

Eficacia de una intervención breve basada en Terapia de Aceptación y Compromiso

Eficácia de uma Intervenção Breve Baseada na Terapia de Aceitação e Compromisso

Effectiveness of a Brief Intervention Based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

Daiana Aylen D'Alessandro(1); Fabián Orlando Olaz(2)

1 Licenciada en Psicología, Laboratorio de Comportamiento Interpersonal. Instituto de Investigaciones Psicológicas [CONICET-UNC]. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

E-mail: aylen.psico@gmail.com | ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1670-5844>

2 Doctor en Psicología, Laboratorio de Comportamiento Interpersonal. Instituto de Investigaciones Psicológicas [CONICET-UNC]. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

E-mail: fabian.olaz@unc.edu.ar | ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2713-7413>

Revista de Psicologia da IMED, Passo Fundo, v. 16, n. 1, p. 100-120, janeiro-junho, 2024 - ISSN 2175-5027

DOI: <https://doi.org/10.18256/2175-5027.2024.v16i1.5175>

Sistema de Avaliação: *Double Blind Review*

Editora: Márcia Fortes Wagner

Como citar este artigo / To cite this article: [clique aqui!/click here!](#)

Resumen

La terapia de aceptación y compromiso (ACT) ha demostrado su eficacia en una gran cantidad de estudios en todo el mundo. Sin embargo, se observa una carencia de estos estudios e investigaciones al respecto en Argentina. La presente investigación se plantea como un estudio pionero, ya que el objetivo de este fue evaluar la eficacia de una guía clínica focalizada de seis pasos, basada en el modelo ACT- Matrix en Córdoba, Argentina. La muestra estuvo conformada por 64 participantes seleccionados por muestreo no probabilístico de tipo accidental. Se utilizó un diseño de tipo cuasiexperimental pre-post prueba de grupo único. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ II-Arg), el Cuestionario de Cinco Factores de Mindfulness (FFMQ), y el Inventario de Síntomas Psicopatológicos SCL-90-R. El estudio tuvo limitaciones en cuanto a su validez interna. Los resultados demuestran que la intervención fue eficaz en algunas variables dependientes (AAQ II-Arg, el factor No Juzgar del FFMQ y el índice IGS del SCL-90-R) y los mismos aportan evidencia preliminar sobre la utilidad clínica y la eficacia del tratamiento, con resultados significativos y tamaños del efecto medianos en el aumento de la aceptación y la disminución de sintomatología mental.

Palabras clave: Práctica psicológica basada en la evidencia, ACT, Eficacia, Utilidad Clínica.

Resumo

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) demonstrou sua eficácia em grande quantidade de estudos em todo o mundo. No entanto, observa-se uma carência de estudos e pesquisas a esse respeito na Argentina. Esta pesquisa se apresenta como um estudo pioneiro, pois o objetivo foi avaliar a eficácia de um manual clínico focalizado em seis passos, baseado no modelo ACT Matrix em Córdoba, Argentina. A amostra foi composta por 64 participantes selecionados por amostragem não probabilística de tipo accidental. Foi utilizado um delineamento quase-experimental de teste pré-pós de grupo único. Os instrumentos utilizados foram o Questionário de Aceitação e Ação (AAQ II-Arg), o Questionário de Cinco Facetas de Mindfulness (FFMQ) e o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (SCL-90-R). Embora este seja um estudo com limitações quanto à validade interna, os resultados demonstram que a intervenção foi eficaz em algumas variáveis dependentes (AAQ II-Arg, a faceta Não Julgar do FFMQ e o índice GSI do SCL-90-R). Esses resultados fornecem evidências preliminares sobre a utilidade clínica e a eficácia do tratamento, com resultados significativos e tamanhos de efeito medianos no aumento da aceitação e na redução da sintomatologia mental.

Palavras-chave: Prática Psicológica Baseada em Evidências, ACT, Eficácia, Utilidade Clínica.

Abstract

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) has demonstrated its effectiveness in numerous studies worldwide. However, there is a noticeable lack of such studies and researches in Argentina. This study is pioneering, as its objective was to evaluate the effectiveness of a six-step focused clinical guide based on the ACT Matrix model in Córdoba, Argentina. The sample consisted of 64 participants selected through non-probabilistic, accidental sampling. A quasi-experimental pre-post test design of a single group was used. The instruments used were the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ II-Arg), the Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ), and the Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R). Although this study has limitations in terms of internal validity, the results demonstrate that the intervention was effective in some dependent variables (AAQ II-Arg, the Non-Judging facet of the FFMQ, and the GSI index of the SCL-90-R). These findings provide preliminary evidence of the clinical utility and effectiveness of the treatment, with significant results and medium effect sizes in increasing acceptance and reducing mental symptomatology.

Keywords: Evidence-Based Psychological Practice, ACT, Effectiveness, Clinical Utility.

Introducción

Entre los diferentes abordajes de psicoterapia con base en la evidencia. en los últimos años han comenzado a cobrar relevancia las denominadas “Terapias Conductuales Contextuales” las cuales surgen debido tanto a las limitaciones de la terapia cognitivo conductual como a los desarrollos del análisis de la conducta y del conductismo radical contemporáneo (Pérez Álvarez, 2005). Estas terapias se caracterizan por compartir una base contextualista donde los eventos psicológicos son conceptualizados como interacciones continuas entre organismos completos y contextos definidos histórica y situacionalmente (Hayes, 2004). Se enfatizan estrategias de cambio contextual y experiencial, con el propósito de desarrollar repertorios conductuales amplios, flexibles y efectivos en contraposición con enfoques focalizados en la eliminación de síntomas o en problemas estrechamente definidos.

Entre estas terapias, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) se ha considerado el enfoque más completo (Hayes *et al.*, 2015). ACT es sin duda una de las terapias que demuestra mayor fidelidad a los principios del Contextualismo Funcional, lo cual se refleja en cuatro puntos principales: su concepción de salud, los principios o procesos de cambio, el tratamiento ofrecido y la valoración de los resultados a partir de los objetivos terapéuticos propuestos (Perez Álvarez, 2014).

El proceso central en ACT es una manera especial de interacción verbal con el propio comportamiento: la Flexibilidad Psicológica (FP). La FP ha sido definida por Olaz y Polk (2020) como una manera especial de interactuar con nuestro comportamiento, en la cual podemos enmarcar nuestra propia conducta (pensamientos, emociones, sensaciones, etc.) en jerarquía con un Yo deíctico, lo cual debilita las funciones discriminativas aversivas de estas conductas y permite que nuestro comportamiento pueda ser regulado por reglas que especifican augmentals ligados a valores que se transforman en reforzadores intrínsecos para las acciones a ellas vinculadas (Olaz & Polk, 2020). Esta posición permite una mayor sensibilidad a las múltiples influencias del contexto facilitando una acción efectiva orientada a metas valiosas para la vida. La ausencia de flexibilidad psicológica puede traer aparejada una serie de dificultades que subyacen a muchos problemas psicológicos: la persistencia inefectiva basada en autorreglas y la evitación experiencial, la pérdida de sensibilidad contextual y la coordinación del Yo con las experiencias privadas.

