



Facultad de Humanidades y Educación

Dirección General de Estudios de Postgrados

**Análisis de las propiedades psicométricas del Cuestionario De Aceptación y Acción II y el
Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica en Estudiantes de la Universidad
Católica Andrés Bello**

Trabajo Especial de Grado presentado por:

Jhonnathan Armando, Sulbarán Ortega

Profesora guía:

Yolanda CAÑOTO

Caracas, diciembre 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
Urb. Montalbán - La Vega - Apartado 20332
Telf.: (0212) 407-61-21/ 44-76/ 42-82 Fax:

Estudios de Postgrado

ACTA DE EVALUACIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA COMUNITARIA

Nosotros, Profesores YOLANDA CAÑOTO RODRÍGUEZ (Asesor) y LUISA TERESA ANGELUCCI BASTIDAS (Jurado), designados por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Humanidades y Educación a los veintiún días del mes de noviembre del año dos mil veintitres, para conocer y evaluar en nuestra condición de jurado del Trabajo Especial de Grado "Análisis de las propiedades psicométricas del Cuestionario de Aceptación y Acción II y el Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica en estudiantes de la Universidad Católica Andrés Bello", presentado por el ciudadano Jhonnathan Armando, Sulbarán Ortega, C.I. N° 19273680, para optar al grado de Especialista en Psicología Clínica Comunitaria.

Declaramos que:

Hemos leído el ejemplar del Trabajo Especial de Grado que nos fue entregado con anterioridad por la Dirección del Programa.

A los doce días del mes de noviembre del año dos mil veintitres, en la sede de los Estudios de Postgrado de la Universidad Católica Andrés Bello, previa lectura y estudio del mencionado trabajo, hemos decidido convocar al estudiante con el fin de responder las preguntas que le formule el jurado. Hechas por nuestra parte las preguntas y aclaratorias correspondientes, se consideró formalizar el siguiente dictamen:

APROBADO

Hemos acordado calificar el Trabajo Especial de Grado con dieciocho (18) puntos.

En fe de lo cual, nosotros los miembros del jurado designado, firmamos la presente acta en Caracas, a los quince días del mes de diciembre del año dos mil veintitres.


Yolanda Cañoto Rodríguez
C.I. 6.119.718




Luisa Teresa Angelucci Bastidas
C.I. 6.293.922

Agradecimientos

A Sofía mi compañera de viaje y mi mayor aliada en todo esto. Sin ti no tendría algo importante a lo que sobreponerme cuando las experiencias difíciles se asomaron, y a dar los pasos que necesitaba. Tu determinación, tu responsabilidad, tu compasión, tu tenacidad y tu amabilidad son algunas de los valores que me inspiran, gracias por estar ahí y ayudarme a dar este paso cuando más lo necesitaba.

A mi yo de hace unos años. Te agradezco el sacrificio, las dificultades que tuviste que pasar para traerme hasta acá. Al yo mas pequeño gracias, sin ti no sería psicólogo clínico.

Mi abuela que de ahí proviene esta convicción de ayudar a otros, el interés social, no milito en un partido como hiciste pero espero estar siendo igual de activista que tu.

A mi familia, amigos que han estado, que forman parte de mi equipo y mis raíces, son parte de esto.

Índice de Contenido

Presentación	i
Introducción	7
Marco teórico	9
Justificación	60
Método	61
Objetivo de investigación.....	61
Objetivos específicos.....	61
Variables.....	61
Tipo y diseño de investigación.....	66
Población y muestra.....	67
Instrumentos.....	68
Procedimiento.....	73
Análisis de los datos.....	73
Consideraciones éticas.....	64
Resultados	76
Análisis descriptivo.....	76
Validez de las escalas.....	79
Confiabilidad de las escalas.....	102
Discusión	108
Conclusiones	119
Limitaciones y recomendaciones	122
Referencias	124
Anexos	132
ANEXO A: Cuestionario de Aceptación y Acción - II (AAQ-II; Ruíz et al., 2016a)	133
ANEXO B: Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica (MPFI; Rolffs, Rogge y Wilson, 2016).	135
ANEXO C: Cuestionario de Depresión, Ansiedad y Estrés - 21 (DASS-21; Ruiz et al., 2017b).	140
ANEXO D: Cuestionario de Atención Plena (MAAS; Ruiz et al., 2016b)	142

ANEXO E: Cuestionario de Salud General - 12 (GHQ-12; Ruiz et al., 2017a)	144
ANEXO F: Cuestionario de Validación para Jueces Expertos.....	145
ANEXO G: Gráficos Histograma y Caja y Bigote de las distribuciones de las escalas.	147
ANEXO H: Gráficos Q-Q Normal de las escalas.....	151

Índice de tablas y figuras

Tabla 1: Frecuencias y porcentajes de los datos sociodemográficos.....	67
Tabla 2: Estadísticos descriptivos de las escalas.....	77
Tabla 3: Pruebas Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk para una muestra.....	78
Tabla 4: Pruebas de Kaiser-Meyer-Olkin y Prueba de Esfericidad de Bartlett.	79
Tabla 5: Localización e índices de adecuación de los ítems para la escala AAQ-II.	81
Tabla 6: Proporción de varianza basada en Eigen de las escalas AAQ-II, DASS-21, MAAS y GHQ-12.	82
Tabla 7: Análisis paralelo basado en el rango mínimo para las escalas AAQ-II, DASS-21, MAAS y GHQ-12.	83
Tabla 8: Bondad de ajuste de las escalas AAQ-II, DASS-21, MAAS y GHQ-12.	84
Tabla 9: Matriz de componentes sin rotar del AAQ-II, el MAAS y el GHQ-12.	86
Tabla 10: Matriz de Componentes rotados para el DASS.	87
Tabla 11: Ajuste de las subescalas del MPFI.	88
Tabla 12: Cargas factoriales estandarizadas para el modelo de 12 factores de primer orden del MPFI.	89
Tabla 13: Cargas factoriales estandarizadas para el modelo de 2 factores de segundo orden del MPFI.	91
Tabla 14: Covarianzas entre los 12 factores del MPFI.	93
Tabla 15: Covarianzas entre los 2 factores del MPFI.	95
Tabla 16: Coeficiente de determinación de la escala MPFI.	95
Tabla 17: Coeficientes de Correlación de Pearson entre las escalas paramétricas.	97
Tabla 18: Coeficientes de Correlación de Spearman entre las escalas no paramétricas.	97
Tabla 19: Coeficientes de Correlación Spearman entre los 12 factores del MPFI y el AAQ-II.	97
Tabla 20: Coeficientes de Correlación Spearman entre los 12 factores del MPFI y el MAAS, DASS-21 y GHQ-12.	98
Tabla 21: Confiabilidad de las escalas y subescalas.	103
Tabla 22: Correlaciones Ítem-Total de las escalas unifactoriales.	104
Tabla 23: Correlaciones Ítem-Total de la escala MPFI total y los dos factores.	105
Tabla 24: Correlaciones Ítem-Total de los 12 factores del MPFI.	106
Tabla 25: Correlaciones Ítem-Total de la escala DASS-21 y sus subescalas.	107

Resumen

Objetivo: Examinar las propiedades psicométricas en términos de confiabilidad, validez y análisis de ítems del Cuestionario de Aceptación y Acción en su versión II (AAQ-II) y del Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica (MPFI), aspecto que permitirá obtener la adaptación de estas escalas para su aplicación con población venezolana. Método: este objetivo se cumplió con una muestra de estudiantes de pregrado de Caracas, con una investigación cuantitativa, no experimental y psicométrica, realizando un análisis de la confiabilidad con Alpha de Cronbach, los diversos tipos de validez se evaluaron con coeficientes de correlación de Spearman para las escalas no paramétricas y con el coeficiente de Correlación de Pearson para las escalas paramétricas y análisis factorial exploratorios y uno confirmatorio para obtener las escalas. Resultados: El AAQ-II y las escalas y subescalas del MPFI demostraron alta confiabilidad, validez convergente, divergente, de criterio y de constructo. Lo observado tiene una relevancia teórica y metodológica considerable dentro del desarrollo de herramientas que estudien factores asociados al sufrimiento psicológico y al bienestar mental y físico, que puedan ser utilizadas en diversos contextos como el clínico, el asesoramiento psicológico, el escolar, el comunitario, entre otros.

Introducción

La presente investigación está enmarcada en el área de psicometría. Como investigación psicométrica, el desarrollo de instrumentos para la evaluación y detección de necesidades en el contexto de la psicología clínica-comunitaria es una actividad importante para amplificar los recursos a los que un profesional puede acceder.

Por ello se pretenden estudiar las propiedades instrumentales de una versión en español del *Acceptance and Action Questionnaire II* (AAQ-II), y una adaptación al español del Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica (MPFI), ambas medidas del constructo Flexibilidad Psicológica, definida como “la habilidad para observar y reaccionar a los pensamientos, sensaciones, las propias acciones y además tener la oportunidad de actuar en torno a unos valores o sentido personal” (Luciano, 2016, p.11). Dicha noción proviene de raíces teóricas y epistémicas alternativas a las concepciones biomédicas de salud y enfermedad mental, raíces concordantes con la postura de la presente especialización (Pérez, 2014). A la fecha, existen escasas investigaciones con ese constructo en el contexto venezolano.

Este modelo es entendido como un modelo multidimensional y transdiagnóstico de psicopatología, cambio y terapia (Hayes et al., 2012), y comprende seis dimensiones de comportamiento: (1) Aceptación y Evitación experiencial, (2) Fusión cognitiva y Defusión cognitiva, (3) Consciencia del momento presente y apego rígido tanto al pasado como al futuro conceptualizado, (4) Yo como contexto y apego al yo conceptualizado, (5) Claridad en los valores personales – Plegamiento, y Seguimiento evitativo, y la sexta dimensión (6) que comprende la Acción comprometida y la pasividad, la impulsividad y la persistencia inefectiva (Hayes et al., 2012).

Considerar estas dimensiones del constructo, implica que las medidas de atención plena pueden servir de indicador de validez convergente, y se pueden usar en conjunto medidas diferentes de Flexibilidad Psicológica, medidas con la que se esperan altas correlaciones entre los índices globales de flexibilidad psicológica del MFPI y el AAQ-II para tener evidencias adicionales de este tipo de validez (Ruiz et al., 2016). Por otra parte, estas dimensiones se consideran procesos subyacentes de problemas psicológicos y del bienestar psicológico. Por tanto, tener evidencias de la relación entre Flexibilidad Psicológica con medidas de Depresión, Ansiedad, Estrés y Salud General pueden ser una oportunidad para obtener indicadores de validez de criterio concurrente (Hayes et al., 2012). Del mismo modo la investigación es un medio para determinar los indicadores de confiabilidad del test a partir de los resultados que se obtengan con una muestra de 425 estudiantes de la Universidad Católica Andrés Bello.

Así mismo se pretende obtener indicadores de funcionamiento instrumental de los ítems que componen al AAQ-II y al MPFI, así como la obtención de evidencias de estructuras factoriales equiparables a las obtenidas en otros contextos donde el instrumento ya ha sido validado. En resumen, el objetivo principal de esta investigación es analizar las propiedades psicométricas del Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II) así como del Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica (MPFI).

Marco Teórico

La medición en Psicología

La evaluación psicológica constituye un proceso en el cual un profesional evaluador interpreta, sintetiza y elabora conclusiones sobre un conjunto de datos obtenidos a partir de múltiples herramientas o instrumentos de medida (Malo-Salavarieta, 2008). Una actividad característica de este proceso es el empleo de test psicológicos, herramienta entendida por la *American Psychological Association* (APA, 2020) como “Un procedimiento por medio del cual una muestra de comportamiento o de un dominio especificado es obtenida y posteriormente puntuada, empleando un proceso estandarizado” (p. 5). Esto implica que, para entender de forma más eficiente el modo en el que se usa y construye un test psicológico, resulta pertinente entender los supuestos subyacentes a la medición psicológica.

Existen múltiples posiciones en torno a lo que significa y como se define la medición psicológica, pues también hay una gran variedad de formas de construir conocimiento (Tornimbeni et al., 2008). Una de las posiciones encontradas, más cercana a las ciencias naturales, es la que plantean Bunge y Ardila (2002) al afirmar que la medición es la observación de propiedades cuantitativas del comportamiento. Desde esta posición los conceptos deben tener una relación isomórfica con la realidad, lo que implica, cosa que ilustra Bunge (1983; citado en Tornimbeni et al., 2008), al señalar que la medición en términos estrictos necesita el requerimiento de escalas con cero absoluto así como unidades de medidas que formen parte de sistema teóricamente fundado, implicando que donde los indicadores consensuados en esta visión corresponden con un valor simbólico o numérico, que señalan aspectos como la intensidad, la frecuencia, la duración o la latencia de comportamientos.

Un problema encontrado en esta noción es que muchos constructos psicológicos son definidos de manera diferente por diversos sistemas psicológicos, existiendo así varias definiciones conceptuales y operacionales para fenómenos que pueden guardar semejanzas (Bunge y Ardila, 2002).

Otra posición, denominada representacional, abordada por Tornimbeni et al., (2008), establece que, aunque el sistema numérico represente relaciones empíricas entre eventos, no necesariamente existe una correspondencia isomórfica entre los mismos. Resulta pertinente exponer la explicación de Nunnaly (1991):

El modelo representacional admite diferentes “niveles de medición” que dependen del tipo de escala (nominal, ordinal, intervalar, proporcional) empleada para medir una propiedad. Ésta es una diferencia esencial con respecto a los autores que defienden una concepción “clásica” de medición, quienes postulan que la medición auténtica tiene lugar sólo cuando se miden variables cuantitativas utilizando una escala proporcional o de razón (p. 20).

El modelo representacional se considera como uno de los supuestos base para la medición en la psicología contemporánea, representando un avance en términos de objetividad, confiabilidad y capacidad predictiva, a los métodos de evaluación utilizados desde la psicología en sus inicios, como la entrevista clínica o la introspección experimental (Tornimbeni et al., 2008). Sin embargo, tal y como señalan Tornimbeni et al. (2008), una medición efectiva, de carácter científico, requiere de teorías explicativas y válidas para dar cuenta de los constructos e indicadores que se pretenden medir.

La relevancia de esta discusión subyace en que, en el campo de la Psicología Clínica Comunitaria, existen múltiples dominios de estudio, siendo uno de los de mayor importancia el constructo Salud Mental, alrededor del cual se han elaborado múltiples

concepciones teóricas y definiciones operacionales y, por ende, múltiples formas de medirlo. Investigar al respecto implica ajustar los métodos de evaluación y la evaluación de la eficacia de las aplicaciones prácticas de la Psicología Clínica Comunitaria; así como un aporte a la quinta división de la APA, denominada Métodos Cuantitativos y Cualitativos en su sección Evaluación, Medición y Estadística (APA, 2015) que tiene como objetivo fomentar el uso de métodos precisos y apropiados de evaluación, medición y análisis estadístico en la investigación, involucrar a investigadores interesados en el desarrollo y uso de métodos cuantitativos rigurosos, servir como recurso para investigadores que buscan colaboradores para ayudar con el análisis cuantitativo de sus datos, promover la enseñanza efectiva en el uso de métodos cuantitativos en el campo de la psicología y estimular el desarrollo de métodos innovadores de evaluación y medición que coincidan con las innovaciones modernas en materia de diseños de investigación.

La Salud Mental

Se ha señalado que la concepción de Salud Mental agrupa de forma dispersa diversas prácticas y discursos sobre los trastornos mentales, los problemas psicosociales y el bienestar, provenientes de diversos enfoques en psicología, antropología, psiquiatría, entre otros campos (Restrepo y Jaramillo, 2012). Así mismo, se han propuesto múltiples taxonomías, de manera que algunos autores destacan, en específico, el modelo biomédico, el modelo conductual y lo mental como emergente Social (Restrepo y Jaramillo, 2008) y otros plantean el modelo biomédico en múltiples variantes y el modelo contextual (Pérez, 2014).

El Modelo Médico de Salud Mental

La definición oficial de trastorno mental en la quinta revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V por sus siglas en inglés) es "un síndrome caracterizado por un trastorno clínicamente significativo en la cognición, regulación emocional o comportamiento de un individuo que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o de desarrollo subyacentes al funcionamiento mental" (*American Psychiatric Association*, APA, 2013, p. 20). Aunque el DSM se presenta como un cuerpo ateórico, igualmente parece responder ante una visión particular de la psicopatología: el modelo médico (Hayes y Hoffmann, 2018).

Se ha señalado que este modelo, empleado en el ámbito de la salud mental, cuenta con diversas variantes (Pérez, 2014). La primera variante sería el modelo de infección o enfermedad infecciosa, cuyo esquema es el de la enfermedad mental como el análogo a un evento o influencia externa que ha incorporado el individuo, tal y como sucede en las infecciones físicas. Según esta visión, el estrés constituiría un agente externo patógeno, cuya influencia va a depender de las variables disposicionales del individuo, que lo hacen más o menos vulnerable a dicha influencia.

