



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**LA INFLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA:
ADAPTACIÓN AL ESPAÑOL DEL
CUESTIONARIO DE ACEPTACIÓN Y ACCIÓN
(AAQ-II)**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
ALDO RICO LEYVA

DIRECTORA DE TESIS:
DRA. ANA BEATRIZ MORENO COUTIÑO

REVISORA:
MTRA. ESTHER GONZÁLEZ OVILLA

SINODALES
**DRA. GUADALUPE INDA SAENZ ROMERO
MTRO. JOSÉ LUIS SÁNCHEZ GAMEZ
LIC. JOSÉ ABRAHAM CASTRO ROMERO**



CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX., 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A mis **padres** y **hermanos**, por su amor y apoyo incondicional.

A la Dra. **Ana Beatriz Moreno Coutiño**, por su ayuda, compromiso, esfuerzo y dedicación a lo largo de la realización de este trabajo y, sobre todo, por su formación y enseñanzas que hoy forman parte de mi vida.

A mi revisora, la Mtra. **Esther González Ovilla** y los miembros del comité, la Mtra. **Guadalupe Inda Saézn Romero**, Lic. **Abraham Castro Romero** y al Mtro. **José Luis Sánchez Gámez**, por el tiempo y dedicación invertido en la revisión de mi tesis; cada uno de sus comentarios y sugerencias enriquecieron este trabajo.

Al Dr. **Alejandro López Tello** y al Dr. **José Luis Barrera Gutiérrez**, por ser mis asesores estadísticos y compartir sus conocimientos y experiencias.

A mis amigos, por su aliento y enriquecer mi vida con su compañía durante este proceso; en especial, a **Emily, Lore, Odeth, Paty, May** y **José**.

A todas aquellas personas, especialmente a mis profesores, que directa o indirectamente contribuyeron a mi formación profesional.

A la **Universidad Nacional Autónoma de México**, a la **Facultad de Psicología**, por brindarme las herramientas necesarias para formarme profesionalmente.

LA EVITACIÓN EXPERIENCIAL: ADAPTACIÓN AL ESPAÑOL DEL CUESTIONARIO DE ACEPTACIÓN Y ACCIÓN (AAQ-II).

Índice

Resumen	iv
Introducción	1
1. El trastorno mental y la salud mental	3
1.1 El trastorno mental y su situación en nuestro país.....	3
1.2 La salud mental	6
1.3 Sistemas de clasificación de los trastornos mentales.....	6
1.4 Fiabilidad y validez de los sistemas clasificatorios	8
1.4 La salud mental global sesgada	9
1.5 Los problemas de la vida no son enfermedades	9
2. Clasificación de las terapias Conductuales	12
2.1 La primera generación de la terapia conductual.....	13
2.2 La segunda generación de la terapia conductual.....	13
2.3 Transdiagnóstico: antesala de las terapias de tercera generación	15
2.4 La tercera generación de la terapia conductual.....	18
2.4.1 Psicoterapia Analítica Funcional (PAF).....	22
2.4.2 Terapia Dialéctica Conductual (DBT).....	23
2.4.3 Terapia Integral de Pareja (TIP).....	24
2.4.4 Activación Conductual (AC).....	25
2.4.5 Terapia Cognitiva con Base en la Persona para las Psicosis.....	27
2.4.6 Terapias con componentes o basadas en Mindfulness / Atención Plena.....	28
3. Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).....	33
3.1 La inflexibilidad psicológica.....	36
3.1.1 La evitación experiencial.....	38
3.2 Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II)	40

4. Planteamiento del Problema y método	42
4.1 Justificación	42
4.2 Objetivo	42
4.3 Participantes	42
4.4 Instrumento	43
4.5 Procedimiento	44
4.6 Traducción y adaptación del instrumento	44
4.7 Validación por jueces	45
4.8 Retraducción del instrumento.....	46
4.9 Adaptación del instrumento	47
4.10 Piloteo del instrumento.....	48
5. Resultados	49
5.1 Características de los participantes.....	52
5.2 Confiabilidad del instrumento	52
6. Discusiones, limitaciones y conclusiones	54
Referencias	57
Anexos	77
- Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II)	

Resumen

Las terapias contextuales al tener una orientación transdiagnóstica, transterapéutica y centradas en principios terapéuticos, ofrecen una alternativa a la visión psicopatología clásica y sus sistemas clasificatorios como es el caso del CIE o DSM (Luoma et al., 2017; Pérez-Álvarez, 2014a), en especial, la terapia de aceptación y compromiso (ACT) y su postulado de *Inflexibilidad Psicológica*. La Inflexibilidad Psicológica es “un patrón donde el comportamiento está excesivamente controlado por los pensamientos, los sentimientos y otras experiencias internas, o en la evitación de estas experiencias, a expensas de acciones más eficaces y significativas” (Michael E. Levin et al., 2014). Este constructo es considerado como núcleo del sufrimiento humano (Ruiz et al., 2013; Stoddard y Afari, 2014) y ha demostrado que esta correlacionado positivamente con una variedad de síntomas psicológicos (Morton et al., 2020). Para evaluar la inflexibilidad psicológica, el Cuestionario de Aceptación Acción II (AAQ-II) constituido de 7 reactivos, ha sido el instrumento más utilizado. En México, existe una adaptación de una versión preliminar de 10 reactivos. El objetivo de este trabajo fue adaptar la versión final para la población mexicana. Se efectuó la traducción por pares, síntesis de la traducción, validación por jueces, retro-traducción, adecuación, piloteo y revisión final. Se evaluó su consistencia interna y su estructura factorial. Se empleó en una muestra no probabilística (intencional) de 200 personas (63.5% mujeres y 36.5% hombres) de diferentes partes del país. El cuestionario presentó un índice de confiabilidad (Alpha de Cronbach) de 0.92 y una estructura de un solo factor con una varianza explicada del 67.5%. En conclusión, la adaptación del Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II), es un instrumento confiable, consistente con estudios previos y con equivalencia conceptual al cuestionario original en inglés (Bond et al., 2011). Se requiere confirmar su estructura factorial con análisis más rigurosos y validarla con otras medidas clínicas.

Palabras clave: Inflexibilidad Psicológica, Terapia de Aceptación y Compromiso, Terapias Contextuales, Adaptación

Introducción

Con la intención de contribuir con la oferta de instrumentos psicométricos utilizados para evaluar nuevas variables psicométricas en población mexicana, como lo es la *Inflexibilidad Psicológica*, en el presente trabajo se presenta la adaptación al español del Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II), el cual es mundialmente utilizado tanto en el área clínica como en la investigación. Para lograr dimensionar la importancia de este tipo de instrumentos utilizados en la psicología moderna, primeramente, se realizó una revisión de la discapacidad mundial originada por los trastornos mentales, haciendo mención del bajo acceso que tienen los pacientes a los tratamientos psiquiátricos, se revisaron los datos epidemiológicos de nuestro país en torno a la salud mental, su índice de morbi-mortalidad y sus costos sociales y económicos. Además, se realizó un análisis de los diagnósticos psiquiátricos, tipo DSM y su validez, así como una crítica sobre la necesidad del análisis cuidadoso y detallado del diagnóstico de los trastornos mentales y su posterior inserción en los sistemas de salud. Éstas son tareas fundamentales que deben de realizarse con prontitud para abrir paso al desarrollo de intervenciones terapéuticas novedosas y precisas que ayuden a las personas a tener salud mental y mayor calidad de vida.

En la segunda sección se aborda el tema de la clasificación de las terapias Conductuales. Algunos autores las agruparon en tres generaciones: a) Primera generación de las terapias conductuales: la terapia de conducta el análisis conductual aplicado; b) Segunda generación de las terapias conductuales: Terapia Cognitivo-Conductual y; c) Tercera generación de las terapias conductuales o contextuales. Junto con las terapias de tercera generación surgió el movimiento transdiagnóstico, como crítica y alternativa a los tratamientos enfocados a trastornos específicos y a las clasificaciones diagnósticas. Los investigadores en esta área, postulan que no hay forma de establecer causas únicas para la conducta anormal, así como el que los sistemas diagnósticos basados en clasificaciones y conceptualizaciones categóricas, tienen problemas de comorbilidad y validez.

Añaden que, en los trastornos de la salud mental existen patrones de comorbilidad compartidos.

Ahora se busca un nuevo enfoque psicológico y psiquiátrico para identificar, integrar, clasificar y explicar los mecanismos de mantenimiento y las causas (cognitivas y conductuales) comunes, generales (y hasta específicas) de las conductas anormales, cuadros sintomatológicos, diagnósticos o trastornos; y de esta manera, implementar estrategias de intervención en casos con comorbilidad y prevenir los trastornos de manera efectiva.

A continuación, se desglosan las terapias de tercera generación, las cuales tienen una orientación transdiagnóstica (que busca procesos psicopatológicos comunes como posibles causas y mecanismos de mantenimiento en los trastornos mentales) y transterapéutica (“aquello que hace efectiva la psicoterapia, más allá de sus propios postulados” (Barraca Mairal y Pérez-Álvarez, 2015)) y que están centradas en principios terapéuticos, más que en componentes. Estas retoman aspectos tanto de la terapia conductual y de la terapia cognitiva conductual y otras, como las aproximaciones de corte humanista-existencial, por lo que actualmente se les conoce como “terapias contextuales”. Las principales terapias de este tipo son: Psicoterapia Analítica Funcional (PAF); Terapia Dialéctica Conductual (DBT); Terapia Integral de Pareja (TIP); Activación Conductual (AC); Terapia con Base en Mindfulness (BMT); Terapia Cognitiva con Base en la Persona para las Psicosis; Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).

En la tercera sección se presenta la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y los procesos de inflexibilidad psicológica (psicopatológicos). También, la herramienta para evaluarla: el Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II), que ha mostrado propiedades psicométricas adecuadas. En la cuarta sección se expone y desarrolla la adaptación al español del Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II), dónde se describe el procedimiento para poder realizar la medición del constructo de Inflexibilidad Psicológica. Finalmente, se presentan resultados y conclusiones. Se menciona la utilidad del instrumento, sugerencias y limitaciones.

1. El trastorno mental y la salud mental

1.1 El trastorno mental y su situación en nuestro país

El concepto de enfermedad mental o trastorno mental, ha sido abordado desde diversas aproximaciones en todas las sociedades de acuerdo a su contexto histórico y situaciones culturales. De igual manera ha evolucionado la forma en la que los trastornos se han planteado (Alargón, 2012; Piñeiro Groba et al., 2015).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019c), el trastorno mental se define como “una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás”. Por su lado, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2017), reporta que a nivel mundial 10% por ciento de la población lo padece y solo el 1% del personal de salud a nivel mundial, ofrece servicios de atención en el área de salud mental.

En 2010, los trastornos mentales y el consumo de sustancias representaban el 7,4% de la carga de morbilidad mundial. En 2011, solo los trastornos mentales representaban el 13%. En la actualidad, constituyen el 16% de la carga mundial en personas de 10 a 19 años (OPS, 2016, 2018). Alrededor del 20% de niños y adolescentes, tienen trastornos o problemas mentales (OMS, 2019b).

Los trastornos mentales más habituales son la depresión y la ansiedad; la padecen en el mundo más de 300 millones y más de 260 millones de personas respectivamente, y la comorbilidad de estos dos trastornos es alta. Anualmente, se estima que la atención a estas personas cuesta a la economía mundial 1 billón de dólares en pérdida de productividad (OMS, 2017). En este sentido, existe un importante reporte que indica que por cada dólar invertido en la extensión del tratamiento de los trastornos mentales frecuentes, se obtiene un rendimiento de cuatro dólares en mejora de la salud y la productividad (OMS, 2019a).

El 74% de la discapacidad global se debe a los trastornos mentales, puesto que muchas personas pueden padecer estos trastornos de manera crónica y más aún si no cuentan con acceso a los tratamientos por años y más si no tienen acceso a los tratamientos (Medina-Mora, 2019a).

En México, según el INEGI hasta el 2014, un millón 420 mil personas en México presentaban alguna discapacidad psicosocial, cuyo origen son los diagnósticos médico-psiquiátricos (CDHCDFMX, 2018). Las personas con trastornos graves, al no atender esta comorbilidad, mueren entre 15 y 20 años antes de la esperanza de vida con lo que se pierde una importante capacidad de desarrollo, a un elevado costo social y económico (Medina-Mora, 2019a, 2019c).

El 25% de los mexicanos de entre 18 y 65 años ha padecido en algún momento de su vida un trastorno mental, solo el 20% de personas que los padecen recibe tratamiento; el tiempo que demoraron en un centro de salud es de entre 4 a 20 años, según el tipo de afección (Berenzon Gorn et al., 2013).

El presupuesto de 2020 para la Secretaría de Salud en México fue de \$128,589,300,000 (Garduño y Méndez, 2019). De este, se destina el 2% (\$2,571,786,000) para atender la salud mental, el 80% (\$2,057,428,800) para el funcionamiento de hospitales de larga estancia, y el 20% (\$514,357,200) para atender al resto de la red de servicios de salud mental en el país (Berenzon Gorn et al., 2013; Medina-Mora, 2019c; OPS/OMS/SSA, 2011). Llanos Guerrero y Méndez Méndez (2020), del Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, señalan que el presupuesto para salud mental de 2021 es 0.08% menor que el aprobado en 2020 y que por la pandemia, el recurso ha sido destinado para “financiar políticas que aminoren los efectos de la Covid-19 en la población“. Tal es caso de Nayarit, que en 2021 no tuvo presupuesto para el área de salud mental (Benítez, 2020). Según la OMS (2020), el 93% de los servicios de salud mental en el mundo se han afectado o paralizado por la Covid-19, aunque en los países con mayor ingreso han recurrido a la teleterapia. En México, la terapia vía internet ha dado buenos resultados pero aún está limitada esta modalidad debido a la población sin acceso a la tecnología (Medina-Mora, 2021a).

De acuerdo al presidente del Colegio de Profesionales de Psicología del estado de Jalisco, Gutiérrez Rodríguez, (Catalán Lerma, 2019; Zapata, 2019), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 2019 contaba con un total de 420 psicólogos para una población aproximada de 77 millones de usuarios, en promedio un psicólogo estaría a cargo de atender a 183 mil personas. Y el caso del ISSSTE, éste contaba con 186 psicólogos, por lo cual las citas son cada medio año (Catalán Lerma, 2019; Zapata, 2019). En la Memoria Estadística del 2019 del IMSS (2020), se reportan 11 plazas menos que las que sugiere Gutiérrez Rodríguez: 409 plazas de psicología ocupadas de base y confianza adscritas en Unidades Médica para toda la República Mexicana y de las cuales, 372 están ocupadas por psicólogos clínicos. La OMS (2020), señala que durante la pandemia se ha incrementado la solicitud de servicios de salud mental. Tan solo el IMSS reportó que a mediados de 2020, el promedio de llamadas preguntando o solicitando el servicio entre sus derechohabientes y trabajadores era de 76 por día (AMIIF, 2020).

Medina-Mora (2021a), estima que la enfermedad mental podría haberse incrementado el triple durante la pandemia, algunas de las posibles razones son: el miedo a contagiarse y morir; la forma solitaria de morir de seres queridos en hospitales; la imposibilidad de celebrar ritos con la experiencia de muerte; el estrés y la ansiedad por la afectación económica; el ser testigos o víctimas de violencia en casa, de conductas antisociales o abuso de sustancias; sobrecarga de responsabilidades (sobre todo en mujeres); hábitos inadecuados (sueño, comida y poca movilidad); la restricción en relaciones interpersonales; etc. También sostiene que personas que anteriormente han experimentado una enfermedad mental, tienen un alto riesgo de recaer, en parte porque hospitales psiquiátricos, reuniones de grupos de rehabilitación, de autoayuda o de apoyo comunitario, al no ser considerados esenciales han cerrado. Por lo anterior, Medina-Mora (2021b) expone que lo que se vive en México no es una pandemia, sino una sindemia (“problemas de salud sinérgicos que afectan la salud de una población en sus contextos sociales y económicos” IntraMed, 2017), ya que el Covid-19, las comorbilidades o enfermedades no tratadas y los problemas sociales, están incrementando los casos de personas con trastornos mentales en México (Mendoza, 2020).

1.2 La salud mental

En 1946 la Organización Mundial de la Salud (OMS), definió la salud en como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2014). El aspecto mental, es claramente un componente importante en esta definición (Etienne CF., 2018).

Según la misma OMS (2018), la salud mental es “un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad”. Y está definida por innumerables factores socioeconómicos, psicológicos, biológicos y medioambientales.

Chacón Serrano (2014), expone que esta definición de salud mental, que deriva de la de salud, tiene un planteamiento idealista y abstracto, debido al casi inalcanzable termino de “completo bienestar” en la dimensión psicológica, sin mencionar el área física y social. Esta conceptualización no es aplicable para gran parte de la población mundial, ya que este adolece de las condiciones naturales, sociales, económicas y políticas para garantizar el bienestar propuesto por la OMS. Por otro lado, en el área de investigación, el concepto de salud mental, es operacionalmente difícil medirlo y hacer intervenciones en el campo de la salud pública. (Restrepo O y Jaramillo E., 2012). Mientras que, en la práctica la salud mental es estudiada dependiendo de la presencia o ausencia de trastornos mentales (Ramírez Azócar et al., 2015-2016).

1.3 Sistemas de clasificación de los trastornos mentales

De entre varias herramientas, hay dos que son las más usadas a nivel mundial para la clasificación y el diagnóstico de los trastornos mentales: la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la OMS y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA). Regularmente, la CIE es más utilizada para la estadística oficial hospitalaria, mientras que el DSM, es el sistema elegido por los investigadores (Mezzich, 2002).

El DSM y el CIE son utilizados para el diagnóstico de los trastornos mentales en adultos, adolescentes y niños, aunque existe la crítica de que el diagnóstico es limitado, por ofrecer una visión euroamericana y desconectada de contextos y momentos socio-históricos individuales (Serrano, 2022; Vázquez, 2014). Además, las etiquetas diagnósticas no proveen “las causas y consecuencias que tiene el trastorno para la persona” (Serrano, 2022).

Ante las clasificaciones propuestas, resulta importante recordar que las etiquetas diagnósticas (que ayudan a clasificar, estudiar y predecir lo que le sucede a una persona) “no son realidades en sí mismas” (Vázquez, 2014), son construcciones teóricas que han sido definidas y redefinidas una y otra vez en los últimos 50 años, dependen de un determinado momento histórico, de profesionales que tienen el poder de la disciplina, de intereses económicos y sociales (López-Ibor y López-Ibor, 2013; Ortiz-Lobo y Bernstein, 2015). Teóricamente los sistemas para clasificarlos y diagnosticarlos, cumplen con las siguientes funciones (Vázquez, 2014, p. 94):

- 1) Organizar la información
- 2) Dar información para historias clínicas e informes.
- 3) Facilitar la comunicación entre profesionales.
- 4) Predecir el curso clínico y la respuesta al tratamiento.
- 5) Facilitar la investigación y el desarrollo teórico.