Basándose en esta definición de FP, Törneke *et al.* (2015) plantean 3 estrategias para la flexibilidad psicológica, entendiendo como estrategia a la integración de técnicas e intervenciones en torno a un objetivo, siendo a su vez, flexible y dinámica. La primera estrategia consiste en ayudar al cliente a discriminar las relaciones entre clases de comportamiento específicos y sus consecuencias problemáticas, lo que es equivalente a realizar un análisis funcional de la conducta. La segunda estrategia se orienta a establecer una distancia de observación de las respuestas autoinstruccionales que

actúan como antecedentes de estrategias problemáticas, para alterar las funciones de estas respuestas, lo cual implica a la toma de perspectiva y a la defusión. Y, por último, la tercera estrategia, tiene como objetivo el desarrollo de un repertorio alternativo de acciones por medio de la especificación de augmentals de funciones apetitivas relacionadas con valores, en tanto cualidades elegidas para ser y hacer, que permiten encontrar fuentes duraderas de motivación basadas en el sentido.

Como se señaló, ACT es una terapia enmarcada dentro de la Ciencia Conductual Contextual (CBS por sus siglas en inglés) cuyo propósito es predecir e influir en el comportamiento, lo cual hace que la misma sea una terapia consistente con la práctica basada en la evidencia. Es decir, si el objetivo es influir en la conducta, un tratamiento debe tener evidencia de que efectivamente pudo influir en la conducta humana. De acuerdo con lo reportado en la página oficial de la Asociación para la Ciencia Comportamental Contextual (ACBS, por sus siglas en inglés), desde 1986 hasta mayo de 2023 se han publicado 1050 estudios aleatorizados que evidencian la eficacia de ACT (Association of Contextual Behavioral Science, 2024). En aquellos estudios controlados donde se comparó ACT con otros tratamientos usuales, incluyendo tratamientos cognitivos validados, condiciones placebo o lista de espera, ACT ha mostrado mayor eficacia en casos crónicos, e igual eficacia al finalizar el tratamiento, pero diferencias sustanciales en los períodos de seguimiento (Luciano Soriano y Valdivia Salas, 2006). Estos resultados se han mostrado en un amplio rango de problemas psicológicos tales como depresión (Howell & Passmore, 2019), manejo del estrés laboral (Rudaz *et al.*, 2017), sintomatología psicótica (Yildiz, 2020), patrones obsesivos-compulsivos (Ghasemi *et al.*, 2017), ansiedad y fobia social (Kelson *et al.*, 2019), trastornos por abuso de sustancias (Ii *et al.*, 2019), esclerosis múltiple (Potter *et al.*, in press), psico-oncología (Johns *et al.*, 2020), tricotilomanía (Lee *et al.*, 2020), trastornos alimentarios (Linardon *et al.*, 2018), dolor crónico (Gilpin *et al.*, 2017), entre otros. Ha resultado eficaz para evitar cronicidad y alterar de forma notable el curso de secuelas y síntomas variados, habiéndose aplicado en formato breve y amplio; en formato individual y grupal, además de aplicado por diferentes personas y en numerosos países (Luciano & Valdivia, 2006).

Por otra parte, según los criterios de la División 12 de la APA, ACT presenta evidencia fuerte para Dolor Crónico, y modesta para Ansiedad Mixta, TOC y Psicosis de acuerdo con los criterios de Chambless *et al.* (1998), aunque está pendiente de reevaluación de acuerdo con los criterios de Tolin *et al.* (2015). Además, ACT está incluida en el Registro Nacional de Prácticas y Programas Basados en Evidencia de SAMHSA, que tuvo su última revisión en julio de 2010. Al mismo tiempo, resultados de estudios clínicos recientes (Ruiz *et al.*, 2016; Ruiz *et al.*, 2018; Dereix-Calonge *et al.*, 2019) han demostrado que protocolos muy breves basados en ACT pueden tener tamaños de efectos grandes en el tratamiento de problemas psicológicos. Un claro ejemplo es un estudio realizado por Ruiz *et al.* (2016), que analizó el efecto de un protocolo de una sesión de terapia ACT para reducir en este caso el pensamiento negativo repetitivo

(PNR) a través de la alteración de las funciones discriminativas del auto-pensamiento. En dicho estudio, se utilizó un diseño de línea de base múltiple aleatorizado con 11 participantes adultos. Se administraron cuatro medidas relacionadas con la PNR y como resultado, nueve participantes mostraron reducciones significativas en al menos tres de las cuatro medidas de PNR durante el seguimiento de 6 semanas. El tamaño del efecto fue muy grande en todas las medidas relacionadas con el PNR y en los síntomas emocionales, evitación experiencial, fusión cognitiva y vida valiosa.

Se han realizado 528 revisiones que incluyen metaanálisis, revisiones sistemáticas, exploratorias o narrativas de la evidencia de la Terapia de Aceptación y Compromiso hasta la fecha (mayo de 2024) permitido sintetizar los resultados de estudios de eficacia de ACT. En el más reciente metaanálisis publicado (Macri & Rogge, 2024), se observó que las intervenciones de ACT llevaron a una reducción de la inflexibilidad (es decir, disminución de la inflexibilidad global, falta de conciencia del momento presente, fusión cognitiva, evitación experiencial, yo como contenido e inacción) y un aumento de la flexibilidad (es decir, acción comprometida/contacto con valores, flexibilidad global/aceptación y defusión). Los análisis de 77 registros (67 estudios únicos; N total = 9123 participantes) de búsquedas exhaustivas en múltiples bases de datos sugirieron además que estos cambios permanecieron significativos cuando se comparó ACT con listas de espera o tratamientos activos y estuvieron significativamente relacionados con disminuciones correspondientes en la angustia psicológica, apoyando sus roles como mecanismos de tratamiento de ACT. Los análisis de moderación también revelaron que el uso de muestras de estudiantes, la exclusión de individuos clínicamente sintomáticos y las comparaciones de ACT con otros tratamientos activos debilitaron estos efectos, mientras que ofrecer ACT como terapia individual y excluir a individuos en crisis extrema (es decir, con ideación suicida) los fortaleció.

Finalmente, es importante señalar que ACT es un enfoque orientado a procesos y la lista de estudios que evalúan la importancia de los procesos propuestos por la ACT (evitación experiencial, fusión, entre otros) como mediadores y moderadores del cambio terapéutico es bastante grande. En 2024 ya se han realizado aproximadamente 74 estudios de mediación y esta lista está creciendo rápidamente.