La segunda variante a mencionar es el modelo traumático, en el que la enfermedad mental es un análogo a una lesión ocurrida por un evento contundente (Pérez, 2014). En el caso de la enfermedad psicológica, existen eventos agudos o crónicos que dan lugar a perturbaciones emocionales posteriores, que se expresan en forma de síntomas de la alteración psicológica subyacente.

La tercera variante, es el modelo orgánico de enfermedad mental, en el que se realiza la analogía con la alteración de un órgano, producto de cualquier fuente; que, en este caso, se

representaría con el cerebro como órgano alterado. En esta variante se incluyen las perspectivas neurocognitivas y vertientes psicológicas, como la propuesta cognitiva (sistemas, esquemas cognitivos) y la psicodinámica (aparato psíquico), que consideran a la mente o psique como el órgano, aparato o sistema que funciona inadecuadamente (Pérez, 2014).

La cuarta variante del modelo médico es el modelo sistémico de enfermedad mental, que posiciona a la enfermedad mental como la alteración de todo un sistema, tal y como sucede en las enfermedades autoinmunes o el síndrome de fatiga crónica (Pérez, 2014). Esto implica que la enfermedad mental es un conjunto de varias enfermedades o factores de riesgo que confluyen en la sintomatología resultante y que sirve como evidencia de dicha enfermedad.

La quinta variante del modelo médico es el modelo biopsicosocial, que establece la enfermedad mental en términos de la convergencia de influencias biológicas, psicológicas y sociales, cuyas manifestaciones en la vida de los seres humanos son síntomas de esa enfermedad subyacente. Una de esas concepciones es la señalada por la Organización Mundial de La Salud (OMS), que define la salud mental como “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esto tiene como consecuencia que, partir de estas concepciones, se explica entonces el sufrimiento en términos de anormalidad bioneuroquímica, con influencia social, asumiendo de forma implícita que la felicidad es el estado natural homeostático del ser humano (Hayes et al., 2012).

Se ha señalado que todas estas variantes poseen rasgos comunes que pueden dar cuenta de la visión médica de la salud mental (Pérez, 2014). Desde la visión médica, existe un déficit, lesión o alteración de origen interno (genético, sistémico o tumoral) o externo (infección o trauma) que se manifiesta en síntomas (experiencias, quejas, malestar de la persona) y signos clínicos evaluados por un profesional, que permiten establecer un síndrome o un diagnóstico,

seguido de la oferta de un tratamiento y su pronóstico; mismo que puede ser trasladado a la teorización psicológica. Pérez (2014) señala que algunos esquemas adscritos a este modelo serían la Terapia Cognitivo-Conductual y el Modelo Psicodinámico.

Para algunos teóricos de la Psicología Positiva, a partir de esta noción, ha resultado importante el estudio de otros fenómenos y no solamente la salud mental como ausencia de enfermedad (Hayes et al., 2012). Un ejemplo de ello lo constituye el que tradicionalmente los pensamientos y las emociones positivas, las fortalezas, la satisfacción de necesidades, como logro, afiliación y poder; son pilares fundamentales de las múltiples definiciones de salud psicológica contemporáneas (Kashdan, 2010). Así mismo, Hayes et al. (2012) señalan que, de forma implícita, esto se suscribe al modelo médico en tanto a que se mantiene el criterio de normalidad saludable, y permanece ausente alguna propuesta teórica explicativa sobre el sufrimiento humano.

Implicaciones prácticas del modelo médico

Una de las consecuencias del modelo médico constituye el asumir como criterio de efectividad de un tratamiento la eliminación o reducción de síntomas, así como la posible erradicación de la enfermedad diagnosticada (Pérez, 2014). Otra de las consecuencias ha sido el adoptar sistemas de clasificación nosológicas, como el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5 por sus siglas en inglés) (APA, 2013) y la Clasificación Internacional Estadística de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados (CIE-11 por sus siglas en inglés) (*World Health Organization*, 2020) cuyo objetivo ha constituido el aumentar la fiabilidad y la comunicabilidad entre profesionales para el diagnóstico de enfermedades mentales; donde las enfermedades especificadas por el sistema diagnóstico se representan en

categorías que agrupan un número determinado de síntomas y criterios o indicadores para el diagnóstico, como un número mínimo de síntomas o un período de tiempo determinado (Hayes et al., 2012; Pérez, 2014; Restrepo y Jaramillo, 2008).

Así mismo, también se ha observado una alternativa emergente desde el Instituto de Salud Mental de los Estados Unidos, conocida como el *Research Domain Criteria*, que utiliza un modelo multidimensional para comprender la salud y enfermedad mental, sin embargo, entre sus supuestos entiende los llamados trastornos psicológicos como desórdenes neurobiológicos, por lo que también se incorpora dentro del modelo médico de salud/enfermedad mental (Deacon, 2013; Miller, 2010).

Críticas al modelo médico

Algunos de los problemas que le adjudican Hayes y Hoffmann (2018) a esta aproximación es que descuida medidas tales como calidad de vida, prosocialidad y calidad de las relaciones, por mencionar algunos ejemplos; mismas que, según estos autores, también tienen importancia como criterio de la efectividad de un tratamiento psicológico. Este señalamiento supone un problema en el contexto de la Psicología Clínica Comunitaria debido a que, al establecer procedimientos de evaluación de la efectividad de una intervención, se corre el riesgo de aplicar una visión biomédica de los fenómenos de conducta en comunidad, tal y como lo exponen Hayes y Hoffman (2018), donde el pensamiento síndrome-síntoma que se ha expuesto facilita que se reste importancia a los contextos y condiciones en los que las personas hacen vida.

La mayoría de las terapias que están basadas en evidencia han obtenido validación empírica mediante la forma de protocolos de intervenciones psicológicas, mismos que se han constituido a partir de la noción categórica de enfermedad mental establecida por los sistemas de

clasificación (Hayes y Hoffmann, 2018). Dicho de otra forma, a partir de un nombre (p. ej. Terapia Cognitivo Conductual) se establece un conjunto agrupado de intervenciones sin distinción, práctica que trae consigo limitaciones como: la dificultad de identificar qué componentes de dichos protocolos terapéuticos resultan efectivamente terapéuticos y cuales resultan iatrogénicos; así como se dificulta la evaluación de la adecuación de los criterios utilizados para determinar la efectividad del empleo de dichos lineamientos (Ciarrochi et al., 2010).

Otras críticas dirigidas hacia este modelo giran en torno a la dificultad para la planificación de intervenciones ajustadas a casos diferentes dentro de una misma categoría diagnóstica, las profecías autocumplidas en torno a los diagnósticos, la estigmatización y la sobre generalización de los individuos cuya condición se ajusta a una categoría diagnóstica, y los impedimentos metodológicos para detectar las varianzas intracategoría (Khoury et al., 2014; Pérez, 2014). Añadido a esto, se critica la validez discriminante de dichos sistemas, en tanto a que han presentado dificultades para delimitar los diagnósticos y el criterio de normalidad, la frecuente comorbilidad entre los trastornos, la prevalencia de los diagnósticos no especificados y lo que se observa como un incremento de las categorías diagnósticas y subtipos (Pérez, 2014).

Estos problemas suponen la necesidad de contar con medidas y modelos que describan cómo se comportan los individuos en un contexto, desde la función de dicho comportamiento, más que el planteamiento de variables hipotéticas que fomenten en cierta medida las limitaciones señaladas (Mcnally, 2011; Szasz, 1961). En este sentido, una de las proposiciones teóricas alternativas se denomina modelo contextual (Zettle et al., 2016), que plantea que, para evaluar un modelo clínico psicológico, además de los resultados de su efectividad, este debe poder identificar los procesos de mediación y moderación de sus

resultados, y los componentes clave ligados a la investigación básica y clínica en curso (Hayes et al., 2012). Además, dichos modelos deben poder desarrollar una explicación coherente para diferenciar el comportamiento de una población “clínica” del de una población “normal” (Hayes et al., 2012) Estos criterios parecen constituir un argumento relevante para el desarrollo de instrumentos y métodos que faciliten identificar los aspectos mencionados.

El Modelo Contextual

Uno de los supuestos base del modelo contextual desde los que se plantea una perspectiva alternativa sobre el fenómeno de la psicopatología, es que los hechos se estudian de forma inseparable de sus contextos, situacionales e históricos. En el caso de la conducta de un organismo, se asume que la conducta es un fenómeno unitario, ya que se considera que la conducta es todo lo que un organismo vivo puede hacer, cuya distinción entre público o privado no constituye diferencias esenciales, ya que las partes que constituyen conducta y contexto son comprensibles en relación que una tiene con la otra, y su totalidad implicada (Zettle et al., 2016).

Esta tradición contextual se enmarca en el análisis conductual, la hermenéutica, el posmodernismo y el socio-construccionismo (Zettle et al., 2016), y tiene algunos puntos de encuentro con lo que expone la psicología social comunitaria, propuesta por Montero (2006) así como los expuestos por Johnstone y Boyle (2018) en su propuesta Poder, Amenaza y Significado, puntos de encuentro señalados por Johnstone y Boyle (2018) al referir lo siguiente: La psicopatología se entiende en términos interactivos, funcionales y contextuales, no es exclusiva al individuo, ni exclusiva al mundo exterior, estaría en su historia coevolutiva. En ese sentido, desde esta perspectiva, la noción de enfermedad mental es una denominación arbitraria

realizada por la comunidad verbal que rodea a un individuo en un momento histórico particular (Gil-Luciano y Gil, 2019).

Para Pérez (2014) el modelo contextual parte del siguiente supuesto:

No hay nada que no tenga un contexto de referencia. No considerar el contexto, o sacar algo de contexto, es malentenderlo o no entenderlo siquiera. El contexto es el universo del discurso en el que se ha de entender lo que decimos y hacemos, la diégesis de un relato o de una película, o el marco de referencia que da sentido a la experiencia y actividad humana: siempre en algún contexto (p. 64).

El problema psicológico, desde el modelo contextual, puede comprenderse en las interacciones de un individuo con otros y consigo mismo. En vez de atribuir disfunciones a entidades o mecanismos psicológicos, el problema psicológico sería una posibilidad humana, en donde un individuo en interacción con su medio puede ser de múltiples formas por la influencia recíproca de dicha interacción (Pérez, 2014). Esto implica, además, que el sufrimiento humano ocurre o tiene su génesis en procesos psicológicos normativos, específicamente aquellos procesos que involucran el lenguaje humano (Hayes et al., 2012).

Dicha afirmación no implica la negación de la existencia de fenómenos psicológicos que tengan correlatos de anormalidad en las funciones biológicas. No obstante, en esos escenarios, los fenómenos psicológicos asociados a dichas alteraciones se considerarían esperados. El aspecto central de esta afirmación implica que el comportamiento del individuo ante tales eventos psicológicos, tales como la reflexividad y la actividad cognitiva amplifican las dificultades centrales en dichas condiciones. Es decir que, sin importar el tipo de experiencia psicológica que experimenta un ser humano, se considera como un ser humano normal. La clave para comprender un funcionamiento saludable está en indagar cómo este ser humano responde a

una experiencia psicológica en particular, como decir, una alucinación, más que la presencia de la alucinación en sí. Las experiencias humanas de sufrimiento, ya sea que se describan a nivel individual o grupal, son inseparables de sus contextos materiales, ambientales, socioeconómicos y culturales. No hay un "trastorno" separado que se deba explicar, con el contexto como una influencia adicional (Johnstone y Boyle, 2018).

Dentro del modelo contextual se ubica la postura conocida como Contextualismo Funcional, que es una forma de contextualismo en la cual el criterio que define la *veracidad* de una afirmación es la efectividad que tiene la misma para cumplir una meta; que, en el caso del contextualismo funcional sería la predicción y la influencia sobre el comportamiento con precisión, amplitud y profundidad (Pérez, 2014).

Derivada de esta posición se encuentra la *Contextual Behavioral Science* o Ciencia Contextual Conductual (CBS por sus siglas en inglés) que es la aproximación científica. La CBS, en el campo de la psicopatología y el desarrollo de tecnologías terapéuticas, se orienta hacia al estudio y desarrollo procesos o principios terapéuticos generales, más que al desarrollo de protocolos o técnicas específicas a mecanismos específicos (Hayes y Hoffmann, 2018; Pérez, 2014).

Estos principios generales se orientan hacia el cambio, entendido como una posibilidad para un individuo dentro y en relación a un contexto específico, abriendo la posibilidad al desarrollo de intervenciones que pueden ajustarse a dichos contextos, bajo una aproximación ideográfica (Hayes y Hoffmann, 2018; Pérez, 2014). Así mismo el criterio de eficacia de una intervención se centra en los logros personales en la dirección de los valores o áreas de la vida valorada por el individuo, el cambio social, en una visión ecológica del progreso terapéutico consistente con los supuestos contextualistas (Hayes y Hoffmann, 2018; Pérez, 2014).

Desde el modelo contextual se han desarrollado formas alternativas de Terapia Cognitivo-Conductual basadas en procesos; así como, desde la visión operante, han surgido múltiples terapias y modelos contextuales específicos. Una de ellas es la *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT por sus siglas en inglés) o Terapia de Aceptación y Compromiso cuya raíz es el Modelo de Flexibilidad Psicológica, un modelo para la psicopatología, salud mental y terapia, que a su vez parte de los supuestos de la *Relational Frame Theory* (RFT) o Teoría de los Marcos Relacionales (TMR), misma que se expondrá a continuación para tener una mayor comprensión del modelo introducido.

La Teoría de los Marcos Relacionales

Lo mencionado previamente constituye la base o el punto de referencia en donde se posicionaría una propuesta teórica dentro del análisis experimental de la conducta conocida Teoría de los Marcos Relacionales (TMR) (Hayes et al., 2001). El principal planteamiento hacia donde apunta esta teoría es una redefinición de la conducta verbal tomando como antecedente los planteamientos de Murray Sidman (1971) y Sidman y Creeson (1973) sobre la forma en que niños con dificultades de aprendizaje aprenden a relacionar estímulos entre sí.

Un fenómeno de interés en tiempos posteriores a los estudios de Sidman fue la respuesta relacional derivada, que constituye una respuesta ante relaciones emergentes entre estímulos, sin esta haber sido entrenada directamente, a partir de un entrenamiento previo en establecer relaciones entre otros estímulos (Hayes, 1989). Para dar cuenta de este fenómeno el planteamiento base de la TMR es que relacionar estímulos o eventos con base en sus propiedades intrínsecas y también de forma arbitraria es una operante, y por tanto puede ser influenciada por sus consecuencias, y, por otra parte, implica la posibilidad de responder ante las relaciones

entrenadas previamente (Hayes et al., 2001) plantean que este comportamiento es central para la comprensión del pensamiento y el lenguaje humano.

Esta conducta posee ciertas propiedades o características 1) Vinculación mutua 2) Vinculación Combinatoria y 3) Transformación de funciones. La vinculación mutua refiere a la bidireccionalidad de las relaciones entre estímulos, indiferentemente de su simetría, al responder o relacionar un estímulo en función del otro. Es decir, si se sugiere que un estímulo “A” es *más grande* que un estímulo “B”, también implica que el estímulo “B” es *más pequeño* que el estímulo “A” (Hayes et al., 2001).

Por su parte, la vinculación combinatoria se refiere a las multiplicaciones de relaciones derivadas entre dos o más estímulos (Hayes et al., 2001). La dirección de estas relaciones derivadas entre eventos depende exclusivamente de las relaciones inicialmente planteadas, relaciones bajo control contextual arbitrario, es decir, la comunidad verbal provee al individuo de claves contextuales para poder relacionar estímulos, que pueden aludir a propiedades intrínsecas de los estímulos (p. ej., tamaño, forma, color) así como a propiedades establecidas de forma arbitraria (p. ej., “mas-menos bonito”). Considerando el ejemplo anterior, si añadimos un estímulo C que relacionamos como de *igual tamaño* que el estímulo A, podemos decir que el estímulo C es *más grande* que el estímulo B y que el estímulo B es *más pequeño* que el estímulo C. Un ejemplo de estímulos relacionados arbitrariamente puede ser el de una persona en una comunidad verbal particular que de refuerzo por relacionar “ser hombre” es “más productivo” que “ser mujer”, y que además relacione “ser hombre homosexual” como “igual” que “ser mujer”; esto sugiere una relación derivada entre “ser hombre” como “más productivo” que “ser hombre homosexual”. Además, dadas las relaciones que han sido establecidas en esas contingencias, el individuo puede derivar que “ser hombre homosexual” es “menos productivo”.

Finalmente, la transformación de funciones hace referencia a las funciones resultantes dado un marco relacional, indicador de la dirección de la función derivada (Törneke, 2010). Esto quiere decir que si, por ejemplo, se sugiere una relación de equivalencia entre una araña real, el sonido de la palabra araña y las letras de la palabra araña (cuando se tiene un miedo condicionado a las arañas), dado el marco relacional establecido, estos estímulos diversos tendrán la misma propiedad que la araña real evocando la misma reacción (Hayes et al., 2001).