Para Marino Pérez (2013, 2014a), el DSM y CIE mejoran en cada versión su fiabilidad diagnóstica (como, por ejemplo, un lunar en la piel, en el que varios observadores pueden coincidir, ya que es fácil de identificar y describir), a expensas de agravar su validez clínica (diagnosticar un cáncer a partir de un lunar).

Marcia Angelí (ex-editora en jefe del *New England Journal of Medicine*), citada en el libro *Más Aristóteles Y Menos Concerta*, lo explica de la siguiente manera:

"Si la mayoría de los médicos se pusieran de acuerdo en que las pecas fueran un signo de cáncer, el diagnóstico sería «fiable», pero no válido. El problema con el DSM es que, en todas sus ediciones, simplemente ha reflejado las opiniones de sus autores. " (Pérez-Álvarez, 2018a, p. 11)

El tema de la fiabilidad y la validez de los diagnósticos antes mencionados se ha vuelto uno de gran interés en el área de la salud mental actual.

1.4 Fiabilidad y validez de los sistemas clasificatorios

Los diagnósticos psiquiátricos, tipo DSM, carecen de validez en sus tres dimensiones (García de Vinuesa et al., 2015; Pérez-Álvarez, 2013, 2014a, 2018a):

- 1) Carecen de Validez discriminante o de contenido: no discriminan entre un diagnóstico y otro, generando un diagnóstico con comorbilidad (hay síntomas que se presentan simultáneamente en dos o más diagnósticos), sin definir lo que es un trastorno y lo que es normal, dando lugar a la patologización de los problemas cotidianos de la vida (fobia social). Lo anterior podría dejar de lado las experiencias subjetivas que una entrevista clínica pondera.
- 2) Carecen de validez predictiva: porque (los modelos) no sirven para predecir la evolución de un trastorno una vez diagnosticado, ni la respuesta o la posible eficacia a los diferentes tratamientos posibles. Usualmente, la industria farmacéutica ve la validez predictiva solo para identificar psicofármacos con posible aplicación en seres humanos. Al final, la supuesta "medicación específica" se aplica a diferentes diagnósticos.
- 3) Carecen de validez conceptual o de constructo: no se han establecido entidades conceptuales y empíricas definidas y/o sostenibles, por lo que los diagnósticos se dan sin un conocimiento claro de qué es el fenómeno clínico, sus aspectos fundamentales, si es un síndrome, una entidad, varias, o ninguna (por ejemplo, la esquizofrenia). El problema también radica en que no se cuenta con marcadores biológicos definidos.

El ahínco de la psiquiatría (la neurociencia, la neuroquímica y la genética) de que el trastorno mental es un problema que tiene su etiología en el cerebro, a pesar de que no hay marcadores biológicos identificados, ha promovido el uso desmedido de psicofármacos (Ortiz-Lobo y Vicente-Tutor, 2017; Piñón et al., 2016; Restrepo O y Jaramillo E., 2012; Rodríguez-Yunta, 2016). Pérez-Álvarez (2018c), defiende la idea de que al cerebro hay que situarlo en el cuerpo que milita en el mundo, y verlo “más como variable dependiente de la propia conducta del organismo de acuerdo con las posibilidades y exigencias del medio, que como variable independiente que fuera la causa de la conducta y la fuente creadora del mundo”.

1.5 La salud mental global sesgada

Existe la crítica de que la salud mental esta sesgada a nivel global por el financiamiento económico de la industria farmacéutica que, entre sus operaciones, paga por la formación de psiquiatras con numerosos ensayos clínicos aleatorizados (ECA), metaanálisis y revisiones sistemáticas de la literatura, en el contexto de la medicina basada en la evidencia (MBE), revalida la formación de orientación biológica (FOB) (Ortiz-Lobo, 2017; Ortiz-Lobo y Bernstein, 2015; Ortiz-Lobo y Vicente-Tutor, 2017). Aunado a esto, está la controversia de que en los grupos de trabajo que prepararon el DSM-V, había miembros que recibieron remuneraciones de conferencias, investigaciones etc., de la industria farmacéutica (Vázquez, 2014).

1.6 Los problemas de la vida no son enfermedades

Allen Frances, quien ha participado en el DSM-III, DSM-III-R y dirigió el equipo que redactó el DSM-IV (donde reconoce que las prevalencias de enfermedad eran ya dudosamente elevadas), apunta que las empresas farmacéuticas, lograron introducir nuevas entidades patológicas en el DSM-V, el resultado, un sistema diagnóstico que transforma los problemas cotidianos y normales de la vida en trastornos mentales (Frances, 2014; Lobo y Ruiz, Iván de la Mata, 2015). En una entrevista lo expone de la siguiente forma:

El duelo normal se convierte en un trastorno depresivo mayor, el hecho de que se me olviden las cosas porque ya tengo una edad, se ve como

predemencia, como un trastorno cognitivo menor. El que yo desayune a lo grande, se vuelve un trastorno por atracón. Las rabiets de mis nietos se convierten en un trastorno de desregulación emocional. Si una persona tiene preocupaciones por un síntoma físico, tiene un trastorno por síntomas somáticos (Lobo y Ruiz, Iván de la Mata, 2015, p. 165).

En la población infantil, también existe la tendencia de aumentar los diagnósticos psiquiátricos y la aplicación de técnicas médicas, específicamente psicofármacos, para tratar conductas y estados emocionales. El psiquiatra infantil Sami Timimi nombra esta tendencia como McDonalización o patologización de la infancia (Timimi, 2015), refiriéndose al “diagnóstico, por ejemplo, el TDAH, [es] como un proceso homogeneizador en el que los niños diagnosticados quedan igualados como las hamburguesas de cualquier establecimiento del mundo” (Pérez Álvarez y Ubieto, 2018).

Hasta la década de los 80’s, los antidepresivos y otros psicofármacos eran empleados como tratamientos sintomáticos (Gallardo et al., 2017). Este modelo de salud mental y las campañas de sensibilización a la población, con o sin querer, apoyan la mercadotecnia de la industria farmacéutica, por lo que cada día, hay más personas que buscan la medicación por malestares inherentes a la vida cotidiana en la consulta psiquiátrica, dejando su rol activo ante la experiencia del sufrimiento, que es adaptativo (Gallardo et al., 2017; Paniagua, 2017; Pérez-Álvarez, 2014b; Piñón et al., 2016).

Para Marino Pérez (2014a), la naturaleza de las clasificaciones diagnósticas, no es de enfermedades propiamente médicas, sino de “entidades interactivas (no naturales), subjetivas e intersubjetivas, ligadas a contextos sociales y culturales”. En dado caso, explica Marino (2019b), los trastornos mentales son “alteraciones del modo de estar-en-el-mundo a veces demasiado enredadas”. Desde la psiquiatría existe el *modelo dialéctico centrado-en-la-persona* de Givanni Stanghellini y colaboradores, que va más allá de los síntomas (Pérez-Álvarez, 2019a). Por lo anterior, es evidente que existen razones para cambiar los actuales sistemas diagnósticos o en su defecto, tener una división básica, como las concernientes a

problemas neuróticos, psicóticos, del desarrollo (incluyendo dificultades del aprendizaje) y de la personalidad (Pérez-Álvarez, 2014a; Timimi, 2014). Hofmann y Hayes (2019), plantean que la psicología clínica necesita pasar a tratamientos basados en procesos y principios. Pérez-Álvarez (2019b), argumenta que esta transición se está dando y ya era necesaria, ya que con los diagnósticos psiquiátricos y “con su sesgo pro-medicación, dejaban las terapias psicológicas prácticamente fuera del mapa” en el espacio de la conducta anormal.

Casarotto y colaboradores (2021; Villarreal, 2021), reportan que hasta hace poco se creía en la hipótesis monoaminérgica, esta propone que la causa de la depresión y la ansiedad es el bajo nivel de neurotransmisores (dopamina, serotonina, noradrenalina etc.), y que el subirlos mediante el medicamento es la solución (aunque solo el 33% de pacientes con depresión responden de manera favorable). Plinio Casarotto y su equipo de investigación explican que los antidepresivos tienen efectos terapéuticos (respuestas favorables a un tratamiento) cuando se combinan con psicoterapia (o un contexto favorable), ya que por sí mismos solo mejoran la plasticidad del cerebro, lo que permite una mayor capacidad de adaptación y aprendizaje, es decir, se “incrementa el efecto que el entorno tiene sobre el cerebro”. Una revisión sistemática general (revisiones sistemáticas y meta-análisis) por parte de Moncrieff et al. (2022) describe que “la hipótesis de la serotonina no ha producido evidencia convincente de una base bioquímica para la depresión”. En la literatura también se ha encontrado que los antidepresivos en personas donde sus necesidades básicas no están cubiertas, ofrece un porcentaje de recuperación menor y más lento, este podría ser inocuo o contraproducente (generando más estrés), por tanto, el nivel socioeconómico (determinante social) puede predecir la efectividad de los antidepresivos (Cohen et al., 2008; Viglione et al., 2019; Villarreal, 2021). Por otra parte, Horowitz y Wilcock (2022) señalan que, cada vez más, “se reconoce que los síntomas de abstinencia de los antidepresivos son comunes y que estos síntomas pueden ser graves y duraderos en algunos pacientes”.

El análisis cuidadoso y detallado del diagnóstico de los trastornos mentales y la inserción de éstos en los sistemas de salud, son tareas fundamentales que deben de realizarse con prontitud para abrir paso al desarrollo de intervenciones terapéuticas reales y precisas que ayuden a las personas a experimentar y generar bienestar.

2. Clasificación de las terapias Conductuales

El tratamiento y el diagnóstico de los trastornos mentales durante los últimos 70 años ha experimentado grandes cambios, se ha buscado reducir o eliminar el sufrimiento que generan las enfermedades mentales, como resultado, existe una gran diversidad de aplicaciones de la terapia psicológica en un gran número de problemas. (Pérez-Álvarez et al., 2018). Pero aún con todos los avances, en México y en el mundo, la salud mental está en crisis, no se ha llegado a una atención integral para todos (Medina-Mora, 2019b). En muchas de estas aplicaciones psicológicas, su nivel de eficacia no ha aumentado con el tiempo. Richard J. McNally, lo define como un “parón terapéutico” (Tortella-Feliu, Baños, et al., 2016; Tortella-Feliu, Vázquez, et al., 2016).

Steven C. Hayes (2004), al notar que en algunas de las terapias conductuales empezaban a diferenciarse de las otras, en su aproximación al sufrimiento y en sus procedimientos (Maero, 2016), decide agruparlas y diferenciarlas de las otras por medio de generaciones:

- a) Primera generación de las terapias conductuales: la terapia de conducta el análisis conductual aplicado;
- b) Segunda generación de las terapias conductuales: Terapia Cognitivo-Conductual y;
- c) Tercera generación de las terapias conductuales o contextuales.

2.1 La primera generación de la terapia conductual

La primera generación de la terapia conductual, surgió en la década de los años 50's como un rechazo a la posible eficacia de las psicoterapias (especialmente el psicoanálisis), y por una extrapolación de los principios de la psicología del aprendizaje (disciplina científico-experimental de la psicología) a la psicología clínica (Maero, 2016; Mañas, 2007; Pérez-Álvarez, 2006, 2014a). Su objetivo era convertir la psicoterapia en ciencia con los principios del aprendizaje y con sus dos ramas (el condicionamiento clásico pavloviano y el condicionamiento operante o skinneriano), y tener un modelo explicativo y orientador. Para esta generación la conducta normal y anormal, es originada y sostenida por los mismos principios del aprendizaje (Ruiz Fernández et al., 2012). El "yo", tiene un enfoque contextual o ambiental de los fenómenos conductuales (Pérez-Álvarez, 2006, 2014a). Sus técnicas principales son: la desensibilización sistemática, la exposición prolongada con prevención de respuesta, el análisis funcional, el control del estímulo, el manejo de contingencias, el autocontrol y el análisis aplicado de la conducta (Pérez-Álvarez, 2014a; Ruiz Fernández et al., 2012).

En resumen, la primera generación de la terapia conductual, nace de dos paradigmas (condicionamiento clásico y operante) y produce dos tradiciones: la terapia de conducta y el análisis conductual aplicado (modificación conductual) (Pérez-Álvarez, 2014a).

2.2 La segunda generación de la terapia conductual

La segunda generación surge porque los principios del aprendizaje (condicionamiento), no eran suficientes para explicar el comportamiento humano, principalmente en problemas afectivos (p.ej., la depresión). Con el fin de subsanar lo anterior, se incluyeron cuatro enfoques para la intervención: el análisis conductual aplicado, el conductismo mediacional, la teoría del aprendizaje social y las terapias cognitivas (Maero, 2016; Ruiz Fernández et al., 2012).

Los orígenes proceden antes de los años 60's junto con la Terapia Racional y Emotiva de Albert Ellis. En los años 70's, la terapia de la conducta es designada

como Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), en ella, la terapia cognitiva de Aaron Beck, la Terapia de Autoinstrucciones de Meichenbaum e infinidad de tratamientos estandarizados (Mañas, 2007; Pérez-Álvarez, 2014a).

La TCC, da cuenta de que entre el estímulo (situación) y la respuesta (conducta), hay procesos y estructuras de naturaleza cognitiva o mental representacional. Considera que esta cognición, es la causa y explicación determinante de la conducta (y de los fenómenos y trastornos psicológicos); por lo que busca alterar o eliminar su contenido (sesgos cognitivos o pensamientos erróneos) o la frecuencia de las cogniciones. Este sería el proceder indicado para lograr el cambio conductual, esto es, principalmente generar cambios conductuales con la reestructuración cognitiva (Maero, 2016; Mañas, 2007; Pérez-Álvarez, 2014a).

El logro de esta generación, son sus protocolos estandarizados que demuestran su eficacia clínica en una variedad de trastornos psicológicos. Entre sus deméritos, no se sabe a ciencia cierta el porqué de su eficacia, si es por: 1) los componentes cognitivos, 2) los componentes conductuales, 3) por la conjunción de ambos o 4) por otros aspectos o componentes. En los estudios de desmantelamiento de componentes, se refiere que su eficacia se debe al componente conductual y no tanto al cognitivo (Pérez-Álvarez, 2006, 2014a).

El enfoque cognitivo de la TCC, no enfatiza en los casos individuales y el carácter contextual o ambiental de la terapia de conducta, imita el modelo biomédico de la psiquiatría con la idea de “enfermedad mental”, que es causada por una disfunción o déficit en el funcionamiento psicológico (esquema cognitivo), donde el cerebro es el órgano de referencia para los trastornos psiquiátricos, psicológicos o mentales. Busca la reestructuración cognitiva de los esquemas cognitivos, que hoy diferentes investigaciones demuestran que intentar hacer esto (pues no es posible desaprender), genera una evitación de los eventos privados (cogniciones o pensamientos, emociones, recuerdos, creencias y sensaciones), generando de forma paradójica, una intensificación de los mismos (por querer sentir bienestar todo el tiempo), lo que podría generar un mayor sufrimiento y una conducta de evitación

experiencial (Leahy et al., 2011; Mañas, 2007; Moreno Coutiño, 2012; Pérez-Álvarez, 2014a).

2.3 Transdiagnóstico: antesala de las terapias de tercera generación

Los trastornos mentales han sido un problema para la psicopatología por el solapamiento de sus síntomas clínicos (Vázquez, 2014). Diferentes propuestas teóricas del siglo XX (la psicoanalítica, con los mecanismos de defensa y; la conductista, con el condicionamiento clásico y operante), buscaban explicar la “conducta anormal” por medio de mecanismos psicológicos implícitos en la mayoría de los trastornos mentales, esencialmente, los de tipo emocional. Esa orientación fue cesando paulatinamente (y más, con la edición del DSM-III en 1980) por la visión psicopatológica que busca encontrar factores únicos (categorías diagnósticas diferenciadas) en cada trastorno mental e intervenciones psicológicas diseñadas para tratar trastornos específicos (Estévez et al., 2015; Sandín, 2014)

Sandín (2014), argumenta que la psiquiatría moderna, se ha centrado en buscar “estérilmente” genes o circuitos cerebrales específicos para cada trastorno mental. Las investigaciones concluyen: no hay forma de establecer causas únicas para la conducta anormal (Castro, 2014). Los sistemas diagnósticos basados en clasificaciones y conceptualizaciones categóricas, tienen problemas de comorbilidad, validez y de que su principal sustento sea el biológico (marcadores o circuitos cerebrales), como es el caso de la depresión (Rosique et al., 2019). Por su lado, Reyes Ortega (2013), argumenta que este enfoque está basado en “teorías descriptivas que no explican, satisfactoriamente, su evolución temporal ni su comorbilidad” y que pocas veces se adecúa a las necesidades individuales.

Para Sandín (2014), en los trastornos hay ciertos patrones de comorbilidad, donde determinados trastornos manifiestan una comorbilidad elevada con otros trastornos específicos, en algunos no es uniforme.

Al presente, los protocolos basados en la evidencia de la Terapia Cognitivo-Conductual, son guías para tratar trastornos concretos, muchas veces aplicados en personas que regularmente padecen más de un trastorno y que además, los

usuarios no siempre responden a esa intervención, que puede tener infinidad de versiones para un mismo trastorno y con mínimas diferencias, agregando a lo anterior, la complejidad al momento de tomar una decisión en la práctica clínica (Estévez et al., 2015; Rosique et al., 2019).

Hoy en día, hay estudios que exponen que determinados constructos en psicología, pueden estar presentes en el origen y/o mantenimiento de cuadros psicopatológicos diversos, donde más que la excepción es la norma, en razón de que los trastornos mentales aislados son los menos frecuentes (Belloch y Fernández-Álvarez, 2011; Sandín, 2014; Vázquez, 2014).

En el 2003, en el ámbito de los trastornos alimentarios, y desde la terapia cognitivo-conductual, surge el movimiento transdiagnóstico con Fairburn, Cooper y Shafran, los autores describen que ciertos mecanismos psicopatológicos son causa común en el espectro de los trastornos alimentarios, por lo que proponen una terapia común para este espectro: la terapia cognitiva conductual transdiagnóstica (TCC-T) (Fairburn, C. G., Cooper, Z. y Shafran, R., 2003; Pérez-Álvarez, 2019b; Rosique et al., 2019).

El movimiento transdiagnóstico, es una crítica y alternativa a los tratamientos enfocados en trastornos específicos y a las clasificaciones diagnósticas. Se consolida en 2013, cuando el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH), rechaza el DSM-5 (y al CIE) y propone, con un enfoque médico, los Criterios de los Dominios de Investigación (RDoC: Research Domain Criteria). RDoC busca la organización sistemática de la investigación en salud mental, pero investigando “circuitos neuronales averiados”, como causa común a los trastornos mentales (Pérez-Álvarez, 2014a, 2019b).

