002). Esta terapia representa un modelo de salud, no de enfermedad, considera al sufrimiento como universal y mediado por el lenguaje en áreas no funcionales o sin utilidad (Vargas-Madriz y Ramírez-Henderson, 2012; Wilson, K. y Luciano, M., 2002), es una aproximación más que un procedimiento estructurado, relativamente flexible que no comprende una duración en tanto depende de las características del consultante y su experiencia, qué son las que dirigen el proceso de intervención desde un modelo idiográfico del tratamiento psicológico que involucra a la persona en su proceso de cambio y búsqueda de bienestar (Vargas-Madriz y Ramírez-Henderson, 2012).

Contextualismo funcional

El contextualismo funcional se consideró como un avance del análisis de conducta y el conductismo radical en tanto buscaba aclarar algunas cuestiones filosóficas que se consideraban confusas (Hayes et al., 1988; Biglan y Hayes, 1996; Ruiz, 2010; Torres-María, 2020).

El Contextualismo supone que los eventos privados o el comportamiento son acciones en curso que suceden en contextos determinados, estos eventos son separados con el fin de estudiarlos o intervenir en ellos (Vildaraga et al., 2007; Hofmann, 2008; Hayes S. , 2008; Vargas-Madriz y Ramírez-Henderson, 2012; Ruiz, 2010). En este sentido, el comportamiento es explicado e influido a partir del contexto en el que sucede (Ruiz, 2010), las relaciones funcionales entre la conducta, sus consecuencias y la historia de aprendizaje (Hayes S. , 2008; Hofmann, 2008; Vargas-Madriz y Ramírez-Henderson, 2012; Ruiz, 2010). Desde esta perspectiva los pensamientos y sentimientos son entendidos como conductas y no como la causa directa del comportamiento, lo que facilita su comprensión

en términos de relaciones conducta-conducta (Wilson, K. y Luciano, M., 2002; Torres-María, 2020). Los objetivos del Contextualismo Funcional son la predicción y la influencia de eventos con precisión, alcance y profundidad (Hayes, 1993 citado por Ruiz, 2010).

Conducta gobernada por reglas

El término *Conducta Gobernada Por Reglas (CBR)* es equivalente al término *Regulación Verbal* usado por Skinner en 1969 (Wilson, K. y Luciano, M., 2002), hace referencia a la formación de relaciones conducta-conducta que regulan el propio comportamiento (Wilson, K. y Luciano, M., 2002). Una regla es un tipo de estímulo discriminativo que describe la relación entre la conducta y sus consecuencias, esto representa una ventaja en tanto posibilita la solución de problemas sin la exposición directa a las contingencias naturales (Clavijo, 2004), pero a la vez, supone la posibilidad de aparición de problemas de conducta (Hayes, S.C.; Strosahl, K.; Wilson, K.G., 1999; Clavijo, 2004). El estudio de las *CBR* permite observar las contingencias que establecen formas de regulación verbal y en consecuencia el análisis de las condiciones para alterar los patrones de comportamiento bajo el control de reglas (Wilson, K. y Luciano, M., 2002).

Las relaciones entre conductas son individuales, dependen del contexto social, la historia individual de las personas y se forman a partir de múltiples ejemplos de una relación conducta-conducta hasta que los contenidos cumplan un proceso de regulación para la acción, por ejemplo, los procesos de decir-hacer, sentir-hacer, pensar-sentir, pensar – hacer y hacer- decir (Wilson, K. y Luciano, M., 2002). Existen tres tipos de CBR llamados pliance, tracking y Augmenting.

Pliance. Conducta bajo el control de una historia de consecuencias mediado socialmente por correspondencia entre la regla y la respuesta (Hayes, S.C.; Gifford, E.V.; Hayes, G.J., 1998; Wilson, K. y Luciano, M., 2002). Consiste en que las condiciones en las que se produce la regla están generando condiciones motivacionales de reforzamiento positivo o negativo provisto por otros. Un ejemplo de regla para pliace es haz lo que él dice y obtendrás X, porque él dispondrá que así sea (Wilson, K. y Luciano, M., 2002; Clavijo, 2004).

Tracking. Este tipo de seguimiento de reglas ocurre bajo el control de una historia de correspondencia entre reglas y las contingencias naturales, es decir las reglas disponen la oportunidad de que el comportamiento caiga bajo el control de contingencias naturales (Wilson, K. y Luciano, M., 2002; Clavijo, 2004).

Augmentals. Son el seguimiento de reglas bajo el control de cambios en la capacidad de los eventos para funcionar como reforzadores o estímulos aversivos, distinguiéndose entre los alteradores formativos y los motivacionales (Hayes, S.C.; Gifford, E.V.; Hayes, G.J., 1998; Wilson, K. y Luciano, M., 2002; Clavijo, 2004). Los alteradores formativos establecen funciones a estímulos neutros, mientras que los motivacionales alteran la efectividad reforzante de los estímulos con funciones previamente establecidas (Wilson, K. y Luciano, M., 2002). Las reglas augmentals o alteradoras interactúan con los pliance y tracking tanto cuando forman simbólicamente nuevos reforzadores o estímulos aversivos, como cuando cambian el valor de las consecuencias (Wilson, K. y Luciano, M., 2002; Clavijo, 2004).

Teoría de los Marcos Relacionales

La *Teoría de los Marcos Relacionales* o *RFT* por sus siglas en inglés, en su marco filosófico, se encuentra fundamentada en el conductismo radical de Skinner y el contextualismo funcional, lo que implica una comprensión monista, funcional e idiográfica del ser humano. Como teoría busca la comprensión del lenguaje y la cognición desde el análisis funcional y describe leyes que establecen las condiciones para la formación y alteración de funciones indirectas, es decir relacionar o lo que es lo mismo responder a un evento en términos de otro. Su foco de análisis es el aprendizaje relacional, que es una operante que permite responder a un estímulo sobre las relaciones establecidas durante la historia personal entre estímulos de forma arbitraria o derivada (Hayes, et al., 2001; Wilson, K. y Luciano, M., 2002; Luciano-Soriano, M.C.; Valdivia, M.S., 2006; Mandil, 2015). Existen tres propiedades de la cognición y el lenguaje desde la RFT que son la vinculación mutua, la vinculación combinatoria y la transformación de las funciones de los estímulos (Hayes, S. C.; Barnes-Holmes, D.; Roche, B., 2002; Wilson, K. y Luciano, M., 2002).

Vinculación mutua. Es una relación entre estímulos bidireccional. Responder en una dirección se vincula a una relación inversa. En X contexto, A es igual a B, por tanto, en X contexto B es igual a A (Hayes, S. C.; Barnes-Holmes, D.; Roche, B., 2002; Wilson, K. y Luciano, M., 2002).

Combinaciones Vinculares Múltiples o Vinculación Combinatoria. Responder a la combinación de dos relaciones puede vincularse a la relación de una tercera. En X contexto, A es igual a B, B es igual a C, entonces A es igual C (Hayes, S. C.; Barnes-Holmes, D.; Roche, B., 2002; Wilson, K. y Luciano, M., 2002).

Transformación de las Funciones de los Estímulos. La función de un estímulo puede transformarse en base a cómo dicho estímulo se relaciona con otro. Cada estímulo y evento tiene múltiples funciones psicológicas y perceptuales que pueden variar y cambiar de acuerdo del ajuste al entorno y al historial de interacción con los estímulos (Hayes, S. C.; Barnes-Holmes, D.; Roche, B., 2002; Wilson, K. y Luciano, M., 2002).

Los Marcos Relacionales se forman a partir de la historia de aprendizaje que resulta en operantes relacionales sujetas al control contextual (Wilson, K. y Luciano, M., 2002; Luciano-Soriano, M.C.; Valdivia, M.S., 2006). Existen varios tipos de Marcos Relacionales, algunos de ellos son:

Marcos de relaciones de coordinación. Relación entre estímulos de igualdad, similitud o identidad, marcos autoclíticos de es igual o semejante a. Las relaciones de coordinación son básicas y las más simples de todas las posibles, siendo las primeras que se establecen como miembros de una comunidad verbal desde muy temprano en la vida (Hayes, S. C.; Barnes-Holmes, D.; Roche, B., 2002; Wilson, K. y Luciano, M., 2002).

Marco de relaciones de oposición. Este tipo de marco parece producirse después que las relaciones de coordinación. Se establecen relaciones de igualdad o semejanza, a la par o inmediatamente después, se establecen relaciones de no es igual, tanto en el plano de características físicas o no arbitrarias como de las arbitrarias. El marco relacional de oposición incluye la dimensión respecto de la cual se establece la oposición por ejemplo temperatura o tamaño (Hayes, S. C.; Barnes-Holmes, D.; Roche, B., 2002; Wilson, K. y Luciano, M., 2002).

Marco de relaciones de distinción. Responder a un evento en términos de sus diferencias con otro en alguna dimensión, pero sin llegar a establecer un marco de

oposición. Es decir, especificar diferencias, pero no opuestos (Hayes, S. C.; Barnes-Holmes, D.; Roche, B., 2002; Wilson, K. y Luciano, M., 2002).

Marco de relaciones de comparación. Responder a un evento respecto de otro sobre la base de alguna dimensión cuantitativa o cualitativa como *mejor – peor* o *más - menos*. Incluye cualquiera de las dimensiones físicas de comparación como tamaño, velocidad, textura, apariencia etcétera. (Hayes, S. C.; Barnes-Holmes, D.; Roche, B., 2002; Wilson, K. y Luciano, M., 2002).

Marco de relaciones jerárquicas. Son relaciones entre estímulos y las características de este, son relaciones que comparten el patrón básico de comparación. La fórmula típica es *A es un atributo o un miembro de B*, de modo que se establece una relación entre componentes y atributos que pertenecen a un conjunto o evento. Las relaciones jerárquicas son claves en el establecimiento de las relaciones verbales a las propiedades abstractas de un ambiente no arbitrario (Hayes, S. C.; Barnes-Holmes, D.; Roche, B., 2002; Wilson, K. y Luciano, M., 2002).

Marco de relaciones temporales. Relación temporal en un sentido no arbitrario, unidireccional y especificado por el cambio en las contingencias. También abarca la abstracción de dimensiones físicas sobre la base de marcos comparativos tanto temporales como causales en un marco verbal que se asienta en actividades metafóricas, como *antes - ahora - después, ayer – hoy – mañana*, y relaciones causales *si esto después esto* (Hayes, S. C.; Barnes-Holmes, D.; Roche, B., 2002; Wilson, K. y Luciano, M., 2002).

Marco de relaciones espaciales. Relaciones sobre la situación de los estímulos o características de estos con el espacio, como *arriba – abajo* (Hayes, S. C.; Barnes-Holmes, D.; Roche, B., 2002; Wilson, K. y Luciano, M., 2002).

Marco de condicionalidad y de causalidad. En estos marcos se encuentran las relaciones comparativas y jerárquicas. Se construye una jerarquía de relaciones causa-efecto precisa que va más allá de la establecida por el marco comparativo. La relación de causalidad implica la construcción de causas atendiendo a numerosas relaciones no arbitrarias y arbitrarias (Hayes, S. C.; Barnes-Holmes, D.; Roche, B., 2002; Wilson, K. y Luciano, M., 2002).

Marco de relaciones deícticas. Son relaciones que toman como clave a la persona, en un marco de perspectiva. Forman parte de la construcción del yo como perspectiva, como contexto de todos los contenidos y procesos verbales, consecuentemente como trascendencia (Hayes, S. C.; Barnes-Holmes, D.; Roche, B., 2002). Este marco de relaciones deícticas tiene especial importancia en la aplicación de ACT (Hayes, S. C.; Barnes-Holmes, D.; Roche, B., 2002; Wilson, K. y Luciano, M., 2002).

ACT y flexibilidad psicológica

ACT es una terapia que busca mejorar la calidad de vida promoviendo la *flexibilidad psicológica* y reduciendo la *evitación experiencial* (Krafft, et al., 2022). No es una terapia que busque reducir pensamientos, recuerdos o sensaciones negativas, desagradables o molestas, sino que busca modificar su función, promover formas de regulación del comportamiento y propiciar la aceptación de eventos privados, todo esto en concordancia con los valores personales desde una comprensión contextual (Luciano-Soriano, M.C.; Valdivia, M.S., 2006; El-Ashry, Elhay, Taha, El-Hamid, y El-Sayed, 2023).

Según Sierra y colaboradores (2016) la *flexibilidad psicológica* es el repertorio generalizado de enmarcar relacionalmente y en jerarquía, la propia conducta que se está emitiendo y el Yo deíctico. Esto reduce funciones discriminativas de la conducta y permite que se deriven reglas que especifican funciones aumentativas apetitivas. En otras palabras,

es la capacidad de observar sin juzgamientos los eventos privados, eligiendo comportarse en dirección a los valores, es decir, las personas son capaces de cambiar las relaciones funcionales de los eventos privados hacia aquello que es valioso, lo cual se refleja en bienestar físico y psicológico (Hayes, S. C.; Strosahl, K.; Wilson, K. G., 2012; Rolffs, Rogge, y Wilson, 2018; Ong y Eustis, 2021; Stockton, et al., 2021; Krafft, et al., 2022). La *flexibilidad psicológica* es una piedra angular del comportamiento personal y social saludable (Kashdan y Rottenberg, 2010) mientras que la *inflexibilidad psicológica* es la relación rígida, literal y evitativa con las experiencias internas que dominan el comportamiento (Krafft, et al., 2022). La inflexibilidad psicológica se encuentra asociada con la presencia de psicopatología (Kashdan y Rottenberg, 2010) y es considerada como la causa fundamental del sufrimiento y los conflictos psicológicos humanos (Vargas-Madriz y Ramírez-Henderson, 2012; Ong y Eustis, 2021; El-Ashry, Elhay, Taha, El-Hamid, y El-Sayed, 2023).

ACT cuenta con un modelo de *flexibilidad psicológica* que presenta componentes interrelacionados que explican los cambios significativos dentro de las intervenciones, estos componentes son la aceptación, la defusión cognitiva, la conciencia del momento presente, el yo como contexto, clarificación de valores y la acción comprometida (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999, 201Rolffs, Rogge, y Wilson, 2018; Ong y Eustis, 2021; Stockton, et al., 2021).

Aceptación. Es estar abierto a contactar plenamente y de forma consciente con los eventos privados, en especial con aquellos que se experimentan como aversivos, sin luchar, ni intentar cambiarlos o controlarlos (Wilson, K. y Luciano, M., 2002). La aceptación aparece cuando la evitación experiencial interfiere con la vivencia dirigida a valores (Rolffs, Rogge, y Wilson, 2018; Wilson, K. y Luciano, M., 2002).

La Evitación Experiencial se refiere a un patrón de respuesta dirigido a distanciarse o no establecer contacto con los eventos privados aversivos, este comportamiento deliberado busca alterar la forma, condiciones, intensidad de los eventos privados (Rolffs, Rogge, y Wilson, 2018). Es un patrón de funcionamiento o regulación verbal ineficaz (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, y Strosahl, 1996; Luciano y Hayes, 2001; Wilson, K. y Luciano, M., 2002; Hayes, Masuda, Bissett, y Luoma, 2004; Luciano-Soriano, Gutiérrez-Martínez, y Rodríguez-Valverde, 2005; Luciano-Soriano, M.C.; Valdivia, M.S., 2006; Ribero-Marulanda y Agudelo-Colorado, 2016). La evitación experiencial es considerada un problema psicológico cuando impide a la persona desempeñar sus actividades cotidianas o alejan a la persona de sus valores (Vargas-Madriz y Ramírez-Henderson, 2012; El-Ashry, Elhay, Taha, El-Hamid, y El-Sayed, 2023).

Defusión cognitiva. Es un proceso conductual donde se transforman las funciones de estímulo de eventos privados, alterando el contexto situacional o histórico en los cuales ocurren (Blackledge, 2007; Kang, R.N., Tanaka, Y., Sato, T., Maeda, S. y Shimada, H., 2025). Se puede entender como la capacidad de distanciarse de los eventos privados aversivos o desagradables sin quedar atrapado en ellos. De este modo los eventos internos se interpretan como pasajeros y particulares, en lugar de generalizarse a todas las experiencias de en la vida (Rolffs, Rogge, y Wilson, 2018; Zargar, Monzavi, Mohammadjavad, y Salehi, 2023).