Con otros tipos de relaciones sucede de una manera semejante, si un estímulo “A” es apetitivo, y se entrena una relación de oposición con un estímulo “B”, dicho estímulo “B” será aversivo para el individuo, aun cuando no hay entrenamiento directo en aversión condicionada. En el ejemplo dado en el párrafo anterior sobre “ser hombre” y “ser hombre homosexual”, para una persona del género masculino heterosexual “ser hombre homosexual” puede tener funciones aversivas dado el entrenamiento relacional, “ser menos productivo” y “ser hombre homosexual”. Específicamente al tener una relación de coordinación o equivalencia entre “ser menos productivos” y “ser homosexual” hace que “ser homosexual” adquiera funciones aversivas. Incluso si dicho hombre heterosexual nunca ha tenido contacto directo o entrenamiento directo con ello. Esto pudiera implicar que la adquisición de funciones no es un producto exclusivo de aprendizaje por contingencias directas con los estímulos involucrados, sino que, al relacionar eventos entre sí, estos pueden adquirir dichas funciones (Törneke, 2010).

En ese entendido, un marco relacional constituye:

Una clase específica de respuesta relacional aplicable arbitrariamente que muestra las cualidades contextualmente controladas de vinculación mutua, vinculación mutua combinatoria y transformación de las funciones de estímulo; debido a un historial de respuesta relacional relevante a las señales contextuales involucradas; y no está basada únicamente en el

entrenamiento directo no relacional con respecto a los estímulos particulares de interés, ni únicamente a las características no arbitrarias de los estímulos o la relación entre ellos. Un marco relacional es, por lo tanto, un resultado y un concepto de proceso. Las cualidades contextualmente controladas de la vinculación mutua, la vinculación mutua combinatoria y la transformación de las funciones de estímulo son resultados, no procesos. No explican los marcos relacionales: los definen. El proceso es la historia que da lugar a una operante relacional que está bajo un tipo particular de control contextual en tanto a relacionar y responder ante conjuntos de relaciones entre estímulos (Hayes et al., 2001, p. 34.).

Algunas de las conclusiones que se extraen de los supuestos de la TMR es que las claves contextuales pueden especificar las relaciones y, por ende, las funciones entre estímulos. Esto implica que las relaciones pueden ser simbólicas, porque las claves contextuales involucradas en un entrenamiento relacional pueden ser arbitrarias o basadas en convenciones sociales, sin necesariamente depender de las características intrínsecas a los estímulos que participan en dicho entrenamiento relacional.

Esto implica que puede existir una variedad de relaciones simbólicas. Hayes et al. (2001) han identificado diversos tipos de relaciones que un individuo puede aprender, entre ellas: (a) coordinación; (b) semejanza; (c) condicional; y (d) deícticas (temporalidad, perspectivas, espaciales). Dichas estas relaciones simbólicas, dadas las propiedades de la respuesta relacional, hacen posible que cualquier evento signifique cualquier cosa. De esta forma, por ejemplo, si una persona sufrió abusos sexuales en un baño, podría recordar aspectos del evento frente a imágenes de elementos de baño, o al escuchar palabras como baño, pocetas, lavamanos; por la relación jerárquica que sostienen estos elementos con el estímulo baño.

Lenguaje y Psicopatología desde un punto de vista contextual

Algunos de los problemas psicológicos enumerados por Villate et al. (2016), a partir de los hallazgos y propuestas de la TMR, son aquellos ligados a: (1) fluidez y flexibilidad del enmarcamiento relacional; (2) la evitación experiencial; (2) al seguimiento de reglas y la persistencia inefectiva; (3) a la búsqueda de sentido y coherencia; y (4) a la motivación. Siendo de especial importancia resaltar, de forma consistente con la TMR, que estas problemáticas se originan en la historia interactiva del sujeto en su medio.

En el caso de la fluidez y flexibilidad del enmarcamiento relacional, varios problemas psicológicos involucran resolver problemas de forma inefectiva. Un ejemplo de ello implica el no poder generar alternativas creativas cuando las personas se topan con obstáculos (Villate et al., 2016). Desde la TMR se adopta que, por ejemplo, la habilidad de tomar perspectiva con respecto a otros seres humanos es una respuesta relacional que especifica relaciones entre estímulos en términos de la perspectiva del hablante y está controlada por claves contextuales tales como Yo-Tu (interpersonales), Aquí-Allá (espaciales) y Ahora-Entonces (temporales). Estas respuestas son denominadas enmarcamiento deíctico, porque se enseñan vía demostración (McHugh et al., 2004; Villate et al., 2016), es decir que, las relaciones deícticas surgen en parte a través de una historia de respuestas a preguntas como "¿Qué estoy haciendo aquí?" o "¿Qué estás haciendo ahora?" Aunque la forma de estas preguntas a menudo puede ser idéntica, es probable que el entorno físico sea diferente cada vez que se haga o se responda a una de estas preguntas. Lo importante, desde el punto de vista de la TMR, es la actividad relacional generalizada y no las palabras en sí mismas (McHugh, et al., 2004). Sin las habilidades de toma de perspectiva necesarias, no se puede sentir empatía (Vilardaga et al., 2012).

En el caso de los problemas ligados a la evitación experiencial, desde la TMR se afirma que es a través del lenguaje que un estímulo, que no guarda semejanzas con una fuente de peligro real, pero sí se relaciona con esta, puede adquirir una función aversiva. Esto implica que el rango de fuentes de eventos psicológicos desagradables ante las cuales un ser humano escapa o que evita se amplifican considerablemente, de forma que básicamente cualquier cosa puede evocar eventos privados desagradables y la topografía de esos eventos puede ser a su vez amplificada por las relaciones simbólicas entre los eventos (Villate et al., 2016).

El problema asociado a esto es que las personas pueden escapar o evitar estímulos que son inofensivos, o incluso beneficiosos para la persona, por la adquisición de funciones aversivas dada la naturaleza arbitraria de las claves contextuales con las que dichos estímulos se relacionan. Así mismo otro de los problemas derivados de la operante relacional es que los intentos por evitar y escapar de eventos psicológicos privados, tales como la supresión de pensamientos, resultan inefectivos, puesto que dichos eventos siempre tendrán claves contextuales evocativas (Villate et al., 2016).

Desde la TMR también se señala que en el caso de los problemas ligados al seguimiento de reglas y la persistencia inefectiva, las habilidades simbólicas de los seres humanos traen consigo una peculiaridad: cuando se aprende mediante el seguimiento de reglas, el impacto que tienen las contingencias directas no especificadas por las reglas tiende a mermar. Las reglas pueden considerarse extensiones del aprendizaje relacional, por ser combinaciones de relaciones simbólicas, que en sí mismas pueden ser arbitrariamente aplicables, funcionan como operaciones de motivación (Villate et al., 2016). Esto implica que diferentes formas de seguir reglas pueden llevar a persistir en comportamientos que resulten inefectivos.

Cuando un individuo aprende a seguir reglas en las que recibe refuerzo por actuar de forma coherente a la forma especificada por la regla se le denomina “plegamiento”, mientras que desobedecer sistemáticamente o actuar de forma incoherente a lo especificado por una regla corresponde a una forma de plegamiento llamada “contraplegamiento”, que también se mantiene por las consecuencias sociales (Törneke et al., 2008). Dicho de otra forma, la rebelión y la complacencia sistemáticas implica la predominancia de contingencias sociales por el seguimiento de reglas per se (Villate et al., 2016). Otras veces se siguen reglas porque permiten el contacto con las consecuencias de una conducta especificadas por la regla. Seguir una regla porque se ha dado un historial de reforzamiento de contactar las consecuencias especificadas por la regla se le denomina “seguimiento” (Törneke et al., 2008).

Tanto el plegamiento como el seguimiento resultan útiles en contextos particulares, sin embargo, ambos también traen problemas a las personas (Törneke et al., 2008). En el caso del plegamiento, disminuye la sensibilidad del individuo hacia otras consecuencias que pueden resultar negativas para este; el seguimiento, por otro lado, puede resultar problemático en tanto que, si una regla detalla consecuencias positivas y negativas únicamente en el corto plazo, seguir dicha regla puede mantenerse, aun cuando en el largo plazo su seguimiento genere consecuencias negativas para el individuo.

En el caso de los problemas ligados a la búsqueda de sentido y la coherencia, esto implica que el detectar ambigüedad o incoherencia en el enmarcamiento relacional resulta aversivo para los seres humanos (Villate et al., 2016), facilitando que, en situaciones ambiguas, un individuo interprete los eventos del modo en que lo ha hecho previamente. Esto resulta potencialmente riesgoso, porque la forma en la cual se transforman las funciones de los estímulos hace que estos evoquen respuestas que confirman la coherencia de dicho

enmarcamiento relacional. Así mismo, muchas de las acciones de un individuo requieren de algún tipo de contacto con las contingencias directas para ser aprendidas y lo que apoya la coherencia no siempre ocurre en la forma de efectividad.

Para un mayor entendimiento de estas ideas Villate et al. (2016) disponen de un ejemplo, en el que un individuo ha aprendido a seguir la regla “las personas no son dignas de confianza”. Dicho individuo, a partir de la regla, puede empezar a protegerse manteniendo distancias sociales, evitando dar información detallada de sí misma o mintiéndoles. Eso puede generar en otras personas reacciones como conflicto, abandono o acusaciones, que, a su vez, facilitan el seguimiento de la regla “las personas no son dignas de confianza”.

Otro ejemplo de dicho punto, es cuando una persona se define a sí misma como “bondadosa”. Si esta persona experimenta ira hacia otra, y dicha emocionalidad en su cultura se etiqueta como un “sentimiento malo”, esto resulta incoherente con “ser bondadoso”, a partir de lo cual la persona puede llevar a cabo acciones como culpabilizarse a sí misma, lo cual a largo plazo amplifican el malestar que experimenta.

Otro de los problemas que puede señalarse desde la TMR asociado al seguimiento de reglas son los problemas derivados de experimentar consecuencias demoradas debido a la transformación de funciones. Una de estas reglas, denominada aumento (*augmenting* en su terminología original) es un tipo de regla, que involucra el proceso mediante el cual, debido a la forma en la que se relacionan los estímulos (y dada la transformación de funciones), se establecen nuevas consecuencias o se alteran las existentes (Villate et al., 2016). Esto resulta de utilidad porque permite a los organismos humanos contactar con consecuencias que no experimentarán directamente, evitando peligros y aproximándose a ambientes que proveen recursos. Sin embargo, dependiendo de las circunstancias, dicha habilidad trae consecuencias

negativas al mismo individuo. Un ejemplo de ello es que, en el caso de personas con riesgo suicida, la acción de quitarse la vida se asocia con el alivio del dolor (p. ej., “ya no voy a sufrir más”, “ya no seré una carga para otros”) y, al mismo tiempo, con la provocación de dolor hacia otros, consecuencias que puede experimentar indirectamente debido al enmarcamiento relacional (p. ej., “se acordarán de lo mal que me trataron”).

El enmarcamiento relacional como habilidad es clave para identificar y construir valores, resolver problemas, tener en consideración el futuro; pero puede crear insensibilidad a eventos inmediatos que resultan perjudiciales al mismo individuo (Villate et al., 2016). Para exponer este punto, se ha establecido una comparación entre un concepto de la biología, los picos adaptativos, y las formas de comportarse (Villate et al., 2016). Los picos adaptativos son los resultados favorables de una adaptación que falla en proveer las bases para un desarrollo futuro ventajoso, mientras que los picos adaptativos conductuales pueden formarse cuando se buscan ganancias a corto plazo, al costo de perder beneficios en el largo plazo. Un ejemplo de ello es son aquellas conductas eficaces en ambientes donde hay negligencia y violencia donde las consecuencias son difíciles de prevenir, pero en otros contextos pueden aparentar ser impulsivas o ilógicas para otros. Lo que hace de esto un asunto problemático, es cuando hay cambios en el contexto y los patrones conductuales adaptativos, previos a dicho cambio, persisten (Villate et al., 2016).

El aumento puede establecer la situación simbólicamente. Un ejemplo de ello es que, una persona determinada a no ser lastimada por otros, puede desarrollar hábitos motivados por estas metas verbales que le atrapan en un pico adaptativo. La conducta funciona a corto plazo, en tanto a que puede disminuir la sensación de temor, pero crea un patrón que alimenta el

aislamiento y deteriora las potenciales redes de apoyo que podría construir a partir de su medio (Villate et al., 2016).

Las implicaciones clínicas mencionadas permiten pensar en condiciones a partir de las cuales los repertorios conductuales de los individuos, en sus distintos contextos, se hacen progresivamente más estrechos, no de forma exclusiva por el aprendizaje por contingencias, sino también por el enmarcamiento relacional. La TMR ofrece explicaciones consistentes con el modelo contextual, entendiendo que los mismos principios y procesos del comportamiento que gobiernan el comportamiento etiquetado como normativo, son los procesos que dan origen y mantenimiento al comportamiento etiquetado. Es decir, se entienden como actos-en-contexto. Uno de los modelos derivados de la TMR para dar cuenta del funcionamiento de los individuos en contexto, en el ámbito de la psicopatología se conoce como el modelo de Flexibilidad Psicológica (Hayes et al., 2012).

El Modelo de Flexibilidad Psicológica

El modelo de flexibilidad psicológica es un modelo dimensional que, por su diseño, es un modelo de psicopatología y de salud psíquica al proveer un marco teórico para la evaluación psicológica y la predicción de situaciones clínicas y no clínicas, y a su vez un modelo de intervención psicológica primaria, secundaria y terciaria dentro de la perspectiva contextual conductual (Hayes et al., 2012).

Para definir Flexibilidad Psicológica técnicamente, Törneke et al. (2015) afirman que:

En términos técnicos hemos definido la flexibilidad psicológica como una clase funcional, una operante, que consiste en responder a la propia conducta en un marco de jerarquía con la perspectiva deíctica-YO. Esto permitirá (1) una reducción substancial en el control

conductual de las funciones presentes al enmarcar en coordinación la propia conducta, sin distinguirla de uno mismo y (2) un incremento de respuestas desde el enmarque jerárquico. Lo que significa dar la oportunidad para que se hagan presentes las funciones apetitivas de augmentals y, consecuentemente, las acciones coordinadas con esa clase relacional (p. 258).

Este modelo comprende seis procesos o seis dimensiones conductuales que son interdependientes entre sí, distinguiéndose para propósitos prácticos. Luciano (2016) define la interacción entre los patrones flexibles e inflexibles, de manera que:

El patrón inflexible este hecho de acciones sin dirección valiosa, acciones directamente bajo control de la única función presente, la que emana del pensamiento/emoción que esté en cada momento. Acción fusionada a tales funciones, lo que impide que las funciones ligadas a lo que tiene significado para la persona se hagan presentes y, por tanto, no es posible que la persona actúe bajo su control. La acumulación de acciones fusionadas a lo largo del tiempo resultará destructiva (p. 11).

Una forma de entender el patrón inflexible es lo que mencionan Rolffs, Rogge y Wilson (2016) al afirmar que se trata de los intentos de distanciarse de alguna manera de experiencias no deseadas, no prestar atención a las propias experiencias en cualquier momento dado, hacer juicios sobre experiencias que resultan en una visión más estrecha de uno mismo, quedar atrapado en experiencias internas no deseadas, incapacidad para comportarse de una manera consistente a lo que es importante en la vida y estar desconectado de las áreas de la vida que son más significativas para uno mismo. Por otra parte, la flexibilidad comprende “la habilidad para observar y reaccionar a los pensamientos, sensaciones, acciones y tener la oportunidad de actuar hacia metas con sentido personal” (Luciano, 2016, p.11). Así mismo, la flexibilidad también implica un modo de enmarcamiento relacional, diferente a los patrones

inflexibles, al “enmarcar la propia conducta en perspectiva e inclusión, lo que permite la transformación de la propia conducta de un modo que resulta en acciones efectivas para vivir” (Luciano, 2016 p. 11). Otra definición plantea que la flexibilidad psicológica es “La capacidad de defusionar el contenido privado provocativo o evocador, aceptar la experiencia privada por lo que es, permanecer en contacto con el momento presente, diferenciar un yo trascendente de los contenidos de la conciencia, establecer contacto con fines valiosos de la vida y construir patrones de acción comprometida en la consecución de esos fines” (Hayes y Strosahl, 2004).

Para una mayor comprensión de estas definiciones, resulta pertinente detallar los términos o dimensiones involucrados en las mismas: (1) defusión cognitiva y fusión cognitiva; (2) aceptación y evitación experiencial; (3) atención flexible al momento presente - atención inflexible al futuro y pasado conceptualizado; (4) Fusión con el sí mismo conceptualizado y yo como contexto; (5) la conexión con los valores y la desconexión con los valores; y (6) la acción comprometida y la acción evitativa, persistente o complacencia (Törneke et al., 2015).