Las perspectivas transdiagnósticas no se basan en la clasificación clásica (trastornos específicos). Es un nuevo enfoque psicológico y psiquiátrico que busca identificar, integrar, clasificar y explicar los mecanismos de mantenimiento y las causas (cognitivas y conductuales) comunes, generales (y hasta específicas) de las conductas anormales, cuadros sintomatológicos, diagnósticos o trastornos; y de esta manera, implementar estrategias de intervención en casos con comorbilidad,

para prevenir de manera efectiva, recaídas y/o aparición de otros trastornos en el futuro (Belloch y Fernández-Álvarez, 2011; Mirapeix, 2017; Reyes Ortega, 2013; Rosique et al., 2019; Sandín, 2014).

En el cuadro 1, Pérez-Álvarez (2014a, p. 41) presenta algunas dimensiones transdiagnósticas, derivadas de las terapias de tercera generación y con una inclinación terapéutica. Presenta la hiperreflexividad como un denominador común en todas ellas. La hiperreflexividad “se refiere a una conciencia intensificada de aspectos de uno para sí mismo (autopresencia) de una manera que interfiere en el curso de la vida” (2014a).

Tabla 1: Dimensiones transdiagnósticas de la psicología clínica

<i>Dimensiones transdiagnósticas</i>	<i>Diagnósticos dimensionados</i>	<i>Autores de referencia</i>
Autoconciencia (pública/privada)	Ansiedad social, anorexia, paranoia/depresión, ansiedad, esquizofrenia	(Fenigstein, Scheier y Buss, 1975)
Teoría de la auto objetivación del cuerpo	Trastornos de la alimentación, autoestima, depresión	(Fredrickson y Roberts, 1997)
Rol de espectador de sí mismo	Disfunción sexual, ansiedad social	Masters y Johnson
Atención autofocalizada	Ansiedad, depresión, esquizofrenia, alcoholismo	(Ingram, 1990; Woodruff-Borden et al., 2001).
Rumia	Depresión, ansiedad, bulimia, abuso de sustancias, salud física	(Nolen-Hoeksema, 2000)
Preocupación	Ansiedad, depresión, estrés postraumático, TOC, insomnio	(Davey y Wells, 2006)
Pensamientos automáticos	Depresión, ansiedad, pánico	(Beckefaf., 1979)
Pensamiento repetitivo	Ansiedad, depresión	(Watkins, 2008)
Metacognición	Ansiedad generalizada, fobia social	(Wells, 1999)
Teoría del escape del yo	Alcohol, bulimia, masoquismo, suicidio	(Baumeister, 1990)
Trampa vital	Pautas arraigadas que mantienen los diferentes problemas que uno tiene	(Young y Klosko, 2012)
Evitación experiencial/ Conductual	La “inflexibilidad psicológica” característica de numerosos trastornos	Steve Hayes, Carmen Luciano, Kelly Wilson

Perfeccionismo	Ansiedad, depresión, alimentación	(Egan et al., 2011)
Teoría del control perceptual	El conflicto como dimensión destacada por distintas psicoterapias	(Higgiston, Mansell y Wood, 2011)
Desregulación referente a la meta y la acción	Depresión, ansiedad, estrés, adicción, alimentación	(Watkins, 2011)
Rasgo de la ira	Trastornos del Eje I del DSM-IV	(Owen, 2011)
Síndrome neurótico general	Ansiedad, fobias, pánico, TOC	(Andrews, 1990)
Síndrome de afecto negativo	Ansiedad, depresión	(Barlow, 2004)
<i>La hiperreflexividad como factor común</i>		

Fuente: Pérez-Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales. Manuales prácticos de psicología: Vol. 40*. Madrid: Síntesis.

En la actualidad, hay una proliferación de terapias transdiagnósticas, muchas de ellas resultantes de la TTC; para lo que Pérez-Álvarez menciona con humor que, “como los conejos, todas muy parecidas: pensamiento catastrófico, pensamiento repetitivo, pensamiento automático, preocupación, rumia, etc.,” y en todas ellas se utiliza (todavía) las categorías diagnósticas para cuestiones estadísticas, investigación o por otras indoles, puesto que en la actualidad no hay un modelo transteórico que sea dimensional y estructural (2019b).

2.4 La tercera generación de la terapia conductual

En las terapias de tercera generación, se tienen una orientación transdiagnóstica y transterapéutica (“aquello que hace efectiva la psicoterapia, más allá de sus propios postulados” (Barraca Mairal y Pérez-Álvarez, 2015)) y están centradas en principios terapéuticos, más que en componentes (Pérez-Álvarez, 2014a). Surgen en la década de los años 90’s, la designación es establecida por Steven Hayes (co-autor de Terapia de Aceptación y Compromiso) en un artículo de 2004 (Hayes, 2004; Moreno Coutiño, 2012).

El título de “terapias de tercera generación” muchos lo consideran inconveniente, a causa de que no refiere características que las pudieran definir, además porque retoma aspectos tanto de la terapia conductual y de la terapia cognitiva conductual y otras, como las aproximaciones de corte humanista-

existencial, por lo que actualmente se les conoce como “terapias contextuales” (Maero, 2016; Pérez-Álvarez, 2014a; Ruiz Fernández et al., 2012; Valero Aguayo y Ferro García, 2015).

El término de “terapias contextuales” deriva de la filosofía contextual y funcional (contextualismo funcional), filosofía que “considera la conducta de las personas en su contexto y no de forma aislada o fraccionada. Para ello, se pone el foco en la función que cualquier evento llega a adquirir” (Luciano, 2016). Sus raíces surgen de las contribuciones y desarrollo del análisis de la conducta y el conductismo radical skinneriano, (Perea-Gil, 2017; Pérez-Álvarez, 2018b). La filosofía contextual y funcional, se basa en los principios de aprendizaje derivados del laboratorio y que no busca la reducción de síntomas (pensamientos, sensaciones, emociones o acciones) como medida de eficacia, utiliza el lenguaje (Reyes Ortega, 2017).

Reyes Ortega (2017) expone que en las terapias contextuales, se emplea el “uso del lenguaje para cambiar el contexto en el que se experimentan los eventos privados (pensamientos y sentimientos), de tal forma que se optimice la flexibilidad de respuesta orientada a metas valiosas”.

En las primeras dos generaciones de terapias conductuales, prevalece el modelo de que existe un déficit (mental/cerebral) en la persona, que es causa de la patología o disfunción psicológica y que, con una técnica puntual, se arreglara dicho padecimiento, por lo que el papel de la persona es pasivo (Barraca Mairal, 2014; Maero, 2016; Pérez-Álvarez, 2014a; Ruiz Fernández et al., 2012).

En el siguiente Cuadro 2, realizado por Valdivia Salas y Páez Blarrina (2019, p. 22), se presenta un resumen con las principales diferencias de la terapia conductual y la terapia cognitivo-conductual frente a las terapias contextuales (también reconocidas como análisis clínico de la conducta o ciencia conductual contextual).

Tabla 2: Resumen de las características de la acc frente a las de la psicología tradicional

<i>Análisis clínico de la conducta</i>	<i>Psicología tradicional</i>
<i>Contextualista:</i> Metáfora raíz: acción en contexto. Criterio de verdad: predicción e influencia.	<i>Mecanicista:</i> Metáfora raíz: universo como máquina. Criterio de verdad: predicción.
<i>Funcionalista:</i> Énfasis en las funciones.	<i>Estructuralista:</i> Énfasis en las estructuras subyacentes.
<i>Monista:</i> Los eventos privados son ejemplo de conducta.	<i>Dualista:</i> Los eventos privados son mentales frente a conductuales.
<i>No mentalista:</i> Las causas están en el contexto.	<i>Mentalista:</i> Eventos privados como causas.
<i>No reduccionista:</i> Niveles de explicación en relaciones ambiente-conducta.	<i>Reduccionista:</i> Niveles de explicación inferiores.
<i>Método idiográfico:</i> La conducta individual como unidad de análisis.	<i>Método nomotético:</i> El promedio como unidad de análisis.

Fuente: Valdivia Salas, S. y Páez Blarrina, M. (2019). *La aceptación psicológica: Qué es y por qué se fomenta en terapia*. Psicología. Madrid: Pirámide.

Las aportaciones de las terapias contextuales, atañe a la psicología clínica en dos aspectos sustanciales: la concepción psicopatológica (terreno compartido con la psiquiatría) y la forma de hacer terapia. Lo anterior, subsana la insatisfacción con los sistemas diagnósticos (medicalización y psicopatologización de los problemas de la vida) y la eficacia de los tratamientos psicológicos (Pérez-Álvarez, 2006, 2014a).

Para Michelle Reyes, los mecanismos del cambio que se comparte en las terapias contextuales son los siguientes:

- a) apertura a las experiencias que ocurren en el momento presente, lo que implica experimentarlas sin hacer nada para modificarlas; b) consciencia de

la experiencia del momento presente, tanto de los eventos privados como de la situación en que la persona está ubicada; c) Orientarse en estas experiencias para elegir actuar acorde a la situación en que uno se encuentra, de una forma que se ajuste a las metas o valores que se desean para la propia vida, y de una forma que sea lo suficientemente flexible como para ajustarse a los cambios que se suceden momento a momento mientras se actúa (2017, p. 11).

En el común de ellas, se demanda que el terapeuta no solo tenga las competencias básicas para dar terapia, sino que también, explore los principios que maneja en la consulta en su propia vida. Estos principios o mecanismos, tienen el propósito de alcanzar una vida con significado (Maero, 2016).

Marino Pérez-Álvarez (2019b), sugiere que en la medida que las terapias y sus “y protocolos se descomponen en procedimientos vinculados a procesos”, las terapias con “renombre” tendrán un menor predominio.

Algunas de las terapias contextuales que son más conocidas y que describiremos son las siguientes:

Psicoterapia Analítica Funcional (PAF)

Terapia Dialéctica Conductual (DBT)

Terapia Integral de Pareja (TIP)

Activación Conductual (AC)

Terapia con Base en Mindfulness (BMT)

Terapia Cognitiva con Base en la Persona para las Psicosis

Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

2.4.1 Psicoterapia Analítica Funcional (PAF)

La Psicoterapia Analítica Funcional (FAP, por sus siglas en inglés), fue desarrollada por Robert J. Kohlenberg y Mavis Tsai, cuando identifican factores causales de progresos y resultados de intervenciones de terapeutas excepcionalmente buenos con sus clientes: una relación terapéutica intensa, comprometida y centrada en el momento presente (Olivares Rodríguez et al., 2014; Reyes Ortega et al., 2017; Valero Aguayo y Ferro García, 2018). La FAP, fue anunciada por primera vez en 1987 en un libro monográfico sobre avances en TCC, en 1991 publicaron su primer manual y desde entonces han publicado varios (Barraca Mairal, 2014; Valero Aguayo y Ferro García, 2015, 2018).

Para entender las interacciones terapéuticas se apoyaron de la metodología del conductismo radical de Skinner y el contextualismo, y así, desarrollaron una terminología y teoría específica, donde se pudiera enseñar a otras personas de manera puntual, los procedimientos de esta intervención terapéutica (Nomen Martín, 2016; Reyes Ortega et al., 2017).

El terapeuta, trabaja con el análisis funcional de la conducta del cliente, específicamente la conducta verbal, las contingencias y el moldeamiento, y el contexto clínico (equivalente y funcional de cómo responde en la vida diaria) (Barraca Mairal, 2016a; Valero Aguayo y Ferro García, 2018). El propósito, es modificar las funciones de las “conductas clínicamente relevantes” del cliente en el contexto terapéutico, y así, generalizar esas respuestas a su entorno (Olivares Rodríguez et al., 2014). Con respecto a este punto, Pérez-Álvarez (2014a) menciona que parte de “los problemas en la vida cotidiana se “transfieren” a la situación terapéutica, (...) y las mejorías en terapia, se “transfieran” más allá de la relación terapéutica”.

La psicoterapia analítica funcional, es sugerida en casos donde ha existido fracasos terapéuticos, también, donde la persona tiene dificultades para establecer relaciones sociales (Márquez González, 2016). Una de sus ventajas es que se puede combinar con cualquier otro tipo terapia, incrementando sus efectos (Ferro García y Ascanio Velasco, 2017).

2.4.2 Terapia Dialéctica Conductual (DBT)

La Terapia Dialéctica Conductual (DBT, por sus siglas en inglés), fue desarrollada por la Dra. Marsha Linehan y su equipo en la universidad de Washington, en un principio, estaba enfocada para el tratamiento de clientes multiproblemáticos con conductas suicidas, problemas interpersonales y autolesiones, que dentro del sistema de diagnóstico DSM se designa como Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), posteriormente esta intervención empezó a tener una creciente aplicación a otros trastornos (Maero, 2016; Olivares Rodríguez et al., 2014; Pérez-Álvarez, 2014a; Ruiz Fernández et al., 2012).

Por la complejidad de las personas con TLP, se planteó como una terapia que trabaja en dos direcciones: a) la aceptación, para que la persona se sienta validado y tenga una adherencia al proceso terapéutico; y b) el cambio, para mejorar las situaciones de la persona (Barraca Mairal, 2016a). Se espera que con las habilidades aprendidas (aceptación y el cambio), las personas hagan un equilibrio, una síntesis o dialéctica (de ahí el nombre de la terapia) para el establecimiento de soluciones y bienestar (Maero, 2016; Nomen Martín, 2016; Olivares Rodríguez et al., 2014; Ruiz Fernández et al., 2012).

La terapia dialéctica conductual, en marco de las terapias contextuales, es de las principales que se fundamenta en el modelo de regulación emocional, declara que la causa patológica del TLP, es la desregulación de las emociones, originada por la vulnerabilidad emocional: alta sensibilidad a los estímulos emocionales, respuesta demasiado intensa a los estímulos emocionales y un regreso lento a la tranquilidad emocional después de la excitación emocional (Márquez González, 2016; Martorell, 2014; Pérez-Álvarez, 2014a).

Las habilidades y destrezas fundamentales que se enseñan y practican en la terapia dialéctica conductual son: a) la tolerancia al malestar, b) la adquisición de la atención plena (mindfulness), c) la regulación emocional y d) la eficacia en las relaciones interpersonales (McKay et al., 2017; Olivares Rodríguez et al., 2014). Estas habilidades y destrezas se enseñan en sus cinco modalidades de tratamiento y pueden aplicarse de forma paralela: terapia individual, entrenamiento en

habilidades, sesión telefónica, terapia con familiares y conocidos, e intervenciones en crisis y reuniones de equipo (Pérez-Álvarez, 2014a; Valdivia Salas y Páez Blarrina, 2019). En estas intervenciones, se integran “procedimientos de exposición, moldeamiento, aprendizaje por modelos, role-playing, instrucciones y autoinstrucciones, refuerzos y feedback, [...] en un contexto de validación de la experiencia emocional del cliente y una perspectiva no enjuiciadora” (Valdivia Salas y Páez Blarrina, 2019).

2.4.3 Terapia Integral de Pareja (TIP)

La terapia integral de pareja (TIP), es la única dentro de las terapias contextuales que se centra en los problemas de pareja. Es desarrollada por Andrew Christensen y Neil Jacobson en la década de los años 90 (Maero, 2016). Y es un replanteamiento de su terapia de pareja conductual tradicional, el cual tenía un énfasis en el cambio conductual de la pareja. Al reestructurarse y redefinirse, se introducen varios elementos, como la aceptación del comportamiento del otro y la disminución de las reglas o acuerdos (Barraca Mairal, 2016a, 2016b).

Para la terapia integral de pareja, los conflictos surgen por dos elementos básicos: a) una reducción de los intercambios reforzantes positivamente (conductas que en cierto momento fueron reforzantes positivamente, disminuyen su capacidad de reforzamiento por la exposición repetida a ellos) y b) el desarrollo de intercambios aversivos (desarrollo del conflicto) (Barlow, 2018).

Existen dos tipos de intervenciones en la terapia integral de pareja y en cada una de ellas, estrategias y técnicas específicas (Barlow, 2018; Barraca Mairal, 2016b; Maero, 2016; Nomen Martín, 2016; Olivares Rodríguez et al., 2014):

1. *Intervenciones para generar aceptación* como posibilidad de intimidad y mejora de la relación: a) Unión empática: se pretende motivar la unión de la pareja a partir del entendimiento de la conducta e historia personal del otro con la aceptación de sus semejanzas y diferencias. b) Desapego unificado del problema: se orienta a la pareja para que se vea el problema como algo descriptivo y externo: “tenemos un problema vs somos el problema”. c)

Aumentar la tolerancia: se implementa cuando la unión empática y el desapego unificado no están a favor de la aceptación. Se busca que las conductas “ofensivas” del otro no sean tan aversivas, dejando a un lado el esfuerzo para impedir las (lucha) o evitarlas.

2. *Intervenciones para generar cambio* para la mejora de la relación interpersonal de pareja: a) Intercambio positivo de conducta: se sugiere después de la intervención de aceptación. Su objetivo es incrementar acciones positivas de la pareja para una relación satisfactoria. b) Entrenamiento en habilidades comunicativas: se enseñan estrategias para fomentar un diálogo de respeto y de afecto y no uno centrado en el ataque o en la evitación de temas incómodos. c) Solución de problemas: se educa a redimensionar, negociar y solucionar el problema.

Para un tratamiento terapéutico exitoso en esta terapia, se estima como tiempo máximo, sesiones cada semana durante seis meses y medio. Durante este tiempo se incluye las sesiones de evaluación (Olivares Rodríguez et al., 2014).

Si bien es cierto que los problemas de pareja no son considerados como trastornos mentales (aunque hubo intentos de incluirlos en el DSM5), si pueden causar bastante dolor psicológico y físico (Barlow, 2018).

2.4.4 Activación Conductual (AC)

Dentro de las terapias contextuales, la terapia activación conductual, es la que está especializada en la depresión: en el tratamiento y prevención de recaídas con una orientación del cambio conductual. También hay evidencia de eficacia en varios problemas de la conducta, como la ansiedad y el miedo. Surge en los años 90 con Neil Jacobson (creador de la terapia integral de pareja) y su equipo cuando al desmantelar los componentes de la terapia cognitiva de Beck para la depresión, descubren que sus componentes conductuales por sí solos, tenían la misma o una mayor eficacia que la terapia completa, mientras que en los componentes cognitivos no era así (Barraca Mairal y Pérez-Álvarez, 2015; Kanter et al., 2011; Martell et al., 2013).

Para Martell et al. (2013), la activación conductual “es un tratamiento breve y estructurado para la depresión que tiene como objetivo, la activación de los clientes de modos específicos que aumentará las experiencias gratificantes en sus vidas”.

Esta terapia al no surgir del modelo psicopatológico, define el problema psicológico como “un bucle o enredamiento en el que el propio individuo queda “entrampado” en sus esfuerzos por salir del problema” (Barraca Mairal, 2016a; Barraca Mairal y Pérez-Álvarez, 2015).