En contraste, la fusión cognitiva es el proceso verbal en el que las funciones literales y evaluativas de los eventos privados tienen efectos reguladores excesivos de la conducta (Krafft, J., y Levin, M. E., 2021). La fusión cognitiva puede interpretarse como un patrón rígido de interacción con los eventos privados, cuando este es experimentado como aversivo conduce a la evitación experiencial que reforzada negativamente puede generar ciclos de evitación relacionados a trastornos psicológicos (Ruiz, Suárez-Falcón, Riaño-Hernández, y Gillanders, 2017; Rolffs, Rogge, y Wilson, 2018).

Contacto con el momento presente. Consiste en prestar atención de forma intencional a los eventos privados que contribuyan a la flexibilidad psicológica y entrar en contacto con experiencias externas valiosas (Rolffs, Rogge, y Wilson, 2018; Zargar, Monzavi, Mohammadjavad, y Salehi, 2023).

Yo como contexto. Es una forma de posicionarse frente a la propia experiencia, que consiste en tomar una perspectiva persistente de sí mismo, por tal razón se menciona que es el Yo que trasciende (Wilson, K. y Luciano, M., 2002). Es la toma de conciencia de sí mismo en interacción con el contexto, donde las experiencias internas y auto evaluaciones son consideradas transitorias y temporales (Rolffs, Rogge, y Wilson, 2018; Stockton, et al., 2021). En otras palabras, es percibirse a sí mismo como pensadores y sensibles, en lugar de sus pensamientos o sentimientos (Uramoto, Moore, García, y Kurumiya, 2023).

Acción comprometida. Consiste en comportarse en función de los valores, es decir en dirección a aquellos aspectos importantes de la vida del individuo incluso experimentando eventos privados aversivos (Rolffs, Rogge, y Wilson, 2018).

Clarificación de Valores. Es identificar reforzadores a largo plazo relacionados con acciones importantes para el individuo, lo que permite dar dirección a los comportamientos y conectar con las áreas que poseen valor para una persona (Rolffs, Rogge, y Wilson, 2018; Uramoto, Moore, García, y Kurumiya, 2023). Los valores dentro de la terapia serán identificados y promovidos, constituyéndose en componentes necesarios y ventajosos para las intervenciones (Páez-Blarrina, Gutiérrez-Martínez, Valdivia-Salas, y Luciano-Soriano, 2006; Vargas-Madriz y Ramírez-Henderson, 2012; El-Ashry, Elhay, Taha, El-Hamid, y El-Sayed, 2023).

Métodos clínicos en ACT

Los métodos de ACT son formas de interacción verbal que minimizan el ajuste a reglas que pueda proveer el terapeuta y sitúan la atención del consultante en la experiencia de sus actos, mientras reducen el razonamiento ineficaz. ACT plantea métodos clínicos sujetos a los estilos de los discursos de los terapeutas, los cuales se amplifican y permiten romper el exceso de literalidad del lenguaje y la apertura hacia las sensaciones de forma plena (Wilson, K. y Luciano, M., 2002; Barraca-Mairal, 2007; Vargas-Madriz y Ramírez-Henderson, 2012). Existen tres métodos usados por los terapeutas ACT, que son las metáforas, las paradojas y los ejercicios experienciales (Wilson, K. y Luciano, M., 2002; Barraca-Mairal, 2007; Vargas-Madriz y Ramírez-Henderson, 2012).

Metáforas. Son fórmulas verbales encaminadas a modificar la lógica de tener razón y dar razones como mecanismo de control de la evitación. Las metáforas adoptan diversas formas de acuerdo al contexto al que se haga 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, la metáfora y la metáfora física presentan simbólicamente las relaciones entre eventos privados, la conducta y sus consecuencias (Wilson, K. y Luciano, M., 2002; Vargas-Madriz y Ramírez-Henderson, 2012). Las metáforas se han mostrado útiles dentro de ACT en tanto 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 en diversos contextos (Barraca-Mairal, 2007).

Paradojas. Son formulaciones verbales que resaltan la contradicción de las propiedades de literalidad y funcionales de las reglas de evitación, buscan influir en las construcciones verbales aplicadas a fenómenos fuera del control del cliente, lo que resulta ser paradójico. La paradoja como método clínico se ha encontrado pertinente en circunstancias que resultan en sufrimiento (Wilson, K. y Luciano, M., 2002; Barraca-Mairal, 2007). Este método promueve el acercamiento directo a la problemática y ayuda al establecimiento de contextos diferentes a los mantenidos por los consultantes (Vargas-Madriz y Ramírez-Henderson, 2012). Las paradojas más importantes en ACT son las llamadas paradojas inherentes, aquellas en que se da una contradicción entre la literalidad de lo que se afirma y las propiedades funcionales de un evento verbal (Barraca-Mairal, 2007).

Ejercicios experienciales. Son ejercicios que buscan que el cliente experimente como son y actúan sus procesos verbales, es decir establecer contacto con la experiencia del Yo Como Contexto y con ello el contacto con funciones verbales experimentadas como aversivas que el consultante evita. Esto busca alterar las funciones verbales relacionadas con la evitación experiencial (Wilson, K. y Luciano, M., 2002; Vargas-Madriz y Ramírez-Henderson, 2012). 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, K. y Luciano, M., 2002; Barraca-Mairal, 2007; Vargas-Madriz y Ramírez-Henderson, 2012). Los ejercicios experienciales son bastante más elocuentes para el paciente que las discusiones analíticas y lineales (Barraca-Mairal, 2007).

Aportes de la Terapia de Aceptación y Compromiso

ACT se considera un tratamiento empíricamente respaldado (ACBS, 2023) para la intervención en diversos problemas psicológicos caracterizados por la evitación experiencial crónica y limitante (Rey, 2004; García-Rasero y Tamayo-Hernández, 2019). Según la ACBS (2023) la investigación en ACT para el 2021 contaba con más de 400 ensayos aleatorizados, más de mil estudios sobre ensayos abiertos, diseños de casos únicos, estudios de casos, evaluación, psicopatología y procesos de cambio, más de 55 metaanálisis, más de 100 libros en inglés y decenas de libros en otros idiomas. Estas investigaciones han cimentado la creación de modelos explicativos y de intervención a problemas diversos, promovidos por organizaciones y gobiernos a escala global, por ejemplo, existen programas extraídos de las ciencias del comportamiento contextual promovidos por la OMS (Tol et al., 2020 citado en Hayes, S. C., 2021) y en 2011 ACT fue incluida como un tratamiento con respaldo empírico por el Registro Nacional de Programas

y Prácticas Basados en la Evidencia de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (ACBS, 2023).

Desde ACT se han desarrollado investigaciones para la elaboración de programas y protocolos que pretenden ser herramientas para la intervención en diversidad de problemáticas y temas de interés en salud mental, a continuación, se describen algunos ejemplos.

El Manual de Intervención Grupal para Psicosis *ACT For Life* (ACBS, 2023), que consta de cuatro sesiones grupales semanales de dos horas basadas en la metáfora del autobús (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999 citado por ACBS, 2023) para trabajar fusión, mindfulness, valores y acción comprometida en cada una de las sesiones.

El programa de manejo de la ira basado en ACT para jóvenes practicantes de taekwondo (Chang y Hwang, 2017) probado en niños taekwondistas entre los 8 y 11 años. Consta de 8 sesiones basadas en ACT y mindfulness donde se trabajan la desesperanza creativa, atención y disposición, defusión cognitiva y consciencia, autoobservación, contacto con el momento presente, acción comprometida y encontrar una vida valiosa. Entre los resultados se destacan una mejor actitud hacia el entrenamiento de taekwondo, seguido de cambios en pensamientos y emociones de ira e irritación (Chang y Hwang, 2017). Como recomendaciones los autores sugieren tener en cuenta la capacidad de concentración de los participantes, realizar las intervenciones en espacios amplios y cómodos lo cual podría ayudar a los participantes a concentrarse más.

El protocolo ACC es una intervención basada en ACT para la ansiedad por la interpretación musical AMP (Mahony, Juncos, y Winter, 2022), consiste en seis sesiones, fue probada en estudiantes de artes escénicas que presentaban AMP. La intervención estuvo

dirigida por una docente de canto quien fue entrenada en ACT por parte de una psicóloga clínica. Las sesiones, de primera a sexta, consistieron en coaching, trabajo en valores, conciencia y defusión, valores y aceptación, autocompasión, conciencia, aceptación y compromiso para la acción. Los estudiantes informaron estar significativamente menos fusionados con sus cogniciones relacionadas con el AMP, presentaron más aceptación de sus síntomas fisiológicos relacionados con el AMP y más flexibles psicológicamente mientras actuaban, estas mejoras se mantuvieron después de 3 meses. El estudio tuvo una muestra pequeña y careció de un grupo de control, por lo que no es posible sacar conclusiones directas sobre la eficacia de la intervención para la AMP problemática. Sin otros controles de validez interna no se descartan posibles factores como la historia, la regresión a la media y la maduración (Mahony, Juncos, y Winter, 2022).

La adaptación cultural de un protocolo ACT para apoyar a cuidadores de niños latinos autistas (Cañon, Gould, Sandoz, Moran, y Grimaldi, 2023). Fue aplicada a 15 participantes cuidadores de niños con trastorno del espectro autista. La intervención se realizó en dos sesiones, en la primera se trabajó la naturaleza y propósito del taller, aclaración de valores, desesperanza creativa, defusión, conciencia del momento presente, en la segunda sesión se trabajó en la voluntad/aceptación, el yo como contexto y valores como el establecimiento de objetivos, acciones dirigidas por valores, identificación y superación de barreras. La intervención se asoció con reducciones significativas en la ansiedad, la depresión y la inflexibilidad psicológica para todos los cuidadores. Los factores metodológicos limitan significativamente las conclusiones; sin embargo, el estudio ofrece la base para un programa de investigación centrado en la promoción del éxito de las familias latinas con niños autistas y cómo integrar mejor las pautas para la práctica culturalmente adaptada con los enfoques de CBS (Cañón et al., 2023).

Se realizó un ensayo abierto de ACT grupal con una aplicación móvil complementaria para el trastorno de ansiedad generalizada (Krafft, et al., 2022). Fue un estudio que probó la eficacia inicial y la aceptabilidad de un protocolo de tratamiento ACT impartido en grupos de forma presencial y a través de una aplicación móvil complementaria. Los participantes fueron 21 personas con TAG que recibieron seis semanas de sesiones grupales de ACT de 2 horas y acceso a una aplicación móvil ACT complementaria, donde se trabajaron la aceptación, defusión, conciencia del momento presente, yo como contexto, valores y acción comprometida. Se produjeron mejoras significativas en la preocupación, la ansiedad, el funcionamiento social y la depresión, así como en procesos como la inflexibilidad psicológica y la fusión cognitiva relacionada con la ansiedad.

Estrategias artísticas y ACT

La eficacia del arte terapia radica en su capacidad para facilitar la comunicación no verbal y experiencial mediante el empleo de medios artísticos, integrando la creatividad, las experiencias imaginativas, la autoobservación, el distanciamiento y el uso de metáforas (Choi, 2020). Modalidades artísticas como el dibujo, la escultura, la literatura, la música, el teatro y la danza, favorecen la expresión emocional, estimulan la creatividad, previenen el agotamiento y promueven la atención. Por esto, se considera que el arte ofrece recursos valiosos para la interacción entre pacientes y personal sanitario (Carr et al., 2023; Liu, Di, y Apuke, 2023; Lobach et al., 2023).

El uso del arte para la intervención de problemáticas sociales y de salud, es una práctica común que promueve el trabajo interdisciplinar entre profesionales de las ciencias humanas, sociales y sanitarias, en estas prácticas suelen estar implicados psicólogos (Barbosa-González y Garzón-Novoa, 2020). De hecho, es probablemente que las

intervenciones desde arte tengan mayor efectividad como resultado de su integración con intervenciones psicológicas, frente a esto Liu, Di, y Apuke (2023) mencionan que no se tiene certeza de si las intervenciones utilizadas en su estudio fueron útiles por sí solas o como aditivo a una intervención cognitivo-conductual.

La integración del arte y la terapia psicológica ha sido usada en la intervención en necesidades educativas (Rodríguez, et al., 2022), el trabajo con pacientes oncológicos (Rabadán, Chamarro, y Álvarez, 2017), el abordaje de trastornos del neurodesarrollo, esquizofrenia, trastornos psicóticos, trastornos depresivos, duelo y en contextos de violencia (Barbosa-González y Garzón-Novoa, 2020).

En el libro *Act-Art. Therapy Creative Approaches to Acceptance and Commitment Therapy* (Backos, 2023) se menciona que el arte terapia y ACT pueden ser integrados para su aplicación en procesos psicoterapéuticos, ya que promueven la flexibilidad psicológica y el cambio comportamental en dirección a una vida valiosa. El *arte* ofrece un medio no verbal de comunicación para la *autoexpresión,* simplifica y da vida a los conceptos intelectuales de ACT a través de metáforas generadas por los consultantes, brinda un proceso creativo y un contexto que posibilita la conciencia del momento presente; estas características son coherentes con ACT y pueden ser aprovechadas en las intervenciones que busca aumentar la flexibilidad psicológica y reducir el sufrimiento.

En otro estudio, Kim y Choi (2025) desarrollaron un protocolo digital interactivo de ACT basado en realidad virtual, incorporando elementos de gamificación y artes multimodales. Según los autores, el arte facilita la expresión de estados internos mediante recursos táctiles y visuales, la materialización del contenido de los pensamientos y el uso de relaciones simbólicas no verbales para lograr fines terapéuticos. Además, favorece la comunicación, el distanciamiento y la toma de perspectiva; estimula emociones y el placer,

amplía las experiencias estéticas, facilita la catarsis y la expresión creativa, y promueve la exploración de roles sociales. Asimismo, el arte puede evocar respuestas emocionales y conductuales, fomentar la espontaneidad, integrar procesos lúdicos, proyectar experiencias en contextos reales o ficticios, fortalecer la empatía, emplear metáforas, expresar verbalmente pensamientos y emociones, estimular la imaginación y el pensamiento creativo, y propiciar la autorreflexión mediante el distanciamiento narrativo.

Pregunta problema

¿Cuál es el efecto de un protocolo breve de ACT de aplicación grupal que integre estrategias artísticas para promover la flexibilidad psicológica en adultos de la ciudad de Cali?

Objetivo general

Construir y evaluar un protocolo breve de ACT de aplicación grupal que integre estrategias artísticas para promover la flexibilidad psicológica en adultos de la ciudad de Cali.

Objetivos específicos

Diseñar un protocolo breve de aplicación grupal que integre estrategias artísticas para movilizar metáforas y acciones desde ACT.

Determinar el efecto de un protocolo breve de ACT de aplicación grupal que integre estrategias artísticas para la intervención de la flexibilidad psicológica de adultos de la ciudad de Cali.

Determinar la diferencia entre el efecto de un protocolo breve de ACT que integre estrategias artísticas y el efecto de un protocolo breve de ACT, para la intervención de la flexibilidad psicológica en adultos de la ciudad de Cali.

Generar material para psicólogos clínicos que permitan la aplicación del protocolo breve de ACT que integre estrategias artísticas en sus prácticas terapéuticas.