Aún con obstáculos y particularidades, la investigación en psicología clínica sigue siendo un ámbito de fundamental importancia en nuestra disciplina. En este sentido, cada vez existe más evidencia de que la investigación vinculada a la práctica clínica no solo mejora la calidad del servicio clínico que ofrecemos (McKeon *et al.*, 2013, en Smith & Thew, 2017), sino que también puede mejorar la eficacia de las intervenciones (Nickerson *et al.*, 2014; Ozdemir *et al.*, 2015; Rochon *et al.*, 2014, en Smith & Thew, 2017). Si bien el “Gold Standard” para determinar la eficacia de las intervenciones han sido las investigaciones controladas en contextos artificiales, este enfoque presenta diversos problemas ya que en muchos aspectos estos contextos se alejan de la práctica clínica real. Por ejemplo, utilizan tratamientos de duración prefijada, las intervenciones

se aplican de forma estándar sin adaptarlas a las características de los pacientes o sin corregirlas en función de la evolución del caso, los pacientes son seleccionados en base a la menor comorbilidad posible, los clientes son asignados a los grupos al azar y no pueden decidir la intervención que seguirán ni el terapeuta con el que trabajarán. Asimismo, los estudios con frecuencia se centran más en la reducción de síntomas específicos que en la mejora del funcionamiento general y los terapeutas están muy motivados y, en muchos casos, tienen poca experiencia profesional (Bados López *et al.*, 2002). Así, que un tratamiento sea eficaz no significa necesariamente que sea también efectivo o clínicamente útil, esto es, viable, generalizable a los contextos clínicos reales y con una buena relación coste/beneficio (eficiencia). En este sentido, el tratamiento tal como es aplicado en contextos clínicos muchas veces escapa al riguroso control que caracteriza a la investigación experimental.

Por todo esto, es importante realizar estudios tanto en condiciones artificiales controladas como en la práctica clínica real a los fines de superar la poca comunicación existente entre la investigación controlada y la práctica clínica (Bados López *et al.*, 2002). En este sentido, el presente estudio es un aporte a este corpus de investigación, ya que el propósito es evaluar la eficacia de una guía breve de intervención terapéutica basada en ACT (Terapia de Aceptación y Compromiso) en población clínica, en relación con dos variables de proceso (Evitación Experiencial y Toma de perspectiva) y una variable de resultado.

Método

Participantes

La muestra estuvo constituida por 64 participantes de la provincia de Córdoba con edades comprendidas entre los 19 y 83 años ($M = 32,06$, $DS = 11,69$). Los participantes fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico de tipo accidental (Bologna, 2011), con consultantes que comenzaban tratamiento en Fundación CIPCO (Centro de Psicoterapias Contextuales). Las características sociodemográficas de los participantes se presentan en Tabla 1. Para el análisis de datos sólo se trabajó con los participantes que completaron ocho sesiones de tratamiento. Los terapeutas se seleccionaron por medio de una entrevista y se valoraron como criterios de inclusión la formación en ACT-Matrix (ver más adelante) así como la pericia en la utilización del modelo Matrix, teniendo en promedio 5 años de entrenamiento y como mínimo un año de experiencia clínica aplicando esta guía.

De acuerdo a lo establecido por las normativas éticas que regulan el ejercicio profesional (Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina, 1999, Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba, Declaración Universal de Principios Éticos para Psicólogos y Psicólogas, 2008), se

obtuvo el consentimiento informado de quienes participaron en la muestra, donde se les comunicó acerca de la naturaleza, medios y objetivos de la investigación, asegurando su participación voluntaria para garantizar el principio de autonomía de las personas. Asimismo, se obtuvo la autorización de la institución y de los profesionales cuando fue requerida y se procuró la protección de la confidencialidad de la información personal, asegurando el anonimato de las personas involucradas en la muestra. Por último, los datos obtenidos fueron utilizados solamente de acuerdo con los objetivos fijados para esta investigación.

Tabla 1. Resultados Obtenidos a partir del Análisis de los
Datos Sociodemográficos Recolectados

Participantes(n = 64)	
Género	
Femenino	44 (68,8%)
Masculino	20 (31,2%)
Edad	
19-25	24 (37,5%)
26-35	24 (37,5%)
36-45	8 (12,5%)
46-83	8 (12,5%)
Media/Mediana	32,06 / 28,5
Residencia	
Córdoba	58 (90,6%)
Interior de Córdoba	5 (7,8%)
Otros	1 (1,6%)
Estado Civil	
Soltero	30 (46,9%)
En pareja	20 (31,3%)
Casado	8 (12,5%)
Divorciado	5 (7,8%)
Nivel de Instrucción	
Secundario	24 (37,5%)
Terciario	11 (17,2%)
Universitario	29 (45,3%)
Tratamientos anteriores	
Si	45 (70,3%)
No	19 (29,7%)
Medicación Psiquiátrica	
Si	9 (14,1%)
No	55 (85,9%)

Instrumentos

Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ II, adaptación de García Díaz, Olaz y Morán, en preparación): Es la adaptación argentina del Acceptance and Action Questionnaire-II (Bond *et al.*, 2011), un cuestionario autoadministrado que evalúa aceptación psicológica. Cuenta con siete ítems (Ej: Evito o escape de mis sentimientos) que se responden con una escala tipo Likert que va de 1 (completamente falso) a 7 (completamente cierto). En cuanto a las propiedades psicométricas, son similares a su versión original, ya que el mismo posee una estructura unifactorial (que explica el 47% de la varianza) y una consistencia interna medida por fiabilidad compuesta de .85.

*Cuestionario de Cinco Factores de Mindfulness (FFMQ, Anchorena *et al.*, 2017):* Es la adaptación argentina del Five Facet Mindfulness Questionnaire (Baer *et al.*, 2006). Cuenta con 22 ítems a los que se responde mediante una escala Likert que varía desde 1 (nunca o muy raramente verdad) a 5 (muy a menudo o siempre verdad). Los ítems se distribuyen en una estructura de cuatro factores denominados: 1) Observar, que hace referencia a la capacidad de observar las experiencias internas y externas como sensaciones, emociones, pensamiento, imágenes, sonidos y olores (Ej: Presto atención a sensaciones, tales como las del viento en mi cabello o el sol en mi cara); 2) Describir, que implica el etiquetaje y descripción verbal y sin juicio alguno de las experiencias (Ej: Me resulta difícil encontrar las palabras para describir lo que pienso); 3) Actuar con consciencia, que se centra en focalizar la atención intencionalmente sobre cada actividad que uno realiza, en lugar de comportarse de manera automática (Ej: Me distraigo fácilmente); y 4) No juzgar, el cual se refiere a la capacidad de tomar una posición no enjuiciadora frente a las experiencias del presente de manera que se aceptan en la conciencia según son, absteniéndose de hacer una valoración positiva o negativa de las mismas (Ej: Me digo a mí mismo/a que no debería estar sintiéndome de esta manera). Este *instrumento*, presenta altos índices de consistencia interna, similares al estudio original, con un alfa de Cronbach global de 0,87 y entre 0,83 y 0,86 para los factores.