La depresión, de acuerdo a la activación conductual, no es algo que este dentro ni fuera de la persona, ni es una enfermedad, sino una atmosfera o estado (de bajo nivel de reforzamientos positivos y/o alto de control aversivo) en que la persona se encuentra, “es resultado de unas determinadas circunstancias ambientales, mantenidas durante un tiempo y retroalimentadas por las propias acciones del sujeto”. Algunas de estas acciones pudieron ser adaptativas (normales y funcionales) en determinadas circunstancias (Barraca Mairal y Pérez-Álvarez, 2015).

El fin de la activación conductual es apoyar a que la persona haga nuevamente contacto con las fuentes de recompensa de su vida y que, como consecuencia de la activación (y no del estado de ánimo), se genere reforzamientos positivos y la extinción de conductas de evitación que generan alivio inmediato (reforzamientos negativos) (Barlow, 2018; Barraca Mairal, 2014; Barraca Mairal y Pérez-Álvarez, 2015; Pérez-Álvarez, 2014a).

En la guía clínica para la depresión, Martell et al. (2013, p. 50) proponen principios para que el terapeuta en AC se guíen durante todas las sesiones:

Tabla 3: Los diez principios fundamentales de la activación conductual

Principio 1. La clave para cambiar cómo se sienten las personas consiste en ayudarles a cambiar lo que hacen.

Principio 2. Los cambios en la vida pueden llevar a la depresión, y las estrategias de adaptación a corto plazo pueden bloquear con el tiempo a las personas.

Principio 3. Las pistas para entender lo que será antidepresivo para un cliente concreto residen en lo que precede y lo que sigue a las conductas importantes del cliente.

Principio 4. Estructurar y programar actividades que siguen un plan, no un estado anímico.

Principio 5. El cambio será más fácil cuando se comienza por algo pequeño.

Principio 6. Hacer hincapié en actividades que sean reforzadoras por naturaleza.

Principio 7. Actuar como un entrenador.

Principio 8. Insistir en un enfoque empírico de resolución de problemas y reconocer que todos los resultados son útiles.

Principio 9. ¡No lo digas, hazlo!

Principio 10. Detectar barreras posibles y reales para la activación.

Martell, C. R., Dimidjian, S. y Herman-Dunn, R. (2013). *Activación conductual para la depresión: Una guía clínica. Biblioteca de psicología: Vol. 182.* Bilbao: Desclée de Brouwer.

2.4.5 Terapia Cognitiva con Base en la Persona para las Psicosis

Se considera que la Terapia Cognitiva Basada en la Persona para las Psicosis (TCBP) de Paul Chadwick, es un desarrollo interno de la terapia cognitiva. No está enfocada en actuar sobre una enfermedad o trastorno mental, ni en la reducción de los síntomas a través del debate racional de contenidos cognitivos (estrategia común y poco útil que aumenta la angustia), sino en la persona que sufre o tiene un malestar relacionado con sus experiencias personales. El propósito de

esta terapia es que la persona integre y acepte las experiencias psicóticas (voces, pensamientos e imágenes) sin reaccionar o luchar contra ellas (conducta mucho más funcional,) y que recobre el sentido del yo (Chadwick, 2006; Pérez-Álvarez, 2014a; Vallina Fernández et al., 2014).

Para la terapia cognitiva basada en la persona para las psicosis, las personas experimentan malestar y angustia, no tanto por las experiencias psicóticas sino, por el sentido y las creencias que se va formando alrededor de esas experiencias. Cuando las personas luchan contra esas experiencias o quieren otorgarle un significado, quedan “atrapadas” en la rumiación, por lo que empiezan a tener conductas no tan funcionales, como la evitación de estímulos emocionales y el aislamiento (Chadwick, 2006).

La terapia se puede presentar en la modalidad individual y grupal, el promedio de sesiones es de 50 sesiones en dos años, con una periodicidad semanal hasta de cuatro a seis meses. Los resultados obtenidos en ambas modalidades (individual y grupal), coinciden con una mejoría clínica evidente: reducción de las experiencias psicóticas y un comportamiento más flexible y constructivo, aun cuando se presenten dichas experiencias. Su estructura de la terapia tiene cuatro dimensiones básicas (Chadwick, 2006; Pérez-Álvarez, 2014a):

- 1) el sentido de las experiencias psicóticas en el contexto biográfico,
- 2) la aceptación y mindfulness (la experiencia psicótica como un evento mental) como alternativa a la “lucha” contra los síntomas,
- 3) el desarrollo de esquemas positivos acerca del carácter dinámico del yo, y
- 4) el yo como perspectiva que permita la comprensión metacognitiva sobre la naturaleza compleja, contradictoria y cambiante de uno mismo.

2.4.6 Terapias con componentes o basadas en Mindfulness / Atención Plena

La palabra *mindful* (consciente de), fue incorporada al idioma inglés desde el siglo XIV (Shonin et al., 2015) y significa: prestar atención, cuidado de no olvidarse de algo, hacer algo de manera cuidadosa, estar consciente de algo (Cambridge Advanced Learner's Dictionary & Thesaurus, 2013). En el siglo XVI, se utilizó el

vocablo *mindfulness* para denotar atención, memoria o intención. A finales del siglo XI, se utiliza por primera vez como la traducción del concepto budista “sati” del idioma pali, para referirse a una práctica de meditación budista y a una función mental. Lo anterior para Stanley et al. (2018), asienta las bases para que el *mindfulness* cautivara tanto a psicólogos como a académicos budistas, ya que se relaciona con los conceptos de atención, metacognición y consciencia. Esta primera interpretación estuvo a cargo del magistrado británico Thomas William Rhys Davids (1843-1922), señalándola como la traducción más difícil de todo el sistema budista en el apartado ético, debido a que encontró que literalmente significa memoria y dependiendo del contexto, tiene diferentes significados (Shonin et al., 2015; Stanley et al., 2018; Tyler, 2018). En estudios posteriores, se ha indicado que en un inicio la palabra *sati* si era comprendida como memoria o “recuerda que”, pero gradualmente fue adquiriendo significados adicionales en las escrituras budistas (Stanley et al., 2018). En la actualidad, *sati* es entendida como un estado de atención y consciencia, donde la observación es sin juicio ni condenas del momento presente, esto es logrado por un entrenamiento mental (prácticas meditativas), que permite el desarrollo de la sabiduría y la compasión (Moreno Coutiño, 2012). También significa “recuerdo” de estar conscientes y prestar atención (Pollak et al., cop 2016).

En la década de 1970, Jon Kabat-Zinn se percató de los beneficios de su práctica budista y decide emplearla en usuarios que no estaban respondiendo de forma adecuada a los tratamientos psicológicos y médicos en el hospital donde trabajaba. Para que no hubiera rechazo, descontextualiza las prácticas de su origen budista. De esas prácticas desarrolla un programa que llevó por título “Stress Reduction and Relaxation Program” (1979) que en los años 90 es renombrado como “Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR)” (Shonin et al., 2015). Para este programa y práctica, se retomó la palabra “*mindfulness*”, ahora definida como “una consciencia que se desarrolla prestando una atención concreta, sostenida, deliberada y sin juzgar al momento presente”, que sirve para aliviar el sufrimiento (Kabat-Zinn y Raga, 2013).

En el programa, Kabat-Zinn (Martorell, 2014, p. 119) sugiere que la actitud del practicante tendría que tener los siguientes elementos:

- a) No juzgar. No categorizar en bueno o malo.
- b) Paciencia. Estar abierto a cada momento sin precipitación.
- c) Mente de principiante. Tratar de evitar la influencia de lo previo sobre el presente.
- d) Confianza. Responsabilizarnos y confiar en nosotros mismos.
- e) No esforzarse. Dejar que el resultado se produzca por sí mismo.
- f) Aceptación. La voluntad de ver las cosas “como son”.

Este programa está integrado por 8 sesiones, una (de dos horas y media aproximadamente) cada semana, con sus respectivas prácticas meditativas: “orientadas a estar presente y a conectar con el cuerpo y la mente, momento a momento” (Valdivia Salas y Páez Blarrina, 2019). Está orientado al público general y su autor no lo considera una intervención terapéutica. Cuando este tipo de programa e intervención iban reuniendo una sólida evidencia de su eficacia en diferentes padecimientos (Moreno Coutiño, 2019), se expande y consolida de las siguientes tres formas (Márquez González, 2016, p. 128)

- a) como una herramienta general para mejorar la calidad de vida y la salud psicológica, esto es, como recurso para potenciar un estilo de vida saludable en población general no clínica; b) como cimiento importante de terapias concretas protocolizadas y de eficacia analizada y probada por la investigación(..); y c) como técnicas concretas de intervención que forman parte de tratamientos más amplios que incluyen otros componentes terapéuticos, dirigidos a población clínica o subclínica con problemas psicológicos diversos, tales como la fatiga y el dolor crónico, fibromialgia, depresión o estrés, o con problemas de salud crónicos, tales como el cáncer.

Márquez González (2016), clasifica las prácticas (formales e informales) más usadas y desarrolladas de diferentes abordajes terapéuticos de la siguiente forma:

a) la conciencia plena de las sensaciones corporales básicas; b) la conciencia plena dirigida a incrementar la conciencia sensorial de las actividades cotidianas; c) la conciencia plena de emociones, pensamientos y sensaciones aversivas; y d) la conciencia plena para la exposición y aceptación de las experiencias de uno mismo y en relación con los demás (identidad, compasión).

De las intervenciones contextuales más conocidas es la Terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT: Mindfulness-based cognitive therapy), que se desarrolló como una variación de la terapia de Kabat-Zinn con el objetivo de que las personas que tuvieron una depresión mayor, no tengan recaídas por medio de la práctica de mindfulness. El rotulo “cognitivo” se refiere a la psicoeducación de desapego a los pensamientos, para reducir las rumiaciones (Barraca Mairal, 2014; Maero, 2016; Valdivia Salas y Páez Blarrina, 2019).

En la actualidad, se está reafirmado la parte ética y social de la práctica del mindfulness (atención plena en español), dado que el objetivo principal es aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de las personas y no como: un sustituto ocasional de la psicoterapia, una herramienta para el aumento de la eficiencia y productividad de los trabajadores, una solución para tener soldados más resistentes o una forma para tener niños más obedientes. Por lo anterior, la intervención desvirtuada es llamada como McMindfulness (Porter J. y Andrade N., 2013; Stanley et al., 2018; VVan Dam et al., 2018) Los “coaches” y similares, aprovechado la investigación y evidencia de la atención plena, ofrecen (sin una preparación en el área de salud mental,) retiros, clases, consultas y terapias al público en general, generando como consecuencia, que no solo se de información errónea y/o una metodología deficiente, sino que esta pueda ser perjudicial (Moreno Coutiño, 2019; VVan Dam et al., 2018). De ahí que los usuarios lleguen a sentirse, no solo afectados, también engañados y desilusionados, sin mencionar cuando lo ofrecido se llega a mezclar o reemplazar por algo que no es (VVan Dam et al., 2018).

Intervenciones basadas parcial o totalmente en atención plena, y apoyadas empíricamente, continúan desarrollándose, algunas de ellas con más fundamentos

filosóficos budistas, otras desde la ética budista, un ejemplo es la definición actualizada de mindfulness de Kabat-Zinn, que ahora también significa: “heartfulness” (corazón pleno) y una atención compuesta de bondad y compasión (Bstan-'dzin-rgya-mtsho et al., 2013; Kabat-Zinn y Raga, 2013). Al presente, ya hay muchas terapias que incluyen la compasión como componente o base fundamental de su intervención (la más conocida la Terapia Centrada en la Compasión de P. Gilbert, 2015), debido a que investigadores apuntan que forma parte de la consciencia humana (Moreno Coutiño, 2019). En la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), se ha desarrollado un programa de Atención Plena Compasiva, que como su nombre lo dice, incorpora la compasión (y sus beneficios) como base en las sesiones, este ha sido aplicado con favorables resultados en usuarios con asma, obesidad mórbida, mujeres embarazadas, multiconsumidores de sustancias psicoactivas, etc.; En este protocolo sus autoras definen la compasión como “la conciencia que surge a través de prestar atención activamente en el momento presente, sin juzgar la experiencia y generando acciones motivadas por la aspiración de liberarnos a nosotros mismos y a los demás del sufrimiento” (Moreno Coutiño, 2019; Paquin y Coutiño, 2017; Coutiño y Paquin, en prensa)

Otras terapias basadas en atención plena son: Terapia Basada en Mindfulness para el Insomnio (Mindfulness-Based Therapy for Insomnia, MBT-I), Entrenamiento basado en Mindfulness en Alimentación Consciente (Mindfulness-Based Eating Awareness Training, MB-EAT), Mindfulness y Autocompasión (Mindful Self-Compassion, MSC), Mindfulness para el Embarazo, Nacimiento y Crianza (Mindfulness-Based Childbirth and Parenting, MBCT), Prevención de Recaídas en Adicciones basado en Mindfulness (Mindfulness-Based Relapse Prevention, MBRP), Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness para el Cáncer (Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Cancer, MBCT-Ca), Equilibrio Emocional Basado en Mindfulness (Mindfulness-Based Emotional Balance, MBEB), Mejoramiento de Relaciones Basado en Mindfulness (MBRE: Mindfulness-Based Relationship Enhancement) y Terapia Centrada en la Compasión (Compassion-Focused Therapy, CFT) (Maero, 2016; Niemiec; Sociedad Mindfulness y Salud, s. f.).

3. Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

El origen de la terapia de Aceptación y Compromiso surge cuando Steven C. Hayes (co-fundador de esta terapia) ante un ataque de pánico en 1982 (condición que era manejada por un tratamiento que incluía la medicación y la terapia cognitiva tradicional, a lo cual lo describe como “orinar en medio de un huracán”), decide aplicar enseñanzas y formaciones anteriores (entre ellas la meditación) al dejar de tener conductas evitativas ante la experiencia de pánico. Al percatarse de los resultados, decide aplicarlas en sus clientes. Genera en esa década sus primeros protocolos con una fundamentación científica, y en 1999 publica su primer libro (Hayes, 2016). Desde 1986 hasta septiembre de 2021, existe un registro en la página de la Association for Contextual Behavioral Science de 820 estudios aleatorios (Hayes, 2021a) y 260 estudios entre metaanálisis, revisiones sistemáticas o narrativas basadas en la evidencia (en 2019 había 61) (Hayes, 2021b).

Luoma et al. (2017), señalan que esta terapia “ofrece un modelo de procesos de psicopatología que atraviesa todas las categorías del diagnóstico tradicional, [...] es profundamente transdiagnóstica. También ofrece un modelo de procesos de salud e intervención que está naturalmente relacionado con el crecimiento positivo y el empoderamiento”. La terapia de aceptación y compromiso, o ACT (pronunciada en inglés como la palabra act, "actúe" y no las letras a, c y t) es una terapia conductual que se enfoca en el compromiso de una vida significativa. Las personas son guiadas para abrirse a pensamientos y sentimientos de todo tipo, agradables como desagradables, ya que por el ahínco y la lucha de evitarlos (bebiendo alcohol, consumiendo drogas, evitar hablar en público, falta de límites) se genera sufrimiento en la medida que estos esfuerzos de evitación, alejan a las personas de cosas importantes que aportan significado y vitalidad a sus vidas.

La ACT, no se centra en cambiar las experiencias internas (como los pensamientos y sentimientos que actúan para la persona como obstáculos para una vida valiosa), sino en identificarlas y cambiar la relación con ellas (Stoddard y Afari, 2014). Hayes, enfatiza al decir que la gran mayoría de las personas cree que la

forma tratar sus propios desafíos mentales y emocionales es saludable, pero no lo es, ya que el luchar o huir de ellos (evitación del dolor), se cae en rumiación, ansiedad, distracción, postergación, autoestimulación, burnout o acciones contrarias a una vida valiosa (Hayes, 2016, 2019a). Sumando que se deja de lado la exploración de la fuente de dolor, hay una nueva relación con los juicios y se suscita una rigidez psicológica (Stoddard y Afari, 2014).

La rigidez psicológica, es el intento de evitar los pensamientos y sentimientos negativos que son causados por las experiencias incómodas, tanto cuando se presentan como cuando surge el recuerdo de esas experiencias. Un ejemplo de evitación es, idear pensamientos positivos para contradecir los pensamientos negativos, esta acción provoca que se recuerden y se prolonguen los pensamientos negativos. Y en las situaciones cuando la persona se siente rebasada podrían reaparecer y provocar emociones y acciones contraproducentes (Hayes et al., 2015; Hayes, 2019a).

Vargas Salinas y Coria Libenson (2017), exponen que existe una inclinación en la cultura para evitar el dolor, y siendo esta una condición normal e inherente a la vida, es considerada como una patología. O'connell (2018), declara que el dolor es inevitable en la vida, tanto a nivel físico como psicológico y puede ser adaptativo y útil si nos vinculamos de manera correcta con él. Negarlo es una de las causas del sufrimiento, para lo cual expone la siguiente fórmula budista “S (sufrimiento) = D (dolor) × R (resistencia)”. Steven C. Hayes, nos ofrece un ejemplo de relacionarse de manera diferente a la experiencia dolorosa:

Sí miras a un niño al que amas, puedes distinguir una cualidad agri dulce en el miedo que sientes por cómo le irán las cosas, pues sabes que existe la posibilidad de que le pase algo malo y que algún día morirá. Estas no son emociones negativas que deben borrarse o eliminarse; cualquier buen padre lo sabe. Esta sensación de vulnerabilidad, adecuadamente gestionada, forma parte de ser un buen padre, de ser amoroso con los hijos. Si examinas todas las áreas de tu vida en las que sientes ansiedad, tristeza y pena, verás que existe un vínculo con lo que te importa. Se trata de enseñar a la gente a ir a

esas emociones, sentirlas a propósito, sentirlas tal como son -igual que se puede extender la mano y tocar una mesa-. Cuando lo reciben, se capacitan para orientarse hacia aquello que más les importa y para comprometerse con ello. Esto forma parte de la liberación. Esto forma parte del empoderamiento humano que se pierde en nuestra cultura evitadora (Hayes, 2016).

Otras de las causas por las cuales las personas sufren es porque quedan atoradas (fusionadas) con su propio lenguaje y cogniciones, provocando una limitación en su repertorio conductual (O'connell, 2018; Vargas Salinas y Coria Libenson, 2017). El lenguaje y la cognición son procesos normales, adaptativos y funcionales, resultados de la evolución que pueden generar conflictos psicológicos (Márquez González, 2016). Para sustentar lo anterior, Hayes et al. (2001) proponen la teoría de los marcos relacionales (RFT por sus siglas en ingles), que es una teoría analítica-funcional del lenguaje y la cognición (Törneke, 2016).