La dimensión Fusión Cognitiva/Defusión Cognitiva

La dimensión de fusión cognitiva hace referencia a “los procesos por los cuales los acontecimientos verbales ejercen un fuerte control estimular sobre las respuestas, con exclusión de otras variables contextuales” (Hayes et al., 2012, p. 111). Es decir, comprendería el nivel en que la categorización que hace el individuo del mundo, los objetos que le conforman y a sí mismo, tiene mayor control sobre su conducta que su experiencia directa. Este fenómeno resulta útil para aprender a responder de forma efectiva a eventos no experimentados directamente, sin embargo, deja de ser útil cuando las funciones de estímulo aprendidas de modo verbal, resultan desfavorables para la vida del individuo.

Por otra parte, la defusión implica el hacer contacto con los productos verbales por lo que son, es decir, responder ante la actividad verbal como observación del propio comportamiento de pensar y no al contenido del pensamiento (Wilson y Dufrene, 2008). Para el modelo de flexibilidad psicológica, el problema no radica en la mera presencia y la forma de los eventos verbales sino la función que tienen los mismos.

La Dimensión de Aceptación/Evitación Experiencial

La evitación experiencial refiere a la medida en que una persona no está dispuesta a permanecer en contacto con experiencias privadas particulares (p. ej., sentimientos, pensamientos, sensaciones corporales, predisposiciones conductuales, recuerdos) y toma pasos que busquen alterar la forma o la frecuencia de esos eventos y los contextos que los ocasionan (Hayes et al., 1996).

Según Hayes et al. (1996) la evitación experiencial es tomada en cuenta en múltiples sistemas psicoterapéuticos divergentes. En el caso de la perspectiva contextual-conductual, la evitación experiencial se origina y se sostiene por la naturaleza bidireccional del lenguaje, la generalización inapropiada de reglas de control, el apoyo cultural de tomar las emociones y cogniciones como causas de la conducta, el soporte social y el modelaje. Esto implica que la evitación experiencial es una clase funcional de comportamiento aprendido dentro de un contexto particular.

Para estos autores los problemas asociados a la evitación experiencial comprenden que las estrategias que las personas usan, aun cuando son exitosas para alterar la forma de los eventos psicológicos, crean problemas adicionales como el limitar las formas en las que un individuo

puede comportarse en situaciones que pudieran ser efectivas o valiosas para el mismo, y limitar el acceso deliberado a eventos de la vida. Así mismo, es una circunstancia que resulta limitante para los procesos de cambio, ya que lo que necesita hacer un individuo para mejorar su situación puede ser aversivo, puesto que los contextos donde pueden ocurrir dichos cambios, a su vez, provocan las reacciones que los individuos procuran controlar (Hayes et al., 1996). Un costo es que se produce una condición estenotópica, un rango estrecho de adaptabilidad a los cambios en las condiciones ambientales, puesto que dicho comportamiento evitativo puede ser estereotípico, siendo poco susceptible a cambios cuando las condiciones contextuales cambian (Wilson y Dufrene, 2008).

Los aspectos señalados no sugieren que todas las formas de evitación experiencial son destructivas para un individuo, pues estas problemáticas se hacen presentes cuando la conducta por evitación experiencial persiste, incluso cuando es costoso, inútil o desfavorece la vida del individuo (Hayes et al., 1996). La comprensión de este concepto está en línea con la postura funcional contextual, de forma que puede identificarse observando las relaciones funcionales entre las acciones del individuo y el contexto de dichas acciones; en este sentido, las conductas de evitación experiencial no se determinan por la forma, sino por la función que tienen en una situación dada. Esto permite que conductas como el abuso de sustancias, el suicidio, la heteroagresión, la disociación, la racionalización, el uso de la fantasía, la automutilación, entre otras, puedan ser entendidas bajo lo que se ha descrito en esta dimensión, es decir, bajo la consideración de que ocurren en contextos donde permiten al individuo eliminar o disminuir, de forma transitoria, pensamientos, recuerdos o sentimientos desagradables (Hayes et al., 1996)

Por otro lado, la aceptación comprende “el contactar activamente con experiencias psicológicas directa y completamente sin defensa innecesaria, mientras el individuo está

comportándose efectivamente” (Hayes et al., 1996, p.19), considerando que aquello evaluado como “efectivo” es lo que resulta valioso para un individuo.

La dimensión Atención Flexible al Momento Presente

Según Pérez-Fernández et al. (2005) atender es “responder diferencialmente a una parte de todo el ambiente” (p.198), es decir, es una forma de hablar sobre patrones de control de estímulos, de manera que no constituye un proceso mental, que puede asignarse en pequeñas o grandes cantidades, o que es dirigido a un evento u otro, y tampoco es algo que un individuo posee, por el contrario, sería una cualidad de una acción situada (Hayes y Shenk, 2004).

Para poder comprender dichos patrones de control estimular, se parte del supuesto de que no siempre los componentes ambientales situacionales tienen el mismo peso e influencia sobre la conducta. Dependiendo de la historia de aprendizaje, la historia filogenética y las características de los estímulos, el control e influencia que ejercen las situaciones puede variar (Pérez-Fernández et al., 2005). Considerando esto, responder ante los eventos verbales que están psicológicamente presentes, porque están relacionados bidireccionalmente con sus referentes o cualquier otra forma de estimulación, surge como una respuesta incompatible con responder ante otras cualidades de la experiencia sensorial percibida (Hayes y Shenk, 2004). Este repertorio relacional es extremadamente útil, en especial para la resolución de problemas, pero, a la vez, tiende a crear una ilusión constante de estar en otro lugar, en otro momento que ahora, dificultando al individuo su respuesta a las demandas de cualidad inmediata, sean de carácter interoceptivo, los propios cambios corporales, o de carácter exteroceptivo, como cambios en la estimulación ambiental (Hayes y Shenk, 2004).

La dimensión Fusión con el Sí Mismo Conceptualizado/Yo Como Contexto

La dimensión de yo como contexto implica el conjunto de respuestas o comportamientos que un individuo da ante su propia conducta (Pérez-Fernández et al., 2005). Un ejemplo de ello constituye la formulación que realiza (Skinner, 1974) al afirmar:

Hay una diferencia entre comportarse e informar que uno se está comportando o informar las causas de su comportamiento. Al organizar las condiciones bajo las cuales una persona describe el mundo público o privado en el que vive, una comunidad genera esa forma muy especial de comportamiento llamada conocimiento (pp. 34-35).

El “yo” constituye un término incompatible con la perspectiva conductual, sin embargo, una concepción técnica de mayor congruencia desde la perspectiva conductual al referirse a estos fenómenos alude al planteamiento de Skinner (1974), cuando habla de autoconocimiento. Responder al propio comportamiento o auto discriminación es un resultado de unas condiciones que establece una comunidad verbal. Un ejemplo de ellos es que preguntas como “¿Cómo estás?” o “¿Qué estás haciendo?” ayudan a los niños a desarrollar la habilidad de discriminar diferentes formas de su propio comportamiento (McHugh et al., 2019).

A partir de la TMR, se realiza una extensión de la interpretación que hace Skinner, al afirmar que las personas no solamente responden ante su propio comportamiento, sino que responden a su propio comportamiento mediante la transformación de funciones que forman parte del enmarcamiento relacional (McHugh et al, 2019). Una forma simple de entender esta idea es afirmar que una persona “no se está comportando simplemente con respecto a su comportamiento, sino que también se está comportando verbalmente con respecto a su comportamiento” (Hayes y Wilson, 1993, p. 297).

A partir de esta conceptualización del “sí-mismo”, se distinguen tres clases funcionales de comportamientos en torno a lo que constituye esta dimensión: (1) el yo como el contenido de las relaciones verbales (el sí mismo conceptualizado); (2) el sí mismo como un proceso continuo de relaciones verbales (el sí mismo conocedor); y (3) el sí mismo como el contexto de las relaciones verbales (el yo como contexto) (Hayes et al., 2012; Mchugh y Stewart, 2012).

El primero, el sí mismo conceptualizado, consiste en complejas redes relacionales, descriptivas y evaluativas, que una persona construye sobre sí misma y su historia a lo largo del tiempo (Mchugh y Stewart, 2012). Tan pronto como los humanos desarrollan habilidades verbales sofisticadas desde la infancia, se vuelven conscientes de sí mismos y comienzan a interpretar, explicar, evaluar, predecir y racionalizar su comportamiento; así como organizan dichas descripciones y evaluaciones de sus propias historias y tendencias, una representación consistente y coherente de un "yo" que generalmente persiste a través del tiempo y las situaciones (Mchugh y Stewart, 2012).

El sí mismo o yo conceptualizado, elaborado de forma compleja, toca cada aspecto verbalmente conocido de la vida e integra el autoconocimiento de los sentimientos, sensaciones, preferencias, habilidades, pensamientos, interacciones y aprendizaje actuales e históricos; es decir, de todas las experiencias conscientes (Mchugh y Stewart, 2012). También se le adjudican varias capas, ya que las contingencias admiten diferentes profundidades de autoconocimiento en diferentes contextos. Por ejemplo, una persona podría explicar su comportamiento a su jefe de una manera muy diferente a como se lo explicaría a su terapeuta, además, la forma en que se presenta o que piensa en sí mismo, podría ser muy diferente con diferentes personas (p. ej., amigos, familiares, compañeros de trabajo), según las diferencias en la historia que guarda con diferentes personas (Mchugh y Stewart, 2012).

Una característica de las autoevaluaciones es que siempre se hacen *aquí y ahora* sobre comportamientos que ocurren temporalmente *aquí y entonces*, sin embargo, rara vez se presta atención al proceso de interpretación y evaluación como sucede en el momento presente (Mchugh y Stewart, 2012). Las dificultades ocurren cuando los productos de respuesta relacional (p. ej., pensamientos, juicios, comparaciones, creencias) se tratan como aspectos objetivamente verdaderos e inherentes del mundo real, es decir, el proceso de fusión cognitiva (Mchugh y Stewart, 2012), aspecto que puede ser problemático cuando las autoevaluaciones se tornan como históricamente arraigadas, inmutables y rígidas, de forma que ya no solo describen el comportamiento pasado, sino también guían el comportamiento futuro en direcciones que intenten mantener la coherencia de la historia. Esto tiene resultados como: el ignorar o descartar las pruebas contradictorias, el prestar atención selectiva y amplificar las pruebas confirmatorias, y tomar acciones coherentes con la historia personal (p. ej., Si una persona se considera extrovertida, se aproximará a contextos donde se comporte de forma coherente con ese contenido verbal y se alejará de contextos donde se comporte de forma incongruente, en este caso, tímida).

La fusión con un yo conceptualizado puede mantener patrones de comportamiento disfuncionales (Mchugh y Stewart, 2012). Las historias personales conceptualizadas pueden tender una trampa, ya que dan la ilusión de que explican las causas del comportamiento pasado de una persona. Por ejemplo, un individuo podría pensar aspectos como: "reprobé ese examen porque soy estúpido" o "no me levanté de la cama hoy porque estoy deprimido" y este tipo de razonamiento, aunque común, puede amplificar el ciclo de retroalimentación, donde uno parece no tener la capacidad de cambiar lo que hace, porque lo que una persona hace es equivalente a la noción de quien es y esa noción verbal es lo que han hecho en el pasado. Esto implica que la única forma de cambiar el futuro es cambiar el pasado, lo cual no solo es imposible, sino que

facilita el comportarse de forma coherente a dicha construcción verbal, a lo largo de múltiples contextos y del tiempo.

El ser como proceso, o el ser conocedor, es la discriminación verbal continua de los eventos psicológicos que ocurren en el momento presente y generalmente es reflejado por declaraciones que comienzan con frases como "siento", "pienso" y "me pregunto" (Mchugh y Stewart, 2012). Dicha discriminación verbal de comportamientos alimenta al yo conceptualizado, por ejemplo, para que una persona afirme "yo soy una persona deprimida", primero debe saber que con frecuencia se siente triste y tiene poca energía en muchos contextos. Además, en el ser como proceso también es necesario contactar con un sentido trascendente de uno mismo como contexto, ya que para observarse a sí mismo como un observador común, un individuo, a lo largo de su vida, requiere múltiples ensayos de autoobservación de su propio comportamiento. (Mchugh y Stewart, 2012).

El ser como proceso es muy útil en la regulación del comportamiento, tanto para la comunidad verbal como para el individuo mismo (Mchugh y Stewart, 2012). Con respecto al primero, permite a otros miembros de la comunidad verbal predecir el comportamiento de un individuo sin conocer el historial de aprendizaje del individuo; por ejemplo, si una persona informa que siente enojo hacia otra, esto permite a otros individuos predecir cómo podría actuar hacia esta en contextos particulares.

Por otro lado, en cuanto a su utilidad para el desarrollo psicológico del individuo mismo, se considera que, para responder eficazmente a la propia conducta, primero se debe conocer esta y su impacto; por ejemplo, comprender y responder a los propios pensamientos y sentimientos sobre el comportamiento de otras personas de manera fluida y flexible es fundamental al establecer relaciones personales (Mchugh y Stewart, 2012).

Un ejemplo de la utilidad del yo como proceso, es el que emplean Hayes et al. (2001):

La razón por la cual [el yo como proceso] es importante es que gran parte de nuestra socialización sobre qué hacer en las situaciones de la vida depende de este proceso verbal. La conversación emocional es quizás el ejemplo más claro. Si bien las condiciones, como la ira, la ansiedad o la tristeza, son bastante variadas en las historias que las originan, son bastante similares en las implicaciones sociales que se relacionan verbalmente con ellas... Individuos que no pueden consistentemente describir y clasificar su propio comportamiento no tienen forma de relacionar su socialización sobre qué hacer en la vida con las circunstancias altamente individualizadas y cambiantes en las que se encuentran (p. 127).

El comportamiento de seguimiento de reglas sobre sí mismo también sería mucho menos efectivo sin la precurrente de ser-como-proceso. Desde la TMR, las autorreglas son un tema importante porque los humanos verbales probablemente producen un gran número de reglas autodirigidas que diariamente guían su comportamiento; siendo algunas simples y triviales (p. ej., "debería girar a la izquierda, en la tienda"), y otras complejas y profundas (p. ej., "debo hacer algo significativo con mi vida") (Mchugh y Stewart, 2012).

El efecto de las autorregulaciones es indudablemente significativo, pues son relevantes tanto al respecto del contenido verbal que el mismo individuo deriva como al respecto del proceso. En cuanto a lo primero, por ejemplo, una persona puede prescribir una regla para sí misma basada en su concepto de sí misma (p. ej., "No me molestaré en solicitar cursos en esa área porque no soy lo suficientemente inteligente como para aprobarlos"); mientras que las autorreglas producidas sobre la base del yo como proceso, suelen guiar el comportamiento de las personas de manera continua en situaciones potencialmente importantes de su vida. Estas pueden

incluir la forma apropiada de actuar en presencia de sentimientos particulares en contextos particulares (p. ej., afecto con un otro íntimo), y ser relativamente útiles (p. ej., permitirse estar más abiertos a los sentimientos) o potencialmente desventajosas (p. ej., evitando sentimientos profundos) (Mchugh y Stewart, 2012).

Las amenazas al desarrollo de un sí mismo como proceso incluyen un entrenamiento inadecuado por parte de la comunidad verbal, como cuando se castiga, ignora, niega o contradice la conciencia y la expresión de las emociones, los pensamientos y las sensaciones (Mchugh y Stewart, 2012), como es observado con frecuencia en casos de negligencia o abuso infantil. Un niño descuidado puede no aprender a describir con precisión el conjunto de emociones y sensaciones que experimenta, como "hambre", "aburrimiento" o "fatiga", si no hay nadie que le haga preguntas y le enseñe a nombrar estas experiencias, de una manera que les permita a otros responder efectivamente a estas. Del mismo modo, una niña maltratada por alguno de sus cuidadores que experimenta temor al exponerse a los mismos y se encuentra con mensajes verbales de parte de los mismos como "Mamá te ama y nunca haría nada para lastimarte", puede que no aprenda a predecir o describir con precisión su propia experiencia psicológica (Mchugh y Stewart, 2012).

Los déficits conductuales en la discriminación de los eventos privados también pueden ser el resultado de la evitación experiencial, o la tendencia a evitar o escapar de eventos psicológicos difíciles, incluso cuando hacerlo tiene consecuencias negativas para el mismo individuo (Mchugh y Stewart, 2012). Como se sugirió anteriormente, el autoconocimiento de los eventos aversivos es en sí mismo aversivo, lo que significa que los humanos no siempre pueden evitar o escapar del malestar psicológico situacionalmente, de forma que, al no poder escapar de la propia experiencia psicológica, se evita ser conscientes de la misma. La evitación experiencial

de esta naturaleza conlleva a tener dificultad para observar y describir los pensamientos, emociones y sensaciones (p. ej., alexitimia, anhedonia, desmotivación), que es característico de trastornos psicológicos como depresión, trastorno de estrés postraumático y trastorno límite de la personalidad (Mchugh y Stewart, 2012).