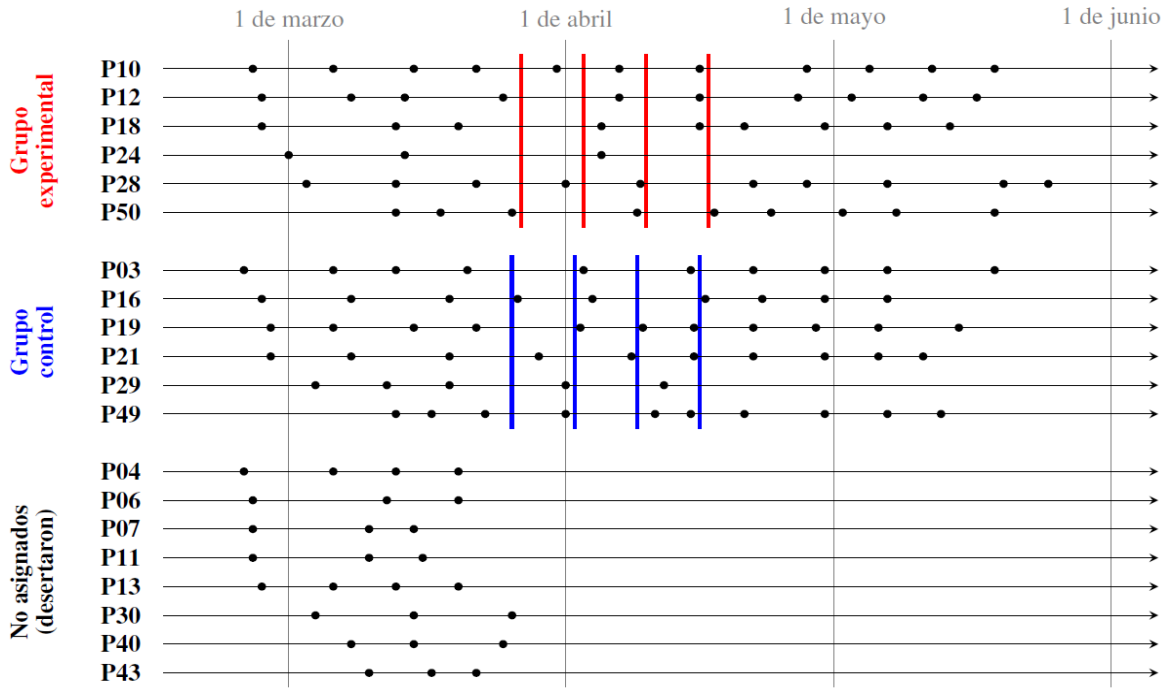
Método

Diseño

El diseño del estudio fue cuasiexperimental y longitudinal con grupo experimental y grupo control activo. Se realizaron mediciones durante la línea base (antes de la intervención), durante la fase de intervención y seguimiento.

Figura 1

Diseño del estudio.



Nota. Los círculos indican las mediciones para los distintos participantes; las líneas en color rojo y azul muestran las sesiones para los grupos experimental y control, respectivamente.

La intervención consistía en cuatro sesiones basadas en la terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), en el grupo experimental la ACT se implementó con estrategias artísticas, mientras que en el grupo control, la implementación de la terapia fue

exclusivamente verbal. Los participantes se distribuyeron en los grupos experimental y control activo por conveniencia, de acuerdo con la disponibilidad del tiempo de los sujetos para asistir a las sesiones presenciales.

Instrumentos

Cuestionario de Aceptación y Acción - AAQ II

El Cuestionario de aceptación y acción AAQII (Gillanders, et al, 2014 citado en Beltrán, 2020) mide evitación experiencial e inflexibilidad psicológica adaptado y validado en España por Ruiz, Langer, Luciano, Cangas y Beltrán en 2013. Es un cuestionario con 7 ítems y escala tipo Likert, que presenta buenas propiedades psicométricas con un alfa de 0,91 (Beltrán, 2020). En validación realizada en población colombiana por Durán-Parra, Guerrero-Santiesteban, y Cárdenas (2015) se evidencia buena consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0,887 y estructura unifactorial tanto en la prueba original como en la versión validada en España (Ruiz, Langer, Luciano, Cangas, y Beltrán, 2013).

Cuestionario de Fusión Cognitiva – CFQ

El CFQ (Bond, et al., 2011) es un instrumento que mide la Fusión Cognitiva a través de un cuestionario tipo Likert con 7 ítems adaptado por Ruiz, F., Suárez, J., Riaño, D., y Gillanders, D., en 2017. Presenta propiedades psicométricas con un alfa de Cronbach de 0,93. En validación a población colombiana las puntuaciones del CFQ estuvieron significativamente correlacionadas con evitación experiencial, síntomas emocionales, mindfulness y satisfacción vital (Ruiz, Suárez-Falcón, Riaño-Hernández, y Gillanders, 2017; Beltrán, 2020).

Cuestionario de Valores – VQ

El cuestionario VQ (Smout, Davies, Burns, y Christie, 2014) es un autoinforme de 10 ítems tipo Likert, que cuenta con dos subescalas obstrucción, en donde los

pensamientos, sentimientos y recuerdos difíciles afectan la movilización de conducta hacia acciones valiosos; y progreso, la cual indica que las acciones que se realizan van encaminadas a las acciones valiosas (Smout, Davies, Burns, y Christie, 2014; Cruz, 2022). Este cuestionario ha demostrado buenas propiedades psicométricas con un alfa en Progresión de 0,81 y Obstrucción de 0,79. El Cuestionario de Valores VQ en su revisión en Colombia mostró un alfa de Cronbach de 0,83 (Beltrán, 2020; Cruz, 2022).

Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés – DASS – 21

Es un cuestionario creado por Antony, Bieling, Cox, Enns y Swinson en 1998 y adaptado a Colombia por Ruiz, García, Suárez y Odriozola (2017 citado en Beltrán, B., 2020), está compuesto por 21 ítems con cuatro opciones de respuesta, está compuesto por las subescalas de depresión, ansiedad y estrés y clasifica en leve, moderada, severa o extremadamente severa la sintomatología reportada. La suma de las puntuaciones muestra un indicador general de la sintomatología, cuenta con un alfa de 0,93 (Beltrán, 2020).

MAAS – Mindfulness Attention Awareness Scale

Es un instrumento creado para medir en qué medida las personas prestan atención durante mientras realizan varias tareas o por el contrario se comportan sin prestar suficiente atención a las tareas (Ruiz, Suárez-Falcón, y Riaño-Hernández, 2016) , es una escala que no requiere conocimiento previo sobre meditación. Fue creada por Brown y Ryan en 2003, la versión española fue creada por Soler en el 2012 y su adaptación a Colombia se realizó en estudiantes Universitarios por Ruiz, F., Suárez, J. y Riaño, D. (2016). Es una escala tipo Likert de 15 ítems, las puntuaciones de cada ítem van de 6 = casi nunca a 1 = casi siempre. La versión colombiana del MAAS de Ruiz, F., Suárez, J. y Riaño, D. (2016) es una medida válida y confiable de mindfulness en colombianos, ha mostrado buenas propiedades psicométricas (,92), y todos los ítems muestran una consistencia interna adecuada.

PSWQ- Penn State Worry Questionnaire-11

El PSWQ es un instrumento que se usa para medir preocupación en el trastorno de ansiedad generalizada TAG. Consta de 16 ítems que se responden en una escala tipo Likert de 5 puntos, que va de 5 muy típico de mí a 1, nada típico de mí, con puntuaciones entre 16 a 80 puntos. Las puntuaciones más altas indican un mayor grado de preocupación. Tiene muy buena consistencia interna, con un alfa de Cronbach que oscila entre 0,91 y 0,94 (Meyer et al., 1990 citado en Ruiz, F., Monroy, A. y Suárez, J., 2018). El PSWQ-11 es la versión española abreviada puede utilizarse para medir la preocupación relacionada con el TAG en Colombia (Ruiz, F., Monroy, A. y Suárez, J., 2018).

Participantes

Los participantes del estudio fueron 20 y completaron al menos una medición; sin embargo, solo 10 personas finalizaron todo el proceso (que se extendió hasta aproximadamente un mes después de la última sesión de intervención). De las 10 personas que desertaron, ocho lo hicieron antes de la primera sesión de intervención; de los otros dos, una (P24) asistió a las dos primeras sesiones grupales de intervención experimental y otra (P29) a tres sesiones de la intervención control.

De los 10 participantes que finalizaron el proceso, 7 eran mujeres y 3 hombres, edad media=27, DE=6,91). Los participantes presentaban nivel socio económico medio, medio-bajo, el grado de escolaridad más alto fue de universitario (1 participante) y el más bajo de secundaria (3 participantes). La *tabla 1* muestra datos generales de los participantes.

Tabla 1.

Datos generales de los participantes de la investigación.

Cód.	Grupo	Edad	Género	Grupo étnico/otros grupos	Ocupación
P10	Experimental	35	Femenino	Afrodescendiente	Estudiante universitaria
P12	Experimental	20	Femenino	No reporta	Manicurista
P18	Experimental	22	Masculino	No reporta	Estudiante universitario
P28	Experimental	25	Femenino	No reporta	Estudiante universitaria
P50	Experimental	38	Masculino	No reporta	Comerciante
P3	Control	21	Masculino	No reporta	Promotor de eventos
P16	Control	28	Femenino	Afrodescendiente/ Víctima del Conflicto Armado	Estudiante técnico/ Estilista
P19	Control	22	Femenino	No reporta	Estudiante universitaria
P21	Control	22	Femenino	Víctimas del Conflicto Armado	Estudiante universitaria
P49	Control	36	Femenino	No reporta	Terapeuta ocupacional

Nota. Elaboración propia. Participantes que completaron el proceso de investigación.

Para la inclusión y exclusión de los participantes en el estudio se tuvieron en cuenta los siguientes criterios.

Criterios de Inclusión

- Personas mayores de 18 años.
- Personas menores de 38 años.
- Residentes en la Ciudad de Cali.
- Aceptar su participación de forma voluntaria y firmar los consentimientos informados.
- Presentar puntuaciones de los instrumentos que indiquen niveles moderados por lo menos en tres de los siguientes instrumentos AAQ II, CFQ, DASS – 21, PSWQ -11.
- Completar las mediciones antes, durante y después de la intervención.

- Asistir a todas las sesiones de intervención.

Criterios de Exclusión

- Presencia de discapacidad cognitiva.
- Personas menores de 18 años.
- Mayores de 38 años.
- Encontrarse en proceso de psicoterapia, tratamiento psiquiátrico o farmacológico.
- Presentar puntuaciones de los instrumentos que indiquen niveles leves.
- Presentar puntuaciones de los instrumentos que indiquen niveles altos y severos en por lo menos dos de los siguientes instrumentos AAQ II, CFQ, DASS – 21, PSWQ -11.
- No firmar los consentimientos informados.
- A pesar de cumplir con los criterios, no completar con la medición de línea base.
- Falta a una sesión de intervención.

Procedimiento

La investigación se desarrolló en cinco etapas las cuales se describen a continuación:

Diseño del Protocolo

Se conformó un equipo de trabajo de cinco personas. Los autores principales fueron una psicóloga con formación a nivel doctorado, experta en ACT, intervención clínica y elaboración de protocolos clínicos y un psicólogo, estudiante de maestría con conocimiento y entrenamiento en ACT; además, se contó con tres monitoras, estudiantes de pregrado en psicología con conocimientos básicos y formación en curso en ACT.

A través de grupos de discusión, el equipo de trabajo generó metáforas, paradojas y ejercicios experienciales basados en la teoría de marcos relacionales y la conducta gobernada por reglas, las cuales se consideraban pertinentes para movilizar los componentes de ACT. Se elaboraron dos versiones de un protocolo de ACT, uno que integraba estrategias artísticas y el otro que era exclusivamente verbal. Como resultado se construyó un protocolo preliminar de 4 sesiones conformado por 30 ejercicios, además, se estableció un guion de aplicación y con este insumo se realizó un entrenamiento al equipo.

Posteriormente, se realizó un pilotaje que consistió en la aplicación del protocolo a un grupo de 6 personas, cinco mujeres y un hombre entre los 22 a 35 años de forma presencial. El equipo de investigadores observó el desarrollo de las sesiones y tomó nota de aspectos relevantes sobre la ejecución de los ejercicios, el uso de materiales, los tiempos de ejecución de las actividades, la claridad y comprensión de los ejercicios, la interacción de los participantes, las dificultades observadas y las fortalezas, además se tomaron en cuenta las preguntas y observaciones de los participantes sobre los ejercicios.

Tras los ajustes se formula un protocolo de 4 sesiones de aplicación semanal, con una duración de tres horas y que consta de 25 actividades orientadas a movilizar los componentes de ACT.

Convocatoria

La convocatoria para participar en el estudio se llevó a cabo mediante estrategias de difusión digital y comunitaria, que incluyeron publicaciones en redes sociales, la técnica de voz a voz y el método de bola de nieve. A través de estos canales se compartió un formulario de Google, en el cual los interesados registraban sus datos de contacto.

Un total de 131 personas completaron el formulario inicial. Posteriormente, se contactó telefónicamente a cada una de ellas para presentar de forma general la

investigación, sus objetivos y posibles riesgos. Además, se verificó el cumplimiento de los criterios de inclusión y se agendó una entrevista individual presencial con quienes cumplían los requisitos básicos. Las llamadas telefónicas tuvieron una duración aproximada de 20 minutos.

Se convocó a 53 personas para asistir a una entrevista individual y presencial. En dicha sesión se explicó detalladamente el objetivo del estudio, se expusieron los posibles riesgos asociados y se firmaron los consentimientos informados correspondientes a la participación en la investigación y de aplicación de los instrumentos psicológicos.

Durante la entrevista presencial se aplicó la batería de instrumentos con el fin de evaluar la flexibilidad psicológica de los participantes y la presencia de sintomatología asociada a ansiedad, depresión y estrés. Los resultados eran interpretados y socializados al participante durante la entrevista. Se seleccionó a las personas que presentaban puntajes moderados de inflexibilidad psicológica y con presencia de sintomatología asociada a la ansiedad, estrés y depresión, además, contaban con disponibilidad para asistir a las sesiones grupales presenciales. A los participantes con puntajes leves, altos y severos se brindaron recomendaciones de autocuidado, se presentó material informativo de autocuidado de salud mental y se ofreció un directorio de servicios de salud mental en la ciudad, este proceso fue aprobado por el comité de ética de la Universidad del Valle.

En total, se realizaron 131 llamadas telefónicas y se llevaron a cabo 53 entrevistas presenciales, cada una con una duración aproximada de 90 minutos. Como resultado, se conformó un grupo inicial de 20 personas que cumplían con todos los criterios de inclusión y no presentaban criterios de exclusión. Sin embargo, 10 participantes desertaron del proceso, el cual terminó con 10 participantes distribuidos entre el grupo experimental (5 participantes) y control activo (5 participantes).

Intervención

Hace referencia a la aplicación del protocolo de acuerdo con el diseño planteado. A continuación, se describen las etapas de la intervención de este estudio.

Línea base. Se realiza la aplicación semanal de los instrumentos (AAQ II, CFQ, VQ, DASS – 21, MAAS, PSWQ -11) de forma virtual a través de formatos de Google. Se realizaron entre 3 y 4 mediciones con el fin de establecer una línea base de la variable dependiente en ausencia de la independiente.

Distribución de los grupos. Al completarse por lo menos 3 mediciones se distribuye a los participantes en dos grupos, experimental y control activo, por conveniencia de acuerdo con el tiempo que los participantes dispongan para asistir a las sesiones presenciales.