Para la *teoría de los marcos relacionales* el lenguaje y la cognición son conductas (y no módulos) que la persona ejerce (Valdivia Salas y Páez Blarrina, 2019). El lenguaje es un repertorio conductual: la capacidad de relacionar estímulos (objetos y eventos) basados en símbolos o claves contextuales arbitrarias (objeto > nombre implicado; nombre > objeto (Hayes, 2016)) que no están basadas en sus características físicas en la experiencia directa (Martorell, 2014; Páez Blarrina y Montesinos Marín, 2016; Törneke, 2017). El aprendizaje de relacionar cualquier fenómeno con cualquier otro, aumentó la flexibilidad en el comportamiento humano ya que le ayudó a liberarse de las propiedades físicas de los sucesos (Hayes, 2016), a su vez, reguló cómo relacionarse con otras cosas o eventos en determinados contextos. Por ende, las emociones, pensamientos, recuerdos y sensaciones físicas pueden tener una variedad de funciones y significados, “dependiendo de cómo se haya aprendido a relacionarlos con otras cosas” (Törneke, 2017). Las personas rara vez se dan cuenta de estas relaciones establecidas en su lenguaje y de cómo influyen en su comportamiento (Hayes, 2019a), por ejemplo, la evitación experiencial (que es parte de la inflexibilidad psicológica) (Valdivia Salas y Páez Blarrina, 2019). Dado que no es posible el “desaprender” o eliminar los detonantes

y pensamientos, si es posible disminuir su impacto con destrezas de aceptación y compromiso (nuevos aprendizajes) y así, cuando estos nuevos marcos adquieran primacía, se consiga una extinción de comportamientos o hábitos previos (Hayes et al., 2015; Hayes, 2019a).

3.1 La inflexibilidad psicológica

La inflexibilidad psicológica, es la concepción psicopatológica de la ACT y una alternativa a los sistemas clasificatorios como el CIE o DSM (Pérez-Álvarez, 2014a). Desde esta terapia se considera que es el núcleo del sufrimiento humano y un producto del lenguaje (Stoddard y Afari, 2014). Hayes y colaboradores, definen la inflexibilidad psicológica como “un patrón en el que el comportamiento está excesivamente controlado por los pensamientos, los sentimientos y otras experiencias internas, o en la evitación de estas experiencias, a expensas de acciones más eficaces y significativas” (Michael E. Levin et al., 2014).

Para cada uno de sus componentes o procesos, ofrece su contrario en la flexibilidad psicológica, que es la concepción terapéutica de la ACT y que Steven C. Hayes (2020) la define como:

“la capacidad de sentir y de pensar con apertura mental, de asistir voluntariamente a la experiencia del momento presente y de avanzar en las direcciones que son importantes para nosotros, al tiempo que forjamos hábitos que nos permiten vivir de un modo congruente con nuestros valores y aspiraciones. Se trata de aprender a no evitar lo que nos resulta doloroso y a aproximarnos al sufrimiento, para poder vivir una vida llena de sentido y de propósito”.

Los procesos de inflexibilidad psicológica (psicopatológicos) versus los procesos de flexibilidad psicológica (terapéuticos y sanos), se presentan en la siguiente tabla (Hayes et al., 2015; Hayes, 2020; Luoma et al., 2017; O'connell, 2018; Pérez-Álvarez, 2014a; Valdivia Salas y Páez Blarrina, 2019; Vargas Salinas y Coria Libenson, 2017):

Tabla 4: Inflexibilidad vs Flexibilidad psicológica

Inflexibilidad psicológica	Flexibilidad psicológica
Fusión cognitiva: Los pensamientos (realidad conceptualizada) se asumen como reales sobre la experiencia directa (realidad experimentada) y sus influencias del entorno, restringiendo el repertorio conductual.	Defusión o distanciamiento cognitivo: Observar los pensamientos como pensamientos y actuar hacia una vida significativa, independientemente de la actividad mental. No busca la reestructuración cognitiva.
Evitación experiencial: Proceso mediante el cual las personas buscan suprimir o huir de pensamientos, emociones, sensaciones y experiencias, ya que las consideran aversivas.	Aceptación: “Implica el abrazo activo y consciente de los acontecimientos privados ocasionados por nuestra historia sin intentos innecesarios de cambiar su frecuencia o forma” (Luoma et al., 2017).
Foco en el pasado o el futuro: Surge cuando la persona deja de tener un contacto flexible con el presente por una rumiación respecto al pasado y una preocupación por el futuro, o cuando la persona está en “piloto automático”.	Momento presente: Se dirige la atención al momento presente de manera flexible, fluida y voluntaria, y así, responder de una forma más proactiva a lo que se vive.
Yo concepto: “es la narrativa personal y la descripción de lo que uno es” (Pérez-Álvarez, 2014a) y de quienes son los otros de acuerdo a etiquetas o normas sociales.	Yo contexto: Desarrollo de una consciencia del yo, no desde el contenido de la mente sino como observador, trascendental y como contexto.
Poca claridad con los valores: Poco o nulo contacto con los ideales o el sentido de la vida.	Contacto con valores: Se eligen direcciones/valores que guíen las acciones para una vida con sentido.
Inacción, impulsividad: Patrones de inacción o acción rígida que hacen que una vida significativa pase a segundo término.	Acción comprometida: Hábitos congruentes vinculaos a los valores elegidos.

La inflexibilidad psicológica, al ser el centro del sufrimiento humano, Ruiz et al. (2013), argumentan que sistemáticamente se ha demostrado que esta correlacionada positivamente con una gran variedad de síntomas psicológicos y negativamente con la calidad de vida, algunos de ellos: relacionada positivamente con la alimentación desordenada (Morton et al., 2020); como mecanismo subyacente de la procrastinación (Eisenbeck et al., 2019); relacionada positivamente a la depresión y ansiedad (K. E. Gilbert et al., 2019); como predictor de la procrastinación (Hayes, 2020).

3.1.1 La evitación experiencial

Para San Martín et al. (2020), la mayoría de los trastornos de ansiedad incluyen miedo (reacción emocional a una señal de amenaza) y evitación (acción defensiva que sirve para prevenir o reducir la confrontación con la amenaza). La evitación no es necesaria (y a veces no deseada) cuando no existe una amenaza real, ya que se vuelve incapacitante. El alivio al evitar puede ser un reforzador de la evitación.

Valdivia Salas y Páez Blarrina (2019) definen la evitación experiencial (EE) como “el fenómeno que ocurre cuando una persona no está dispuesta a contactar con experiencias privadas y actúa para alterar la forma o la frecuencia de estos eventos y los contextos que los ocasionan”. Este proceso natural, relacionado con el lenguaje y la cognición, trata de resolver el malestar psicológico frente a estímulos considerados como negativos pero puede ser potencialmente disfuncional, puesto que podría limitar el comportamiento hacia conductas valiosas en la vida de las personas (Borgogna et al., 2020; Fricke y Vogel, 2020; Furlan y Sánchez-Rosas, 2018).

Para Hayes, la evitación experiencial es:

el proceso que nos lleva a huir o a intentar controlar las experiencias personales (pensamientos, emociones y sensaciones) y los acontecimientos externos que han dado lugar a estas, ya se trate de acudir a una fiesta o de intentar asumir la muerte de un amigo (2020).

La evitación experimental se ha encontrado en diferentes contextos y trastornos mentales, como por ejemplo: en la ansiedad y la depresión hay una relación positiva (Borgogna et al., 2020; Fricke y Vogel, 2020); en personas que padecen el trastorno de estrés postraumático (TEPT) severos y en síntomas de duelo prolongados (Williams et al., 2019); en el contexto del pánico predice una menor calidad de vida (Kirk et al., 2019); está relacionada en los sesgos de negatividad (que respalda selectivamente información negativa pero no neutral) y con dificultades interpersonales (Quickert et al., 2020), en fobias específicas (como arañas) (Fricke y Vogel, 2020); una función importante en la evitación social en personas con diferencias visibles (quemaduras, cicatrices, etc.) (Zucchelli et al., 2020); con niveles más altos en personas con luchas espirituales (conflictos, preguntas y tensiones sobre temas espirituales y religiosos) (Dworsky et al., 2016); en estudiantes frente a exámenes orales, puede provocar demora en la carrera, “pérdida del grupo de referencia y sentimientos de vergüenza y culpa asociados al ocultamiento de la situación ante la familia por temor a generar enojo o decepción” (Pittig y Scherbaum, 2020); en individuos con dolor crónico, el miedo a este deja ser adaptativo (evitar más lesiones) y empieza a afectar la actividad diaria que a largo plazo podría iniciar una y a largo plazo en una discapacidad funcional (Glogan et al., 2020; VVan Vliet et al., 2019).

Estas nuevas terapias han abierto la puerta, ya desde hace dos décadas, a investigaciones encaminadas a evaluar los efectos de éstas en múltiples patologías y sintomatologías, tanto físicas como mentales. Al iniciarse estas investigaciones muchos de los investigadores se dieron cuenta de que no contaban con los instrumentos psicométricos para evaluar sus variables de interés, por lo que se dieron a la tarea de desarrollar nuevos instrumentos. Esta es una actividad que continua a la par de las investigaciones novedosas. Uno de los instrumentos que ya desde hace años ha sido utilizado con éxito por los terapeutas e investigadores en estos temas, es el Cuestionario de Aceptación y Acción, en su versión primera (AAQ-I).

3.2 Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II)

Con la investigación y el desarrollo de la Terapia de Aceptación y Compromiso, se han elaborado instrumentos para medir sus procesos principales. El más utilizado es el Cuestionario de Aceptación y Acción en su primera (AAQ-I) y segunda versión actualizada (AAQ-II) (Bond et al., 2011; Hayes et al., 2004). En 2019, según Hayes (2019b), se había citado más de 2000 veces en publicaciones científicas. La escala ha sido traducida al alemán, árabe, chino, coreano, danés, español, francés, griego, hebreo, holandés, húngaro, italiano, japonés, noruego, persa, polaco, portugués, rumano, serbio y sueco (Hayes, s. f [2019a]). Y se han implementado diferentes versiones para condiciones particulares, como es en el caso de diabetes (AADQ), epilepsia (AAEpQ), AAQ para el cáncer, AAQ de interacciones interpersonales, lesión cerebral adquirida (AAQ-ABI), ejercicio (AAQ-Ex), obsesiones y compulsiones (AAQ-OC), AAQ-S (estigma), abuso de sustancias (AAQ-SA, existe una versión Mexicana (Herrera Velázquez, 2018)), peso (AAQ-W), fumadores (AIS), imagen corporal (BI-AAQ), dolor crónico (CPAQ), ansia por la comida (FAAQ), Síndrome del Intestino Irritable (IBSAAQ), ansiedad social (AAQ), tinnitus (TAAQ), alucinaciones auditivas (VAAS) y trabajo (WAAQ) (Hayes, s. f [2019b]).

El AAQ-I, se centró en la evitación experimental, uno de los 6 procesos de la inflexibilidad psicológica, con un alfa de Cronbach de .70 (Hayes et al., 2004; Tyndall et al., 2019). Esta versión fue traducida en España por Jorge Barraca (2004) con una consistencia interna de 0.74. En México fue adaptada por Vargas y Aguilar (2006). Para mejorar su consistencia interna y la estructura factorial se desarrolló una segunda versión del AAQ (Borgogna et al., 2020).

El AAQ-II, cuenta con un alfa de Cronbach de 0.84 y una $r = 0.97$ con el AAQ-I, es una escala autoaplicable tipo Likert, cuenta con siete reactivos y siete opciones de respuesta para cada uno de ellos, que van desde 1 punto: “nunca cierto”, a 7 puntos: “siempre cierto”. El rango de puntuación posible es de 7 a 49, donde a mayor puntuación mayor inflexibilidad psicológica (una puntuación entre 24 a 28 están

relacionadas con los límites de síntomas, como la depresión o la ansiedad (Hayes, 2019b); el “corte clínico” propuesto para identificar una elevada inflexibilidad psicológica, sería entre la puntuación 28 y 32 (Ong, Pierce, et al., 2019)). Esta versión, amplía su enfoque de medición (por una maduración conceptual), no solo el componente de evitación experimental, sino, el conjunto de sus componentes: inflexibilidad psicológica (que principalmente es utilizado). Ahora, no solo las experiencias privadas negativas, también las neutras y positivas. Con 2.816 participantes, en seis muestras, el análisis estadístico reflejó “una sola dimensión latente: inflexibilidad psicológica o evitación experimental” (Bond et al., 2011).

El AAQ-II, es adaptado y validado para población española, con una consistencia interna de 0.88 (Ruiz et al., 2013). En México, una versión preliminar del AAQ-II de 10 reactivos, se estandarizo para población yucateca, esta cuenta con un coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0.89 (Patrón Espinosa, 2010). La versión final de 7 reactivos es psicométricamente más fuerte, aunque la de 10 reactivos no es significativamente más débil predictivamente, ambas se correlacionan en $r = 0.96$ por lo que también es válida.

Ong, Lee, et al. (2019), declaran que la flexibilidad/inflexibilidad psicológica son constructos difíciles de evaluar de manera integral con una medida, por lo que sugieren escalas más grandes o específicas de cada componente.

4. Planteamiento del Problema y Método

4.1 Justificación

Dado que la inflexibilidad psicológica se ha asociado en diversos trastornos mentales, es imperativo que se tenga una medida adaptada y confiable de este constructo de la terapia de aceptación y compromiso, y así, evaluar e identificar comportamientos o situaciones, que, en México, aún es poco explorado. Con lo anterior, no solo se tendría un mejor acercamiento al fenómeno, se podrían elaborar estrategias de intervención contextuales que fomenten la salud mental.

4.2 Objetivo

Realizar la traducción y adaptación de la escala *Acceptance and Action Questionnaire II* (AAQ-II), como un instrumento para evaluar la inflexibilidad psicológica.

4.3 Participantes:

Población:

- Participaron 200 hombres y mujeres de la población general.

Criterios de inclusión:

- Nacionalidad mexicana
- Edad mínima de 16 años
- Disposición explícita a participar en el estudio.
- Ausencia de deterioro cognitivo o de otra limitación física que impida la realización del cuestionario.

El tipo de muestreo fue no probabilístico (intencional).

Cabe destacar que algunos autores para el tamaño de la muestra suelen recomendar 5 o 10 aplicaciones por cada reactivo, o doscientas aplicaciones como mínimo (Lloret-Segura et al., 2014; Muñoz Fernández, 2018; Nunnally y Bernstein, 1999).

4.4 Instrumento

Se realizará la adaptación del instrumento Acceptance and Action Questionnaire- II (AAQ-II), desarrollado por Bond et al. (2011), que tiene como objetivo, medir el nivel de inflexibilidad psicológica.

El AAQ-II, cuenta con un alfa de Cronbach de 0.84. Es una escala autoaplicable tipo Likert, que se compone de un total de 7 reactivos. Los reactivos reflejan una falta de voluntad para experimentar emociones y pensamientos no deseados (por ejemplo, “Tengo miedo de mis sentimientos”); la incapacidad para estar en el momento presente y comportarse con acciones dirigidas a los valores (por ejemplo, “Mis recuerdos dolorosos no me permiten tener una vida satisfactoria”). Sus opciones de respuesta son tipo Likert: 1) nunca cierto, 2) muy rara vez cierto, 3) Raramente cierto, 4) algunas veces cierto, 5) frecuentemente cierto, 6) casi siempre cierto, 7) siempre cierto. (Bond et al., 2011; Ruiz et al., 2013).

El AAQ-II y su distribución de los factores se representa de la siguiente manera:

Tabla 5. Factores del AAQ-II

Factor	Número de reactivos	Descripción
Inflexibilidad psicológica	7 reactivos	“Patrón donde el comportamiento está excesivamente controlado por los pensamientos, los sentimientos y otras experiencias internas, o en la evitación de estas experiencias, a expensas de acciones más eficaces y significativas”(Michael E. Levin et al., 2014).

Para el uso del AAQ-II en investigación y con clientes, está permitido y no requiere una autorización especial, sin embargo, si la escala es utilizada con fines de lucro, es necesario un permiso de los autores (Hayes, s. f.).

4.5 Procedimiento

El procedimiento, está basado en la propuesta metodológica-estadística de Reyes y García (2008). El camino empleado:

1. Traducción
2. Validación por jueces.
3. Re-traducción.
4. Adecuación.
5. Piloteo.
6. Revisión
7. Aplicación a la población meta.
8. Análisis estadístico.

4.6 Traducción y adaptación del instrumento

El instrumento es traducido de su idioma original (inglés), al idioma español por una empresa de traducción profesional y por un docente de posgrado de psicología que cuenta con un alto nivel y fluidez del idioma inglés. Posteriormente se hizo una síntesis de la traducción y se verificó que los reactivos presentaran el mismo significado que en la prueba original, las cuales se presentan en la siguiente Cuadro:

Tabla 6. Traducción del Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ-II)

Below you will find a list of statements. Please rate how true each statement is for you by circling a number next to it. Use the scale below to make your choice	A continuación, encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, evalúe que tan verdadera es cada afirmación para usted encasillando alguno de los números que se encuentran a un lado utilizando la
---	--

	escala que se presenta debajo para hacer su elección.
Never true	Nunca verdadero
Very seldom true	Muy raramente verdadero
Seldom true	Raramente verdadero
Sometimes true	A veces verdadero
Frequently true	Frecuentemente verdadero
Almost always true	Casi siempre verdadero
Always true	Siempre verdadero
1. My painful experiences and memories make it difficult for me to live a life that I would value.	1. Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir una vida que considere valiosa.
2. I'm afraid of my feelings.	2. Tengo miedo de mis sentimientos.
3. I worry about not being able to control my worries and feelings.	3. Me preocupa no poder controlar mis preocupaciones y sentimientos.
4. My painful memories prevent me from having a fulfilling life.	4. Mis recuerdos dolorosos no me permiten tener una vida satisfactoria.
5. Emotions cause problems in my life.	5. Las emociones causan problemas en mi vida.
6. It seems like most people are handling their lives better than I am.	6. Parece que la mayoría de las personas manejan sus vidas mejor que yo.
7. Worries get in the way of my success.	7. Las preocupaciones interfieren en mi camino al éxito.

4.7 Validación por jueces

Para la validación de jueces, se presentó el instrumento a cinco expertos en el área de terapias contextuales, se les explicó las características del instrumento y lo que pretende medir. Posteriormente se les solicitó que examinaran si cada reactivo pertenecía al factor. De lo anterior se consiguieron los siguientes resultados:

Tabla 7. Porcentaje de acuerdo y acierto entre jueces del factor.

Factores Juez

Factor	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Acuerdo entre jueces
Inflexibilidad psicológica	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Se obtuvo un 100% de acuerdo entre los jueces en todos los reactivos.