Como punto añadido, otras de las dificultades relacionadas con los déficits en el repertorio de yo como proceso, se relacionan con los déficits o excesos conductuales que impiden responder efectivamente ante eventos del presente que son potencialmente apetitivos o aversivos (p. ej., trastornos de la atención, autoenfoco obsesivo que conduce a la ansiedad fóbica), tales como comportamientos de preocupación y rumia (p. ej., ansiedad y depresión), y el predominio de respuestas en función del nivel de amenaza percibido que tienen los eventos para el autoconcepto (p. ej., narcisismo, depresión, ansiedad, trastornos de la personalidad) (Mchugh y Stewart, 2012).

Por último, el yo como contexto, o el yo trascendente, es el invariante en todas las auto discriminaciones, de manera que, si una persona responde diferentes preguntas sobre sí mismo y su comportamiento, el único aspecto de su respuesta que será consistente a lo largo del tiempo es el contexto (es decir, el emisor) desde el cual se da la respuesta, es decir, "yo, aquí y ahora" (Mchugh y Stewart, 2012).

Para comprender el yo como contexto, vale la pena acotar que no solo comprende la habilidad para describir el propio comportamiento, sino el enmarcamiento relacional deíctico que el individuo hace del mismo, la habilidad de tomar perspectiva (McHugh et al, 2019). Una vez que un individuo comienza a enmarcar relaciones, comienza también a enmarcar relacionalmente comportamientos, propios y de terceros. Esto facilita el surgimiento de las respuestas deícticas y para esto hay tres enmarcamientos deícticos claves (Hayes, 1984): (1) Yo-

Tu (enmarcamiento interpersonal); (2) Aquí-Alla (enmarcamiento espacial); y (3) Ahora-Entonces (enmarcamiento temporal).

Tal como se mencionó en el apartado de la TMR, la base del enmarcamiento deíctico está en las propiedades relacionales de los objetos o eventos y no en sus propiedades formales, es decir, sin importar las propiedades físicas de dos objetos, las claves contextuales involucradas en el enmarcamiento deíctico se relacionan con la posición de los objetos entre sí mismos (McHugh et al, 2019). Por ejemplo, en el caso de dos personas, una que está observando el comportamiento de la otra, el comportamiento del observador que ocurre en la ubicación del mismo (yo-aquí) y el comportamiento de otro individuo que está siendo observado (tu-allá) están relacionados por la posición espacial (aquí-allá) y interpersonal (yo-tu). Los casos son particularmente abstractos y requieren demostración a través de un entrenamiento extensivo de múltiples ejemplos del patrón relacional, con una mínima dependencia de las propiedades formales (McHugh et al, 2019).

Según la TMR, una vez que los marcos deícticos de yo-tu, aquí-allí y ahora-entonces se establecen en el repertorio conductual de una persona, se convierten en una propiedad inherente de la mayoría de los eventos verbales de esa persona (McHugh et al, 2019). En otras palabras, no importa qué cosa en particular haga o diga un individuo, ya sea explícitamente, usando claves contextuales deícticas, o implícitamente, esto es dicho o hecha dentro de un marco de referencia relacional deíctico. Según la TMR cada vez que un individuo habla con otra persona, es desde la perspectiva del yo, ubicado aquí y ahora, y esa perspectiva nunca cambia, sin importar lo que se describa (McHugh et al, 2019).

Debido a que es una abstracción derivada de múltiples ejemplares de contenido verbal, es *vacío de contenido* y, por lo tanto, permanece constante y sin cambios desde el momento en que

emerge por primera vez. Entonces, el yo como contexto, es una categoría verbal que se aplica a todo lo que una persona ha hecho a lo largo de su vida, incorporando en un enmarcamiento jerárquico tanto el yo no verbal, la corriente conductual resultante de los procesos psicológicos directos, como el yo verbal, como objeto y proceso de conocimiento adquirido a través del encuadre relacional. El yo como contexto provee el vínculo experiencial entre el autoconocimiento verbal y no verbal (Mchugh y Stewart, 2012).

Un repertorio débil de estos enmarcamientos relacionales da lugar a una variedad de problemas psicológicos y sociales, incluida la inestabilidad de un factor como la identidad o el sentido de sí mismo, tal como se ve en problemáticas como: la personalidad límite, los trastornos disociativos, el miedo a la aniquilación frente a un evento aversivo privado, las dificultades en la intimidad o conexión con otros, la anhedonia social, en el estigma u objetivación de otros, y en la falta de empatía o autocompasión (Mchugh y Stewart, 2012).

Por otra parte, el desarrollo de repertorios de enmarcamiento jerárquico entre la propia perspectiva del yo y el propio comportamiento (incluyendo eventos privados, como sentimientos y pensamientos) permite la transformación de las funciones de dichos comportamientos. Esto implica que el yo como contexto tiene implicaciones importantes en la forma en que los humanos experimentan y regulan el dolor psicológico, ya que este sentido del sí mismo no está amenazado por el contenido aversivo en la forma en que el sí mismo conceptualizado o conocedor pueden estarlo. Dicho de otra forma, es una habilidad que permite a una persona enfrentar malestar emocional intenso y facilita la disposición, la compasión hacia otros, la autocompasión y la intimidad (Mchugh y Stewart, 2012).

La dimensión conexión con los valores/desconexión con los valores

Los valores comprenden "consecuencias libremente elegidas, construidas verbalmente de patrones de actividad continuos, dinámicos y en evolución, que establecen refuerzos predominantes para esa actividad que son intrínsecos en el compromiso en el patrón de comportamiento valorado" (Wilson, 2009, p.), concepto que es necesario revisar por partes y con detenimiento.

Cuando hace referencia a que sean consecuencias libremente elegidas, Dahl et al. (2009) establecen que las mismas son libres de control aversivo. Este criterio se adecúa al planteamiento de Skinner (1971) sobre el concepto de libertad y parece probable que, sobre una base teórica, conduzca a mejores resultados psicológicos a largo plazo. Esto implica que, cuando existen múltiples fuentes de reforzamiento, es poco probable que los seres humanos recurran a una única fuente de los mismos, de manera que la variedad y la sostenibilidad a largo plazo son importantes cuando se persigue refuerzo positivo (Dahl et al., 2009). Así mismo, aunque los valores se desarrollan en un contexto socio verbal, los mismos no se definen por sus consecuencias sociales (Dahl et al., 2009). En ese sentido los valores no deben basarse en la complacencia para con otras personas, ni en las evaluaciones verbales que otros dan al comportamiento de un individuo. Ni el plegamiento, ni el control aversivo se consideran valores, porque ambos patrones tienden a predecir la inflexibilidad conductual (Dahl et al., 2009).

Cuando se indica que las consecuencias son construidas verbalmente, se hace referencia a que, desde una perspectiva de la TMR, los valores declarados son enmarcamientos jerárquicos extendidos y complejos que incluyen consecuencias abstractas de orden superior, metas de nivel medio al servicio de esas consecuencias y acciones concretas dirigidas a lograr esas consecuencias metas (Dahl et al. 2009). En ese sentido, el comportamiento, como elemento dentro de un marco relacional, está sujeto a la transformación de funciones, otorgando funciones

apetitivas a comportamientos relacionados con un valor declarado particular; siendo importante distinguir que los valores no constituyen metas, aunque se relacionen jerárquicamente con estas, pues estos nunca pueden cumplirse, satisfacerse o completarse, en cambio, estos se conceptualizan como la dirección que tienen patrones de comportamiento del individuo (Dahl et al. 2009).

Un ejemplo de un concepto verbalmente construido es el que señalan Dahl et al. (2009) con la idea de justicia, que es un término en una relación jerárquica con una red relacional muy extensa y compleja que incluye otros conceptos como la equidad, la criminalidad y el sistema legal. Si la justicia o un mundo justo es un valor para alguien, entonces este concepto, verbalmente construido, podría funcionar como una consecuencia para esa persona en la medida en que, bajo ciertas circunstancias, son más probables los patrones de conducta que se consideran congruentes con esta red relacional derivada.

Al referir que son patrones de actividad, continuos, dinámicos y en evolución, el planteamiento apunta a que los valores, como comportamiento verbal, tienden a la variabilidad, así como las clases de comportamiento subyacentes al servicio de los valores personales (Dahl et al., 2009). Por ejemplo, para una persona cuyo valor es la justicia, el involucrarse en manifestaciones públicas de activismo puede ser un patrón de comportamiento predominante en un momento de su vida, pero para otro momento dentro de la misma vida de esa persona dicho patrón puede ser el involucrarse en estudios universitarios en Trabajo Social. Así mismo dicha variabilidad puede darse en múltiples contextos. En la vida pública esta persona puede manifestarse, y en los contextos académicos, estudiar trabajo social, reflejando así a través de múltiples contextos acciones basadas en uno de sus valores personales.

Considerando de nuevo el concepto de Wilson (2009), al referir a que los valores establecen refuerzos predominantes, se entiende que estos son esencialmente reglas de aumento o *augmenting* que, a través del enmarcamiento relacional, sirven para alterar el grado en que un evento consecuente, previamente establecido, funciona como reforzador (Dahl et al., 2009). Considerando un ejemplo, el que un individuo manifieste que le gustaría ser recordado por ser honesto, hace que cuando este actúe de forma congruente con esos valores, dicho comportamiento venga acompañado de consecuencias que motiven más y, por tanto, puede aumentar la probabilidad en el futuro de volver a actuar de dicha forma (Dahl et al., 2009).

Finalmente, con el término carácter intrínseco, se hace referencia a las consecuencias naturales e inherentes a la realización de un comportamiento, por ejemplo, la sensación de bienestar resultante de una sesión de ejercicio físico o la experiencia de arousal sexual al establecer contacto interpersonal (Dahl et al., 2009).

Algunos elementos implicados en la desconexión con los valores que podrían señalarse serían: la predominancia del seguimiento de reglas de plegamiento y contra plegamiento, puesto que lo que controla el comportamiento del individuo son elementos como la presencia o ausencia de sanción social, el prestigio/aprobación social; el predominio de las funciones indirectas de estímulos asociadas a la fusión y acompañadas de comportamientos como la preocupación y la rumia; y la predominancia de patrones de comportamientos evitativos, como los señalados en el apartado de Aceptación/Evitación experiencial (Dahl et al., 2009; Hayes et al., 2012).

La dimensión Acción Comprometida/Acción Evitativa, Persistente o Complacencia

La acción comprometida refiere a la persistencia flexible de acciones congruentes con valores y metas escogidas, aún ante la ocurrencia de obstáculos psicológicos tales como impulsos, sentimientos y pensamientos desagradables (Hayes et al., 2012; Morán et al., 2018). La persistencia se refiere al mantener patrones de conducta congruentes con los valores aún en la presencia de fracasos en la actividad misma, así como persistir en esas actividades ante los sentimientos y pensamientos desagradables relacionados con la actividad misma. También involucra la flexibilidad, que, con la guía de los valores personales, involucra la adaptación de las metas y actividades a los contextos de los individuos, así como su reajuste en caso de que los individuos encuentren problemático e inviable las metas y patrones de comportamientos establecidos (McCracken, 2013).

Para distinguir la acción comprometida de los valores es importante destacar que la primera consiste en realizar determinadas acciones en momentos concretos, mientras que un valor se refiere a las cualidades de dicha acción en curso, es decir a las consecuencias verbalmente construidas de dichas acciones (Morán et al., 2018). La contraparte de la acción comprometida serían los excesos y los déficits conductuales asociados a la evitación conductual y a la fusión cognitiva, tales como: la inacción, la pasividad, en el caso de los déficits; o darse atracones, las automutilaciones, en el caso de los excesos conductuales (Hayes et al., 2012).

Medidas formales de flexibilidad psicológica

La primera medida general de flexibilidad psicológica fue desarrollada por Hayes et al. (2004b), un autoinforme en forma de cuestionario, denominado Acceptance and Action Questionnaire (AAQ por sus siglas en inglés) en su primera versión, y desarrollado especialmente para su uso en estudios con población adulta, como medida general de todos los

procesos de flexibilidad psicológica (Hayes et al., 2006). Sin embargo, presentó algunos problemas con los niveles de consistencia interna, pues obtuvo niveles mínimamente satisfactorios (0,70) y deficientes en la evaluación test-retest (0,64); así mismo, se le adjudicó una excesiva complejidad de los reactivos e inconsistencias en las evidencias de una estructura factorial adecuada, variando en estudios entre 1 y 2 factores (Bond et al., 2011; Bond y Bunce, 2003; Hayes et al., 2004b).

Debido a estos aspectos, además de la existencia de múltiples variantes del mismo instrumento, se dio pie a la construcción de una nueva versión, el Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ-II), desarrollada por Bond et al. (2011). Esta versión mantuvo la misma intención de generar una medida general, abarcando los procesos en una sola medición, y breve de flexibilidad psicológica, entendiendo que las expresiones de evitación y aceptación son ejemplos específicos del patrón flexible o inflexible (Bond et al. 2011). Mientras que una de las principales diferencias entre la primera y la segunda versión es que, en la confección de los reactivos, en la segunda versión se incorporan aspectos relacionados con el proceso de valores; siendo un ejemplo de ello es el ítem “Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría” (Bond et al. 2011).

En el estudio psicométrico de Bond et al. (2011), el AAQ-II arrojó configurarse en un único factor, denominado Flexibilidad Psicológica, y demostró una adecuada consistencia interna, con valores α de cronbach oscilando entre 0,76 y 0,87, en todas las muestras angloparlantes analizadas, con un promedio de 0,83 en general. También arrojó valores adecuados de confiabilidad con el método test-retest, considerando un período de tres meses ($\alpha = 0,80$) y un período de doce meses ($\alpha = 0,78$), y correlacionó significativamente con la primera

versión del AAQ ($\alpha = 0,82$), siendo este último dato un indicador de que mide el mismo constructo (Bond et al., 2011).

Así mismo, para evaluar diversos tipos de validez, emplearon escalas como el Inventario de Depresión de Beck II (BDI), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), el Cuestionario de Depresión, Ansiedad y Estrés - 21 (DASS-21), el Cuestionario de Salud General-12 (GHQ-12), el Inventario de Síntomas de Derogatis (SCL-90-R-GSI); El Inventario de Superión del Pensamiento del Oso Blanco (WBSI) y la Escala de Deseabilidad Social de Marlowe-Crowne (MCSD). Encontrado, en cuanto a validez convergente, que el AAQ-II se relacionó con constructos con los cuales se le ha vinculado teóricamente, por ejemplo, niveles altos en el AAQ-II se asociaron con niveles altos de depresión, ansiedad y pobre salud psicológica en general, llegando a sugerir la validez predictiva de este instrumento; y, además, observaron validez divergente al no guardar el AAQII relación con otras medidas con las que no se le ha vinculado teóricamente, como la deseabilidad social (Bond et al., 2011).

En el caso de estudios con población de habla hispana, se han llevado a cabo investigaciones con muestras clínicas y no clínicas, específicamente de México, España y Colombia, (Ruiz et al., 2013; Ruiz et al., 2016a; Patrón-Espinosa, 2010). En una adaptación española, el AAQ-II también se constituyó en un único factor y mostró alta consistencia interna (α general = 0,88).

En este estudio, para evaluar la validez del AAQII, emplearon también escalas como el Inventario de Síntomas de Derogatis (SCL-90-R-GSI), el Inventario de Depresión de Beck en formato corto, El Cuestionario de Preocupaciones de Penn Sate (PSWQ), el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad, el inventario de Habilidades de Atención Plena de Kentucky - reducido (KIMS-R), el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI), la Escala General de

Autoeficacia (GSC) y la Encuesta de Salud en Formato corto (SF-36). Observando que el AAQII contó con validez discriminante, pues sus puntajes discriminaron entre muestras clínicas y no clínicas, y también validez externa, al presentar altas correlaciones con varios síntomas psicológicos relacionados a la calidad de vida, depresión y ansiedad (Ruiz et al., 2013), asemejándose estos resultados a lo obtenido por Bond et al., (2011)

En la versión colombiana, Ruiz et al. (2016a), realizaron un estudio con el objetivo de analizar las propiedades psicométricas y la estructura factorial del AAQ-II. En el mismo usaron un procedimiento similar de comparación de múltiples muestras clínicas y no clínicas teniendo tres muestras distintas. La primera muestra estuvo compuesta por 762 estudiantes universitarios de siete universidades de Bogotá, la segunda estuvo compuesta por 724 participantes de población general y la tercera muestra estuvo compuesta por 277 participantes de población clínica, previamente evaluados.