Inventario de síntomas SCL-90-R de Derogatis (1994): Es un instrumento autoadministrable compuesto por 90 ítems, agrupados en nueve áreas sintomáticas: Somatización (Ej: Dolores de cabeza); Obsesiones y compulsiones (Ej: Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza); Sensitividad interpersonal (Ej: Criticar a los demás); Depresión (Ej: Falta de interés en relaciones sexuales); Ansiedad (Ej: Nerviosismo); Hostilidad (Ej: Sentirme enojado/a, malhumorado/a); Ansiedad fóbica (Ej: Miedo a los espacios abiertos o las calles); Ideación paranoide (Ej: Sentir que otros son culpables de lo que me pasa); y Psicoticismo (Ej: Sentir que otro puede controlar mis pensamientos). El instrumento evalúa el grado de malestar psicológico que experimenta una persona durante el período que va desde el momento de la evaluación a una semana atrás (Sánchez & Ledesma, 2009). La escala es de tipo Likert con cinco

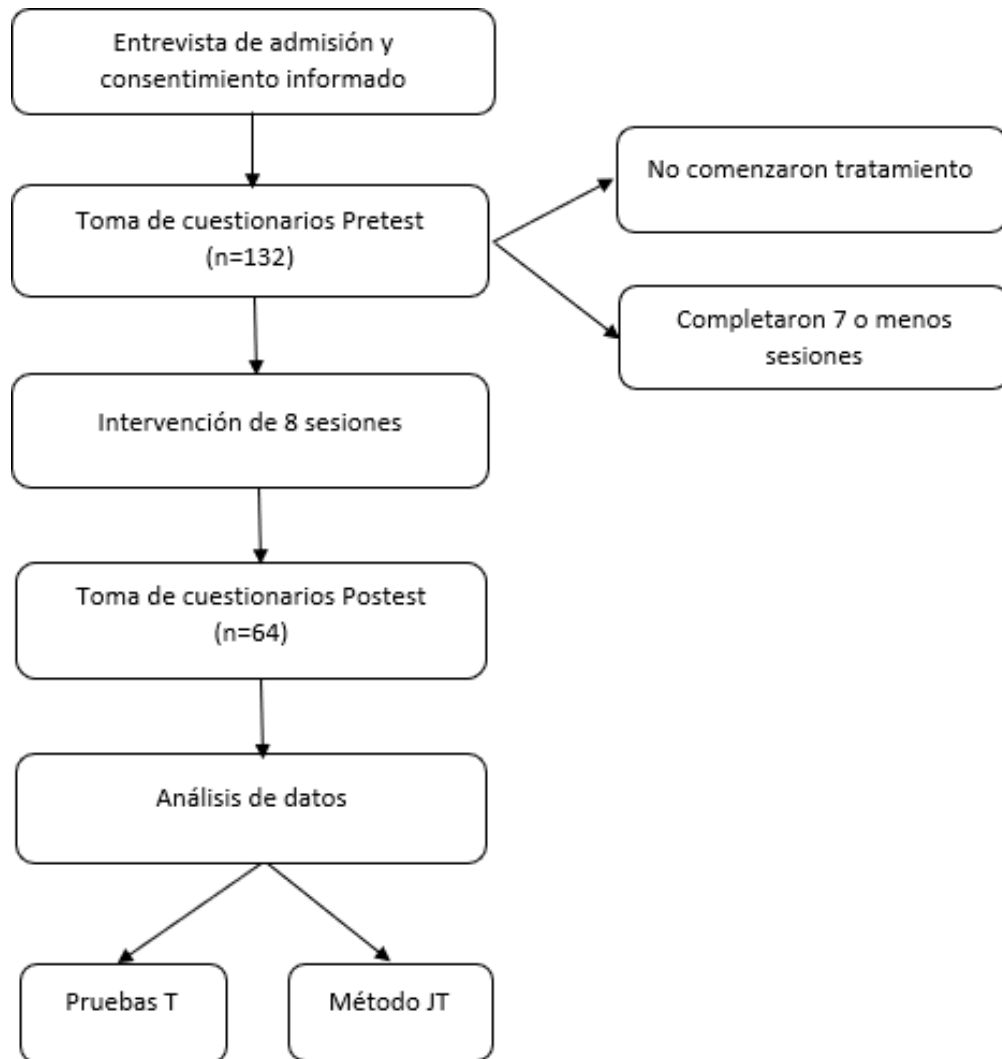
opciones de respuesta, desde 0 (nada) hasta 4 (mucho). El inventario permite obtener tres índices globales de malestar psicológico: el Índice global de psicopatología (IGS), el cual es un indicador del nivel actual de severidad del desorden; el Índice de Malestar Positivo (PSDI), que mide la intensidad de los síntomas e informa si el paciente los exagera o atenúa; y por último, el Total de Síntomas Positivos (PST) que es una medida de la cobertura de la sintomatología en la que se considera la cantidad de síntomas informados (Gempp-Fuentealba & Avendaño-Bravo, 2008).

En el presente estudio se utilizó la adaptación argentina del SCL-90-R de Casullo y Pérez (2008), validada en población general adulta y en adolescentes residentes en la ciudad de Buenos Aires y el conurbano bonaerense. Esta versión cuenta con una alta confiabilidad, tal como lo indica el coeficiente alfa de Cronbach de 0,96 para la escala completa. Por otro lado, el análisis factorial permitió interpretar la presencia de nueve dimensiones, que explican el 41 % de la varianza, solución factorial concordante con la versión original de la prueba (Casullo & Fernández- Liporace, 2001; Sánchez & Ledesma, 2009). Para el análisis de datos se trabajó solamente con el IGS, ya que contar con un índice general es suficiente a los fines propuestos, permitiendo estar en consonancia con los supuestos teóricos desarrollados.

Cuestionario sociodemográfico. Se elaboró una hoja de datos personales a los fines de registrar aspectos referidos a variables sociodemográficas tales como género, edad, estado civil, nivel de instrucción, tratamientos anteriores, entre otros, que se encuentra adjunta en el anexo.

Procedimiento

Se utilizó un diseño cuasiexperimental pre-post prueba de grupo único (Montero & León, 2007). Se escogió este diseño con el propósito de evaluar una muestra clínica en dos momentos, antes y después de la intervención, para indagar los efectos de la intervención con relación a las siete variables en estudio (aceptación, índice global de severidad de sintomatología psicopatológica, mindfulness global y sus cuatro factores). A continuación, se presenta el diagrama de flujo de trabajo correspondiente al procedimiento utilizado (Figura 1).

Figura 1. Flujo de Trabajo a lo Largo del Estudio

Intervención

Se utilizó una intervención de 8 sesiones basada en una guía clínica, utilizando el modelo ACT-Matrix (Polk *et al.*, 2016). La ACT-Matrix es un diagrama que funciona como una metáfora visual que permite evocar y trabajar los procesos centrales de la ACT (ver Figura 2). La ACT-Matrix permite trabajar las tres estrategias centrales de ACT anteriormente desarrolladas, de una manera simple y amigable para los consultantes, facilitando el desarrollo de la habilidad de enmarcar los eventos privados jerárquicamente en el Yo Deíctico para debilitar las funciones discriminativas de los mismos. De esta manera, se facilita la derivación de reglas augmentals que especifican consecuencias reforzadoras abstractas, y conductas que se organizan jerárquicamente con relación a estas reglas.