4.8 Re-traducción del instrumento

En esta etapa, se tradujo de nuevo el instrumento, de la versión en español al inglés, con el propósito de verificar si los reactivos mantenían el significado o sentido original. La re-traducción estuvo a cargo de un juez angloparlante.

En la revisión de la retraducción, se encontró que se mantenía el sentido de los reactivos, en algunas palabras el sentido gramatical se modificó, en otras se utilizaron sinónimos.

Tabla 8. Comparación de la versión original con la versión traducida del español al inglés del AAQ-II.

Below you will find a list of statements. Please rate how true each statement is for you by circling a number next to it. Use the scale below to make your choice	Below, you will find a list of statements. Please rate how true each affirmation is for you by circling one of the numbers besides it by using the scale below to make your choice.
Never true	Never true
Very seldom true	Very seldom true
Seldom true	Rarely true
Sometimes true	Sometimes true
Frequently true	Frequently true

Almost always true	Almost always true
Always true	Always true
1. My painful experiences and memories make it difficult for me to live a life that I would value.	1. My painful experiences and memories make it difficult for me to live a life that I consider valuable.
2. I'm afraid of my feelings.	2. I am afraid of my feelings
3. I worry about not being able to control my worries and feelings.	3. It disturbs me not to be able to control my worries and feelings.
4. My painful memories prevent me from having a fulfilling life.	4. My painful memories do not allow me to have a satisfying existence.
5. Emotions cause problems in my life.	5. Emotions cause problems in my life.
6. It seems like most people are handling their lives better than I am.	6. It seems that everybody else manages their life better than me.
7. Worries get in the way of my success.	7. Worries interfere with my path to success.

4.9 Adaptación del instrumento

En este punto, se realizaron las modificaciones necesarias para que el instrumento tuviera una equivalencia en el lenguaje y presentara una relevancia cultural para la población mexicana.

La primera adecuación del instrumento, coherente con las observaciones de los jueces, fue la redacción de las instrucciones, en donde se hicieron modificaciones sin que estas afectaran el sentido original. También en las opciones de respuesta, se cambió la palabra “verdadero” por “cierto”.

Tabla 9. Adaptación de instrucciones y opciones de respuesta del AAQ-II.

A continuación, encontrará una lista de afirmaciones. Por favor evalúe que tan verdadera es cada afirmación para usted	A continuación, encontrará una lista de afirmaciones. Por favor evalúe qué tan cierta es cada afirmación para usted,
--	--

encasillando alguno de los números que se encuentran a un lado utilizando la escala que se presenta debajo para hacer su elección.	seleccione la casilla que mejor represente su respuesta.
Nunca verdadero	Nunca cierto
Muy raramente verdadero	Muy raramente cierto
Raramente verdadero	Raramente cierto
A veces verdadero	A veces cierto
Frecuentemente verdadero	Frecuentemente cierto
Casi siempre verdadero	Casi siempre cierto
Siempre verdadero	Siempre cierto

4.10 Piloteo del instrumento

Para saber si los reactivos de la prueba se lograban entender de manera correcta o se requiriera de alguna modificación en la redacción, se realizó un piloteo de la prueba con 15 personas, mayores de edad y de nacionalidad mexicana, de los cuales 6 fueron hombres y 9 mujeres. El 60% de las personas realizaron observaciones al reactivo 4, la adecuación final se muestra en la tabla 10.

Tabla 10. Adecuación del reactivo 4

4. Mis recuerdos dolorosos no me permiten tener una vida satisfactoria.	4. Mis recuerdos dolorosos me impiden tener una vida satisfactoria.
--	--

Una vez terminado el proceso de traducción, adaptación y piloteo, se elaboró la versión adaptada al español del Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II) con un total de 7 reactivos (ver Anexo 1).

5. Resultados

5.1 Características de los participantes

Una vez obtenida la versión traducida y adaptada al español del AAQ-II, ésta se aplicó a 200 personas, de las cuales, 63.5 % fueron mujeres y 36.5 % hombres (Tabla 11); 46.5% contaba con licenciatura (Tabla 12); 53.5% reportó ser soltero (Tabla 13); 42% una práctica espiritual (Tabla 14), y dentro de esta el 31% reportó la religión católica (Tabla 15).

La media de edad fue de 38.88 años, con una desviación estándar de 13.387. El rango de edad fue de 16 a 73 años. Del total, el 69.5 % reportó que residía en la Ciudad de México (Tabla 15). Los datos se codificaron y procesaron mediante el paquete SPSS, versión 21.

Tabla 11. Género

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	127	63.5
Masculino	73	36.5
Total	200	100.0

Tabla 12. ¿Cuál es su último nivel de estudios?

	Frecuencia	Porcentaje
Licenciatura	93	46.5
Estudios de posgrado	57	28.5
Bachillerato	25	12.5
Secundaria	12	6.0
Carrera técnica	12	6.0
Primaria	1	.5
Total	200	100.0

Tabla 13. ¿Cuál es su estado civil?

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	107	53.5
Casado	54	27.0
Separado o divorciado	20	10.0
Unión libre	16	8.0
Viudo	3	1.5
Total	200	100.0

Tabla 14. ¿Lleva a cabo alguna practica espiritual o profesa alguna creencia religiosa?

	Frecuencia	Porcentaje
No	84	42.0
Sí	116	58.0
Total	200	100.0

Tabla 15. Si respondió Sí a la pregunta anterior ¿Qué religión profesa o cuál es la práctica espiritual que lleva a cabo?

	Frecuencia	Porcentaje
Sin practica espiritual o creencia religiosa	84	42.0
Católica	63	31.5
Budismo	10	5.0
Cristiana	7	3.5
Meditación	7	3.5
Yoga y meditación	3	1.5
Nuevo pensamiento	3	1.5
Atención plena	2	1.0
Católica y meditación	2	1.0
Agnóstico	1	.5

Aikido	1	.5
Budismo y catolicismo	1	.5
Católica y yoga	1	.5
Chamanismo	1	.5
Consciencia de Krishna	1	.5
Espiritualista	1	.5
Judía	1	.5
Mexicanidad	1	.5
Pentecostés	1	.5
Reiki	1	.5
Rezar y caminar a santuario	1	.5
Creyente de Dios	1	.5
Testigo de Jehová	1	.5
Cursos de crecimiento espiritual	1	.5
Vaishvana	1	.5
Wicca	1	.5
Yoga	1	.5
Yoga, meditación, Reiki, Runas	1	.5
Total	200	100.0

Tabla 16. ¿De qué estado de la República Mexicana es originario?

	Frecuencia	Porcentaje
Ciudad de México	139	69.5
Jalisco	26	13.0
Estado de México	12	6.0
Coahuila	6	3.0
Oaxaca	4	2.0
Veracruz	3	1.5
Michoacán	2	1.0

Baja California	1	.5
Baja California Sur	1	.5
Campeche	1	.5
Durango	1	.5
Nayarit	1	.5
Querétaro	1	.5
Sinaloa	1	.5
Tlaxcala	1	.5
Total	200	100.0

5.2 Confiabilidad del Instrumento

Se llevó a cabo un análisis de los reactivos de acuerdo al método propuesto por Reyes-Lagunes y García y Barragán, L. F. (2008), entre estos pasos, se realizó un análisis de discriminación de reactivos por distribución de frecuencias, discriminación de reactivos por sesgo y curtosis, y discriminación de reactivos por diferencias en grupos extremos. Tras este análisis se encontró que los siete reactivos contaban con las condiciones necesarias para realizar un análisis de confiabilidad por medio de una prueba de Alpha de Cronbach.

El análisis de alfa de Cronbach arrojó un coeficiente de 0.92, en este proceso el análisis realizado indicó que el coeficiente no aumentaba con la eliminación de algún reactivo, por ello se conservaron todos los reactivos.

Posteriormente se solicitó la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett (Tabla 17) con la finalidad de verificar si era factible realizar un análisis factorial exploratorio. El valor de la prueba KMO fue de .905, lo que lleva a suponer que el tamaño de la muestra tenía suficiente adecuación, y el de la prueba de esfericidad de Bartlett fue igual a 913.706 (df = 21, $p < 0.001$), confirmando que era factible realizar un análisis factorial exploratorio con los datos obtenidos.

Tabla 17. Prueba de KMO y Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		.905
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	913.706
	gl	21
	Sig.	.000

El análisis factorial exploratorio se realizó con el método de extracción de componentes principales y una Rotación Varimax solicitando la eliminación de los reactivos que tuvieran cargas menores a .40. Este análisis arrojó una estructura de un solo factor (inflexibilidad psicológica) en el que se agruparon adecuadamente los siete reactivos de la escala (Tabla 18) y que explico el 67.55% de la varianza, es decir, que los resultados obtenidos no se deben al azar.

Tabla 18. Matriz de componente ^a

	Componente
	1
1. Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil tener una vida valiosa.	.674
2. Tengo miedo de mis sentimientos.	.633
3. Me preocupa no poder controlar mis preocupaciones y sentimientos.	.667
4. Mis recuerdos dolorosos no me permiten tener una vida satisfactoria.	.814
5. Las emociones causan problemas en mi vida.	.846
6. Parece que la mayoría de las personas manejan sus vidas mejor que yo.	.772
7. Las preocupaciones interfieren en mi camino al éxito.	.843

Las puntuaciones en relación al sexo, las mujeres obtuvieron una media de 19.25 (SD= 9,06) y los hombres una media de 18.29 (SD= 8.77). Las puntuaciones totales fluctuaron entre 7 y 49, con una media de 18.91(SD= 8.95) y una moda de 10.

6. Discusiones, limitaciones y conclusiones

El presente estudio tuvo como objetivos principales realizar la traducción al español mexicano y la adaptación cultural del Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II) de Bond et al. (2011), que es a nivel mundial la medida más utilizada de para evaluar la Inflexibilidad psicológica, constructo central de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). En México, hasta este momento sólo se había trabajado una versión preliminar de 10 reactivos para población yucateca (Patrón Espinosa, 2010). Mediante esos datos recabados, se evaluó sus propiedades psicométricas y consistencia con estudios previos.

Al llevar a cabo el análisis estadístico se observó que la consistencia interna del mismo es adecuada. El valor del alfa de Cronbach es similar al reportado en varios estudios anteriores (Joana Costa et al., 2014; Kleszcz et al., 2018; Paladines-Costa et al., 2021; Ruiz et al., 2016). Además, se encontró que el nivel de confiabilidad es mayor comparado con otros estudios (Balaszi et al., 2019; Bond et al., 2011; Chang et al., 2017; Eisenbeck y Szabó-Bartha, 2018; Fairouz Hemaïd et al., 2016; Karekla y Michaelides, 2017; Meunier et al., 2014; Østergaard et al., 2020; Reneman et al., 2014; Ruiz et al., 2013; Zhang et al., 2014; Zuljevic et al., 2020), e inferior únicamente en relación con el estudio de Flynn et al. (2016).

En cuanto a la validez de constructo, el análisis factorial exploratorio reflejó una estructura factorial unidimensional de 7 reactivos, consistente con la versión original (Bond et al., 2011) y con la mayoría de estudios previos (Balaszi et al., 2019; Eisenbeck y Szabó-Bartha, 2018; Flynn et al., 2016; Joana Costa et al., 2014; Karekla y Michaelides, 2017; Kleszcz et al., 2018; Meunier et al., 2014; Østergaard et al., 2020; Paladines-Costa et al., 2021; Reneman et al., 2014; Ruiz et al., 2013; Ruiz et al., 2016; Zhang et al., 2014; Zuljevic et al., 2020). Asimismo, se encontraron dos estudios que conservan la estructura factorial de un solo factor, pero en ambos, se eliminó el reactivo 1, quedando una escala de 6 reactivos (Chang et al., 2017; Fairouz Hemaïd et al., 2016).

En cuanto a las **limitaciones** de este estudio, está el que la muestra fue seleccionada por medio de un muestreo no probabilístico (intencional), y en ésta, hubo una mayor representación del género femenino y de personas con estudios superiores. En este estudio no se evaluó a los participantes para conocer si tenían problemas mentales y/o si estaban bajo tratamiento psicológico o psiquiátrico. Respecto al tamaño de la muestra, si bien se cumplió y rebasó el requisito de 5 o 10 aplicaciones por cada reactivo para una adecuada ejecución de un análisis factorial exploratorio, de acuerdo con algunos autores (Lloret-Segura et al., 2014; Muñiz Fernández, 2018), el tamaño de la muestra empleada en este trabajo fue del mínimo recomendado.

Para futuras investigaciones se **recomienda** aumentar la cantidad de muestra y equilibrarla en cuanto a las variables sociodemográficas, así como realizar un análisis factorial confirmatorio, ya que el análisis factorial exploratorio infiere un acercamiento tenue (tendencia) a la validación de un constructo (Pérez, E., & Medrano, L., 2010). Además, evaluarla en diferentes poblaciones clínicas (depresión, ansiedad, etc), de igual manera, validarla con otras medidas clínicas. Lo anterior, se pretende llevar a cabo en futuros estudios.

En **conclusión**, la adaptación del Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II), es coherente con su versión original (Bond et al., 2011). Los resultados encontrados presentan/reflejan una estructura unifactorial y propiedades psicométricas adecuadas para evaluar en población mexicana el constructo de inflexibilidad psicológica, el cual ha sido muy poco investigado en nuestro país. Este tipo de estudios constituyen evidencia sólida que permiten entender la concepción psicopatológica de la ACT y apoyan el creciente interés de la psicología clínica moderna por las terapias de tercera generación, las cuales han probado ser efectivas en diversas áreas de la salud mental donde las terapias cognitivo-conductuales convencionales no han podido lograr con éxito la recuperación de los pacientes ni y el mantenimiento a largo plazo de los resultados positivos.

Es la intención de los nuevos terapeutas enfocados en intervenciones de tercera generación que la investigación en estas áreas favorezca su mejor entendimiento, brindando más información sobre los constructos detrás de estas terapias, recabando así evidencia que pueda ser de apoyo para aumentar el éxito de las intervenciones.

En resumen, este trabajo atiende a la necesidad de evaluar e identificar un fenómeno poco explorado en México, como es la inflexibilidad psicológica. Aporta una herramienta contextual (actualizada) adaptada y confiable, que posibilita la futura investigación y elaboración de estrategias de intervención que fomenten la salud mental.

Referencias

- Alargón, R. D. (2012). Contexto histórico y cultural en el estudio de la enfermedad mental: Perspectivas latinoamericanas. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(5), 511–518. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70345-0](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70345-0)
- AMIIF. (2020, 1 de agosto). *La salud mental frente a la COVID-19* [Comunicado de prensa]. <https://amiif.org/la-salud-mental-frente-al-covid-19/>
- Balaszzi, R., Pentek, I., Vargha, J. y Szabo, K. (2019). The investigation of the factor structure, construct validity and gender related differences of the Hungarian version of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A latent mean difference approach. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 19(1), 73–90. <https://doi.org/10.24193/jebp.2019.1.5>
- Barlow, D. H. (2018). *Manual clínico de trastornos psicológicos: Tratamiento paso a paso* (M. E. Ortiz Salinas, Trad.) (Primera edición en español traducida de la quinta edición en inglés). Manual Moderno.
- Barraca, M. J. (2004). Spanish adaptation of the acceptance and action questionnaire (AAQ), 4(3),. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(3), 505–515.
- Barraca Mairal, J. (2014). *Técnicas de modificación de la conducta* (1a. ed.). *Manuales prácticos: Vol. 43*. Síntesis.
- Barraca Mairal, J. (2016a). Editorial. La década de las terapias contextuales. *Análisis Y Modificación De Conducta*, 42(165–166), 1–2. <https://doi.org/10.33776/amc.v42i165-66.2790>
- Barraca Mairal, J. (2016b). *Terapia integral de pareja: Una intervención para superar las diferencias irreconciliables*. *Terapias de tercera generación*. Síntesis.
- Barraca Mairal, J. y Pérez-Álvarez, M. (2015). *Activación conductual: Para el tratamiento de la depresión*. *Terapias tercera generación*. Síntesis.
- Belloch, A. y Fernández-Álvarez, H. (2011). *Tratado de trastornos de la personalidad*. *Biblioteca de psicología: Vol. 11*. Síntesis.
- Benítez, C. (2020, 6 de diciembre). Área de salud mental en Nayarit se queda sin presupuesto para 2021. *El Occidental*.

<https://www.eloccidental.com.mx/local/noticias-area-de-salud-mental-en-nayarit-se-queda-sin-presupuesto-para-2021-6103488.html>

- Berenzon Gorn, S., Saavedra Solano, N., Medina-Mora Icaza, M. E., Aparicio Basaurí, V. y Galván Reyes, J. (2013). Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33, 252–258. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892013000400003>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T. y Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676–688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Borgogna, N. C., McDermott, R. C., Berry, A., Lathan, E. C. y Gonzales, J. (2020). A multicultural examination of experiential avoidance: AAQ – II measurement comparisons across Asian American, Black, Latinx, Middle Eastern, and White college students. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 16, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.01.011>
- Bstan-'dzin-rgya-mtsho, Kabat-Zinn, J [Jon], Davidson, R. J. y Houshmand, Z. (2013). *El poder curativo de la meditación: Diálogos científicos con el Dalai Lama* (1ª ed.). Kairós.
- Casarotto, P. C., Girysh, M., Fred, S. M., Kovaleva, V., Moliner, R., Enkavi, G., Biojone, C., Cannarozzo, C., Sahu, M. P., Kaurinkoski, K., Brunello, C. A., Steinzeig, A., Winkel, F., Patil, S., Vestring, S., Serchov, T., Diniz, C. R. A. F., Laukkanen, L., Cardon, I., . . . Castrén, E. (2021). Antidepressant drugs act by directly binding to TRKB neurotrophin receptors. *Cell*, 184(5), 1299-1313.e19. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2021.01.034>
- Castro, L. (2014). Modelo integrador en psicopatología: un enfoque transdiagnóstico. En V. E. Caballo, I. C. Salazar y J. A. I. Carrobes (Eds.), *Colección "Psicología", Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (2ª ed., pp. 45–79). Pirámide.
- Catalán Lerma, M. (2019, 11 de octubre). Salud mental, vinculada al modelo político y económico. Educación, Principales. *La Jornada: Zacatecas*, 13(5577), p. 12. <https://issuu.com/lajornadazacatecas.com.mx/docs/local-11102019>

- CDHCDMX (2018, 10 de octubre). Salud mental no es prioritaria en México: CDHCDMX. Gómez Flores, Laura. *La Jornada*.
<https://www.jornada.com.mx/ultimas/capital/2018/10/10/salud-mental-no-es-prioritaria-en-mexico-cdhcdmx-983.html>
- Chacón Serrano, F. (2014). Historización del concepto de Salud Mental desde los aportes de Ignacio Ellacuría. *Realidad: Revista De Ciencias Sociales Y Humanidades*(142), 585–591. <https://doi.org/10.5377/realidad.v0i142.2407>
- Chadwick, P. (2006). *Person-based cognitive therapy for distressing psychosis*. Wiley series in clinical psychology. John Wiley & Sons.
- Chang, W. H., Chi, L., Lin, S.-H. y Ye, Y.-C. (2017). Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II for Taiwanese College Students and Elite Athletes. *Current Psychology*, 36(1), 147–156.
<https://doi.org/10.1007/s12144-015-9395-x>
- Cohen, A., Gilman, S. E., Houck, P. R., Szanto, K. y Reynolds, C. F. (2008). Socioeconomic status and anxiety as predictors of antidepressant treatment response and suicidal ideation in older adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(4), 272. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0436-8>
- Coutiño, A. M. y Paquin, E. M. S. (en prensa). *Manual de Atención Plena Compasiva*. Pax Mexico.
- Dworsky, C. K. O., Pargament, K. I., Wong, S. y Exline, J. J. (2016). Suppressing spiritual struggles: The role of experiential avoidance in mental health. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(4), 258–265.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.10.002>
- Eisenbeck, N., Carreno, D. F. y Uclés-Juárez, R. (2019). From psychological distress to academic procrastination: Exploring the role of psychological inflexibility. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 13, 103–108.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.07.007>
- Eisenbeck, N. y Szabó-Bartha, A. (2018). Validation of the Hungarian version of the Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 9, 80–87. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.07.007>
- Estévez, A., Ramos Cejudo, J. y Salguero Noguera, J. M. (2015). *Tratamiento transdiagnóstico de los desórdenes emocionales. Guías profesionales*. Síntesis.