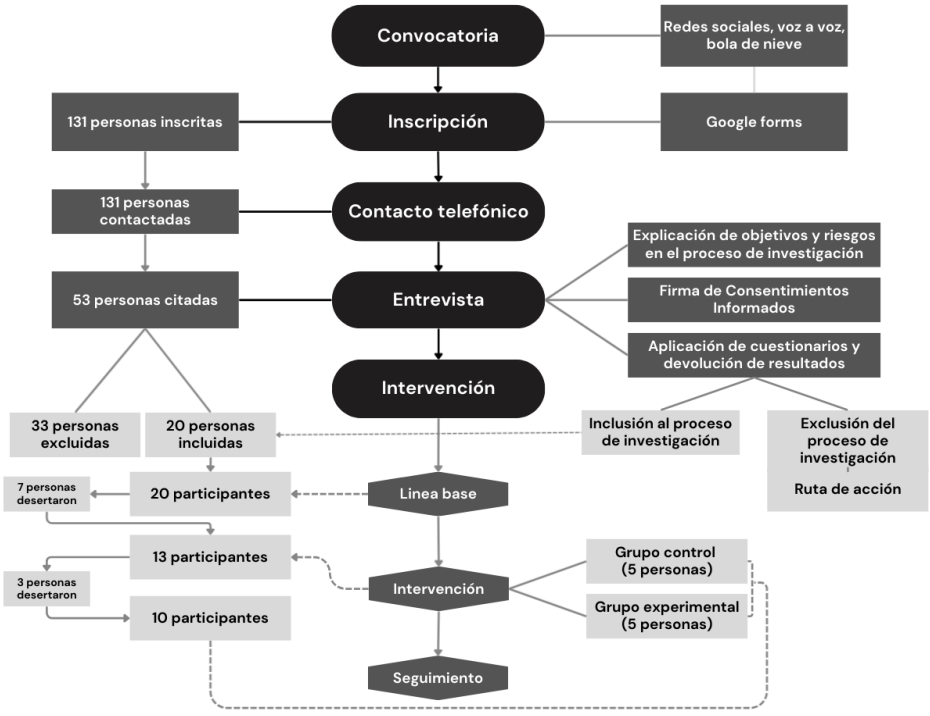
Aplicación del protocolo. Se aplicaron las dos versiones del protocolo breve de ACT, las sesiones se realizaban una vez por semana, durante 4 semanas consecutivas, la duración de las sesiones era de tres horas aproximadamente. Todas sesiones eran dirigidas por un investigador y con el apoyo de las monitoras quienes se encargaban de la logística de las sesiones y el registro audiovisual. Durante la primera sesión se firmó el consentimiento informado de grabación de audio e imagen. Adicionalmente, entre sesiones se enviaban piezas informativas y ejercicios coherentes con los ejercicios y componentes de las sesiones presenciales.

Medición durante la fase de intervención. Se midió la VD en presencia de la VI, a través de los formularios en formato virtual. Los resultados de cada medida se informaban a los participantes a través de una infografía que mostraba un diagrama de líneas con los resultados en cada instrumento durante el tiempo.

Seguimiento. Tras la aplicación del protocolo se realiza la medición de la VD después de haber aplicado el protocolo en el grupo experimental y control activo. Se aplicaron entre 3 y 4 mediciones de seguimiento semanal a los participantes.

Figura 2

Proceso de investigación y comportamiento de los participantes.



Nota. Elaboración propia.

Análisis de información.

Se realizó la organización y limpieza de la información de las mediciones en bases de datos, información usada para el análisis de información con la cual se buscó determinar

el efecto del protocolo en los grupos experimental y control activo, además de determinar la diferencia en el efecto del protocolo entre los grupos experimental y control activo.

Aspectos éticos

Esta investigación fue aprobada por el comité de ética de la Facultad de Psicología de la Universidad del Valle y su desarrollo se fundamentó en el respeto de la dignidad, la búsqueda del bienestar de la población involucrada, la protección de la identidad y la autonomía de las personas participantes, en conformidad a la resolución 8430 de 1993, se usaron instrumentos validados en población colombiana y fueron aplicados por un profesional capacitado, con tarjeta profesional vigente (Ley 1090 de 2006). Las acciones realizadas dentro de la investigación como aplicación de instrumentos, toma de registro audiovisual y participación en la aplicación del protocolo fueron informadas y autorizadas por los participantes a través del consentimiento informado. De acuerdo con la clasificación de la resolución 8430 de 1993 este trabajo es una investigación de riesgo mínimo.

Ruta

Se establecieron tres acciones para proteger la salud mental de los participantes que mostraron puntajes leves, moderados o altos de Inflexibilidad psicológica y presencia de síntomas asociados con ansiedad, estrés o depresión. Cuando los resultados corresponden a un nivel leve se brindó un directorio de atención a emergencias en salud mental y de profesionales en psicología clínica, además se invitó a un taller de autocuidado en salud emocional y gestión de emociones realizado de manera virtual. Para los estudiantes cuyos puntajes correspondan a un nivel alto y severo se realizó una sesión de psicoeducación y orientación para recibir atención en salud en el sistema de salud, servicios de salud mental institucionales, se brindó un directorio con líneas nacionales y locales de atención en salud mental, además se entregó una guía con acciones de autocuidado en salud mental.

Los participantes con puntajes moderados fueron incluidos en la aplicación del protocolo, durante la aplicación de este no se presentaron emergencias de salud mental o activación de rutas por riesgos en salud mental.

Análisis de datos

Los análisis se realizaron en el marco de los modelos lineales mixtos (también conocidos como modelos lineales jerárquicos o multinivel), que constituyen una generalización del modelo lineal general (que incluye métodos ampliamente conocidos como la regresión lineal y el análisis de varianza; Goldstein, 2011; Raudenbush y Bryk, 2002; Snijders y Bosker, 2012). Estos modelos se emplean cuando los datos presentan una estructura anidada; es decir, cuando las observaciones elementales se agrupan dentro de unidades de un nivel superior. En este estudio, por ejemplo, se cuenta con 11 mediciones "agrupadas" para la persona P10; se dice que las mediciones están anidadas dentro de las personas. La ventaja de los modelos mixtos es que respetan la estructura jerárquica de los datos: en este caso, permiten realizar inferencias a nivel individual sin perder de vista que las personas representan sólo una muestra de una población más amplia.

Dado que tanto el tamaño de la muestra de personas (20 y solo 10 que aportan datos después de la primera sesión de intervención) como el número de mediciones por persona (máximo 11) son reducidos, los modelos mixtos resultan especialmente adecuados, pues combinan de manera eficiente toda la información disponible (133 mediciones de 20 participantes). Esta estrategia es superior a dos alternativas problemáticas: (a) ignorar la estructura anidada y realizar un único análisis conjunto, lo que conduciría a inferencias incorrectas, o (b) analizar cada participante por separado, lo que conllevaría a una potencia estadística insuficiente, debido al reducido número de mediciones individuales.

Se ajustó un modelo a los datos. El modelo base estima el efecto conjunto de las cuatro sesiones de intervención, diferenciando entre grupo experimental y grupo control.

Para el ajuste de los modelos a los datos se empleó un enfoque de estimación bayesiano (Gelman et al., 2014), el cual ofrece varias ventajas sobre el enfoque tradicional (frecuentista), entre ellas un manejo más adecuado de muestras pequeñas. Esto se debe a que la estimación bayesiana incorpora la incertidumbre de manera explícita en las distribuciones posteriores y permite, en caso necesario, incluir información previa mediante distribuciones a priori, lo que conduce a inferencias más estables y realistas especialmente cuando el tamaño muestral es limitado.

Resultados

En este apartado se describen los resultados del estudio a partir del diseño del protocolo y el análisis de los datos.

Diseño del Protocolo y Pilotaje

A través de grupos de discusión semanales realizados durante 6 meses, se construyó un protocolo preliminar que contenía 30 actividades que integraban ejercicios experienciales, metáforas físicas y acciones desde ACT con estrategias artísticas. El protocolo fue probado en un pilotaje, donde participaron 6 personas, entre los 22 a 35 años, residentes de la ciudad de Cali. Tras el pilotaje, se evaluaron el contenido y la ejecución de las actividades. Se descartaron 5 actividades que aparentemente no movilizaron los componentes de ACT como se había planeado o no fueron de interés de los participantes, además su ejecución resulto compleja.

Se modificaron aspectos del guion del terapeuta con claves verbales que acompañaron cada actividad, el orden de ejecución de algunos ejercicios y se agruparon teniendo en cuenta los componentes principales de ACT que movilizaba cada actividad.

Figura 3

Sesión de pilotaje, ejercicio elegir en la tormenta.



Nota. Metáfora de la tormenta que moviliza la desesperanza creativa.

Figura 4

Sesión de pilotaje, ejercicio llevar a los monstruos conmigo.



Nota. Ejercicio experiencial y metáfora física para trabajar componente de defusión cognitiva.

Posteriormente se tuvieron en cuenta algunas sugerencias de los participantes, sobre todo aquellas que relacionadas a promover actividades y herramientas para el manejo de los eventos privados problemáticos (EPP) en entornos naturales. En general los participantes del pilotaje describieron como un experiencia valiosa, práctica y novedosa.

En cuanto a la integración de estrategias artísticas se consideró enfatizar en el dibujo, la escultura, la literatura y la pintura.

Durante las sesiones permitieron que se presentaran conductas clínicamente relevantes emitidas por los participantes fueron abordadas a través de acciones que involucraban el arte, o el uso de material para generar metáforas físicas, por ejemplo, cosificar una emoción que podía ser difícil de definir. En este sentido se decidió que durante todas las sesiones se debía disponer de material como pintura, papel, lana, plastilina etcétera. Además, este material debía variar en sus características y estar planeado para posibilitar la movilización de los componentes, por ejemplo, en la sesión 2, el ejercicio del arcoíris del malestar, se consideró que era necesario utilizar materiales con características de color y textura, que pudieran relacionarse con las funciones de la palabra sufrimiento, en otras palabras, los participantes representaban el sufrimiento utilizando colores oscuros y texturas rugosas o ásperas.

Tras el pilotaje se realizaron los ajustes que se consideraron pertinentes, resultando una versión del protocolo breve de ACT de aplicación grupal que integra estrategias artísticas, el cual consta de 4 sesiones de aplicación semanal, con una duración media de tres horas, el protocolo moviliza los componentes de ACT a través de 25 actividades.

Tabla 2

Protocolo breve de Terapia de Aceptación y Compromiso y estrategias artísticas.

Primera sesión		
Tema	Objetivos	Número de actividades
1. Contextualización de la terapia. 2. Sufrimiento desde ACT. 3. Clarificación de valores.	1. Establecer la relación y contexto terapéuticos. 2. Ampliar y flexibilizar los enmarques relacionales con el sufrimiento. 3. Clarificar valores y explorar su relación con el sufrimiento.	- 8 actividades.
Segunda sesión		
1. Análisis de la conducta desde ACT. 2. Clarificación de valores.	1. Comprender el patrón de evitación experiencial de los participantes a través del análisis funcional de la conducta de ACT. 2. Clarificar valores y explorar su relación con el sufrimiento.	- 6 actividades.
Tercera sesión		
1. Desesperanza creativa.	1. Identificar patrones ineficaces de control del sufrimiento. 2. Promover el contacto saludable con el sufrimiento. 3. Promover la elección de comportamiento valioso en presencia del sufrimiento.	- *4 actividades*
Cuarta sesión		
1. Defusión Cognitiva. 2. Acciones comprometidas.	1. Entrenar ejercicios de defusión cognitiva que permitan experimentar los EPP como eventos transitorios y no literales. 2. Promover los patrones de acción efectiva orientados a valores.	- 7 actividades

Nota. Versión del protocolo tras el pilotaje, el protocolo fue aplicado en la intervención.

Guía de intervención

La guía de intervención o diario de trabajo fue un producto de la investigación, consiste en una cartilla impresa con plantillas donde, con ayuda del terapeuta, se desarrollaron las actividades de cada sesión. Cabe mencionar que la cartilla era personal y funcionaba para desarrollar actividades y volver a actividades anteriores cuando así se requería.

Figura 5

Guía de intervención



Nota. Páginas 2, 5, 9 y 16 de la guía del protocolo ACT que integra estrategias artísticas.

Primera sesión. Establecimiento del contexto terapéutico, comprensión del sufrimiento desde ACT y valores

Se construyeron 8 actividades para esta sesión, las cuales buscaron establecer el contexto terapéutico, exponer la comprensión del sufrimiento desde ACT y clarificar valores. En esta sesión se explicaron los objetivos del protocolo y se establecieron acuerdos de convivencia y cuidado de los espacios donde se desarrollaron las actividades.

Figura 6

Guía de intervención ejercicio de personalizar la guía.



Nota. Guía de trabajo intervenida por P50 con la leyenda “soy un ser capaz”.

Con el fin de introducir a los participantes en el proceso se formularon actividades que les permitieron sentirse en un espacio de confianza y confidencialidad, en el que tendrían la oportunidad de mejorar su relación con el sufrimiento. Para esto se entregó la guía de trabajo y se solicitó que la apropien teniendo en cuenta lo que ellos esperaban del proceso. Frente a esto los participantes intervinieron la portada de la guía, durante el ejercicio verbalizaron y plasmaron en la guía las razones por las que participaban, en general reportaron que estaban experimentando emociones y pensamientos molestos que habían interferido en diversas áreas de su vida, familiares, académicas y de pareja, y que en ese momento se estaban permitiendo un espacio para mejorar o desarrollarse como personas.

Figura 7

Guía de intervención, ejercicio de personalizar la guía.



Nota. Guía de trabajo intervenida por P10 con la leyenda "está bien sacar tiempo para estar mal".

Con esta actividad se buscó enmarcar en coordinación la acción de *participar en el proceso* como una experiencia *muy valiosa*, una acción *muy importante*, es un espacio para darle espacio a sus emociones y pensamientos, y caminar hacia aquello que es realmente valioso. Es decir, el protocolo busca que los participantes contacten con sus eventos privados problemáticos (EPP) de forma saludable y actúen hacia sus valores. En este sentido, las herramientas de trabajo como la guía y las gafas de toma de perspectiva fueron entregadas en una bolsa de regalo, buscando darle funciones reforzantes a la acción de asistir a las sesiones del protocolo.

En esta sesión se abordó el tema del sufrimiento como parte de la experiencia humana. Se explica que socialmente el sufrimiento se encuentra enmarcado en oposición al

bienestar, al placer y a la felicidad, y es considerado como una experiencia negativa indeseable, sin embargo, el sufrimiento ha sido parte de la vida de todas las personas, muchas veces de forma necesaria e importante.

Figura 8

Guía de intervención, ejercicio red de sufrimiento.



Nota. Ejercicio red de sufrimiento de P10, ejercicio para identificar enmarque relacionales respecto al sufrimiento.

Los ejercicios relacionados a este tema buscaron ampliar los enmarques con el sufrimiento, enmarcándolo con aprendizajes y experiencias valiosas, flexibilizando la relación de los participantes con lo que socialmente se ha establecido como sufrimiento.

A través del ejercicio *red de sufrimiento*, los participantes representaron aquello que le venía a la mente cuando leían la palabra sufrimiento en la hoja de guía. Los participantes representaron y escribieron en la guía pensamientos, emociones ,recursos, sensaciones, adjetivos, experiencias *negativas*. Posteriormente, se solicitó a los participantes que

pensarán si el sufrimiento podría ser valioso, útil, necesario o importante, si les había ayudado a tomar decisiones, o les había enseñado algo en algún momento de sus vidas. Este nuevo contexto verbal permitió que los participantes plasmen nuevos enmarques relacionando el evento *sufrimiento* con eventos que podrían catalogarse como *positivos*.

Durante esta sesión se desarrolló una actividad de clarificación de valores, que buscaba explicar que son los valores desde ACT, identificar los valores de los participantes y cómo estos se relacionan con el sufrimiento.

Se consideró pertinente que el componente de clarificación de valores se encuentre en todas las sesiones del protocolo, por tal razón se montan varias actividades para que, a través de múltiples ejemplos, los participantes identifiquen aquellos reforzadores naturales, simbólicos y a largo plazo, teniendo en cuenta que no sean metas y que no se encuentren mediados por refuerzo social (*pliance*).

Es así como se desarrolló la actividad titulada *siluetas*, que consistió en intervenir una serie de siluetas, que representan diferentes etapas de la vida de los participantes, pintando, dibujando o escribiendo aquello que era muy importante o valioso, las cosas que le gustaba hacer, sus sueños, hobbies y aquello que lo hace único en cada época. Se identificó que existía continuidad y coherencia entre algunos valores a lo largo de cada etapa. Se observó que si bien, los valores cambian, estos guardan relación con los valores en el aquí y el ahora, lo que probablemente tiene que ver con experiencias relevantes del participante. Si bien se busca conocer aspectos relevantes de la historia de los participantes el punto clave es el presente. Se clarificaron los valores en el aquí y el ahora, entendiendo que estos son fruto del aprendizaje en un contexto que se actualiza constantemente.

Figura 9

Guía de intervención, ejercicio de las siluetas.