En este estudio se observó que el AAQ-II cuenta con alta consistencia interna (α general = 0,91 y en las muestras específicas, 1 = 0,88, 2 = 0,91 y 3 = 0,90); validez de constructo, teniendo como evidencia que los análisis factoriales confirmatorios mostraron la misma solución de un factor que en los estudios psicométricos de Bond et al. (2011), de forma invariante a través de las tres muestras.

Para evaluar otros tipos de validez, emplearon escalas como el Cuestionario de Depresión, Ansiedad y Estrés - 21 (DASS-21), el Cuestionario de Salud General - 12 (GHQ-12), el Cuestionario de Atención Plena (MAAS), La Escala de Actitud Disfuncional revisada (DAS-R) y el Inventario de Satisfacción con la Vida (SWLS). Ruiz et al. (2016a) observaron validez discriminante en el AAQII, en la medida en que sus puntajes discriminaron entre muestras clínicas y no clínicas; validez convergente, en tanto a que se observaron correlaciones positivas y

estadísticamente significativas entre los puntajes del AAQII y medidas de depresión, ansiedad, estrés, actitudes disfuncionales y salud general deteriorada; también se visualizó validez divergente, al presentar el AAQII correlaciones negativas con las medidas de atención plena y satisfacción con la vida.

En el caso del estudio llevado a cabo en México, de Patrón-Espinosa (2010), los indicadores psicométricos del AAQ – II son semejantes a los dos estudios ya reseñados, teniendo la misma solución de un factor, una consistencia interna apropiada (α general = 0,89), discriminando entre muestras clínicas y no clínicas, y sosteniendo una correlación esperada, positiva y significativa, con medidas de ansiedad, obtenida con el Inventario de Ansiedad de Beck.

Más recientemente, otra investigación realizada en México, específicamente en el estado de Michoacán, evaluó las propiedades psicométricas del AAQ-II, empleando una muestra de 993 participantes de población general (edades entre 18 y 79 años), y buscando obtener la estructura factorial mediante un análisis factorial exploratorio y un análisis factorial confirmatorio, analizando la bondad de los ítems, la consistencia interna y la relación del cuestionario con puntajes de sintomatología depresiva y ansiosa, empleando los inventarios de Beck de Ansiedad y Depresión (Mellin y Padrós, 2021).

En los resultados del análisis factorial exploratorio la solución encontrada fue unifactorial, no obstante, en el análisis factorial confirmatorio dicha estructura fue cuestionable debido al valor elevado de algunos índices, como el escalado de Satorra-Bentler y el error cuadrático medio de aproximación. En cuanto a la confiabilidad, mostró alta consistencia interna, con un α de Cronbach de 0,897. Mientras que, con respecto a la validez concurrente y

discriminante, observaron relaciones positivas y significativas entre el AAQII y los puntajes que reflejan sintomatología en depresión y ansiedad.

Con el objetivo de desarrollar una versión ecuatoriana del AAQ-II, Paladines-Costa et al. (2021) evaluaron sus propiedades psicométricas, aplicándola en una muestra de 7905 estudiantes universitarios de 11 universidades ecuatorianas, y llevando a cabo tanto un análisis factorial exploratorio con un segmento de la muestra, como un análisis factorial confirmatorio con el otro segmento de la muestra.

En ambos contrastes, exploratorio y confirmatorio, encontraron evidencias de la estructura unifactorial del AAQ-II. En el análisis factorial exploratorio, un solo factor (autovalor = 4,681) explicó el 66 % de la varianza y, con el análisis paralelo de Horn, se obtuvo que este factor explicaba el 70 % de la varianza del instrumento. En cuanto a la consistencia interna, mostró un valor adecuado con un α de Cronbach de 0,919.

Por otro lado, para observar la convergencia y divergencia de este cuestionario con otros, los autores evaluaron las relaciones del AAQ-II con una serie de cuestionarios, entre ellos, El Test de Compromiso de Vida (LET), Cuestionario de Salud del Paciente con Depresión y Ansiedad (PHQ-4), Escala de Soledad versión corta revisada (UCLA-3), Escala de Estrés Percibido (PSS-14), Escala Breve de Resiliencia (BRS). Los autores observaron validez convergente pues el AAQ-II se relacionó significativa y positivamente con puntajes de estrés percibido, soledad, ansiedad y depresión, es decir, mayores niveles de inflexibilidad psicológica se relacionaron con mayores índices de Estrés Percibido, Soledad, Ansiedad y Depresión. Así mismo, se evidenció validez divergente, al observarse la relación inversa entre el AAQII con puntajes en involucramiento con la vida y resiliencia, indicando que menores niveles de

inflexibilidad psicológica se correspondieron con mayores niveles de involucramiento con la vida y resiliencia.

A pesar del uso extendido del AAQII y del valor psicométrico que ha demostrado, autores en el área han señalado la necesidad de desarrollar medidas más específicas de flexibilidad psicológica, debido a que se ha adjudicado que el AAQII mide de forma más específica sólo dos de los procesos del Hexaflex: aceptación/evitación y defusión/fusión (Francis et al., 2016). Se ha puesto en duda, por tanto, que sea una medida del todo adecuada para medir el resto de los procesos: contacto/falta de contacto con el momento presente, yo como contexto/contenido, claridad/falta de claridad con valores y acción/inacción.

Por otro lado, otra de las discusiones alrededor de este constructo gira en torno a que se le ha adjudicado la cualidad bipolar, siendo que flexibilidad e inflexibilidad serían contrarios dentro de un mismo elemento, cuando se han observado evidencias psicométricas que no apoyan esta aseveración, aunque puedan estar íntimamente relacionados (Kashdan y Roobenberg, 2010; Levin, et al., 2016; Rogge et al., 2019). Esta conceptualización no excluye la posibilidad de que los clientes puedan estar participando simultáneamente en variantes conductuales flexibles e inflexibles en diferentes situaciones y contextos personales, relacionales e incluso temporales.

Todo esto ha dado paso al desarrollo de diversas formas de instrumentos para medir este constructo y sus elementos. Algunos estudios han optado por elaborar cuestionarios para cada proceso, otros han reorganizado los procesos y modificado el número de dimensiones (Francis et al., 2016), y otros han complejizado un poco más la medición al trabajar con cada proceso y lo que teóricamente se atribuiría como un polo dentro del constructo. Este último es el caso del Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica (MPFI del nombre en inglés,

Multidimensional Psychological Flexibility Inventory) un cuestionario que, en su versión final, cuenta con un total de 60 ítems, 12 subescalas y 2 escalas (Rolffs et al., 2016).

El desarrollo de la versión original de este instrumento transitó por una serie de tres estudios principales: el primero para identificar y delimitar los ítems más pertinentes para cada constructo, el segundo estudio para examinar las propiedades psicométricas, y el tercer estudio para observar la relación del MPFI con otras medidas (Rolffs et al., 2016).

En el primer estudio los autores se centraron en elaborar un gran conjunto de ítems hasta obtener un grupo parsimonioso de reactivos y dimensiones que representaran el núcleo del modelo de flexibilidad psicológica. A un total de 372 participantes en línea, se les proporcionó un conjunto de 494 ítems, que posteriormente se agruparon en 12 conjuntos con base, en un primer lugar, en su contenido, representando así las dimensiones del modelo Hexaflex. Cada conjunto se sometió a un análisis factorial exploratorio separado, y los resultados se utilizaron para identificar los mejores ítems correspondientes a cada dimensión del modelo Hexaflex, se seleccionaron aquellos que contaron con una alta consistencia interna y una correlación alta con el factor correspondiente. El resultado de este estudio fue obtener medidas refinadas de flexibilidad psicológica e inflexibilidad psicológica que se utilizaron en estudios posteriores.

En el segundo estudio de esta investigación, se examinaron las propiedades psicométricas de la medida desarrollada previamente. Se administró por tanto a una muestra de 2,150 participantes en línea y se evaluó su fiabilidad, validez y estructura factorial. En esta fase se realizó un análisis factorial confirmatorio en el que probaron varios modelos: (a) un modelo con 12 subescalas que cargan en dos factores de orden superior; (b) un modelo con dos factores de orden superior sin subescalas; (c) un modelo con seis subescalas y 1 factor de orden superior; y

(d) un modelo con 1 factor global sin subescalas. El modelo que mostró mejor ajuste fue el de 12 subescalas que cargan en 2 factores de orden superior (Rolffs et al., 2016).

El tercer estudio de esta investigación, evaluó la relación entre las escalas de flexibilidad e inflexibilidad psicológica y 19 medidas de diversos constructos psicológicos, entre los que se incluyeron varias medidas de atención plena, síntomas de ansiedad, satisfacción de necesidades básicas y en relaciones interpersonales, regulación y control emocional, autocompasión, supresión del pensamiento (El oso blanco) y esperanza,; administrando la medida previamente desarrollada a una muestra de 518 participantes en línea. Los resultados indicaron que la escala flexibilidad psicológica se correlacionó positivamente con la satisfacción de las necesidades básicas, el afecto positivo y la satisfacción de las relaciones, y se correlacionó negativamente con el afecto negativo y los síntomas de ansiedad y depresión. En el caso de la escala de inflexibilidad se observaron correlaciones negativas con la satisfacción de las necesidades básicas, el afecto positivo y la satisfacción de las relaciones, y correlaciones positivas con el afecto negativo y los síntomas de ansiedad y depresión (Rolffs et al., 2016).

Luego de estas investigaciones iniciales, se han desarrollado otros estudios de este inventario. Uno de ellos es una adaptación sueca del instrumento, donde se realizó un AFC en el que también se pusieron a prueba varios modelos, dando como resultado un ajuste adecuado para el modelo de 12 factores directos, que fue el modelo más adecuado, y el modelo de 12 factores de primer orden con 2 factores subyacentes (Tabrizi et al., 2022), siendo estos resultados coherentes con algunos planteamientos que se han hecho desde el desarrollo del MPFI.

Otro estudio para evaluar la estructura factorial del MPFI y poner a prueba diferentes modelos factoriales fue el de Thomas et al. (2021) en el que se trató a las escalas de flexibilidad e inflexibilidad de forma aislada, es decir, 6 factores de inflexibilidad de forma separada a los 6

factores de flexibilidad. Este estudio se realizó empleando una muestra de 827 participantes en una edad promedio de 37,5 años y mayoría de mujeres (53,8 %),

En esta investigación se evaluaron cuatro modelos factoriales: (a) un modelo de seis factores; (b) un modelo de segundo orden; (c) un modelo de tercer orden; y (d) un modelo bifactor; de los cuales resultaron adecuados, y posteriormente se compararon, el modelo de segundo orden, el modelo de tercer orden y el modelo bifactorial. En el modelo de segundo, todos los ítems eran indicadores de un solo constructo, es decir, los 30 ítems son indicadores de flexibilidad o inflexibilidad. El modelo de orden superior suponía que existe un factor general que subyace a los factores específicos, que serían las 6 dimensiones tanto para flexibilidad como inflexibilidad. El modelo bifactorial suponía que cada ítem cargaba tanto en un factor general como en uno específico.

Las diferencias en el ajuste entre estos modelos se evaluaron mediante varias estadísticas y pruebas de ajuste, incluyendo el índice de ajuste comparativo, la raíz cuadrada media residual estandarizada y el error cuadrático medio de aproximación. Además, se utilizaron IC del 90% del RMSEA superpuestos para comparar los modelos. Aunque se observaron diferencias significativas en el ajuste entre algunos de los modelos, los IC del 90% del RMSEA superpuestos sugirieron que las diferencias en el ajuste del modelo bifactor y el modelo de segundo orden eran pequeñas en magnitud.

En los resultados se observó que los factores generales de flexibilidad e inflexibilidad explican la mayor parte de la varianza, en las puntuaciones del MPFI, mientras que los factores específicos de dominio explicaron relativamente poca varianza.

El modelo bifactor fue el que mejor se ajustó a los datos y proporcionó evidencia de constructo para la validez del MPFI. Los índices de replicabilidad de constructo y determinación

de factor fueron significativos para los factores generales, flexibilidad e inflexibilidad, lo que sugiere que los puntajes de factor son de valor práctico y deben usarse en modelos de medición. Sin embargo, los factores específicos para cada dimensión no mostraron replicabilidad de constructo ni determinación de factor significativos.

En este sentido, los análisis sobre los ítems del MPFI apoyan el modelo de 12 dimensiones claramente separadas y adecuadamente correlacionadas, lo que sugiere que la inflexibilidad no es simplemente la ausencia de flexibilidad (Rogge et al., 2019). En lugar de conceptualizar la flexibilidad y la inflexibilidad como polos opuestos de una sola dimensión, por ejemplo, la fusión representando lo opuesto a la defusión, los análisis sugirieron que las distintas dimensiones de inflexibilidad y flexibilidad se trataran como constructos distintos que están moderadamente correlacionados (r que van desde -0.34 a -0.65 para pares correspondientes de dimensiones). De esta forma, que las dimensiones correspondientes de flexibilidad e inflexibilidad podrían variar independientemente las unas de las otras, mostrando probablemente diferencias dentro de los individuos a lo largo de los días y semanas e incluso en contextos interpersonales específicos; por ejemplo, un individuo que se comporta con habilidades altamente flexibles con amigos y familiares, pero muestra comportamientos rígidos e inflexibles en el trabajo (Rogge et al., 2019).

En línea con esas afirmaciones, Rogge et al. (2019) realizaron un estudio mixto con el objetivo de cuantificar la naturaleza de la información convergente y discriminante proporcionada por medidas de flexibilidad e inflexibilidad existentes, así como de proporcionar un ejemplo cualitativo de la información clínica proporcionada por cada escala a través de un estudio de caso; estudio en el cual, el MPFI estuvo entre las escalas evaluadas junto con el AAQII, la Evaluación Integral de los procesos de ACT (compACT) y el Cuestionario de Estado

Abierto y Comprometido (OESQ). Otras escalas empleadas fueron el Cuestionario de la Salud del Paciente (PHQ-9) y un cuestionario de Calidad de Vida.

Se observaron convergencias entre las diversas medidas de flexibilidad psicológica siendo las escalas multidimensionales más recientes, como el MPFI y el compACT, aquellas que ofrecen un poco más de información y detalles sobre el funcionamiento actual de un individuo, duplicando a menudo la cantidad de varianza explicada por la AAQ-II sola en análisis de regresión jerárquicos. En general, a partir de los resultados Rogge et al. (2019) sugirieron que la MPFI ofrece a los investigadores y clínicos la escala más completa, a nivel conceptual, para evaluar las dimensiones del modelo Hexaflex.

En este estudio, además, la escala de inflexibilidad del MPFI se vio relacionada positivamente con síntomas depresivos, mientras que la escala de flexibilidad se vio más relacionada con variables de bienestar. En la misma línea, puntajes en el AAQII predijeron mayores síntomas depresivos y menor nivel de bienestar.

Las seis subsescalas de flexibilidad del MPFI, además, mostraron correlaciones positivas, de moderadas a fuertes, entre sí mismas, lo mismo ocurrió con las seis subsescalas del MPFI. Así mismo, al comparar el grupo de subsescalas de flexibilidad con las de inflexibilidad, se apreciaron correlaciones inversas, de leve a moderadas, indicando esto la relación teórica entre ambos constructos y, a su vez, el hecho de que cada uno mide elementos diferentes, discriminando así la distinción entre procesos de flexibilidad e inflexibilidad como independientes el uno del otro y no bipolares.

Por otro lado, el AAQII solo mostró correlación con 4 dimensiones de la subescala de inflexibilidad, quizá debido a que, para estos autores, el AAQII mide en mayor medida fusión e

inacción, y le falta medir más procesos como yo como contenido y falta de contacto con valores (Rogge et al., 2019).

A la fecha existen múltiples medidas de flexibilidad psicológica, no obstante, la aproximación basada en el modelo de flexibilidad psicológica es novedosa en el contexto venezolano, existiendo escasas investigaciones de este constructo en el mismo. Por lo que, parte de realizar este estudio, es intentar responder a la pregunta ¿Cómo se comporta este constructo en la población venezolana? No obstante, para poder responder de forma adecuada a este tipo de interrogantes es necesario el desarrollo de métodos e instrumentos y la ejecución de estudios instrumentales, puesto que constituyen el inicio de la línea investigativa de constructos que se sostienen desde la perspectiva contextual, misma que, dados los presupuestos expuestos durante la presente disertación conceptual y empírica, guarda puntos en común con la aproximación de la presente especialización.

En el caso de este estudio instrumental, se trabajó con el instrumento más ampliamente utilizado, tanto en muestras anglo como hispanoparlantes, para medir el constructo que constituye la base del modelo psicopatológico de la perspectiva contextual en psicología, el modelo Hexaflex; así como una de las variaciones del mismo que, siendo teóricamente congruente también con dicho modelo, llega para tratar de responder y clarificar algunas cualidades atribuidas a esta variable, así como los detalles de los procesos que tan intrínsecamente le constituyen. En este sentido, el objetivo de esta investigación fue analizar las propiedades psicométricas del AAQ-II y del MPFI en una muestra de la población estudiantil de la Universidad Católica Andrés Bello.