Figura 2. Representación Gráfica del Modelo ACT-Matrix con algunas de las Preguntas que se Realizan al Consultante (Extraído de Olaz & Polk, 2020, con Autorización de los Autores)



En consecuencia, al utilizar el modelo se proponen las siguientes intervenciones:

1. Discriminar la diferencia entre comportarse bajo el control de reglas augmentals con funciones apetitivas vinculadas con valores versus hacerlo controlado por las funciones discriminativas aversivas de los eventos privados (clases de respuesta problemáticas que funcionan como círculos viciosos). Esto se hace a partir del modelo visual que presenta estas dos funciones en un eje horizontal.
2. Identificar las conductas mantenidas por control aversivo (evitación experiencial) que se constituye como el principal componente de círculos viciosos o loops.
3. Ayudar a los pacientes a discriminar las consecuencias problemáticas de actuar en coordinación con las funciones discriminativas aversivas de los eventos privados.
4. Ayudar al cliente a enmarcar los eventos privados aversivos jerárquicamente en el Yo Deíctico para reducir las funciones discriminativas de los mismos.
5. Ayudar al cliente a desarrollar un repertorio alternativo de acciones enmarcadas en jerarquías de valores.

Por medio de la aplicación de estas estrategias, el individuo tiene la posibilidad de notar cuándo su conducta está siendo controlada por las funciones discriminativas aversivas de los eventos privados, evaluando sus consecuencias problemáticas, sintonizar con la experiencia interna y practicar la habilidad de exponerse a ella sin defensas. Además, puede aprender a distanciarse de estos eventos privados para así poder redirigir su atención al presente, evocando acciones comprometidas y guiadas por valores.

La intervención utilizada se organiza en 6 pasos que se desarrollaron en 8 sesiones (Polk *et al.*, 2017). Las fases y objetivos son presentadas en la Tabla 2. Cada sesión tuvo una duración de 60 minutos y se llevaron a cabo con una frecuencia semanal.

Tabla 2. Fases de la Intervención

Fase	Objetivo
1- Establecer el punto de vista	Presentar el encuadre de trabajo y la Matrix.
2- Entender la efectividad de los comportamientos	Notar las experiencias y movimientos dentro del modelo visual, así como la utilidad de los comportamientos a corto y largo plazo.
3- Anzuelos y el problema del control	Trabajar defusión.
4- Aikido verbal	Entrenar la toma de perspectiva a partir de la interacción fluida con el diagrama.
5- Entrenar la autocompasión	Transformar las funciones aversivas discriminativas derivadas de los eventos privados.
6- Aprovechar el poder de la toma de perspectiva.	Evocar la toma de perspectiva déctica en términos de cambios en tiempo, espacio y persona.

Análisis de Datos

Considerando el diseño propuesto, para el análisis de los resultados de la intervención se utilizaron pruebas T de diferencias de medias para muestras relacionadas. Tomando en cuenta el problema de la inflación del error de Tipo I por las comparaciones múltiples, se utilizó la corrección de Bonferroni. Como medida de tamaño del efecto, se utilizó el estadístico *d* de Cohen modificado de acuerdo con lo sugerido por Morris (2008). Para la interpretación de los resultados, se siguieron las reglas propuestas por Cohen (1988), es decir pequeños $d = 0,20$ – $0,49$, medianos $d = 0,50$ – $0,79$ y grandes $d = 0,80$. Para su cálculo, se utilizó una calculadora online (Lenhard & Lenhard, 2016) disponible en el siguiente vínculo: http://www.psychometrica.de/effect_size.html#interpretation.

Finalmente, para evaluar el impacto de la intervención, se aplicó el Método JT (Jacobson & Truax, 1991). En base a la perspectiva teórica sobre la que se sustenta la presente investigación, además de presentar los resultados a nivel de grupo se torna fundamental el análisis ideográfico de los resultados respondiendo de esta manera a la pregunta de si un paciente en particular está igual, ha mejorado o ha empeorado luego de la intervención. En este sentido, la aproximación estadística propuesta por Jacobson y Truax (1991), permite un análisis basado en las puntuaciones de pre y posttest con el propósito de establecer si estas diferencias representan cambios confiables y

significativos. El objetivo fundamental de este método es determinar en qué medida los procesos terapéuticos permiten alcanzar resultados valiosos y significativos para los pacientes y terapeutas.

En particular, el método permite realizar un análisis individual de la evolución de los pacientes a partir de dos índices: el índice de significancia clínica y el índice de cambio confiable (Jacobson & Truax, 1991; Peterson, 2008). El Índice de Cambio Confiable (ICC) permite analizar la confiabilidad de los cambios observados (si los cambios se deben o no a la intervención) y el Índice de significancia clínica permite saber si el tratamiento realizado produjo en el paciente cambios que impliquen su ubicación en la distribución de puntajes de una población no clínica. Por lo tanto, la significación clínica podría definirse como la capacidad de un tratamiento de alcanzar los parámetros de eficacia establecidos por los pacientes y los psicoterapeutas (Jacobson y Truax, 1991).

Para el cálculo del punto de corte de significancia clínica, se utilizó el criterio B, el cual es utilizado cuando se dispone de datos normativos sobre la distribución de los puntajes de la población no clínica. Dicho criterio considera un cambio clínicamente relevante cuando el puntaje pos-intervención mueve al individuo a la distribución de la población no clínica. O sea, sus puntajes pos-test deben situarse dentro del intervalo que comienza en el punto de corte representado por la media menos dos desvíos estándar de esa población. Para la generación de intervalo de confianza, en nuestro análisis, utilizamos la media y la desviación estándar no clínica. Esto establece un tipo de análisis en el que el individuo se compara consigo mismo, pero considerando un intervalo de confianza obtenido a partir de los datos del grupo. Para efectuar el análisis se utilizó el software Psicoinfo (Del Prette & Del Prette, 2016; Jacobson *et al.*, 1999) disponible en el siguiente vínculo: <http://www.psicoinfo.ufscar.br/>.

Resultados

El análisis de casos perdidos dio como resultado que ningún ítem presentó más del 0.5% de valores perdidos y ningún caso presentó más del 3 % de valores perdidos, cumpliendo con los puntos de corte establecidos por Tabachnick y Fidell (2011). Por otro lado, se constató la aleatoriedad de los mismos mediante la prueba de Little (1988) con resultados no significativos, por lo que se procedió a imputar los datos faltantes mediante el método EM (Expectation Maximization), siendo cualquier medida de imputación aceptable por el porcentaje bajo de casos perdidos.