- Etienne CF. (2018). Salud mental como componente de la salud universal [Mental health as a component of universal health]. *Revista panamericana de salud pública = Pan American journal of public health*, 42.
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.140>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. y Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509–528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- Fairouz Hemaïd, Sofián El-Astal, Adolfo Javier Cangas, Noelia Navarro, José Manuel Aguilar-Parra, Ayah Alsaqqa y Ayah Saqer (2016). Psychometric Properties of the Palestinian Version of the Acceptance and Action Questionnaire-II (Aaq-II) Applied in The Gaza Strip. *Psycho-Educational Research Reviews*, 52 – 59-52 – 59. <https://www.journals.lapub.co.uk/index.php/perr/article/view/147>
- Ferro García, R. y Ascanio Velasco, L. (2017). *Terapia de interacción padres-hijos: Un tratamiento infantil basado en la evidencia. Terapias de tercera generación. Síntesis.*
- Flynn, M. K., Berkout, O. V. y Bordieri, M. J. (2016). Cultural considerations in the measurement of psychological flexibility: Initial validation of the Acceptance and Action Questionnaire–II among Hispanic individuals. *Behavior Analysis: Research and Practice*, 16(2), 81–93. <https://doi.org/10.1037/bar0000035>
- Frances, A. (2014, 27 de septiembre). Entrevista de M. Pérez Oliva.
- Fricke, K. y Vogel, S. (2020). How interindividual differences shape approach-avoidance behavior: Relating self-report and diagnostic measures of interindividual differences to behavioral measurements of approach and avoidance. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 111, 30–56.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.01.008>
- Furlan, L. y Sánchez-Rosas, J. (2018). Evidencias de validez y confiabilidad de una Escala de Evitación Conductual en Exámenes Orales en estudiantes universitarios. *Ansiedad Y Estrés*, 24(2), 90–98.
<https://doi.org/10.1016/j.anyes.2018.05.001>
- Gallardo, L., Fernández, C., Gómez, J., Varela, M. y Ortiz-Lobo, A. (2017). Deprescripción de antidepresivos: estudio prospectivo a seis meses. En AMSM y AEN (Eds.), *XXVII Jornadas AEN: Sujetos a lo social* (pp. 297–305). Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).

- Garca de Vinuesa, F., González Pardo, H. y Pérez-Álvarez, M. (2015). *Volviendo a la normalidad: La invención del TDAH y del trastorno bipolar infantil*. Alianza Editorial.
- Garduño, R. y Méndez, E. (2019, 9 de septiembre). Proponen reasignar recursos para salud, seguridad pública y energía. Política. *La Jornada*(12617), p. 5.
<https://www.jornada.com.mx/2019/09/09/politica/005n2pol>
- Gilbert, K. E., Tonge, N. A. y Thompson, R. J. (2019). Associations between depression, anxious arousal and manifestations of psychological inflexibility. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 62, 88–96.
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.09.006>
- Gilbert, P. (2015). *Terapia centrada en la compasión: Características distintivas*. *Biblioteca de psicología: Vol. 198*. Desclée de Brouwer.
- Glogan, E., Gatzounis, R., Meulders, M. y Meulders, A. (2020). Generalization of instrumentally acquired pain-related avoidance to novel but similar movements using a robotic arm-reaching paradigm. *Behaviour Research and Therapy*, 124, 103525. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103525>
- Hayes, S. C. (s. f.). *Acceptance & Action Questionnaire (AAQ) and Variations* [Association for Contextual Behavioral Science].
https://contextualscience.org/acceptance_action_questionnaire_aaq_and_variations#
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639–665.
- Hayes, S. C. (2016). Curarse poniendo las cosas en perspectiva: Puedes herirme, pero no puedes hacer que me vuelva en contra de mi propia experiencia. En R. Hanson, T. Brach y K. Neff (Eds.), *El crítico interno y la autoaceptación: Cómo ser compasivo contigo mismo en cualquier situación* (pp. 30–37). Ediciones El Grano de Mostaza S.L.
- Hayes, S. C. (s. f [2019a]). *ACT measures in Languages Other than English* [Association for Contextual Behavioral Science. Última comprobación el 18/03/2020].
https://contextualscience.org/act_measures_in_languages_other_than_english

- Hayes, S. C. (s. f [2019b]). *Disease and disorder specific AAQ variations* [Association for Contextual Behavioral Science. Última comprobación el 18/03/2020].
https://contextualscience.org/disease_and_disorder_specific_aaq_variations
- Hayes, S. C. (2019a). *A liberated mind: How to pivot toward what matters*. Avery.
- Hayes, S. C. (2019b). My Flexibility Scores The Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-2): Resource for A Liberated Mind. <https://stevenchayes.com/wp-content/uploads/2019/08/The-Acceptance-and-Action-Questionnaire.pdf>
- Hayes, S. C. (2020). *Una mente liberada: La guía esencial de la terapia de aceptación y compromiso (ACT)* (M. Asensio Fernandez, Trad.). Planeta.
- Hayes, S. C. (2021a). *ACT Randomized Controlled Trials since 1986* [Association for Contextual Behavioral Science. Última comprobación el 17/03/2020].
https://contextualscience.org/ACT_Randomized_Controlled_Trials
- Hayes, S. C. (2021b). *State of the ACT Evidence* [Association for Contextual Behavioral Science. Última comprobación el 17/03/2020].
https://contextualscience.org/state_of_the_act_evidence
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S. C., Kirk Strosahl, Kelly G. Wilson, Richard T. Bissett, Jacqueline Pistorello, Dosheen Toarmino, Melissa A. Polusny, Thane A. Dykstra, Sonja V. Batten, John Bergan, Sherry H. Stewart, Michael J. Zvolensky, Georg H. Eifert, Frank W. Bond, John P. Forsyth, Maria Karekla y Susan M. McCurry (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54(4), 553–578. <https://doi.org/10.1007/BF03395492>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (2015). *Terapia de aceptación y compromiso: Proceso y práctica del cambio consciente (mindfulness)*. Desclée de Brouwer.
- Herrera Velázquez, B. I. (2018). *Adaptación y validación del cuestionario de evitación experiencial en el consumo de sustancias* [Maestría en Psicología. Programa de Posgrado en Psicología]. Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México.
<http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/MG5YV6C1N3F1QKMGGVNCISYIUFPSPGQBVDCK1QA9MYT8B2FT1PU-08056?func=find->

b&request=evitaci%C3%B3n+experiencial&find_code=WRD&adjacent=N&local_base=TES01&x=0&y=0&filter_code_2=WYR&filter_request_2=&filter_code_3=WYR&filter_request_3=

- Hofmann, S. G. y Hayes, S. C. (2019). Functional Analysis is Dead: Long Live Functional Analysis. *Clinical Psychological Science*.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30713812>
- Horowitz, M. y Wilcock, M. (2022). Newer generation antidepressants and withdrawal effects: Reconsidering the role of antidepressants and helping patients to stop. *Drug and Therapeutics Bulletin*, 60(1), 7–12.
<https://doi.org/10.1136/dtb.2020.000080>
- IMSS. (2020). *Memoria Estadística 2019: Recursos humanos del área médica 2019*. Instituto Mexicano del Seguro Social. <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2019>
- IntraMed. (2017). *Sindemia: una nueva categoría que reúne lo social y lo biológico: Enfermedades no transmisibles: pobreza, depresión y diabetes*. IntraMed.
<https://www.intramed.net/90525>
- Joana Costa, João Marôco, José Pinto-Gouveia y Ana Galhardo (2014). Validation of the Psychometric Properties of Acceptance and Action Questionnaire-II in Clinical and Nonclinical Groups of Portuguese Population. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(3), 353–364.
<https://www.redalyc.org/exportarcita.oa?id=56032544003>
- Kabat-Zinn, J [J.] y Raga, D. G. (2013). *Mindfulness para principiantes*. Editorial Kairós. <https://books.google.com.mx/books?id=Qu2bDwAAQBAJ>
- Kanter, J. W., Busch, A. M. y Rusch, L. C. (2011). *Activación conductual: Refuerzos positivos ante la depresión*. *Psicología*. Alianza Editorial.
- Karekla, M. y Michaelides, M. P. (2017). Validation and invariance testing of the Greek adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire -II across clinical vs. nonclinical samples and sexes. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(1), 119–124. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.11.006>
- Kirk, A., Meyer, J. M., Whisman, M. A., Deacon, B. J. y Arch, J. J. (2019). Safety behaviors, experiential avoidance, and anxiety: A path analysis approach. *Journal of Anxiety Disorders*, 64, 9–15.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.03.002>

- Kleszcz, B., Dudek, J. E., Białaszek, W., Ostaszewski, P. y Bond, F. W. (2018). Właściwości psychometryczne polskiej wersji Kwestionariusza Akceptacji i Działania-II (AAQ-II) [The psychometric properties of the Polish version of the Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II)]. *Studia Psychologiczne*, 56(1), 1–20.
- Leahy, R. L., Tirsch, D. D. y Napolitano, L. A. (2011). *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.
- Llanos Guerrero, A. y Méndez Méndez, J. S. (2020, 12 de octubre). *Presupuesto para salud mental: Relevancia ante la Covid19* [12.Oct.2020]. Centro de Investigación Económica y Presupuestaria. <https://ciep.mx/presupuesto-para-salud-mental-relevancia-ante-la-covid19/>
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A. y Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales De Psicología*, 30(3). <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>
- Lobo, A. O. y Ruiz, Iván de la Mata (2015). Allen Frances y la pureza del diagnóstico. *Revista De La Asociación Española De Neuropsiquiatría*, 35(125), 165–174. <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v35n125/debate.pdf>
- López-Ibor, J. J. y López-Ibor, M.-I. (2013). Hacia nuevas estrategias de investigación en los trastornos mentales. Primera Parte: La crisis recurrente de la psiquiatría. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(1), 33–43.
- Luciano, C. (2016). *Psicología Contextual*. Madrid Institute of Contextual Psychology. <https://micpsy.com/psicologia-contextual/>
- Luoma, J., Hayes, S. C. y Walser, R. D. (2017). *Learning ACT: An Acceptance and Commitment Therapy Skills-Training Manual for Therapists* (2nd ed.). Context Press. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/gbv/detail.action?docID=4819719>
- Maero, F. (2016). ¿Qué demonios son las terapias de tercera ola? *Oracio: Revista De Ciencias Conductuales-Contextuales*(2). <http://grupoact.com.ar/wp-content/uploads/2015/05/Horacio-Nro2-2016.pdf>
- Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta De Psicología*, 40, 26–34. <http://www.psicologiamindfulness.es/assets/pdf->

publicaciones/NUEVAS%20TERAPIAS%20PSICOLO%C2%B4GICAS,%202007.pdf

- Márquez González, M. (2016). *Tendencias actuales en intervención psicológica. Manuales prácticos de psicología: Vol. 50. Síntesis.*
- Martell, C. R., Dimidjian, S. y Herman-Dunn, R. (2013). *Activación conductual para la depresión: Una guía clínica. Biblioteca de psicología: Vol. 182.* Desclée de Brouwer.
- Martorell, J. L. (2014). *Psicoterapias: Escuelas y conceptos básicos. Psicología. Pirámide.*
- McKay, M., Wood, J. C. y Brantley, J. (2017). *Manual práctico de terapia dialéctico conductual: Ejercicios prácticos de TDC para aprendizaje de mindfulness, eficacia interpersonal, regulación emocional y tolerancia a la angustia* (R. J. Álvarez, Trad.). *Biblioteca de psicología: Vol. 217.* Desclée de Brouwer.
- Medina-Mora, M. E. (2019a). La crisis de la salud mental: conferencia magistral de María Elena Medina-Mora, doctora Honoris Causa de la UNAM. *Gaceta De La Facultad De Psicología. UNAM, 19(378).*
<http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/gacetas/Gaceta-de-la-Facultad-de-Psicologia-UNAM-Anio-19-Vol-19-No-378-10-de-octubre-de-2019-Fac-Psicologia-UNAM.pdf>
- Medina-Mora, M. E. (2019b). En crisis, la salud mental en el mundo. *Gaceta UNAM, Ciudad Universitaria(5091), 7.* <https://www.gaceta.unam.mx/wp-content/uploads/2019/10/241019.pdf> (Academia).
- Medina-Mora, M. E. (2019c). *Tercera parte de la población presenta un trastorno mental en algún momento su vida.* Boletín UNAM-DGCS-681. UNAM, Ciudad Universitaria. https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2019_681.html
- Medina-Mora, M. E. (2021a, 1 de marzo). *Covid-19 y los males del alma.* Nexos. <https://www.nexos.com.mx/?p=53596>
- Medina-Mora, M. E. (2021b, 23 de marzo). *Importancia de la Salud Mental durante la pandemia.* UNAM. Facultad de Medicina, UNAM/Fundación UNAM. La Nueva realidad en el Corredor Cultural Autonomía. Conviviendo con el Virus SARS-CoV-2. <https://unamglobal.unam.mx/importancia-de-la-salud-mental-durante-la-pandemia/>

- Mendoza, C. (2020, 20 de noviembre). Pandemia ha incrementado casos de trastorno mental en personas. Estado de Veracruz. *Al Calor Político*.
<https://www.alcalorpolitico.com/informacion/pandemia-ha-incrementado-casos-de-trastorno-mental-en-personas-330999.html>
- Meunier, B., Atmaca, S., Ayrancı, E., Gökdemir, B. P., Uyar, T. y Baştuğ, G. (2014). Psychometric properties of the Turkish version of the Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II). *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 14(2), 179–196.
- Mezzich, J. E. (2002). International surveys on the use of ICD-10 and related diagnostic systems. *Psychopathology*, 35(2-3), 72–75.
<https://doi.org/10.1159/000065122>
- Michael E. Levin, Chelsea MacLane, Susan Daflos, John R. Seeley, Steven C. Hayes, Anthony Biglan y Jacqueline Pistorello (2014). Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(3), 155–163.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.06.003>
- Mindful*. (2013). En Cambridge Advanced Learner's Dictionary & Thesaurus.
<https://dictionary.cambridge.org/es/diccionario/ingles/mindful>
- Mirapeix, C. (2017). La integración más allá del diagnóstico: Aplicaciones de los nuevos modelos transdiagnósticos. *Revista De Psicoterapia*, 28(108), 15–38.
<https://doi.org/10.33898/rdp.v28i108.198>
- Moncrieff, J., Cooper, R. E., Stockmann, T., Amendola, S., Hengartner, M. P. y Horowitz, M. A. (2022). The serotonin theory of depression: A systematic umbrella review of the evidence. *Molecular Psychiatry*. Publicación en línea avanzada. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01661-0>
- Moreno Coutiño, A. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): la atención plena / mindfulness. *Revista Internacional De Psicología*, 12(01), 1–18. <https://doi.org/10.33670/18181023.v12i01.66>
- Moreno Coutiño, A. (2019). Atención plena compasiva y su estudio en México. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 21(1), 35–40.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7213634>
- Morton, C., Mooney, T. A., Lozano, L. L., Adams, E. A., Makriyianis, H. M. y Liss, M. (2020). Psychological inflexibility moderates the relationship between thin-ideal

- internalization and disordered eating. *Eating Behaviors*, 36, 101345.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2019.101345>
- Muñiz Fernández, J. (2018). *Introducción a la psicometría: Teoría clásica y TRI. Psicología*. Pirámide.
- Niemiec, R. M. *Atención plena y fortalezas de carácter: Una guía práctica para el florecer*. Manual Moderno.
https://books.google.com.mx/books?id=_3OfDwAAQBAJ
- Nomen Martín, L. (2016). *50 técnicas psicoterapéuticas. Psicología: Sección Manuales prácticos*. Pirámide.
- Nunnally, J. C. y Bernstein, I. (1999). *Teoría psicométrica* (2ª ed.). McGraw-Hill/Interamericana de México. <http://worldcatlibraries.org/wcpa/oclc/503283916>
- O'connell, M. (2018). *Una vida valiosa: Los procesos de la terapia de aceptación y compromiso*. Penguin Random House Grupo Editorial Argentina.
<https://books.google.com.mx/books?id=YNZyDwAAQBAJ>
- Olivares Rodríguez, J., Macià Antón, D., Rosa Alcázar, A. I. y Olivares Olivares, P. J. (2014). *Intervención psicológica: estrategias, técnicas y tratamientos*. Ediciones Pirámide.
- OMS. (2014). *Documentos básicos* (48ª ed.). Organización Mundial de la Salud.
http://www.who.int/iris/bitstream/10665/202593/1/9789243650487_spa.pdf
- OMS. (2017). *Día Mundial de la Salud Mental 2017 – La salud mental en el lugar de trabajo*. https://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2017/es/
- OMS. (2018, 30 de marzo). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta* [Hoja informativa: 30 de marzo de 2018]. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- OMS. (2019a). *Salud mental en el lugar de trabajo* [Hoja informativa: mayo de 2019]. https://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/es/
- OMS. (2019b, 5 de noviembre). *Más del 20% de los adolescentes de todo el mundo sufren trastornos mentales*. OMS. <https://www.unicef.org/mexico/comunicados-prensa/m%C3%A1s-del-20-de-los-adolescentes-de-todo-el-mundo-sufren-trastornos-mentales>
- OMS. (2019c, 28 de noviembre). *Trastornos mentales*. Organización Mundial de la Salud: OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

- OMS. (2020, 5 de octubre). *Los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los países, según un estudio de la OMS* [Comunicado de prensa]. <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>
- Ong, C. W., Lee, E. B., Levin, M. E. y Twohig, M. P. (2019). A review of AAQ variants and other context-specific measures of psychological flexibility. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 329–346.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.02.007>
- Ong, C. W., Pierce, B. G., Woods, D. W., Twohig, M. P. y Levin, M. E. (2019). The Acceptance and Action Questionnaire – II: an Item Response Theory Analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 41(1), 123–134.
<https://doi.org/10.1007/s10862-018-9694-2>
- OPS. (2017). *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0*. World Health Organization.
- OPS. (2018, 6 de diciembre). *Belice - Programa de alfabetización en salud mental escolar*. Organización Panamericana de la Salud.
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14984:belice-programa-de-alfabetizacion-en-salud-mental-escolar&Itemid=42050&lang=es
- OPS/OMS/SSA. (2011). *IESM-OMS informe sobre el sistema de salud mental en México: utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS)*.
https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). *Promoción de la salud mental en las poblaciones indígenas. Experiencias de países. Una colaboración entre la OPS/OMS, Canadá, Chile y Socios de la Región de las Américas 2014-2015*. OPS.
http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/123456789/28416/1/9789275318973_spa.pdf
- Ortiz-Lobo, A. (2017). La formación de orientación biológica en psiquiatría. *Átopos: Salud Mental, Comunidad Y Cultura*(18), 30–40.