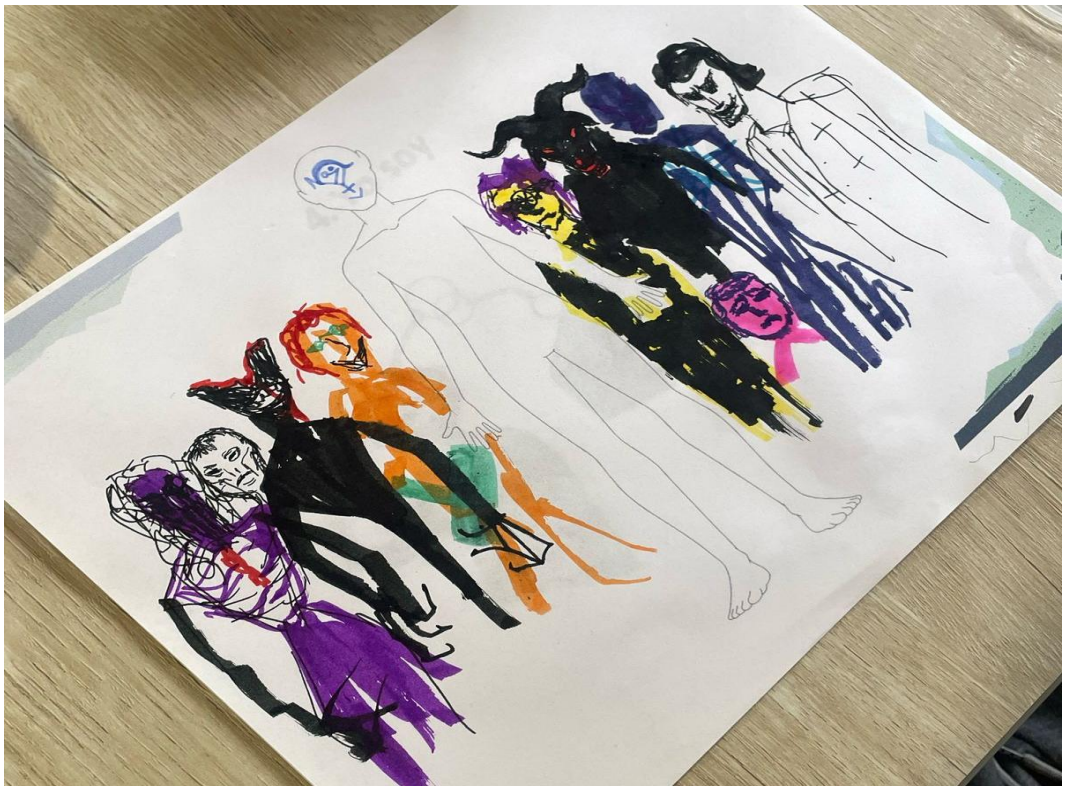
Nota. Ejercicio de las siluetas, a través de símbolos y colores P28 describe que aspectos importantes en las etapas de la vida son los vínculos fuertes y amor.

Se observó que, al explorar los valores en la historia de los participantes, frecuentemente surgían experiencias de sufrimiento. Algunos participantes representaron eventos de su vida que consideraban importantes pero que presentaban funciones aversivas, por ejemplo, experiencias de perdida de seres queridos, eventos de desprotección y abuso. Esto no se consideró un obstáculo para el desarrollo de la actividad en tanto la silueta del aquí y ahora solía ser representada teniendo en cuenta el *valor* acompañado con los eventos *negativos.* Esto es coherente con el objetivo del protocolo, en tanto, se buscó entrenar la capacidad de los participantes de elegir en dirección del valor incluso experimentando los EPP.

Durante el ejercicio se promovieron y reforzaron los enmarques del YO como diferente a los EPP y experiencias de abuso, también con un enmarque jerárquico del YO mayor a los EPP y con el valor, en tanto el valor es parte del YO.

Figura 9

Guía de intervención, ejercicio de la silueta.



Nota. Ejercicio de la silueta P18. Al hablar de valores y la historia personal surgen también experiencias de sufrimiento.

Segunda sesión. Análisis de la conducta desde ACT, trastorno de evitación experiencial y clarificación de valores.

Durante la aplicación del protocolo se buscó que los participantes contacten con el sufrimiento de forma saludable, es decir entren en contacto con sus EPP en un entorno seguro, dándoles apertura y actuando en función de los valores. Para esto se consideró

necesario que los participantes entendieran su propio sufrimiento y el patrón rígido de evitación experiencial a través del análisis funcional de la conducta de ACT.

A través de un esquema de cinco franjas concéntricas en forma de un arcoíris los participantes organizaron la información correspondiente a las situaciones en las que aparecen los EPP, los EPP, los comportamientos emitidos frente a esos EPP, las consecuencias a corto plazo y consecuencias a largo plazo.

Los participantes lograron organizar la información de cada franja basándose en su experiencia, lo que contribuyó a la comprensión del ciclo de evitación experiencial y su relación con el sufrimiento. Durante la sesión se preguntó que franja eliminarían, algunos respondieron que las situaciones o los EPP, otros respondieron *lo que hacen* frente a los EPP.

Además de organizar la información en las franjas, el análisis funcional contribuye a comprender la relación entre la cada franja y visualizar el patrón de evitación, enfocándose en el comportamiento evitativo generalmente reforzado negativamente, el cual afecta a mediano y largo plazo áreas importantes de la vida. Participantes como P12 y P50, mencionaron que las consecuencias a largo plazo las están experimentando en el presente, es decir, áreas valiosas de su vida se encontraban afectadas por el patrón de evitación experiencial.

Se identificaron comportamientos que pueden calificarse como neutros o positivos, sin embargo, pueden tener una función evitativa, es decir, no es lo que una persona hace sino el para que lo hace. Esta conclusión de la actividad fue abordada con los participantes y fue coherente con ACT, en tanto la terapia y el análisis funcional buscan conocer las relaciones funcionales más que la topografía, los síntomas o contenido de los EPP (Wilson, K y Luciano, C., 2020). Algunos comportamientos considerados como evitativos por los

participantes fueron escuchar música, hacer aseo, organizar el cuarto, encerrarse en el cuarto, llorar y hacer ejercicio.

Figura 10

Guía de intervención, ejercicio del arcoíris del malestar.



Nota. Ejercicio del arcoíris del malestar de P10, por medio del cual se hace el análisis funcional de la conducta desde ACT.

Se muestra en la parte superior izquierda del arcoíris una figura de un diamante y al lado superior derecho la figura de unos lentes, estos estímulos fueron relacionados previamente con los valores y con la toma de perspectiva respectivamente. Cuando se realizaban ejercicios que implican acercarse al malestar o entrar en contacto con los EPP, el diamante recordaba que se estaba haciendo el ejercicio con un objetivo valioso para el participante, además los lentes correspondían a tomar distancia, además de realizar el ejercicio con curiosidad, amabilidad y apertura. A través de la actividad del arcoíris del

malestar los participantes observaron su propio comportamiento y como este se relaciona con su sufrimiento a través del ciclo de evitación experiencial.

Se usaron las claves contextuales representadas por el diamante y los lentes para generar estrategias que les permitan relacionarse con los EPP de forma diferente a la evitación, adicionalmente se aplicó una adaptación de la metáfora del epitafio de Wilson, K. y Luciano, C. (2002), para explicar que los patrones evitativos resultan problemáticos cuando alejan a las personas de sus valores.

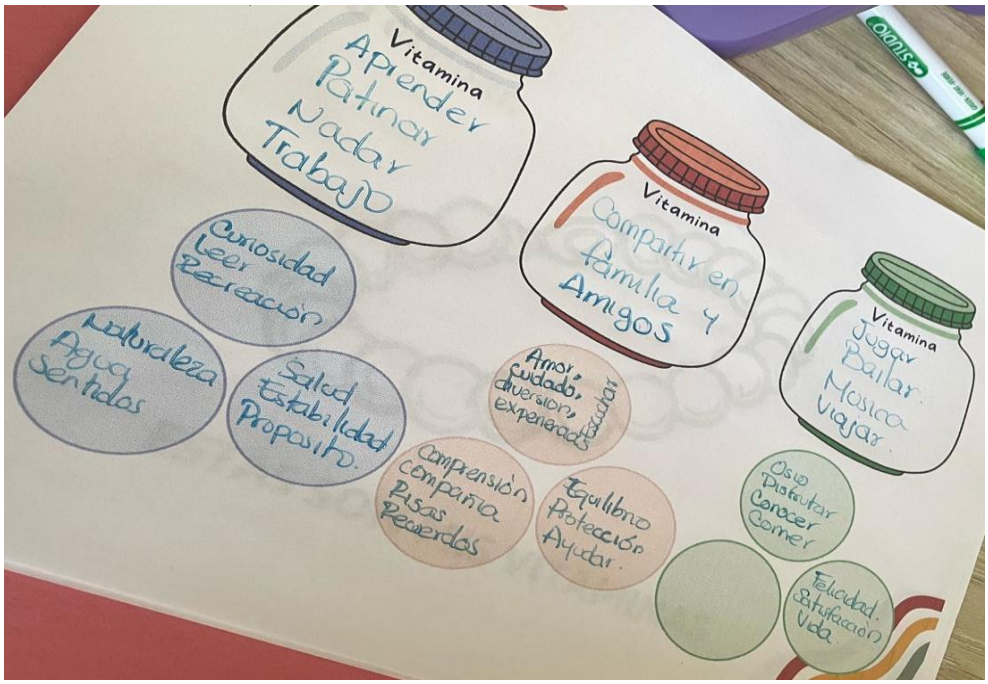
La siguiente actividad abordó la posibilidad que tienen las personas de elegir comportarse en dirección a los valores aun sintiendo malestar. Se buscó que los participantes enmarquen relacionalmente el evento *vitaminas* en coordinación con los *valores*. Se buscó identificar las funciones reforzantes que la *vitamina* tenía para los participantes, se identificaron varias características, por ejemplo, las vitaminas dan fuerza, protegen, hacen que no nos enfermemos, dan energía, están en nosotros, etcétera. Posteriormente se menciona, a través de múltiples ejemplos, que los valores son como las vitaminas, buscando la transformación de funciones entre estos eventos.

Cuando los participantes habían identificado por lo menos tres vitaminas, se pide que descubran el principio activo o los componentes de esa vitamina, es decir que era lo más importante de ese valor. Esto se hizo con el fin de clarificar los valores (principio activo) dentro de las áreas valiosas (vitaminas).

Posteriormente cada participante representó sus vitaminas (valores) en pequeñas esferas de madera, para crear una pulsera, la cual podía servir como clave contextual para actuar de forma flexible, en otras palabras, en una circunstancia donde el participante experimente EPP puede entrar en contacto con la pulsera y con ella elegir comportarse en función del valor, sin luchar o evitar los EPP.

Figura 11

Guía de intervención, ejercicio vitaminas.



Nota. Ejercicio *vitaminas* de la participante P12, donde se identifican en los frascos el área valiosa y en los círculos los valores.

Tercera sesión. Desesperanza creativa y clarificación de valores

Las actividades de esta sesión se orientaron hacia la observación del propio comportamiento por parte de los participantes, identificando patrones de comportamiento inflexible y evitativo, comprendiendo la imposibilidad de controlar o eliminar su sufrimiento. A través de los ejercicios experienciales y metáforas, los participantes experimentaron formas diferentes de relacionarse con su sufrimiento.

Esto se hizo a través de la metáfora de la tormenta, la cual consiste en una persona que se encuentra caminando hacia un lugar muy especial e importante, mientras camina cae una fuerte tormenta, por lo que se resguarda bajo un paraguas que se encuentra a la orilla

del camino y fijo en el suelo. Mientras espera el agua inunda el valle y el personaje deja de caminar hacia el lugar importante.

Al escuchar la metáfora, los participantes mencionan opciones que el personaje podría tomar para evitar mojarse y continuar su camino, como llevarse el paraguas y esperar que la tormenta pase. El terapeuta les contestó que el paraguas se encuentra fijo en el suelo y es imposible llevarlo consigo, además la lluvia no va a parar, al contrario, está inundando el lugar. Cuando los participantes daban nuevas opciones el terapeuta mencionaba que el agua seguía subiendo de nivel o que no dejaba de llover, buscando propiciar en los participantes la desesperanza. Después de un momento se preguntó a los participantes:

- *Terapeuta:* ¿Qué pasó con lo que estaba haciendo?¿hacia dónde iba?¿Que había en ese lugar?
- *Participantes:* Iba hacia un lugar muy importante… pero ha dejado de caminar.
- *Terapeuta:* ¿Que decide en este momento el personaje?
- *Participantes:* Caminar.
- *Terapeuta.* ¿Pero está lloviendo, se va a mojar? Hay lodo y aún falta mucho ¿Aun así decide caminar?
- *Participantes.* Sí. El sigue caminando.
- *Terapeuta.* Pero ¿Por qué decidiría eso?
- *Participantes.* Porque si no camina no va a llegar.

Se repitió la metáfora con el usó de un mural y las guías de trabajo de los participantes, en esta ocasión, se pide que imaginen que ellos son el personaje. Cada elemento de la metáfora representaba una parte del análisis funcional de la conducta, la tormenta con sus rayos, lluvia, truenos y nubes eran los EPP, los comportamientos

evitativos eran equivalente a meterse bajo el paraguas, los charcos de agua hacían referencia a las consecuencias a largo plazo y el sol a los valores

La metáfora se representó en las guías y el mural. Los participantes escribían en papeles sus EPP, comportamientos evitativos y consecuencias a largo plazo, posteriormente los pegaban en el mural en el lugar que correspondía.

Figura 12

Tercera sesión. Metáfora de la tormenta.



Nota. Metáfora de la tormenta, el participante pega sus EPP en el mural.

Se buscó que los participantes deriven que, al experimentar los EPP ellos pueden elegir en función de sus valores, lo cual puede ser molesto o incomodo, sin embargo, evitar sirve a corto plazo, pero a largo plazo la aleja de sus valores y aumenta el sufrimiento. Al finalizar la actividad se preguntó a los participantes, donde ubican la silueta del participante, es decir donde se ubicarán a sí mismos, ellos deciden ubicar la silueta cerca del sol que representa el valor, como se ve en la figura 13.

Figura 13

Tercera sesión. Metáfora de la tormenta.



Nota. Metáfora de la tormenta, la silueta del personaje fue ubica cerca al sol por el grupo experimental, representando la elección de caminar hacia el valor.

A través de la actividad *la pintura y el camino* se abordó el componente de desesperanza creativa. Consistía en que los participantes debían representar sus valores a través de una pintura que debía hacerse en un cuarto de cartulina pegado en la pared, los materiales para pintar, dibujar o escribir se encontraban en una mesa al otro lado de la sala. Cada persona puede usar un elemento a la vez, si requiere pintar, recortar, pegar, dibujar etc., debe trasladarse de un punto a otro. El ***terapeuta*** dio la instrucción: *deben pintar el cuadro, donde pintar el cuadro es lo más importante para ustedes, es decir pintar el cuadro representa un valor, sus vitaminas, sus diamantes.*

Se ataron objetos, en su mayoría globos, en el cuerpo de los participantes con el objetivo de incomodar e impedir su libre movimiento. Se solicitó que los participantes nombraran cada globo con sus EPP más problemáticos y difíciles de manejar. Algunos de los EPP nombrados fueron e*stoy sola, es inútil, soy mala persona, culpa, soledad*.

Figura 14

Tercera sesión. Actividad pintura y el camino.



Nota. Tercera sesión, actividad la pintura y el camino. Se ataron objetos al cuerpo de los participantes, estos representan los EPP.

Durante la actividad algunos participantes buscaron quitar los objetos para poder moverse con libertad, por ejemplo, *P50* intentaba una y otra vez quitarlos, cuando esto pasaba el equipo volvía a atar los globos en su cuerpo, en ese momento el terapeuta buscaba hacer una equivalencia de esa experiencia con el patrón de evitación en entornos naturales del participante, el terapeuta menciona *¿esto se parece a algo en tu vida?¿notas que los globos no se van?¿Qué decides hacer ahora?¿Qué pasa con la pintura si sigues luchando?* Finalmente, P50 continuo con el ejercicio sin quitarse los objetos de encima. Por otro lado, P18 caminaba sin intentar quitarse los globos, se preguntó:

- *Terapeuta: ¿No te molestan?*
- *P18. No tanto, estoy acostumbrado.*
- *Terapeuta: Pero, notas lo que estás haciendo.*
- *P18. Pintando.*

- *Terapeuta: ¿Que estas pintando?*
- *P18. Lo que es importante.*

Una tarea del terapeuta y el equipo fue incomodar, mencionando algunos de los EPP mientras los participantes hacían el ejercicio, obstaculizando el camino, arrojando globos o atando más objetos a los participantes.