Pruebas de diferencias pre-postests

Para evaluar los cambios en cada variable después del tratamiento se realizaron pruebas T de diferencias de media para muestras relacionadas con corrección de Bonferroni (alfa corregido $p \leq 0,007$). Como resultado se encontraron cambios

significativos en algunas de ellas. Con respecto al mindfulness, hubo un aumento en la habilidad general ($t = -2,10$; $p \leq 0,001$) y en el factor específico no juzgar ($t = -2,34$; $p \leq 0,001$) con un tamaño del efecto pequeño en ambos. Por otro lado, se observó un aumento de la aceptación ($t = 3,43$; $p \leq 0,001$) con un tamaño del efecto mediano. Finalmente, se evidenció una disminución en la sintomatología psicopatológica, observándose cambios significativos en el índice de severidad global ($t = 4,47$; $p \leq 0,001$) con un tamaño del efecto mediano. Los resultados pueden visualizarse en la Tabla 3.

Tabla 3. Prueba de Diferencias Pre-Post en cada una de las Variables Dependientes con Corrección de Bonferroni

		Pre M (SD)	Post M (SD)	T	d
	1-AAQ(Arg)	29,18 (8,83)	25,04 (9,98)	3,43*	-0,46
FFMQ	2-Global	64,21 (11,13)	67,03(11,43)	-2,10*	0,26
	3-Observar	17,46 (4,78)	17,95 (4,88)	-1,10	0,13
	4-Actuar con conciencia	14,53 (4,32)	14,83 (4,01)	-0,57	0,07
	5-Describir	16,52 (3,95)	17,09 (3,79)	-1,44	0,18
	6-No juzgar	15,70 (5,56)	17,17 (5,15)	-2,34*	0,28
SCL-90-R	7-ISG	1,29 (0,54)	1,01 (0,57)	4,47*	-0,58

N= 64 * $p \leq 0,001$

Análisis Ideográfico: Resultados observados a partir del Método JT

Sobre el total de 64 casos, se pudieron identificar 41 participantes que presentaron cambios confiables positivos, 18 negativos y los restantes 5, no presentaron cambios. A continuación, se presentan los análisis previamente desarrollados de manera resumida en la Tabla 4.

Tabla 4. Resultados Generales Obtenidos por los Participantes en el JT

	Recuperados %	Mejorados %	Inalterados %	Deteriorados %
AAQ-II	18,75	20,31	53,12	7,82
FFMQ-No juzgar	9,37	9,37	71,87	9,37
FFMQ-Observar	1,56	6,25	89,06	3,13
FFMQ-Actuar con conciencia	3,12	12,5	71,88	12,5
FFMQ- Describir	1,56	6,25	82,81	9,38
IGS	10,93	53,13	7,81	28,13

Nota: La condición final se establece de acuerdo al criterio propuesto por Jacobson & Truax (1991), donde se considera el ICC y la significancia clínica: recuperado: se observa cambio confiable y clínicamente significativo (se cumplen ambos criterios), mejorado: se observa cambio de acuerdo al ICC pero no significancia clínica, inalterado: no se cumple con ninguno de los dos criterios, deteriorado: empeoró en relación al ICC.

Discusión

Los resultados observados permiten concluir que si existen diferencias significativas en las puntuaciones del AAQ-II entre pre y post-test a partir de la aplicación de la guía clínica con base en ACT, por lo cual los resultados apoyan la hipótesis de investigación. En este sentido, los análisis realizados mostraron diferencias significativas, con tamaños del efecto mediano, resultados que coincidieron en gran medida con los observados en el análisis realizado mediante el Método JT, los cuales evidencian un 40% de cambio positivo (en relación con el ICC) a partir de la intervención. Estas mejoras observadas van en consonancia con lo esperado, ya que las intervenciones basadas en ACT están focalizadas directamente en la reducción de patrones de regulación basados en la evitación experiencial. En este sentido, desde este enfoque se considera al malestar y el sufrimiento como vivencias naturales en tanto que es la resistencia a dicho sufrimiento lo que lo perpetúa, siendo entonces el foco de la terapia la aceptación, como el camino hacia aquello que resulte valioso en la vida (Luciano *et al.*, 2006).

Con relación a los resultados observados en las puntuaciones del FFMQ, solo se observaron diferencias significativas en el factor No Juzgar, con un tamaño del efecto pequeño. Esto cobra sentido ya que, si bien en el protocolo se incluyen algunos ejercicios e intervenciones relacionadas con el *mindfulness*, no incluyen un componente específico, sino que el trabajo se focaliza en otras intervenciones. Sin embargo, se obtuvieron resultados positivos particularmente en el factor No Juzgar que es el que teóricamente se relacionaría más directamente con el proceso de aceptación, ya que se relaciona con la capacidad de tomar una posición no enjuiciadora frente a las experiencias, aceptándolas de manera abierta y sin resistencia.

Por otra parte, el *mindfulness* como habilidad, se adquiere con la práctica, es decir requiere entrenamiento, y el aumento en la misma conlleva un tiempo de latencia para verse reflejado. Es por esto por lo que, al no haberse realizado una evaluación de seguimiento, no se puede concluir acerca de la eficacia de la intervención en relación con esta variable, y se destaca la importancia de una evaluación de seguimiento en próximos estudios. Los resultados en el JT evidenciaron que la mayoría de los participantes no mostraron cambios clínicamente relevantes, solo un porcentaje menor (entre 10 y 20%) mostraron cambio positivo.

Es importante señalar una dificultad inherente a los estudios que utilizan el *Mindfulness* como variable dependiente y evalúan este constructo a partir de medidas de autoinforme. Tal como señalan Davis y Hayes (2011), una de las dificultades en estos estudios se vincula a que existe la posibilidad de que las personas con mayores habilidades de conciencia plena puntúen más bajo en estos instrumentos, ya que pueden ser más conscientes de su estado de desatención o de la medida en la que se

encuentran en piloto automático. Por el contrario, las personas con menos habilidades de conciencia plena pueden no ser conscientes de estar en piloto automático, puntuando de esta manera más alto en los instrumentos, lo cual afecta la validez de los resultados. Así, estos autores señalan la importancia de utilizar otras medidas, tales como medidas conductuales (compromiso con la práctica de la conciencia plena en términos de frecuencia de práctica, por ejemplo).

Con respecto a las diferencias en la frecuencia de síntomas psicopatológicos de acuerdo con las puntuaciones obtenidas en la escala de Derogatis, los resultados obtenidos evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre las medidas pre y post intervención, con un tamaño del efecto mediano de acuerdo con el IGS. Al centrar el análisis en un único índice que permite un enfoque general del estado del participante, obtuvimos una mirada integral de la situación de cada individuo en lo que concierne a sintomatología mental. Coincidiendo con Casullo y Fernández-Liporace, (2001), el uso del ISG aporta más información que el análisis a partir de las dimensiones diagnósticas por separado, lo cual tampoco hubiera sido consistente con el enfoque ideográfico y basado en procesos que sustenta este trabajo.

Así, estos resultados apoyan la hipótesis de investigación y son consistentes con lo observado en el ICC del método JT, donde se evidencia un cambio positivo en más del 60% de los participantes. No obstante, es importante señalar que la remisión de síntomas no es un objetivo del tratamiento utilizado en el presente estudio, ya que la flexibilidad psicológica constituye en esencia una aproximación conductual flexible que no necesariamente implica la remisión sintomática directa.