- Ortiz-Lobo, A. y Bernstein, J. (2015). Excesos y alternativas de la salud mental en atención primaria. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 10(35), 1–9. [https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1055](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1055)
- Ortiz-Lobo, A. y Vicente-Tutor, A. M. (2017). Uso adecuado de antidepresivos. *Actualización En Medicina De Familia*, 13(1), 29–33. http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1982
- Østergaard, T., Lundgren, T., Zettle, R. D., Landrø, N. I. y Haaland, V. Ø. (2020). Norwegian Acceptance and Action Questionnaire (NAAQ): A psychometric evaluation. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15, 103–109. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.12.002>
- Páez Blarrina, M. y Montesinos Marín, F. (2016). *Tratando con... terapia de aceptación y compromiso: Habilidades terapéuticas centrales para la aplicación eficaz. Recursos terapéuticos*. Pirámide.
- Paladines-Costa, B., López-Guerra, V., Ruisoto, P., Vaca-Gallegos, S. y Cacho, R. (2021). Psychometric Properties and Factor Structure of the Spanish Version of the Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) in Ecuador. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6). <https://doi.org/10.3390/ijerph18062944>
- Paniagua, A. (2017). *La 'nueva enfermedad' que da la voz de alarma: «Hay que aceptar la infelicidad y el sufrimiento como parte de la vida»* [Sociedad]. Ideal. <https://www.ideal.es/sociedad/feliz-doctor-20170906002139-ntvo.html>
- Paquin, E. M. S. y Coutiño, A. M. (2017). Efectos del tratamiento de atención plena y compasión sobre ansiedad, calidad de vida y asma. *Psicología Y Salud*, 27(2), 167–178. <http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/download/2527/4409>
- Patrón Espinosa, F. (2010). La evitación experiencial y su medición por medio del AAQ-II. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15(1), 5–19.
- Perea-Gil, L. F. (2017). La terapia de aceptación y compromiso para los trastornos por abuso y dependencia de sustancias psicoactivas: una revisión descriptiva. *Drugs and Addictive Behavior*, 2(1), 99–121. <https://doi.org/10.21501/24631779.2264>
- Pérez Álvarez, M. y Ubieta, J. R. (2018, 3 de septiembre). Entrevista de Infocop.

- Pérez-Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé*, 5(2), 159–172.
- Pérez-Álvarez, M. (2013). *Alternativas a las clasificaciones diagnósticas no faltan: Entrevista a M. Pérez Álvarez, catedrático de la Universidad de Oviedo* [Infocop]. Infocop. http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4884
- Pérez-Álvarez, M. (2014a). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales. Manuales prácticos de psicología: Vol. 40*. Síntesis.
- Pérez-Álvarez, M. (2014b). *Los intereses que hay detrás del diagnóstico del TDAH- Entrevista a Marino Pérez Álvarez*. http://www.infocop.es/view_article.asp?id=5324
- Pérez-Álvarez, M. (2018a). *Más Aristóteles y menos Concerta®: Las cuatro causas del TDAH. Temas de salud mental*. Ned Ediciones.
- Pérez-Álvarez, M. (2018b). La Psicología más allá del dualismo y el cerebrocentrismo. *Apuntes De Psicología*, 36(1-2), 7–20. <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/download/705/497>
- Pérez-Álvarez, M. (2018c). La Psicología más allá del dualismo y el cerebrocentrismo. *APUNTES DE PSICOLOGÍA*, 36(1), 7–20. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6643178>
- Pérez-Álvarez, M. (2019a). Diagnóstico más allá de los síntomas: un enfoque centrado en el mundo de la vida de las personas. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 16(1), 22–38. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/citart?info=link&codigo=7225637&orden=0>
- Pérez-Álvarez, M. (2019b). La psicoterapia como ciencia humana, más que tecnológica. *Papeles Del Psicólogo - Psychologist Papers*, 40(1), Artículo 1, 1–14. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2877>
- Pérez-Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (Eds.). (2018). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III: Infancia y adolescencia*. Ediciones Pirámide.
- Piñero Groba, M. Á., Siles González, J. y Cibanal Juan, L. (2015). Salud Mental en sociedades ancestrales: Una aproximación mediante la obra de Malinowski, Mead y Bateson. *Presencia*(22), 11.
- Piñón, M. V., Gallardo, L. d. P. y Ortiz-Lobo, A. (2016). ¿Es hora de repensar el uso de los antidepresivos? *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 9(2), 100–107.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2016000200006&lng=es

- Pittig, A. y Scherbaum, S. (2020). Costly avoidance in anxious individuals: Elevated threat avoidance in anxious individuals under high, but not low competing rewards. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 66, 101524. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2019.101524>
- Pollak, S., Pedulla, T. y Siegel, R. D. (cop 2016). *Sentarse juntos: Habilidades esenciales para una psicoterapia basada en el mindfulness* (F. Montesinos Pons, Trad.). *Biblioteca de psicología: Vol. 206*. Desclée de Brouwer.
- Porter J., B. y Andrade N., M. (2013). *La vida es ahora: los beneficios de mindfulness en el día a día*. Aguilar Chilena de Ediciones.
- Quickert, R. E., Vaughan-Johnston, T. I. y MacDonald, T. K. (2020). Noticing negativity: Exploring the relationship between experiential avoidance and mood-relevant thinking. *Personality and Individual Differences*, 152, 109592. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109592>
- Ramírez Azócar, P., Cova, F. y Bustos, C. (2015-2016). Salud mental más allá de los síntomas: Aportes del modelo del estado completo de salud mental. En M. Á. Bilbao (Ed.), *La felicidad de los chilenos: Estudios sobre bienestar* (pp. 21–48). USACH; RiL Editores.
- Reneman, M. F., Kleen, M., Trompetter, H. R., Schiphorst Preuper, H. R., Köke, A., van Baalen, B. y Schreurs, K. M. G. (2014). Measuring avoidance of pain: Validation of the Acceptance and Action Questionnaire II-pain version. *International Journal of Rehabilitation Research. Internationale Zeitschrift Fur Rehabilitationsforschung. Revue Internationale De Recherches De Readaptation*, 37(2), 125–129. <https://doi.org/10.1097/MRR.0000000000000044>
- Restrepo O, D. A. y Jaramillo E., J. C. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), 202–211.
- Reyes Ortega, M. A. (2013). Características de un modelo clínico transdiagnóstico de regulación emocional. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 7–18.
- Reyes Ortega, M. A. (2017). Características distintivas de las terapias conductuales de tercera generación. *Vertientes. Revista Especializada En Ciencias De La*

- Salud*(Número especial: VII Congreso Estudiantil e Internacional de Psicología), 10–12.
https://www.researchgate.net/publication/337144826_Caracteristicas_distintivas_de_las_terapias_conductuales_de_tercera_generacion
- Reyes Ortega, M. A., Ascencio Guirado, M. y Kanter, J. W. (2017). *Psicoterapia analítica funcional: Una guía clínica para usar la interacción terapéutica como mecanismo de cambio*. Brujas.
- Reyes-Lagunes, I. y García y Barragán, L. F. (2008). Procedimiento de validación psicométrica culturalmente relevante: un ejemplo. En S. Rivera A., R. Díaz-Loving, R. Sánchez A. e I. Reyes L. (Ed.), *La Psicología Social en México* (pp. 625–636). Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Rodríguez-Yunta, E. (2016). Determinantes sociales de la salud mental. Rol de la religiosidad. *Persona Y Bioética*, 20(2), 192–204.
<https://doi.org/10.5294/PEBI.2016.20.2.6>
- Rosique, M. T., Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J. y Chorot, P. (2019). Tratamiento transdiagnóstico de un caso clínico con elevada comorbilidad de trastornos emocionales: Aplicación del Protocolo Unificado. *Revista Argentina De Clínica Psicológica*, XXVIII(1), 79–91.
<https://doi.org/10.24205/03276716.2019.1092>
- Ruiz, F. J., Langer, A. I., Luciano, C., Cangas, A. J. y Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire - II. *Psicothema*, 25(1), 123–129.
<https://doi.org/10.7334/psicothema2011.239>
- Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Cárdenas-Sierra, S., Durán, Y., Guerrero, K. y Riaño-Hernández, D. (2016). Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II in Colombia. *The Psychological Record*, 66(3), 429–437.
<https://doi.org/10.1007/s40732-016-0183-2>
- Ruiz Fernández, M., Díaz García, M. I. y Villalobos Crespo, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo-conductuales*. Biblioteca de psicología. Desclée de Brouwer.
- San Martín, C., Jacobs, B. y Vervliet, B. (2020). Further characterization of relief dynamics in the conditioning and generalization of avoidance: Effects of

- distress tolerance and intolerance of uncertainty. *Behaviour Research and Therapy*, 124, 103526. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103526>
- Sandín, B. (2014). El transdiagnóstico como nuevo enfoque en psicología clínica y psiquiatría. *Cuadernos De Medicina Psicosomática Y Psiquiatría De Enlace*(111), 9–13. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4906864.pdf>
- Serrano, I. (2022). *La etiquetas diagnósticas en salud mental*. Cipsia Psicólogos. <https://www.cipsiapsicologos.com/curiosidades/la-etiquetas-diagnosticas-en-salud-mental/>
- Shonin, E., van Gordon, W. y Singh, N. N. (Eds.). (2015). *Mindfulness in Behavioral Health. Buddhist Foundations of Mindfulness* (1st ed. 2015). Springer International Publishing. <http://gbv.ebib.com/patron/FullRecord.aspx?p=4099105> <https://doi.org/10.1007/978-3-319-18591-0>
- Sociedad Mindfulness y Salud. (s. f.). *Modelos de Intervenciones Clínicas basadas en Mindfulness*. <https://www.mindfulness-salud.org/formacion-profesional/mindfulness-y-psicoterapia/modelos-de-intervenciones-clinicas/>
- Stanley, S., Purser, R. E. y Singh, N. N. (Eds.). (2018). *Mindfulness in Behavioral Health. Handbook of Ethical Foundations of Mindfulness*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-76538-9>
- Stoddard, J. A. y Afari, N. (2014). *The big book of ACT metaphors: A practitioner's guide to experiential exercises and metaphors in acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Timimi, S. (2014). *Necesitamos modelos de tratamiento que hagan posible establecer relaciones terapéuticas significativas: Entrevista a S. Timini*. http://www.infocop.es/view_article.asp?id=5225
- Timimi, S. (2015). La McDonaldisación de la infancia: La Salud Mental Infantil en las culturas neoliberales. *Átopos*(16), Artículo 2, 15–34. <http://www.atopos.es/images/atopos16/La%20McDonaldizacin%20de%20la%20infancia.%20La%20Salud%20Mental%20Infantil%20en%20las%20culturas%20neoliberales.pdf>
- Törneke, N. (2016). *Aprendiendo TMR: Una introducción a la Teoría del Marco Relacional y sus aplicaciones clínicas* (1ª ed.). Didacbook.

- Törneke, N. (2017). *Metaphor in practice: A professional's guide to using the science of language in psychotherapy*. Context Press an imprint of New Harbinger Publications.
- Tortella-Feliu, M., Baños, R. M., Barrantes, N., Botella, C., Fernández-Aranda, F., García-Campayo, J., García-Palacios, A., Hervás, G., Jiménez-Murcia, S., Montorio, I., Soler, J., Quero, S., Valiente, M. C. y Vázquez, C. (2016). Retos de la investigación psicológica en salud mental. *Clínica Y Salud*, 27(1), 37–43. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.02.001>
- Tortella-Feliu, M., Vázquez, C., Valiente, C., Quero, S., Soler, J., Montorio, I., Jiménez-Murcia, S., Hervás, G., García-Palacios, A., García-Campayo, J., Fernández-Aranda, F., Botella, C., Barrantes, N. y Baños, R. M. (2016). Retos en el desarrollo de intervenciones psicológicas y la práctica asistencial en salud mental. *Clínica Y Salud*, 27(2), 65–71. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.03.002>
- Tyler, P. (2018). *Christian mindfulness: The prayer of the heart*. SCM Press.
- Tyndall, I., Waldeck, D., Pancani, L., Whelan, R., Roche, B. y Dawson, D. L. (2019). The Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) as a measure of experiential avoidance: Concerns over discriminant validity. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 278–284. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.09.005>
- Valdivia Salas, S. y Páez Blarrina, M. (2019). *La aceptación psicológica: Qué es y por qué se fomenta en terapia*. Psicología. Pirámide.
- Valero Aguayo, L. y Ferro García, R. (2015). *Psicoterapia analítica funcional: El análisis funcional en la sesión clínica*. Terapias de tercera generación. Síntesis.
- Valero Aguayo, L. y Ferro García, R. (2018). *Tratando con ... Psicoterapia Analítica Funcional*. Psicología: Recursos Terapéuticos. Ediciones Pirámide.
- Vallina Fernández, Ó., Pérez Álvarez, M., Fernández Iglesias, P., Soto Balbuena, C., Perona Garcelán, S. y García Montes, J. M. (2014). Person-based contextual therapy applied to a complex case of schizophrenia. *Psicothema*, 26(3), 299–307. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.247>
- Vargas, J. E. y Aguilar, J. E. (2006). Psicopatología y evitación experiencial: AAQ-MEX, comparación de tres pequeñas muestras. *Psicología Y Salud*, 16(2), 249–252.

- Vargas Salinas, A. N. y Coria Libenson, K. (2017). *Estrés post-traumático: Tratamiento basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. El Manual Moderno.
- Vázquez, C. (2014). Clasificación y diagnóstico de los trastornos psicológicos: Usos y limitaciones del DSM-IV-TR/DSM-5 y la CIE-10. En V. E. Caballo, I. C. Salazar y J. A. I. Carrobes (Eds.), *Colección "Psicología", Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (2ª ed., pp. 93–124). Pirámide.
- Viglione, A., Chiarotti, F., Poggini, S., Giuliani, A. y Branchi, I. (2019). Predicting antidepressant treatment outcome based on socioeconomic status and citalopram dose. *The Pharmacogenomics Journal*, 19(6), 538–546.
<https://doi.org/10.1038/s41397-019-0080-6>
- Villarreal, A. (2021, 5 de marzo). Así funcionan los antidepresivos: el 'paper' que echa por tierra 50 años de psiquiatría. *El Confidencial*.
https://www.elconfidencial.com/tecnologia/ciencia/2021-03-06/paper-antidepresivos-psiquiatria-estudio_2978247/
- VVan Dam, N. T., van Vugt, M. K., Vago, D. R., Schmalzl, L., Saron, C. D., Olendzki, A., Meissner, T., Lazar, S. W., Kerr, C. E., Gorchov, J., Fox, K. C. R., Field, B. A., Britton, W. B., Brefczynski-Lewis, J. A. y Meyer, D. E. (2018). Mind the Hype: A Critical Evaluation and Prescriptive Agenda for Research on Mindfulness and Meditation. *Perspectives on Psychological Science : A Journal of the Association for Psychological Science*, 13(1), 36–61.
<https://doi.org/10.1177/1745691617709589>
- VVan Vliet, C. M., Meulders, A., Vancleef, L. M. G., Meyers, E. y Vlaeyen, J. W. S. (2019). Changes in Pain-Related Fear and Pain When Avoidance Behavior is no Longer Effective. *The Journal of Pain : Official Journal of the American Pain Society*. Publicación en línea avanzada.
<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2019.09.002>
- Williams, J. L., Hardt, M. M., Henschel, A. V. y Eddinger, J. R. (2019). Experiential avoidance moderates the association between motivational sensitivity and prolonged grief but not posttraumatic stress symptoms. *Psychiatry Research*, 273, 336–342. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.020>
- Zapata, K. (2019, 11 de octubre). Abandonada, la salud mental en México: Un psicólogo debe atender 180 mil personas y es imposible. *El Sol De Zacatecas*,

LV(N° 19616). <https://www.pressreader.com/mexico/el-sol-de-zacatecas/20191011/281629602027154>

- Zhang, C.-Q., Chung, P.-K., Si, G. y Liu, J. D. (2014). Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II for Chinese College Students and Elite Chinese Athletes. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 47(4), 256–270. <https://doi.org/10.1177/0748175614538064>
- Zucchelli, F., White, P. y Williamson, H. (2020). Experiential avoidance and cognitive fusion mediate the relationship between body evaluation and unhelpful body image coping strategies in individuals with visible differences. *Body Image*, 32, 121–127. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.12.002>
- Zuljevic, D., Rakocevic, N. y Krnetic, I. (2020). Testing the model of psychological flexibility in the Serbian cultural context: The psychometric properties of the acceptance and action questionnaire. *Psihologija*, 53(2), 161–181. <https://doi.org/10.2298/PSI191015006Z>

Anexos

AAQ-II

A continuación, encontrará una lista de afirmaciones. Por favor evalúe qué tan cierta es cada afirmación para usted, seleccione la casilla que mejor represente su respuesta.

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

1. Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil tener una vida valiosa. 1 2 3 4 5 6 7

2. Tengo miedo de mis sentimientos. 1 2 3 4 5 6 7

3. Me preocupa no poder controlar mis preocupaciones y sentimientos. 1 2 3 4 5 6 7

4. Mis recuerdos dolorosos no me permiten tener una vida satisfactoria. 1 2 3 4 5 6 7

5. Las emociones causan problemas en mi vida. 1 2 3 4 5 6 7

6. Parece que la mayoría de las personas manejan sus vidas mejor que yo. 1 2 3 4 5 6 7

7. Las preocupaciones interfieren en mi camino al éxito. 1 2 3 4 5 6 7