Figura 15

Tercera sesión. Ejercicio la pintura y el camino.



Nota. Ejercicio pintura y el camino. Los participantes pintaron sus valores mientras cargaban objetos en su cuerpo que representaban sus EPP.

Se considera que este ejercicio presentaba un nivel de exigencia mayor que otros, ya que el contacto con los EPP más problemáticos se hacía presente y se trabajaba con ellos sin intentar evitarlos, por esta razón resulto muy oportuno haber trabajado en la clarificación de valores en sesiones anteriores, además de haber abordado el sufrimiento con ejercicios como la red de sufrimiento, el arcoíris del malestar y la metáfora de la tormenta.

Cabe mencionar que también existía un ambiente de respeto y confianza que posibilitó el desarrollo de esta sesión, además, fue muy importante reforzar positivamente

la conducta de pintar y de verbalizar que se está pintando aquello que es más importante.. Durante la sesión el terapeuta decía *¿Notas que en este momento estás decidiendo pintar aquello que es importante? ¿Notas que estas eligiendo caminar hacia aquello que es importante incluso con todos los globos encima?*

El objetivo de esta actividad fue mostrar cómo los participantes presentan formas de relacionarse con sus eventos privados problemáticos, caracterizados por la evitación o los intentos de controlar o eliminar los EPP sin éxito, alejándose de aquello que les es importante. Cuando los participantes experimentaron que los esfuerzos por controlar o eliminar los EPP no eran útiles, eligieron actuar diferente y en dirección a lo que para ellos era importante.

Cuarta sesión. **Defusión cognitiva y Acciones comprometidas**

En esta sesión se abordó la fusión cognitiva de los participantes, las acciones desarrolladas buscaron influir en el proceso a través del cual los participantes se enredan en sus pensamientos, evaluaciones, juicios, recuerdos y sus funciones, bajo las cuales las se comportan (Ruiz, F., Suárez-Falcón, Riaño-Hernández, D., y Gillanders, D., 2016).

Las actividades de esta sesión enfocadas en la defusión cognitiva identificaron los EPP y sus funciones, para después representarlas a través de una escultura. Con fomi moldeable los participantes construyeron una escultura que representaba los EPP y las características que se le atribuían, por ejemplo, su tamaño, color, textura y forma, de acuerdo con los enmarques que cada participante había establecido en su experiencia.

Cuando las actividades que se realizaron implicaban entrar en contacto con los EPP, se hizo uso de las gafas de toma de perspectiva, las cuales se habían asociado previamente con la clave contextual *elijo acercarme a mi experiencia con curiosidad y amabilidad*. Además, cuando la experiencia era altamente aversiva, se orientó a que los participantes

recurran a la estrategia de las vitaminas, es decir, entrar en contacto con los EPP se está haciendo con un objetivo importante y valioso.

Figura 16

Cuarta sesión. Ejercicio y metáfora física de la escultura.



Nota. Escultura de P18, P12 y P50, la escultura representaba los EPP con la cual se hacían ejercicios de defusión cognitiva.

A través de múltiples ejemplos se practicó la toma de perspectiva y se establecieron marcos de coordinación entre la escultura y los EPP, posteriormente se buscó establecer enmarques deícticos entre la escultura y el YO, para esto se utilizaron las siguientes preguntas *¿Qué es la escultura? ¿Qué representa? esas emociones y pensamientos ¿dónde están? ¿Dónde están ustedes?¿Ustedes y la escultura son iguales? ¿Ustedes son iguales a las emociones y pensamientos? ¿Eres la misma cosa? ¿Quién es más grande, tu o la escultura? ¿Qué es la escultura? ¿La escultura es más grande que tú o tu eres más grande que la escultura? ¿Quién es más fuerte? ¿Quién lleva a quién? ¿Quién puede cargar a la otra? Porque ¿quién es más grande? ¿Quién puede dirigir las situaciones de tu vida?*

Posteriormente se une a la escultura una cadena y un aro, para que la escultura sea usada como llavero, es decir, se espera que los participantes lleven consigo sus EPP y puedan practicar la defusión a través de las preguntas claves aprendidas en la sesión. Además, se practicó el ejercicio *Yo noto*, el cual buscaba identificar a la persona como contenedor de EPP y no como el EPP, este ejercicio consiste en tomar la escultura en la palma de la mano observarla de cerca y decir *Yo noto la escultura, yo no soy escultura, mi conciencia contiene la escultura.* La palabra escultura podía ser reemplazada por un evento privado como pensamiento, emoción o preocupación. El participante P50 realizó este ejercicio con su escultura, se había identificado que tenía pensamientos cuyo contenido era del tipo *soy mala persona, soy una porquería de persona, soy basura.* El ejercicio se realizó así: *Yo noto el pensamiento de que soy una mala persona, yo no soy el pensamiento de que soy una mala persona, mi conciencia contiene el pensamiento de que soy una mala persona.*

A continuación, se pidió que los participantes tomen en la palma de sus manos la escultura, a la altura de sus ojos, manteniéndola en su campo visual (se habían pegado imágenes de diamantes con valores en la pared de la sala) los participantes de forma cuidadosa debían buscar imágenes de diamantes impresas con sus valores, cuando ellos encontraban un valor que era suyo, se solicitaba que lo observen y contacten con él. Este ejercicio permitió que los participantes entren en contacto con sus EPP y al mismo tiempo, puedan actuar en dirección a aquello que es valioso.

Al finalizar esta sesión, se identificaron acciones valiosas usando como guía la metáfora de las vitaminas, en coherencia con las áreas valiosas y los valores se definieron acciones valiosas. Se firmó un contrato en el cual se comprometían a realizar esas acciones y usar las estrategias aprendidas por medio del protocolo.

Resultados descriptivos

Los datos en el marco de esta investigación fueron recopilados, por medio de múltiples mediciones, tanto en durante la línea base (es decir, previas a las sesiones de intervención) como en las fases de intervención y seguimiento.

Figura 17

Variación de los puntajes del grupo experimental.

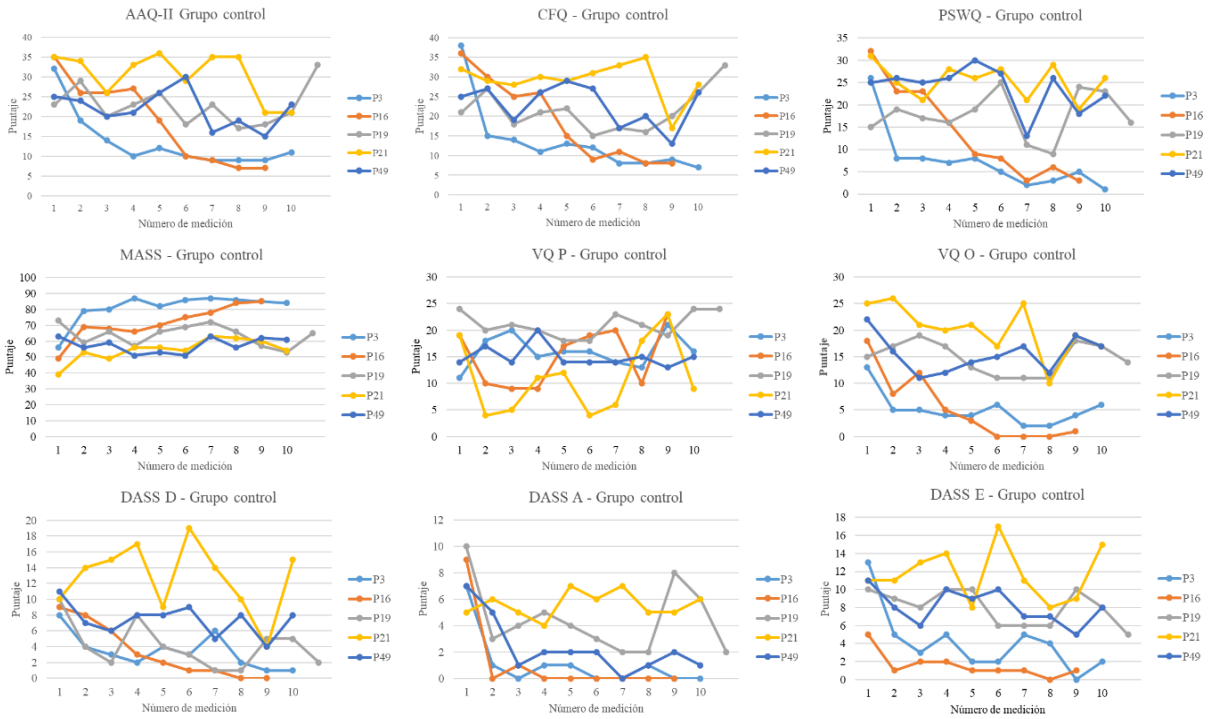


Nota. Los gráficos corresponden a las nueve escalas aplicadas y cada color corresponde a un participante.

La Figura 1 representa gráficamente el diseño con las sesiones de intervención en ambos grupos y las mediciones para cada persona. Las figuras 22 y 23 muestran las variaciones en los resultados de cada escala por participante, en los grupos experimental y control respectivamente.

Figura 18

Variación de los puntajes del grupo control.



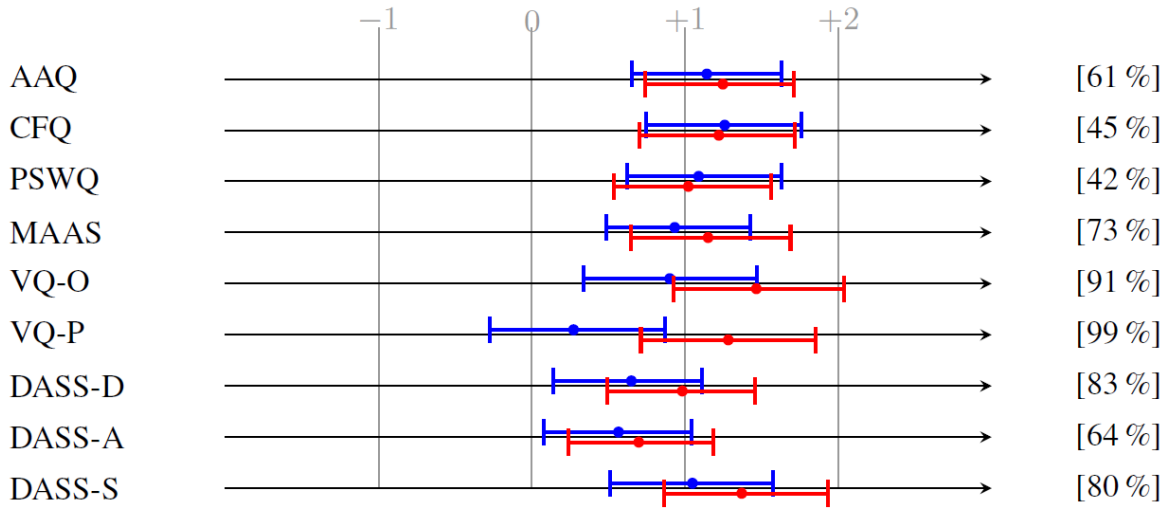
Nota. Los gráficos corresponden a las nueve escalas aplicadas y cada color corresponde a un participante.

Resultados del modelo base

Se describen e interpretan los resultados del modelo base. Los parámetros de mayor interés son las $\mu_{Con}^{(k)}$ y $\mu_{Exp}^{(k)}$ correspondientes a las nueve escalas aplicadas. Estos parámetros indican el cambio (en términos de desviaciones estándar) entre la línea base y el seguimiento posterior a las cuatro sesiones de intervención, promediado para los participantes del grupo control y del grupo experimental, respectivamente.

Figura 19

Estimaciones del efecto de la intervención.



Nota. Estimaciones (con intervalo de credibilidad de 95 %) del efecto promedio estandarizado en los puntajes de los cuestionarios después de la intervención control (azul) y la experimental (rojo). El porcentaje entre corchetes indica la probabilidad posterior de que el puntaje después de la intervención experimental sea más alto que el puntaje después de la intervención control.

La Figura 19 representa de forma gráfica los resultados. Para cada escala, se muestra en azul el resultado del grupo control y en rojo del grupo experimental. En particular, se grafica la estimación puntual de las $\mu_{Con}^{(k)}$ y $\mu_{Exp}^{(k)}$ (con un círculo cerrado) y su intervalo de credibilidad de 95 %, el cual refleja la incertidumbre (es decir, el error) que acompaña estas estimaciones. Por ejemplo, para el AAQ se estima que, tras la intervención control, los puntajes aumentaron en promedio 1.14 desviaciones estándar y reconociendo el error que puede tener esta estimación, se indica que muy probablemente (95 %) se encuentra en el intervalo [0.65, 1.63]; por otro lado, tras la intervención experimental, el

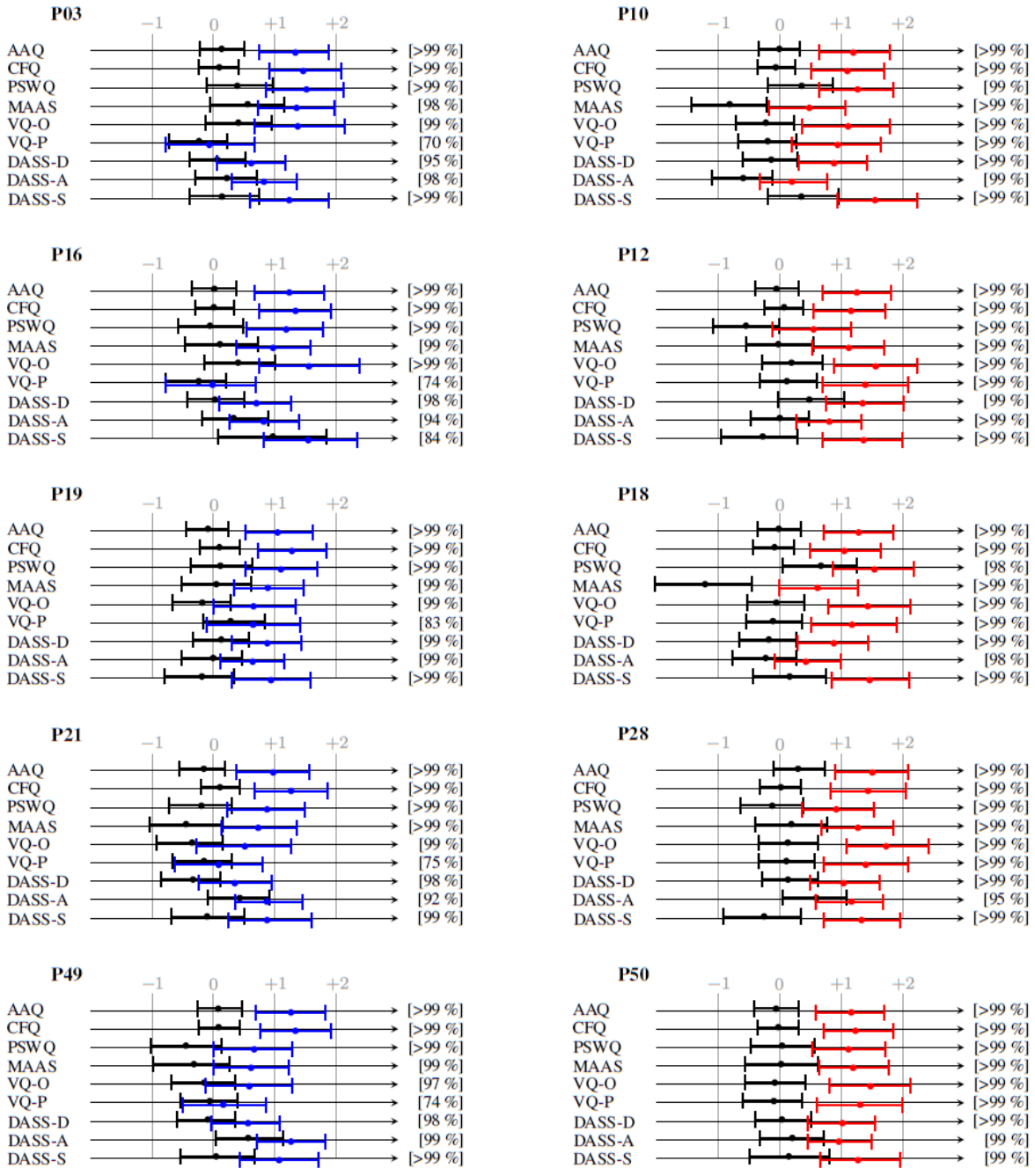
aumento estimado fue de 1.25 desviaciones estándar en promedio, con un intervalo [0.73, 1.72].