Justificación

El presente constituye un estudio precursor, que puede dar punto de inicio a la aplicación de adecuados recursos metodológicos en el área, bajo otros niveles de análisis y tipos de investigación, para los que se necesitan instrumentos adecuadamente validados en nuestra población. Así mismo, sienta un precedente para futuros estudios que puedan aproximarse hacia otras partes de la población venezolana, que puedan ser accesibles para los diferentes profesionales que se mueven en contextos distintos al de la presente investigación. Esto permitiría, además, acceder al estudio de la variable flexibilidad e inflexibilidad psicológica en población venezolana, que en sí misma constituye un constructo prometedor a tener en cuenta, dada su estrecha relación con factores asociados al bienestar mental y físico, así como al malestar y sufrimiento psicológico, pudiendo ser aplicado y estudiado en múltiples contextos aparte del contexto clínico, como el asesoramiento psicológico, la psicología escolar, entre otras.

En cuanto al uso profesional del instrumento, al ser los instrumentos psicométricos una de las múltiples herramientas que un psicólogo clínico comunitario usa dentro del proceso de evaluación y detección de necesidades, las herramientas aquí desarrolladas se pueden incorporar en sus prácticas, ampliando así el bagaje de recursos con apoyo empírico del cual este puede disponer.

Método

Objetivo de investigación

Examinar las propiedades psicométricas en términos de confiabilidad, validez y análisis de ítems del Cuestionario de Aceptación y Acción en su versión II (AAQ-II) y del Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica (MPFI) en una muestra de estudiantes de la Universidad Católica Andrés Bello.

Objetivos específicos

Obtener indicadores de confiabilidad del AAQ-II (Ruíz et al., 2016a).

Obtener indicadores de confiabilidad del MPFI (Rolffs et al., 2016).

Obtener indicadores de validez de criterio concurrente para el AAQ-II

Obtener indicadores de validez de criterio concurrente para el MPFI

Obtener indicadores de validez convergente para el AAQ-II y el MPFI

Obtener indicadores de la estructura factorial del AAQ-II y el MPFI.

Analizar los ítems que componen al AAQ-II y al MPFI.

Variables

Variables de estudio

Flexibilidad Psicológica.

Definición conceptual: “La capacidad de defusionar el contenido privado provocativo o evocador, aceptar la experiencia privada por lo que es, permanecer en contacto con el momento presente, diferenciar un yo trascendente de los contenidos de la conciencia, establecer contacto con fines

valiosos de la vida y construir patrones de acción comprometida en la consecución de esos fines” (Hayes y Strosahl, 2004).

Definición Operacional (AAQ-II): Puntaje total obtenido en el Cuestionario de Aceptación y Acción - II (Ruiz et al., 2013), compuesto por 7 ítems que se responden bajo un formato de respuesta tipo Likert de siete alternativas, que van de 1 = nunca es verdad a 7 = siempre es verdad; y donde menores puntajes en el AAQ-II son indicativos de mayores niveles de flexibilidad psicológica, es decir, una mayor disposición a vivir o experimentar pensamientos, emociones y situaciones no deseadas, así como la posibilidad de alcanzar metas y valores personales, aunque se relacionen con pensamientos, emociones o situaciones dolorosas o molestas.

Definición Operacional (MPFI): Puntaje promedio obtenido de los promedios de las subescalas de aceptación, defusión, contacto con el momento presente, yo como contexto, valores y acción comprometida del Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica (Rolffs et al., 2016), cada subescala compuesta por 5 ítems que se responden bajo un formato de respuesta tipo Likert de seis alternativas que van de 1 = Nunca es verdad a 6 = siempre es verdad, donde mayores puntajes de cada subescala y del promedio general corresponden a mayores niveles de flexibilidad psicológica, es decir, una mayor disposición a vivir o experimentar pensamientos, emociones y situaciones no deseadas, así como la posibilidad de alcanzar metas y valores personales, aunque se relacionen con pensamientos, emociones o situaciones dolorosas o molestas.

Inflexibilidad Psicológica

Definición conceptual: se trata de los intentos de distanciarse de alguna manera de experiencias no deseadas, no prestar atención a las propias experiencias en cualquier momento dado, hacer juicios sobre experiencias que resultan en una visión más estrecha de uno mismo, quedar atrapado en experiencias internas no deseadas, incapacidad para comportarse de una manera consistente a lo que es importante en la vida y estar desconectado de las áreas de la vida que son más significativas para uno mismo (Rolffs et al., 2016).

Definición operacional: Puntaje promedio obtenido de los promedios de las subescalas de evitación experiencial, falta del contacto con el momento presente, yo como contenido, fusión, falta de contacto con los valores e inacción del Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica (Rolffs et al., 2016), cada subescala compuesta por 5 ítems que se responden bajo un formato de respuesta tipo Likert de seis alternativas que van de 1 = Nunca es verdad a 6 = siempre es verdad, donde mayores puntajes de cada subescala y del promedio general corresponden a mayores niveles de inflexibilidad psicológica, es decir, una mayor disposición a evitar eventos privados desagradables, a no prestar atención a las experiencias que se tienen en un momento determinado, a hacer juicios que resultan en una visión estrecha de sí mismo, a permanecer desconectado e inactivo ante las áreas de la vidas que son más significativas para uno mismo.

Depresión.

Definición conceptual: Es un trastorno compuesto por manifestaciones típicamente asociadas a estado de ánimo disfórico (como la tristeza, desesperanza, autodepreciación e inutilidad) (Lovibond y Lovibond, 1995a).

Definición Operacional: Puntaje total obtenido en la subescala de depresión del Cuestionario de Depresión, Ansiedad y Estrés - 21 (DASS-21), desarrollada por Antony et al. (1998), compuesta

por los ítems 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21, que se responden bajo un formato tipo Likert de cuatro opciones donde 0 = no me ha ocurrido a 4 = me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo; y donde un mayor puntaje equivale a mayor nivel de Depresión.

Ansiedad.

Definición Conceptual: Se refiere a la descripción del conjunto de síntomas físicos de excitación, ataques de pánico, tensión muscular y miedo, resaltando las relaciones entre estados prolongados de ansiedad y respuestas agudas de miedo (Lovibond y Lovibond, 1995a).

Definición Operacional: Puntaje total obtenido en la subescala de ansiedad del Cuestionario de Depresión, Ansiedad y Estrés - 21 (DASS-21), desarrollada por Antony et al. (1998), compuesta por los ítems 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20, que se responden bajo un formato tipo likert de cuatro opciones donde 0 = no me ha ocurrido a 4 = me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo; y donde un mayor puntaje equivale a mayor nivel de Ansiedad.

Estrés.

Definición Conceptual: Es la tendencia a reaccionar a acontecimientos estresantes con manifestaciones como tensión, irritabilidad y activación persistente, con un bajo umbral para ser frustrado (Lovibond y Lovibond, 1995a)

Definición Operacional: Puntaje total obtenido en la subescala de estrés del Cuestionario de Depresión, Ansiedad y Estrés - 21 (DASS-21), desarrollada por Antony et al. (1998), compuesta por los ítems 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18, que se responden bajo un formato tipo likert de cuatro opciones donde 0 = no me ha ocurrido a 4 = me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo; y donde un mayor puntaje equivale a mayor nivel de estrés.

Atención Plena.

Definición Conceptual: Es la medida en que los individuos prestan atención durante varias tareas o, por el contrario, se comportan en “piloto automático”, sin prestarles suficiente atención (Ruiz et al. 2016)

Definición Operacional: Puntaje total obtenido en el Cuestionario de Atención Plena (MAAS) de Ruiz et al. (2016) conformada por 15 ítems que se responden bajo un formato de respuesta de tipo Likert de seis opciones, de 1 = casi siempre a 6 = casi nunca, donde una mayor puntuación total corresponde con una mayor habilidad para atender de forma consciente y plena.

Salud General.

Definición Conceptual: “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS 2001a; c.e OMS, 2004).

Definición Operacional: Puntaje total obtenido en el Cuestionario de Salud General - 12 (GHQ-12) adaptado por Ruiz et al. (2017), compuesto por 12 ítems que exploran diversos ámbitos del estado de salud en las últimas semanas y se responden bajo un formato tipo Likert de cuatro opciones, entre las cuales, para los ítems 1, 3, 4, 7, 8, 12 la opción 0, dependiendo del ámbito que se pregunte, sugiere mejor que/ más que/más capaz que/más feliz que lo habitual y la 3 = mucho menos/mucho menos capaz/mucho menos feliz de lo habitual; y en los ítems 2, 5, 6, 9, 10, 11 la opción 0 = no, en absoluto y la opción 3 = mucho más que /mucho más capaz/mucho más feliz

que lo habitual. En este instrumento una mayor puntuación, implica mayor grado de sintomatología emocional.

Variables sociodemográficas

Edad, Sexo, Género, Ocupación y Carrera Universitaria

Se les preguntó a los participantes por la edad, su sexo, su género de identificación, la carrera universitaria que cursan en la Universidad Católica Andrés Bello para tener una descripción apropiada de la muestra.

Tipo y diseño de investigación

Considerando los objetivos de la investigación, es de tipo instrumental, pues se buscó desarrollar la adaptación de dos instrumentos de medición de Flexibilidad Psicológica y detallar sus propiedades psicométricas (Montero y León, 2007), en una muestra de la población venezolana; lo que Kerlinger y Lee (2002) en su clasificación denominan psicométrica.

Por otro lado, no se tuvo control directo sobre las variables que los instrumentos desarrollados han medido, pues en la mayoría de las ocasiones corresponden a situaciones que ya han ocurrido o que no se pueden manipular, por tanto, se trata también de una investigación no experimental, y transversal, dado a que se llevó a cabo en un único momento en el tiempo (Kerlinger y Lee, 2002).

Población y muestra

La población de estudio fueron estudiantes de la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB). La muestra estuvo conformada por 377 estudiantes, con una media de edad de 20,23 años (*min* = 16, *max* = 27), para la cual el criterio de escogencia de tamaño fue al uso de al menos cinco participantes por ítem (Hair et al., 2019).

En la muestra se contó con la participación de estudiantes de las siguientes carreras: Educación, Letras, Comunicación Social, Psicología, Filosofía, Derecho, Relaciones Industriales, Economía, Administración, Contaduría, teología, arquitectura e Ingeniería (donde se incluyen Civil, Informática, en Telecomunicaciones e Industrial). Otros detalles y valores en frecuencia y porcentaje se pueden visualizar en la tabla 1.

Tabla 1.

Frecuencias y porcentajes de los datos sociodemográficos.

Sexo		
	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	118	31,3
Mujer	259	68,7
Género		
	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	253	67,1
Masculino	118	31,3
No binario	6	1,6
Carrera		
	Frecuencia	Porcentaje
Administración	4	1,1
Arquitectura	12	3,2
Comunicación Social	59	15,6
Contaduría	6	1,6
Derecho	29	7,7
Economía	18	4,8
Educación	4	1,1
Filosofía	2	0,5
Ingeniería	66	17,5
Letras	5	1,3
Psicología	167	44,3
Relaciones industriales	4	1,1
Teología	1	0,3

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Estudio	373	98,9
Estudio y trabajo	4	1,1

Para obtener esta muestra se procuró realizar un muestreo no probabilístico por cuotas, seleccionando, un número proporcional de participantes de cada carrera, de modo tal que la población estudiantil esté debidamente representada. Además, y de forma correspondiente a la clasificación estipulada por Kerlinger y Lee (2002) corresponde a un muestreo incidental.

Instrumentos

Cuestionario de Aceptación y Acción - II (AAQ-II; Ruíz et al., 2016a) (Anexo A)

Este cuestionario fue diseñado originalmente por Hayes et al, (2004), para la población norteamericana y posteriormente adaptado y validado en una muestra de estudiantes universitarios en Colombia por Ruiz et al. (2016), arrojando un Alpha de Cronbach de 0,91 de forma general (N= 1759), y en cada una de las muestras participantes del estudio 0,88 (N= 762), 0,91 (N= 724) y 0,92 (N= 277). Así mismo, la estructura factorial del instrumento es de un factor en dicha muestra.

Este instrumento se conforma por 7 ítems que hacen referencia a la indisposición a vivir o experimentar pensamientos, emociones desagradables, así como la imposibilidad de alcanzar metas y valores personales relacionados con pensamientos, emociones dolorosos o desagradables. Dichos ítems se responden bajo una escala tipo Likert de siete alternativas donde 1 = *nunca es verdad* y 7 = *siempre es verdad*, y donde un mayor puntaje es indicador de mayor inflexibilidad psicológica.

De este instrumento se tomó el total de la suma de todos los ítems, siendo 7 el puntaje mínimo, que indica menor nivel de inflexibilidad psicológica, y 49 el puntaje máximo, que indica mayor nivel de inflexibilidad psicológica.

En la versión colombiana, las puntuaciones promedio de los participantes sin problema clínico suelen estar en torno a 18 y 23 puntos. Las puntuaciones promedio de los participantes clínicos son superiores a 29 puntos.

Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica (MPFI; Rolffs et al., 2016)
(Anexo B)

Este cuestionario fue elaborado originalmente por Rolffs et al., (2016) y no contaba con una adaptación al español al momento de iniciar la investigación, por lo cual, previo a su aplicación, se le realizó una traducción y adaptación de los ítems, evaluada posteriormente bajo la validación de seis jueces expertos.

En el estudio original, donde ha sido validado, obtuvo múltiples índices de α superiores a 0,954, siendo este su índice más bajo en la muestra de participantes de etnicidad hispana en Estados Unidos, además se observó que tiene una estructura bifactorial: flexibilidad e inflexibilidad psicológica.

Se trata de un cuestionario de autoinforme 60 ítems, de los cuales 30 ítems miden flexibilidad psicológica en seis subescalas y 30 ítems miden inflexibilidad psicológica en seis subescalas. Cada subescala está compuesta por cinco ítems que se responden bajo un formato de respuesta tipo Likert de seis alternativas que van de 1 = *Nunca es verdad* a 6 = *siempre es verdad*.

En el caso de la escala flexibilidad psicológica, las seis subescalas que la componen son: aceptación (ítems 1, 7, 13, 19, 25), defusión (ítems 4, 10, 16, 22, 28), contacto con el momento

presente (ítems 2,8,14,20,26), yo como contexto (ítems 3, 9, 15, 21, 27), valores (ítems 5, 11, 17, 23, 29) y acción comprometida (ítems 6, 12, 18, 24, 30).

En el caso de la escala inflexibilidad psicológica, se compone de las seis subescalas siguientes: evitación experiencial (ítems 1, 7, 13, 19, 25), falta del contacto con el momento presente (ítems 2, 8, 14, 20, 26), yo como contenido (ítems 3, 9, 15, 21, 27), fusión (ítems 7, 10, 16, 22, 28), falta de contacto con los valores (5, 11, 17, 23, 29); e inacción (ítems 6, 12, 18, 24, 30).

Se interpreta que mayores puntajes promedio de cada subescala corresponden a mayor nivel en la escala niveles de flexibilidad e inflexibilidad psicológica y a las dimensiones correspondientes a cada factor.

De este instrumento, por tanto, se consideran dos tipos de puntajes, el puntaje por escala y por cada subescala. El puntaje de cada escala constituye el promedio de los promedios de cada una de sus seis subescalas; mientras que el puntaje de cada una de las subescalas se calculó a partir de la media de los cinco ítems que las conforman.

En este sentido, tanto para las escalas como las subescalas, se cuenta con un mínimo de 1 y un máximo de 6, indicando que un alto puntaje promedio en las escalas de flexibilidad psicológica y sus subescalas indican mayores niveles de flexibilidad psicológica, aceptación, defusión, contacto con el momento presente, yo como contexto, valores y acción comprometida. Así como altos puntajes promedios en la escala de inflexibilidad psicológica y sus subescalas, indicaría mayor nivel de inflexibilidad psicológica, evitación, fusión, falta de contacto con el momento presente, yo como contenido, falta de contacto con el momento presente e inacción.

Cuestionario de Depresión, Ansiedad y Estrés - 21 (DASS-21; Ruiz et al., 2017b) (Anexo C)

Se empleará la versión de este cuestionario de Ruiz et al. (2017), que ha sido validada con población colombiana, obteniendo un α de Cronbach de 0,93. Se trata de un cuestionario de autoinforme de 21 ítems, compuesto a su vez por tres subescalas de siete ítems cada una: (a) depresión (ítems: 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21); (b) ansiedad (ítems: 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20); y (c) estrés (ítems: 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18). Se responde bajo una modalidad de tipo Likert de cuatro opciones, donde 0 = *no se aplica en nada a mí* y 3 = *se aplica mucho a mí en la mayor parte del tiempo*.

Para el puntaje en cada subescala, se tomó el total de la suma de los siete ítems de cada subescala, siendo 0 el puntaje mínimo, que indica menor nivel de depresión, ansiedad o estrés, según la subescala que aplique, y 21 el puntaje máximo, que señala un mayor nivel de depresión, ansiedad o estrés.