Si bien los resultados observados aportan evidencia preliminar acerca de la eficacia y utilidad clínica de la intervención, es importante señalar algunas limitaciones del presente estudio. En primer lugar, la falta de un grupo control afecta la validez del estudio ya que impide demostrar de forma válida que la intervención evaluada es la única responsable del resultado observado. Sin embargo, en la investigación clínica se vuelve un desafío incluir un grupo control. Por un lado, por cuestiones éticas, en donde se estaría privando de un posible beneficio a los sujetos no experimentales, y por otro lado, si este se incluyera habría que diseñar y aplicar una intervención alternativa (por ejemplo, otro tipo de terapia), lo cual conllevaría más recursos para llevar a cabo la investigación. Una alternativa es contar con un grupo TAS (Treatment as usual), y es en esa línea en la cual estamos trabajando con nuestro equipo de investigación.

En segundo lugar, hubiera sido importante incluir otra medida para una evaluación de seguimiento (follow-up), no solo para incluir evidencia sobre el mantenimiento de los cambios en el tiempo, sino también debido a que en ocasiones el impacto de la intervención puede no verse reflejado en una primera instancia de evaluación, ya que ciertas habilidades o mecanismos de cambio pueden operar una vez finalizada la intervención y aumentar su impacto con la práctica, como el mindfulness

por ejemplo, lo que respaldaría la idea de que ciertos cambios podrían ser observados en evaluaciones de seguimiento. De hecho, en una investigación realizada por nuestro equipo (Olaz *et al.*, en preparación) se observó esta tendencia de cambio posterior a la evaluación del posttest.

Por último, consideramos que hubiese sido importante aplicar un cuestionario de valores, dada la importancia de este proceso en el trabajo dentro de la ACT. No se utilizó esta medida por cuestiones de disponibilidad, aunque desde el laboratorio estamos realizando la adaptación de un instrumento que mide el constructo en cuestión, con el fin de utilizarlo en futuros estudios. En este estudio, se analizó el efecto de una guía de intervención terapéutica de 6 sesiones basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) sobre la reducción del PNR (Pensamiento Negativo Repetitivo) en una muestra de 21 estudiantes universitarios, donde se observaron resultados significativos con tamaños del efecto grande con relación a disminución del PNR (Olaz *et al.*, en preparación). Sin embargo, en el citado estudio no se trabajó con población clínica, por lo cual, y dada la importancia de realizar estudios locales que aporten evidencia sobre la eficacia, la eficiencia y la utilidad clínica de las intervenciones psicológicas, el objetivo general del presente estudio fue evaluar la eficacia de una guía breve de intervención para población clínica.

En cuanto a las fortalezas del presente trabajo, ante todo podemos afirmar que el mismo es un estudio pionero en este tipo de investigación en nuestro país, por lo cual constituye así un gran aporte tanto a nivel científico como clínico, por indagar en un área poco trabajada en nuestra comunidad: la eficacia de las terapias que utilizamos. Además, dada la brevedad del protocolo utilizado en la investigación (8 sesiones), se puede concluir que el mismo cuenta con evidencia preliminar sobre su utilidad clínica y su eficiencia. También es importante destacar que el enfoque aquí utilizado permitió identificar aquellos casos en los que el tratamiento no funcionó. De esta manera, el presente estudio se enmarca en los lineamientos de la PPBE, en los cuales se destaca la importancia de la integración de la mejor evidencia en investigación con la pericia clínica en el contexto de las características del paciente, su cultura y preferencias. En consecuencia, la metodología utilizada permite identificar si el tratamiento ha sido igualmente útil para todos los participantes, y a partir de allí, posibilita el estudio de potenciales factores moderadores de los resultados (Kazdin, 2001).

En coincidencia con la propuesta de Hayes y Hoffman (2018), consideramos que este estudio se alinea en la búsqueda de respuestas provisionales a la pregunta “¿Qué procesos biopsicosociales deben ser abordados con cada cliente, en cada situación y considerando las metas particulares de cada tratamiento?”. En el marco de una Psicoterapia Basada en Procesos, y desde una filosofía Contextual Funcional, no podemos suponer que un mismo tratamiento debería funcionar de la misma manera para todos los clientes, por lo cual el estudio ideográfico permite repensar las prácticas

realizadas para futuras intervenciones, adecuándolas a las necesidades observadas en cada participante.

Para finalizar, teniendo en cuenta los resultados obtenidos, se puede concluir que el presente trabajo constituye un paso importante en el desarrollo de una práctica basada en la evidencia en nuestro país. Consideramos que es un paso en la dirección correcta, si nuestro objetivo es el crecimiento profesional dentro de una práctica clínica sustentada en bases científicas. Esperamos, de esta manera, que este trabajo sea un aliciente para el inicio de una etapa de crecimiento científico, con una mirada más crítica sobre las prácticas clínicas que se realizan en el país, atendiendo y estando en consonancia con lo que dicta la Ley de Salud Mental N° 26.657 (2010) en cuanto a los derechos de las personas con padecimiento mental, específicamente en su artículo 7° inciso “c”: “Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos.”

Referencias

- Anchorena, M., Ghiglione, F. & Nader, M. (2017) Psychometric properties of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in an Argentine sample. *Archives of Assessment Psychology*, 7 (1), 29-41.
- Association of Contextual Behavioral Science (ACBS) (2024). *State of the ACT evidence*. https://contextualscience.org/state_of_the_act_evidence
- Bados López, A., García Grau, E., & Fusté Escolano, A. (2002) Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, 447-502.
- Baer, R. A., Hopkins, J., Krietemeyer, J., Smith, G. T., & Toney, L. (2006). Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45.
- Bologna, E. (2011). *Estadística para psicología y educación*. Editorial Brujas.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. C., Guenole, N., & Orcutt, H. K. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire - II: A revised measure of psychological flexibility and acceptance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688. <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Casullo, M. M., & Fernández, M. (2001). Malestares psicológicos en estudiantes adolescentes. *Psykhē*, 10(1), 155-162. <http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/download/405/385>
- Casullo, M. M., & Pérez, M. (2008). El inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis. *Adaptación UBA. CONICET*.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, 2nd ed. Erlbaum.
- Davis, D. M., & Hayes, J. A. (2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy*, 48(2), 198.
- Del Prette y Del Prette (2016) Psicoinfo [Windows]. <https://www.psicoinfo.ufscar.br/conteudo/o-metodo-jt>.