En casi todas las escalas se encuentra un cambio grande o muy grande, tanto para la intervención control como la experimental. En la gran mayoría de los casos, la estimación del cambio supera las 0.80 desviaciones estándar, lo que la literatura clasifica como un "cambio grande" (Cohen, 1992). Solo en el VQ-P (Cuestionario de Valores, Factor de Progreso), DASS-D y DASS-A (Factores de Depresión y Ansiedad de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés) en el grupo control y en el DASS-A en el grupo experimental, el cambio estimado fue inferior a 0.80. Para los últimos tres, la estimación se mantuvo por encima de 0.50 (un cambio "moderado") y únicamente en el VQ-P del grupo control se observó un "cambio pequeño" (de 0.27). Los resultados reportan intervalos de credibilidad son relativamente amplios, extendiéndose aproximadamente medio punto de desviación estándar hacia ambos lados. Es un error relacionado con el tamaño pequeño de la muestra.

El modelo base también permite examinar resultados individuales, particularmente a través de los parámetros $\beta_{0p}^{(k)}$ y $\beta_{1p}^{(k)}$ para cada persona p en las distintas escalas k. La *Figura 22* muestra, para cada uno de los diez participantes que completaron el trayecto previsto (cinco en ambos grupos de tratamiento), la estimación de su nivel en la línea base ($\beta_{0p}^{(k)}$, en color negro) y en la fase del seguimiento ($\beta_{1p}^{(k)}$, en color azul o rojo, dependiendo de si el participante pertenecía al grupo control o experimental, respectivamente). En ambos casos, se incluye el intervalo de credibilidad de 95% y entre corchetes se reporta la probabilidad posterior de que el nivel en la fase de seguimiento supere al nivel inicial.

Figura 20

Estimaciones individuales del efecto de la intervención.



Nota. Estimaciones individuales (con intervalo de credibilidad de 95 %) del puntaje estandarizado en los cuestionarios antes y después de la intervención control (azul) o experimental (rojo). El porcentaje entre corchetes indica la probabilidad posterior de que el puntaje después de la intervención sea más alto que el puntaje antes.

En términos general, los resultados individuales confirman los hallazgos promedios presentados anteriormente en la *Figura 19*, para ambos grupos de tratamiento. Todos los participantes muestran puntajes más altos en todas las escalas tras la intervención; además, en la gran mayoría de los casos, los cambios pueden considerarse "significativos" (con probabilidad posterior superior a 95 %) aun cuando las estimaciones presentan intervalos de credibilidad amplios. Esto indica que, también a nivel individual, los efectos son generalmente grandes y consistentes.

Cabe mencionar que, para las nueve escalas, la correlación (o covarianza) entre el nivel inicial y el cambio entre los dos momentos tiende a ser negativa. Esto significa que las personas con niveles más bajos en la línea base (es decir, con mayor grado de psicopatología) perciben cambios mayores, lo que sugiere que aprovechan mejor los tratamientos. Sin embargo, este resultado debe interpretarse únicamente como una tendencia, debido a la gran incertidumbre asociada con las estimaciones de estas correlaciones (ninguna de estas correlaciones puede considerarse "significativamente" distintas de cero).

Tabla 3

Estimaciones de las correlaciones entre los puntajes en las 9 escalas.

	AAQ	CFQ	PSWQ	MAAS	VQ-O	VQ-P	DASS-D	DASS-A
CFQ	.79							
PSWQ	.53	.63						
MAAS	.43	.53	.55					
VQ-O	.41	.33	.35	.43				
VQ-P	.24	.30	.20	.16	.31			
DASS-D	.46	.47	.40	.26	.33	.46		
DASS-A	.36	.36	.46	.37	.50	.20	.47	
DASS-S	.34	.48	.43	.37	.42	.38	.62	.49

Nota. Para todas las correlaciones la probabilidad posterior de que sean positivas es mayor que 95 %. El error estándar varia de .04 a .09.

Otros parámetros de interés sustantivo en el modelo base son los asociados con las varianzas y covarianzas de los efectos residuales (en particular, las correlaciones entre las nueve escalas. La Tabla 1 presenta las estimaciones correspondientes. Como era de esperar, se observan correlaciones positivas entre todas las escalas (recuérdese que en todas las escalas los puntajes fueron transformados para que reflejaran menores niveles de psicopatología). Asimismo, el parámetro ρ, de la autocorrelación de las medidas en el tiempo, se estimó en .40, con un intervalo de credibilidad de 95% igual a [.31, .51]. Esto implica que los puntajes (dentro de una misma escala) de mediciones separadas por una semana presentan una correlación residual de aproximadamente .40 (es decir, después de controlar por todos los demás efectos en el modelo).

Discusión

Este estudio tuvo como objetivo construir y evaluar un protocolo breve de ACT de aplicación grupal que integre estrategias artísticas para promover la flexibilidad psicológica en adultos, usando un diseño cuasiexperimental y longitudinal con grupo experimental y control activo. Se construyeron dos versiones del protocolo, uno integraba estrategias artísticas y otro era exclusivamente verbal.

La mayoría de los resultados de las escalas reportó un cambio grande o muy grande, tanto para la intervención control como la experimental, con presencia de cambios moderados en tres escalas y pequeños en una sola escala. Sin embargo, es necesario considerar la incertidumbre que acompaña a estas estimaciones. En general, los intervalos de credibilidad son relativamente amplios, extendiéndose aproximadamente medio punto de desviación estándar hacia ambos lados. Este nivel de error se debe a la reducida muestra para ambos grupos; sin embargo, la magnitud de los efectos permite concluir con confianza que en muchos de los instrumentos aplicados se produjeron mejoras “significativas” en los

puntajes tras el tratamiento, basado en los principios del ACT, ya fuera con estrategias exclusivamente verbales (grupo control) o incorporando también estrategias artísticas (grupo experimental).

En las interpretaciones anteriores se ha hablado de “cambio” en los puntajes entre la línea base y el seguimiento. Conviene ser cauteloso al interpretar este cambio como un efecto causal del tratamiento (control o experimental). Es importante reconocer posibles amenazas a la validez interna al atribuir estos cambios —innegables— directamente a los tratamientos (por ejemplo, sesgos de selección, factores de instrumentación o actitudes de los participantes [como el conocido efecto Hawthorne], etc. Pueden dar explicaciones alternativas para el cambio encontrado; para una discusión a profundidad, véase la publicación seminal de Campbell y Stanley, 1963).

Sin embargo, se observan cambios considerables tanto en el grupo control como en el grupo experimental. Una pregunta natural es si el cambio en el grupo experimental supera al del grupo control. La Figura 24 muestra que en siete de las nueve escalas (todas salvo el CFQ y el PSWQ) el cambio promedio fue mayor en el grupo experimental. Sin embargo, la incertidumbre de estimación impide interpretar estas diferencias directamente como resultados robustos. Los porcentajes entre corchetes al final del grafico de cada escala indican la probabilidad posterior de que “el cambio tras la intervención experimental sea más positivo que tras la intervención control”. En este sentido, se puede concluir con confianza (probabilidad mayor de 90 %) que en el grupo experimental la mejoría supero a la del grupo control en los dos puntajes del cuestionario de valores (tanto VQ-O, obstrucción de valores, como VQ-P, progreso de valores). En menor medida (pero aun con probabilidad mayor de 80 %) puede afirmarse lo mismo para las escalas de depresión y estrés en el DASS. Cabe mencionar que, al analizar los resultados a nivel individual, todos

los participantes mostraron cambios en los puntajes tras la intervención, en la mayoría de los casos los cambios resultan ser significativos.

Protocolo, componentes ACT y estrategias artísticas

En este apartado se expondrán consideraciones sobre la integración de estrategias artísticas en el protocolo ACT que pueden explicar el cambio reportado en la flexibilidad psicológica después de la participación en la intervención.

La afirmación de que la salud mental y el bienestar psicológico se encuentran socialmente enmarcados en oposición al sufrimiento (Wilson, K. y Luciano, C., 2002) fue explorada a través de la actividad *Red de Sufrimiento*, donde los participantes representaron gráficamente sus enmarques relacionales con la palabra *sufrimiento*. Primero se observaron relaciones de coordinación con eventos y estímulos con funciones aversivas. Después, se establece el enmarque en jerarquía del tipo *es parte de* o *contiene a*. Posteriormente el terapeuta establece un nuevo contexto verbal donde *sufrimiento* debe relacionarse con eventos con funciones apetitivas o positivas (útil, necesario o importante), así este ejercicio buscó que se ampliaran los enmarques relacionales respecto al sufrimiento.

La actividad *red del sufrimiento* ejemplifica una condición o característica que se tuvo en cuenta para la construcción del protocolo, que consistía en que el uso de metáforas y ejercicios experienciales tendían a intervenir en los eventos enmarcados jerárquicamente más alto, entendiendo que las funciones del evento más alto en la jerarquía se transferirán a los demás miembros de la jerarquía, mientras que las funciones en niveles inferiores no producirán la transformación de funciones de la misma forma. Por ejemplo, en la sesión cuatro, el ejercicio titulado *los monstruos* el terapeuta solicita a los participantes: *Alrededor de la silueta van a representar sus monstruos, los monstruos más terroríficos, más fuertes, grandes, poderosos, es decir los pensamientos, recuerdos, preocupaciones, emociones más*

problemáticas, negativas, terroríficas, fuertes, grandes y poderosas. Apuntar a los eventos enmarcados jerárquicamente más alto facilita la generalización y fortalece el efecto de la intervención (Gil, E., Luciano, C., Ruiz. F.J. y Valdivia, S., 2012; Gil, E., Luciano, C., Ruiz. F.J. y Valdivia, S., 2014; Ruiz. F.J., Riaño-Hernández, D., Suárez-Falcón, J., Luciano, C., 2016), un aspecto importante para intervenciones que buscan ser breves.

Por otro lado, un componente clave del modelo de flexibilidad psicológica y ACT es el de clarificación de valores (Hayes et al., 2012; Fauth, E.B, Novak, J.R., Gossner, J., Aller, T.B., Kelley, H,H., Levin, M.E., 2024). Por su relevancia, se decidió que las actividades y acciones enfocadas movilizar este componente se desarrollen en todas las sesiones del protocolo. Actividades como *las siluetas, el epitafio, vitaminas, la pulsera, la pintura y el camino, elegir en la tormenta y vitamina dos* permitieron la identificación y construcción verbal de reforzadores simbólicos a largo plazo, además se promovieron aquellos comportamientos cuyo reforzador predominante se encontraba asociado a dicho comportamiento de forma intrínseca (Hayes et al., 2012; Fauth, E.B, Novak, J.R., Gossner, J., Aller, T.B., Kelley, H,H., Levin, M.E., 2024).

El uso de la clarificación de valores posibilitó que los participantes puedan entrar en contacto con sus eventos privados problemáticos o aversivos (EPP) y en presencia de estos, actuar en dirección a sus valores, es decir los participantes actuaron de forma flexible durante el desarrollo de las actividades del protocolo. Este aprendizaje se generalizó en los contextos naturales de las personas, como parecen evidenciar los resultados, lo que resulta altamente valioso en tanto la flexibilidad psicológica se relaciona con altos niveles de bienestar (Stockton et al., 2019; Fauth, E.B, Novak, J.R., Gossner, J., Aller, T.B., Kelley, H,H., Levin, M.E., 2024).

El formato grupal del protocolo promovió la despatologización del sufrimiento, permitió el reforzamiento de conductas prosociales, el aprendizaje vicario y los enmarques relacionales con las experiencias del grupo durante las sesiones (Ruiz-Sánchez, J., 2021). El contexto grupal, confidencial y seguro de las sesiones permitió que los participantes escucharán las experiencias sobre el sufrimiento de forma respetuosa, observaran con amabilidad y curiosidad los EPP de otros y conocieran los valores de los demás participantes. Además, la interacción del grupo permitía el refuerzo social frente a conductas clínicamente relevantes, lo que podría contribuir a los efectos de la intervención y aumenta la adherencia al tratamiento (Ruiz-Sánchez, J., 2021).

Durante la implementación del protocolo se realizó un análisis funcional de la conducta desde ACT, que se entiende como una hipótesis dinámica sobre las conductas de un individuo (Haynes y O'Brien, 2000). El análisis funcional de la conducta promovió la observación de las relaciones funcionales, causales, no causales, importantes y controlables de la conducta de los participantes (Haynes y O'Brien, 2000; Keawe´aimoku, J., Godoy, A., O´Brienc, W., Haynesa, S. y Gavino, A., 2013). Esta herramienta permitió adaptar las interacciones del terapeuta y los participantes durante las sesiones, además que permitió organizar información relevante para la toma de decisiones terapéuticas (Keawe´aimoku, J., et al., 2013).

El análisis funcional se hizo a través de la actividad *arcoíris del malestar*, durante esta actividad los participantes pudieron observar su propio comportamiento y el de otros en términos de su función y no de su topografía. En este sentido, los participantes comprendieron las relaciones existentes entre las situaciones de la vida, los eventos privados problemáticos, el comportamiento evitativo, sus consecuencias reforzadas negativamente y los efectos perjudiciales a largo plazo. En otras palabras, se buscó que los

participantes comprendieran como el patrón de inflexibilidad psicológica puede llevar a experimentar una vida controlada por el sufrimiento en lugar de los valores (Alonso-Sanz, A., Barbero-Rubio, A., Ruiz, F. J. y Gil-Luciano, B. 2022). En este sentido, se considera una herramienta útil que probablemente contribuyó en la capacidad del protocolo para promover en la flexibilidad psicológica.

Protocolo y Arte

El protocolo busco integrar estrategias artísticas para incrementar la efectividad que podría tener un protocolo exclusivamente verbal. En general, se identificó que hubo cambios en los puntajes de las escalas entre grandes y muy grandes, en 7 escalas los puntajes del grupo experimental mostraron un mayor cambio en comparación al control. Estos resultados muestran la posibilidad de utilizar el arte como elemento que permite la promoción de la flexibilidad psicológica si se integra con ACT.

Durante la ejecución del protocolo, las estrategias artísticas facilitaron la representación de los EPP y los valores, que muchas veces se identificaban como abstractas y no tan familiares para algunos participantes, la representación física y visual de eventos verbales permitía focalizar la atención en ese estimulo y permitía desarrollar ejercicios de una forma más experiencial y sensorial (Kim, H. y Choi, Y., 2025) lo cual facilitaba *traer* las funciones aversivas de los EPP o aumentativas de los valores, y relacionarlas con los objetos o productos artísticos creados por los participantes.

El ejercicio de cosificar eventos verbales, es decir establecer enmarques verbales con productos artísticos físicos o con la acción de intervenir artísticamente un tipo de material, fue una de las formas cómo se integró el arte en el protocolo ACT. Por ejemplo, en las actividades de desesperanza creativa y defusión cognitiva se buscaba cosificar eventos enmarcados en jerarquía más altos, los cuales mostraban muchas veces funciones

aversivas para los participantes. Crear y manipular una escultura, por ejemplo, con la cual se habían establecido enmarques previos con el sufrimiento, era una forma de relacionarse de forma diferente con el malestar, siempre que se promueva a la vez la derivación de reglas que especifiquen funciones aumentativas apetitivas y las conductas que estén de acuerdo con ellas. (Sierra, M., Ruiz, F., y Flórez, C. , 2018).

Por otra parte, el uso de estrategias artísticas facilitó el entrenamiento de marcos deícticos, ya que un objeto que podía ser manipulado y observado desde fuera, aparentemente facilitaba el ejercicio del distanciamiento. Esto concuerda con Kim, H. y Choi, Y. (2025) quienes mencionan que el arte contribuye a la expresión de estados internos y el contenido del pensamiento por medio de recursos táctiles y visuales, además evoca respuestas emocionales y conductuales, y facilita el distanciamiento con lo EPP.

Cabe mencionar que los puntajes de las escalas de preocupación (PSWQ) y fusión cognitiva (CFQ) no presentan diferencias significativas entre el grupo control y experimental, se podría suponer de forma preliminar que no hay un efecto diferenciador de la integración de las estrategias artísticas para la movilización del componente de defusión, esto supone un área de investigación interesante, en tanto se ha afirmado que la toma de perspectiva y el distanciamiento con los eventos privados puede ser facilitado con el uso de objetos (arte) (Kim, H. y Choi, Y., 2025) en lugar de movilizar el componente con ejercicios exclusivamente verbales. Esto puede ser coherente con lo mencionado por Sierra, M. et al (2016) sobre la falta de investigación empírica en teoría de marcos relacionales que exploren que componentes de las metáforas fortalecen la promoción de la flexibilidad psicológica.

Conclusiones

Existe un incremento en la prevalencia de psicopatología y de problemas de salud mental, además la demanda de servicios de salud mental desborda la capacidad de acción de los sistemas sanitarios disponibles (Rubio-León, D.C., Cano-Sierra, L., Reyes-Rivera, M.J. et al., 2025). Por esta razón, se requiere el desarrollo estrategias oportunas, pertinentes y eficaces (Rojas-Bernal et al., 2018; Durán-Sánchez, 2023) que se encuentren respaldadas empíricamente y que puedan ser aplicada por clínicos entrenados (Rubio-León, D.C., Cano-Sierra, L., Reyes-Rivera, M.J. et al., 2025).

En este sentido, se construyó un protocolo breve de aplicación grupal que integra estrategias artísticas para movilizar metáforas y acciones desde ACT, mostrando ser efectivo para promover la flexibilidad psicológica en adultos.

Se decidió construir un protocolo desde ACT porque esta terapia ha mostrado ser efectiva en múltiples problemáticas de salud mental y trastornos psicológicos, además ha sido aplicada en poblaciones con múltiples características (Vargas-Madriz y Ramírez-Henderson, 2012). Esto es posible gracias a su modelo transdiagnóstico de flexibilidad psicológica (Luciano-Soriano M. C. et al., 2006; Levin et al., 2014; Cañón et al., 2023).

En línea con lo anterior, este protocolo puede ser un insumo para desarrollar manuales, guías clínicas o programas de intervención psicológica, creados y validados con población colombiana. Puede ser aplicado servicios de atención primaria en salud, garantizando accesibilidad, cobertura y eficacia, debido a su formato grupal, corta duración y respaldo empírico. Además, puede responder a los retos actuales en el abordaje de la salud mental en Colombia, como la falta de diseño e implementación de programas de promoción del bienestar mental sostenible a largo plazo, la detección e intervención

adecuadas de problemas de salud mental y la disminución de la carga de trastornos mentales (Ministerio de Salud, 2024).

Adicionalmente, el uso de estrategias del protocolo puede disminuir la carga laboral y de cuidado que implica la atención clínica en contextos hospitalarios y de primer nivel de atención. Esto resulta importante, si se considera que los psicólogos presentan un alto riesgo de experimentar síndrome de burnout, sentimientos de impotencia, indefensión, desesperanza y agotamiento emocional relacionados a su actividad como profesionales (Soledad, A., y López, L., 2023). Además, contar con una estrategia efectiva probada empíricamente puede brindar seguridad y confianza en el proceso de intervención, en los usuarios y los psicólogos clínicos.

Limitaciones

Se encontraron dificultades para consolidar un número alto de la muestra, en parte por lo dispendioso que resulto su convocatoria y la conformación de los grupos. La mayoría de los participantes contaban con poca disponibilidad de tiempo a razón de su trabajo o actividades académicas, además muchos reportaban dificultad para trasladarse hacia el lugar donde se realizarían las sesiones presenciales. Por estas razones el tamaño de la muestra fue pequeño. Esto se relaciona con el reporte de intervalos de credibilidad amplios y la existencia de incertidumbre en la interpretación de los resultados. A pesar de esto, los resultados reportan cambios fuertes y muy fuertes posterior a la intervención, por lo tanto, se recomienda replicar el estudio y robustecer la evidencia sobre la efectividad del protocolo ACT y la integración de estrategias artísticas para la promoción de la flexibilidad psicológica.

Líneas de estudio

Se sugieren las siguientes líneas de estudio:

- Replica de esta investigación, con muestras más grandes.
- Diseño e implementación de programas de intervención psicológica desde la teoría de los marcos relacionales, conducta gobernada por regla y terapias contextual-funcional.
- Investigaciones empíricas sobre RFT y los componentes de la metáfora para la promoción de la flexibilidad psicológica.

Referencias

ACBS Association for Contextual Behavioral Science. (2023). ACBS Association for Contextual Behavioral Science. (2024, junio 11). 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. doi:10.6007/IJARBSS/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*. London, Great Britain: 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

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

Beltrán, B. (2020*). Protocolo breve online de la Terapia de Aceptación y Compromiso sobre sintomatología emocional y flexibilidad psicológica en pospenados* [Tesis de Maestría. Fundación Universitaria Konrand Lorenz]. Archivo digital.

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: Current Scientific Perspectives, 5*(1), 47-57.

Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Zettle, R. D. (2011). Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A Revised Measure of Psychological Inflexibility and Experiential Avoidance. *Behavior Therapy, 42*(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

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

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

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

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* [Trabajo de Grado de Psicología, Universidad de La Laguna]. Archivo digital.

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). https://doi.org/10.1186/s13063-023-07232-0

Casanova, A. (2014). Arteterapia: a arte como instrumento no trabalho do Psicólogo. *Psicol. cienc. prof., 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*, 305-26. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1175093

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* [Tesis de Maestría, Fundación Universitaria Konrand Lorenz]. https://repositorio.konradlorenz.edu.co/bitstream/handle/001/4959/911201004RAI.pdf?sequence=2

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*(1). 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., Lusicic, A., & Drummond, L. M. (2023). Psychotherapies and digital interventions for OCD in adults: ¿What do we know, what do we need still to explore? *Comprehensive Psychiatry, 120*, 152357. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.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*(1), 100731. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100731.

Dumas, M., & Aranguren, M. (2013). Beneficios de la arteterapia sobre la salud mental. [Conferencia]. *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX. Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR.* Buenos Aires, Argentina. 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.* [Generación de contenidos impresos]. 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 control 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. (2024) El progreso de los cuidadores familiares hacia los valores modera las asociaciones entre los síntomas conductuales de demencia, la carga del cuidador y los síntomas depresivos. *La Revista Internacional de Envejecimiento y Desarrollo Humano. 100*(2), 210-226. doi:10.1177/00914150241240115

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. http://dx.doi.org/10.5209/PSIC.63651ARTÍCULOS

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*, 137153.

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*(1), 297-308. doi:https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.134

Guzman-Villegas, M., Jubin, J., Ortoleva-Bucher, C., & Oulevey-Bachmann, A. (2024). Self ecacy, 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*(1). doi:10.1186/s12889-024-17692-x

Hayes, S. (2008). Climbing our hills: A beginning conversation on the comparison of acceptance and commitment therapy and traditional cognitive behavioral therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 15*(4), 286–295. doi: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*. In D. Zilio, & K. Carrara, Contemporary Behaviorisms in Debate (pp. 239-255). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-77395-3_16

Hayes, S. C., Fox, E., Gifford, E. V., Wilson, K., Barnes-Holmes, D., & Healy, O. (2001). *Derived relational responding as learned behavior*. In S. Hayes, D. Barnes-Holmes, & B. Roche, Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition (pp. 21-49). Kluwer Academic/Plenum Publishers.

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*, 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. doi:https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.07.011

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., & Masuda, A. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy, 44*(1), 1-25. doi: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. doi:https://doi.org/10.1016/s0005-7894(04)80003-0

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. doi:10.1037//0022-006x.64.6.1152

Hayes, S. C.; Barnes-Holmes, D.; Roche, B. (2002). Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition. *Advances in Child Development and Behavior, 28*, 101-138. doi:https://doi.org/10.1016/S0065-2407(02)80063-5

Hayes, S. C.; Strosahl, K.; Wilson, K. G. (2012). *Terapia de aceptación y compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)* (Segunda ed.). Bilbao, España: Editorial Desclée.

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

Hayes, S.C.; Strosahl, K.; Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiencial approach to behavior change.* New York: Guilford Press.

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. Obtenido de https://www.redalyc.org/journal/2739/273960279001/html/

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

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). doi:https://doi.org/10.1186/s12888-024-05510-y

Kang, R.N., Tanaka, Y., Sato, T., Maeda, S. & Shimada, H. (2025), El desarrollo de una versión japonesa del cuestionario de fusión cognitiva estatal. *Jpn Psychol Res*, 67, 311-324. https://doi-org.bd.univalle.edu.co/10.1111/jpr.12453

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

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

Keawe´aimoku, J., Godoy, A., O´Brienc, W., Haynesa, S. & Gavino, A., (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clínica y Salud, 24*,17-127.

Kerlinger, F., & Lee, H. (2002*). Investigación del comportamiento* (Cuarta ed.). Mexico, Mexico: McGraw Hill.

Khan, I., Taylor, S., Robinson, C., Moschopoulou, E., McCrone, P., Bourke, L., . . . Chalder, T. (2024). Study protocol for a pragmatic randomised controlled trial of comparing enhanced acceptance and commitment therapy plus (+) added to usual aftercare versus usual aftercare only, in patients living with or beyond cancer. *Trials, 25,* 1-25. doi: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. *Front. Psychiatry 16*:1554394. doi: 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. *J Affect Disord, 309*, 297-308. doi:10.1016/j.jad.2024.03.156.

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.bd.univalle.edu.co/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., & Montero, I. (2003). *Métodos de investigación en psicología y educación*. Madrid, España: McGraw Hill.

León, O.; Montero, L. (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., MacLane, C., Daflos, S., Seeley, J., Hayes, S., Biglan, A., & Pistorello, J. (2014). Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science, 3*(3), 155-163. doi:https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.06.003

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

Ley 1616 (2013, 21 de enero). Congreso de Colombia. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf

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., & Niźnikowski, T. (2023). Descansos activos mediante la danza: una experiencia en alumnos universitarios (Brain breaks through dance: an experience with university students). *Retos Digital/Retos, 51*, 683-689. https://doi.org/10.47197/retos.v51.100863

Luciano, M., & Hayes, S. (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. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342005000200008&lng=pt&tlng=es.

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. Chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/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. *Journal of Contextual Behavioral Science, 32*:100761. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2212144724000413#:~:text=The%20FACT%20philosophy%20could%20be,a%20month%20and%20a%20half.

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. doi: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., Lunsky, 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. *Revista Sociedad y Economía, 1*(20), 69-98. Retrieved from chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.redalyc.org/pdf/996/99618649003.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental.* 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). Ministerio de Salud y Protección Social. Obtenido de 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*. Obtenido de Observatorio Nacional de Salud Mental: 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. doi: https://doi.org/10.1111/papt.12479

Nicolescu , S., Secară, E., Jiboc, N. M., & Băban, A. (2024). Oncovox: A randomised 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. Retrieved from https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5295907

Ong, C. W., & Eustis, E. H. (2021). *Psychological Flexibility*. En Twohig, M. E. Levin, & J. M. Petersen, The Oxford Handbook of Acceptance and Commitment Therapy (pp. 169-181). Oxford Academic. https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780197550076.013.7

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

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. Archivo digital. 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: Editorial Síntesis.

Rad, Y., Prudenzi, A., Zernerova, L., Gerson, J. & Flaxman, P. (2025). Efectos de los programas de terapia de aceptación y compromiso en el lugar de trabajo (ACT) en los subprocesos de la flexibilidad psicológica: una revisión sistemática. *Revista de Ciencias del Comportamiento Contextual, 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: Application 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. Colección: respuestas educativas para la inclusión y atención a la diversidad, año 2022*. Mawil Publicaciones de Ecuador. 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. doi:https://doi.org/10.1177/1073191116645905

Rubio-León, D.C., Cano-Sierra, L., Reyes-Rivera, MJ. et al. (2025) "Los profesionales no eran de aquí": prestación de servicios de salud mental en el contexto del conflicto armado colombiano. *Salud Pública Arch 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. Retrieved from 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 Universidad de Oviedo. Oviedo, España.

Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Riaño-Hernández, D., & Gillanders, D. (2017). Psychometric properties of the Cognitive Fusion Questionnaire in Colombia.

Revista Latinoamericana de Psicología, 49(1), 80-87. https://doi.org/10.1016/j.rlp.2016.09.006

Ruiz, F., Langer, A., Luciano, C., Cangas, A., & Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility. The Spanish translation of the Acceptance and Action Questionnaire. *Psicothema, 25*, 123-129. http://dx.doi.org/10.7334/psicothema2011.239

Ruiz, F., 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. 3*(6), 213-233.

Ruiz-Sánchez, J. (2021) *FACT de Grupo. Integrando ACT y FAP de Grupo.* Primera edición: 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

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. *Revista de ciencias del comportamiento contextual, 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 Gastroenterol, 66(24)*. https://doi.org/10.1186/s12876-024-03142-w

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

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

Soledad, A., y 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). doi:10.1891/JCP-2022-0010

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, 704–723. https://doi.org/10.1007/s41811-021-00118-6

Stockton D., Kellett S., Berrios R., Sirois F., Wilkinson N., Miles G. (2019). Identificación de los mecanismos subyacentes del cambio durante la terapia de aceptación y compromiso (ACT): una revisión sistemática de los estudios contemporáneos de mediación. *Psicoterapia conductual y cognitiva, 47*(3), 332–362. https://doi-org.bd.univalle.edu.co/10.1017/S1352465818000553

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

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.* 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?sequence=1&isAllowed=y

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

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. Retrieved from https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/sociales/article/view/12089/11385

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

Villatte, M., Villatte, J. & Hayes, S. (2016). *Dominando la conversación clínica: el lenguaje como intervención*. (1ra. edición). Editorial Didacbook - MICPSY Publicaciones.

Walser, R., 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*(1), 100733. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100733.

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 Palliat Care, 23(59). doi: https://doi.org/10.1186/s12904-024-01390-x

Wilson, K., & Luciano, M. (2002). *Terapia De Aceptación Y Compromiso (Act). Un tratamiento conductual orientado en valores*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.

Zadeh, R., & Jogia, J. (2023). The Use of Art Therapy in Alleviating Mental Health Symptoms in Refugees: A Literature Review. *The International Journal of Mental Health Promotion, 25(*3), 309-326. https://doi.org/10.32604/ijmhp.2023.022491

Zamora-Rondón, D. C., Suárez-Acevedo, D., & Bernal-Acevedo, O. (2019). Analysis of needs and use of mental healthcare services in Colombia. *Rev. salud pública, 21*(2). https://doi.org/10.15446/rsap.V21n2.71638

Zargar, F., Monzavi, P., Mohammadjavad, T., & Salehi, S. A. (2023). "Medication Beliefs, Cognitive Defusion, and Valued Living in Hypertensive Patients with Varying Medication Adherence." ("Medication Beliefs, Cognitive Defusion, and - ProQuest") *ARYA Atherosclerosis Journal, 19*(1), 17-24. doi:10.48305/arya.2022.11811.2471

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). Efectos de la terapia de aceptación y compromiso sobre las emociones negativas, los pensamientos automáticos y la flexibilidad psicológica para la depresión y su aceptabilidad: un metaanálisis. *Psiquiatría BMC. 25*, 602 https://doi.org/10.1186/s12888-025-07067-w