- Dereix-Calonge, I., Ruiz, F. J., Sierra, M. A., Peña-Vargas, A., & Ramírez, E. S. (2019). Acceptance and commitment training focused on repetitive negative thinking for clinical psychology trainees: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 81–88. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.02.005>
- Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual* (Third Edition). National Computer Systems.
- García Díaz, M., Olaz, F. O., & Morán, V. (en preparación). *Adaptación Argentina del Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II)*. Córdoba, Argentina.
- Gempp Fuentealba, R., & Avendaño Bravo, C. (2008). Datos normativos y propiedades psicométricas del SCL-90-R en estudiantes universitarios chilenos. *Terapia psicológica*, 26(1), 39-58. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082008000100004>.
- Ghasemi, S., Azizi, A., & Esmaeli, N. (2017). Comparison between the effectiveness of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavior therapy on marital satisfaction in women with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Community Health*, 11(2), 58-67.
- Gilpin, H. R., Keyes, A., Stahl, D. R., Greig, R., & McCracken, L. M. (2017). Predictors of treatment outcome in contextual cognitive and behavioral therapies for chronic pain: A systematic review. *The Journal of Pain*, 18, 1153-1164. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.04.003>
- 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., & Hofmann, S. G. (2018). *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. (2015) *Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Desclée Brouwet.
- Howell, A. J., & Passmore, H. (2019). Acceptance and commitment therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 260(1), 728-737.
- Ii, I., Sato, H., Watanabe, N., Kondo, M., Masuda, A., Hayes, S. C., & Akechi, T. (2019). Psychological flexibility-based interventions versus first-line psychosocial interventions for substance use disorders: Systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 13, 109-120.
- Jacobson N. S., & Truax P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal Consult Clinical Psychology*, 59(1), 12–9.
- Jacobson, N. S., Roberts, L. J., Berns, S. B., & McGlinchey, J. B. (1999). Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects: description, application, and alternatives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3), 300.

- Johns, S. A., Stutz, P. V., Talib, T. L., Cohee, A. A., Beck-Coon, K. A., Brown, L. F., Wilhelm, L. R., Monahan, P. O., LaPradd, M. L., Champion, V. L., Miller, K. D., & Giesler, R. B. (2020). Acceptance and commitment therapy for breast cancer survivors with fear of cancer recurrence: A 3-arm pilot randomized controlled trial. *Cancer*, 126(1), 211-218.: <https://doi.org/10.1002/cncr.32518>
- Kazdin, A. (2001). *Métodos de investigación en Psicología Clínica*. Pearson Education.
- Kelson, J, Rollin, A, Ridout, B, & Campbell, A. (2019). Internet-delivered Acceptance and Commitment Therapy for anxiety treatment: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 21(1), e12530.
- Lee, E. B., Homan, K. J., Morrison, K. L., Ong, C. W., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2020). Acceptance and commitment therapy for trichotillomania: A randomized controlled trial of adults and adolescents. *Behavior Modification*, 44, 49-69. <https://doi.org/10.1177/0145445518794366>
- Ley Nacional de Salud Mental Argentina N° 26.657. Boletín Oficial N° 32041. Buenos Aires, Argentina, 3 de Diciembre de 2010.
- Lenhard, W. & Lenhard, A. (2022). *Computation of effect sizes*. https://www.psychometrica.de/effect_size.html. Psychometrica. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.17823.92329>
- Linardon, J., Gleeson, J., Yap, K., Murphy, K., & Brennan, L. (2018). Meta-analysis of the effects of third-wave behavioural interventions on disordered eating and body image concerns: Implications for eating disorder prevention. *Cognitive Behaviour Therapy*, 48(1), 15-38. <https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1517389>
- Luciano Soriano, M. C., & Valdivia Salas, M. S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (act). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79-91.
- Macri, J. A., & Rogge, R. D. (2024). Examining domains of psychological flexibility and inflexibility as treatment mechanisms in acceptance and commitment therapy: A comprehensive systematic and meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 110, 102432. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102432>
- Montero, I., & León, O. G. (2007). Guía para nombrar los estudios de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.
- Morris, S. B. (2008). Estimating effect sizes from pretest-posttest-control group designs. *Organizational Research Methods*, 11(2), 364-386.
- Olaz, F. O., & Polk, K. (2020). *La Matrix Manual de Usuario. Entrenando la Flexibilidad Psicológica por medio de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. Editorial Brujas.
- Olaz, F. O., Roberts, C., Altamirano, V. A., & D'Alessandro, D.A. (en preparación). Evaluación de la eficacia de una guía de intervención terapéutica basada en ACT aplicada a procesos de rumia y preocupación.
- Pérez Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Síntesis.
- Pérez Álvarez, M. (2005). Third-generation behavior therapy. *EduPsykhé*, 5(2), 159-172.

- Peterson, L. S. (2008). "Clinical" Significance:" Clinical" Significance and" Practical" Significance are NOT the Same Things. ERIC Clearinghouse.
- Polk, K. L., Schoendorff, B., Webster, M., & Olaz, F. O. (2016). *The Essential Guide to the ACT Matrix: A Step-by-Step Approach to Using the ACT Matrix Model in Clinical Practice*. Context Press.
- Potter, K-J., Golijana-Moghaddam, N., Evangelou, N., Mhizha-Murira, J. R., & das Nair, R. (in press). Self-help acceptance and commitment therapy for carers of people with multiple sclerosis: A feasibility randomised controlled trial. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. <https://doi.org/10.1007/s10880-020-09711-x>
- Rudaz, M., Twohig, M. P., Ong, C. W., & Levin, M. E. (2017). Mindfulness and acceptance-based trainings for fostering self-care and reducing stress in mental health professionals: A systematic review. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6, 380-390. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.10.001>
- Ruiz, F. J., Peña-Vargas, A., Ramírez, E. S., Suárez-Falcón, J. C., García-Martín, M. B., García-Beltrán, D. M., & Sánchez, P. D. (2020). Efficacy of a two-session repetitive negative thinking-focused acceptance and commitment therapy (ACT) protocol for depression and generalized anxiety disorder: A randomized waitlist control trial. *Psychotherapy*, 57(3), 444.
- Ruiz, F. J., Flórez, C. L., García-Martín, M. B., Monroy-Cifuentes, A., Barreto-Montero, K., García-Beltrán, D. M., & Gil-Luciano, B. (2018). A multiple-baseline evaluation of a brief acceptance and commitment therapy protocol focused on repetitive negative thinking for moderate emotional disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 9, 1-14.
- Sánchez, R. O., & Ledesma, R. D. (2009). Análisis Psicométrico del Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R) en Población Clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(3), 265-274.
- Smith, K. V., & Thew, G. R. (2017). Conducting research in clinical psychology practice: Barriers, facilitators, and recommendations. *British Journal of Clinical Psychology*, 56, 347-356.
- Tabachnick, B., & Fidell, L. (2011). *Using multivariate statistics*. Pearson.
- Tolin, D. F., McKay, D., Forman, E. M., Klonsky, E. D., & Thombs, B. D. (2015). Empirically supported treatment: Recommendations for a new model. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22(4), 317-338.
- Törneke, N., Luciano, C., Barnes-Holmes, Y., & Bond, F. (2015). *Relational Frame Theory and three core strategies in understanding and treating human suffering*. En R. D. Zettle, S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes, & A. Biglan (Eds.), *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science* (pp. 254-272). Wiley Blackwell.
- Yıldız, E. (2020). The effects of acceptance and commitment therapy in psychosis treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(1), 149-167.