Los puntos de corte comúnmente utilizados en el DASS-21 para la subescala de depresión son: 5-6 para depresión leve, 7-10 para depresión moderada, 11-13 para depresión severa y 14 o más para depresión extremadamente severa. Para la escala de ansiedad son: 4 para ansiedad leve, 5-7 para ansiedad moderada, 8-9 para ansiedad severa y 10 o más para ansiedad extremadamente severa. Y para la escala de estrés son: 8-9 para estrés leve, 10-12 para estrés moderado, 13-16 para estrés severo y 17 o más para estrés extremadamente severo.

Cuestionario de Atención Plena (MAAS; Ruiz et al., 2016b) (Anexo D)

EL MAAS es un cuestionario que mide atención plena y se empleará la versión adaptada y validada por Ruiz et al. (2016) en una muestra colombiana, donde los autores obtuvieron un α de Cronbach de 0,92. Se compone de 15 ítems, con una escala de respuesta tipo Likert de seis opciones, donde 1 = *casi siempre* y 6 = *casi nunca*.

De este instrumento se tomó el total de la suma de todos los ítems, siendo 1 el puntaje mínimo, que indica menor habilidad de atención plena y consciente, y 90 el puntaje máximo, que indica una mayor habilidad para atender de forma plena y consciente.

En la versión colombiana del MAAS, el punto de corte para los pacientes no clínicos está en torno a los 65 puntos.

Cuestionario de Salud General - 12 (GHQ-12; Ruiz et al., 2017a) (Anexo E)

Este cuestionario ha sido desarrollado para obtener una medida general de salud mental, por Goldberg y Williams (1988), y adaptado a la población colombiana por Ruiz et al. (2017), en la cual obtuvieron un α de Cronbach de 0,90. Se compone de 12 ítems que exploran diversos ámbitos del estado de salud en las últimas semanas, y se responden bajo un formato tipo Likert de cuatro opciones, entre las cuales, para los ítems 1, 3, 4, 7, 8, 12 la opción 0, dependiendo del ámbito que se pregunte, sugiere *mejor que/ más que/más capaz que/más feliz que lo habitual* y la 3 = *mucho menos/mucho menos capaz/mucho menos feliz de lo habitual*; y en los ítems 2, 5, 6, 9, 10, 11 la opción 0 = *no, en absoluto* y la opción 3 = *mucho más que /mucho más capaz/mucho más feliz que lo habitual*.

De este instrumento se tomó el total de la suma de todos los ítems siendo 0 el puntaje mínimo, que indica menor grado de sintomatología emocional, y 36 el puntaje máximo, que señala un mayor grado de sintomatología emocional.

Para la población colombiana, el punto de corte del GHQ-12 está sobre los 12 puntos. Al ser una prueba de despistaje inicial, puntuaciones superiores a 12 son indicadores de la potencial presencia de un trastorno emocional y se requiere una evaluación psicológica pormenorizada.

Instrumento de variables sociodemográficas

Cuestionario corto en el cual se les preguntará a los participantes por su sexo, edad, género, carrera y ocupación.

Procedimiento

Para este trabajo de investigación se localizaron versiones de los distintos instrumentos a utilizar, adaptadas al habla hispana y en poblaciones con semejanzas culturales a la venezolana. En el caso particular de esta investigación, todos los instrumentos que han tenido una adaptación previa, provienen de investigaciones hechas en Colombia con población estudiantil y población general. La excepción corresponde al MPFI, que no ha sido adaptado al habla hispana, razón por la cual se ha efectuado en la presente investigación.

Para dicha adaptación se procedió a realizar inicialmente una traducción de los ítems al español y, posterior a esto, la revisión y validación de seis jueces expertos en cuanto a varios aspectos: traducción, redacción, adecuación de constructo y pertinencia a la población, así como cualquier otra observación que tuvieran de cada reactivo (Anexo F). De esta forma, se consideró cada evaluación para realizar los ajustes necesarios en la redacción de los ítems para cada instrumento. Una vez logrado esto, se procedió a la ida al campo para la recolección de datos, misma que se realizó en un período de un mes, de noviembre a diciembre del año 2022, en modalidad presencial y virtual, siendo la modalidad presencial en la cual se obtuvo el 96,02 % de participación (362 participaciones) y un 3,98 % en la modalidad virtual (15 participaciones).

Una vez obtenidos los datos de 377 participantes se procedió a construir la matriz de datos que posteriormente sería analizada en términos de: descriptivos, validez de constructo, criterio, divergente y convergente de las escalas y confiabilidad.

En cuanto a la codificación de los instrumentos en la matriz de datos, se conservaron las siglas en inglés para facilitar la comparación con otros estudios. De esta forma, el Cuestionario de Aceptación y Acción - II se codificó como AAQII; el Cuestionario de Depresión, Ansiedad y Estrés – 21 se codificó por escala DASS-21D para la escala de Depresión, DASS-21A para la escala de Ansiedad y DASS21-E para la escala de Estrés; el Cuestionario de Atención Plena se codificó como MAAS y el Cuestionario de Salud General - 12 se codificó como GHQ-12.

En cuanto al Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica, dada la cantidad de escalas y subescalas se codificó de la siguiente forma: las dos escalas principales se identificaron como A y B, siendo Flexibilidad Psicológica la MPFIA y la de Inflexibilidad Psicológica la MPFIB.

Así mismo, el grupo de subescalas de flexibilidad psicológica se han enumerado del 1 al 6, por tanto, se codificaron de la siguiente forma: aceptación como MPFI1, defusión como MPFI2, contacto con el momento presente como MPFI3, yo como contexto como MPFI4, valores como MPFI5 y acción comprometida como MPFI6.

Para las subescalas que conforman la escala de flexibilidad psicológica, por otro lado, se asignaron los números del 7 al 12, de la siguiente forma: evitación experiencial como MPFI7, fusión como MPFI8, falta del contacto con el momento presente como MPFI9, yo como contenido como MPFI10, falta de contacto con los valores como MPFI11 e inacción como MPFI12.

Para cumplir con los objetivos y fines de la investigación, una vez obtenida y ordenada la matriz de datos, se empleó el paquete estadístico SPSS 23 para calcular aspectos como estadísticos descriptivos, pruebas de normalidad y confiabilidad de las escalas; el programa Factor para realizar el análisis factorial exploratorio con el Omega (Ω) de McDonald en los

cuestionarios AAQII, DASS-21, MAAS y GHQ-12; y el programa R Studio, con el paquete Lavaan, para efectuar el análisis factorial confirmatorio el MPFI.

Consideraciones éticas

En línea con lo que sugiere la Federación de Psicólogos de Venezuela (FVP) (1981) para asegurar una participación informada, libre, confidencial y que cuidara la moral de los participantes, a cada uno les fue notificado: el objetivo de su participación en la investigación; que su participación sería voluntaria y podrían salirse del proceso en cualquier momento que quisieran; que la información que proporcionarían no iba a ser empleada para otros fines que no fueran los informados; y que no se les iba a pedir información personal que pudiera identificarlos. Toda la información obtenida se codificó con valores numéricos, no datos personales, para el posterior análisis.

Así mismo, durante el proyecto se ha contado con la supervisión de expertos y personas calificadas en el área, a quienes se les ha informado los resultados de la investigación, mismos que se seguirán informando, sean de agrado o no para las teorías revisadas.

Resultados

Análisis descriptivo

La población de estudio fueron estudiantes de la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB). La muestra estuvo conformada por 377 estudiantes, con una media de edad de 20,23 años, de la cual un 31,3 % fueron hombres ($n= 118$) y un 68,7 % mujeres ($n =259$). Se contó con la participación de estudiantes pertenecientes a diversas carreras: Educación, Letras, Comunicación Social, Psicología, Filosofía, Derecho, Relaciones Industriales, Economía, Administración, Contaduría, teología, arquitectura e Ingeniería (donde se incluyen Civil, Informática, en Telecomunicaciones e Industrial).

Se calcularon los descriptivos de las escalas principales, el Cuestionario de Aceptación Acción II, AAQII ($M = 24,78$, $DS = 9,4$) y del Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica (MPFI), específicamente sus escalas, el MPFIA ($M = 4,09$ y $DS = 0,79$) y el MPFIB ($M=3,42$ y $DS=1,1$) y las subescalas de cada escala. Las subescalas del MPFIA, enumeradas del 1 al 6: MPFI1 ($M=3,87$ y $DS= 0,96$), mpfi2 ($M=3,91$ y $DS= 0,94$), MPFI3 ($M=4,13$ y $DS= 0,97$), MPFI4 ($M= 4,08$ y $DS= 0,91$), MPFI5 ($M= 4,29$ y $DS= 0,92$) y MPFI6 ($M= 4,38$ y $DS= 0,92$); y las subescalas del MPFIB enumeradas del 7 al 12: MPFI7 ($M=3,86$ y $DS= 1,15$); MPFI8 ($M=3,55$ y $DS=1,31$); MPFI9 ($M=3,35$ y $DS= 1,27$); MPFI10 ($M=3,52$ y $DS= 1,37$); MPFI11 ($M=3,14$ y $DS= 1,23$); MPFI12 ($M=3,07$ y $DS= 1,3$).

También se obtuvieron los descriptivos del resto de escalas de interés, el Cuestionario de Depresión, Ansiedad y Estrés – 21, que también se dividió en sus tres subescalas, el DASS-21D ($M=8,23$ y $DS= 4,95$; DASS-21A ($M= 9,08$ y $DS= 5,66$); el DASS-21E ($M= 12,14$ y $DS= 5,05$); el Cuestionario de Atención Plena, MAAS ($M= 55,8$ y $DS=15,71$); y el Cuestionario de Salud General – 12, GHQ-12 ($M=15,87$ y $DS= 7,08$).

A continuación, en la tabla 2, se especifican otros descriptivos obtenidos de cada escala y subescala, para las medidas de tendencia central, dispersión y forma. En el anexo G se pueden visualizar, además, los gráficos caja y bigote e histogramas.

Tabla 2.
Estadísticos descriptivos de las escalas y subescalas.

Escala	Media	Desviación	Varianza	Asimetría	Curtosis	Min	Max	Percentiles		
								25	50	75
AAQII	24,78	9,4	88,39	0,24	-0,57	7	49	18,0	24,0	31,0
MPFIA	4,09	0,79	0,63	-0,14	-0,22	1,87	6	3,57	4,10	4,63
MPFIB	3,42	1,1	1,21	0,02	-0,74	1	5,93	2,62	3,43	4,27
MPFI1	3,87	0,96	0,93	-0,24	-0,15	1	6	3,2	4,0	4,6
MPFI2	3,91	0,94	0,88	-0,03	-0,32	1,2	6	3,2	4,0	4,6
MPFI3	4,13	0,97	0,94	-0,27	-0,17	1,6	6	3,5	4,2	4,8
MPFI4	4,08	0,91	0,83	-0,26	-0,26	1,2	6	3,4	4,0	4,8
MPFI5	4,29	0,92	0,86	-0,25	-0,38	1,8	6	3,6	4,4	5,0
MPFI6	4,38	0,92	0,84	-0,28	-0,37	1,6	6	3,8	4,4	5,0
MPFI7	3,86	1,15	1,31	-0,25	-0,56	1	6	3,2	4,0	4,8
MPFI8	3,55	1,31	1,73	-0,04	-0,8	1	6	2,6	3,6	4,6
MPFI9	3,35	1,27	1,61	0,14	-0,94	1	6	2,4	3,2	4,4
MPFI10	3,52	1,37	1,88	-0,06	-0,85	1	6	2,6	3,4	4,6
MPFI11	3,14	1,23	1,52	0,15	-0,92	1	6	2,2	3,0	4,2
MPFI12	3,07	1,3	1,7	0,20	-0,96	1	6	2,0	3,0	4,0
DASS-21D	8,23	4,95	24,53	0,28	-0,95	0,00	18	4,0	8,0	12,0
DASS-21A	9,08	5,66	32,01	0,27	-0,89	0,00	21	4,0	9,0	13,0
DASS-21E	12,14	5,05	25,47	-0,21	-0,7	0,00	21	8,0	12,0	16,0
MAAS	55,8	15,71	246,73	-0,02	-0,54	15	90	44,0	56,0	67,0
GHQ-12	15,87	7,08	50,13	0,26	-0,52	0,00	36	11,0	16,0	21,0

Nota: n=377.

En cuanto a la forma, todas las distribuciones arrojaron ser platicúrticas (curtosis < 1), de forma que los valores de todas las distribuciones se extienden a lo largo de todos los valores de la escala y no se concentran en algunos puntos específicos.

En cuanto a la simetría de las distribuciones de las escalas, las escalas AAQII, MPFIB, DASS-21D, DASS-21A, MPFI9, MPFI11, MPFI12 y GHQ-12 presentan distribuciones asimétricas positivas, teniendo la mayor parte de sus puntajes hacia los valores bajos de las mismas. Por otro lado, las escalas MPFIA, MPFI1, MPFI2, MPFI3, MPFI4, MPFI5, MPFI6,

MPFI7, MPFI8, MPFI10, DASS-21E y MAAS presentan distribuciones asimétricas negativas, teniendo así la mayor parte de sus valores hacia los puntajes más altos.

Dada la asimetría observada en todas las distribuciones, por tanto, es necesario realizar el contraste de normalidad de las distribuciones, comparándolas con una población normal. De esta forma, observando lo obtenido en el estadístico Kolmogorov-Smirnov (Tabla 3), las distribuciones que no difieren significativamente de la población normal comparada son MFPIA, MPFIB y MAAS (p al 1 %). El resto de las distribuciones de interés, sí presentan diferencias con respecto a la distribución normal comparada. Por otro lado, según lo observado con el estadístico Shapiro-Wilk solo las escalas MPFIA, MPFI1, MPFI2 y MAAS no difieren significativamente de la población comparada. Para observar los gráficos Q-Q normal, consultar el anexo H.

Esto implica que, en cuanto a los procedimientos a continuación, se deben emplear contrastes no paramétricos para aquellas distribuciones que arrojaron diferencias con respecto a la población normal comparada, mientras que se emplearán estadísticos paramétricos en contrastes que involucren sólo los instrumentos que no presentaron diferencias significativas de la población normal.

Tabla 3.

Pruebas Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk para una muestra.

Escala	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
AAQII	0,055	377	0,008	0,984	377	0,000
MPFIA	0,036	377	0,200*	0,996	377	0,455*
MPFIB	0,043	377	0,091*	0,988	377	0,003
MPFI1	0,064	377	0,001	0,990	377	0,012
MPFI2	0,063	377	0,001	0,992	377	0,030
MPFI3	0,074	377	0,000	0,983	377	0,000
MPFI4	0,071	377	0,000	0,987	377	0,002
MPFI5	0,065	377	0,001	0,983	377	0,000
MPFI6	0,065	377	0,001	0,981	377	0,000
MPFI7	0,080	377	0,000	0,982	377	0,000
MPFI8	0,054	377	0,010	0,978	377	0,000

MPFI9	0,082	377	0,000	0,973	377	0,000
MPFI10	0,057	377	0,004	0,973	377	0,000
MPFI11	0,082	377	0,000	0,973	377	0,000
MPFI12	0,101	377	0,000	0,964	377	0,000
DASS-21D	0,084	377	0,000	0,959	377	0,000
DASS-21A	0,080	377	0,000	0,963	377	0,000
DASS-21E	0,065	377	0,001	0,978	377	0,000
MAAS	0,044	377	0,076	0,991	377	0,027
GHQ-12	0,087	377	0,000	0,985	377	0,001

Validez de las escalas

Validez de constructo

Para evaluar esta validez, se efectuaron análisis factoriales exploratorios para el AAQ-II, DASS-21, MAAS y GHQ y confirmatorio en el caso de la MPFI. Para la matriz de correlación se optó por usar una matriz de correlaciones policóricas, de mayor adecuación para las escalas Likert (Lorenzo-Seva y Ferrando, 2021). Así mismo al observar la correlación existente entre los factores y partiendo de ese supuesto se usó una rotación oblicua Promin, con un método de Mínimos cuadrados no ponderados (ULS). Inicialmente, en la prueba Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y en la prueba de Esfericidad de Bartlett (BTS), se visualiza que el muestreo es adecuado para efectuar dichos análisis (tabla 4).

Tabla 4.

Pruebas de Kaiser-Meyer-Olkin y Prueba de Esfericidad de Bartlett.

AAQ-II	
Determinant of the matrix	0,011199378316965
Prueba De Esfericidad de Bartlett	1674,7 (df = 21; P = 0,000000)
Medida Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)	0,89843
95% IC del KMO	0,865 - 0,912
MPFI	
Determinante de la matriz	< 0,000001
Prueba De Esfericidad de Bartlett	4100,5 (df =1770; P = 0,000010)
Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) test	0,91337
95% IC del KMO	0,457-1,199
MPFIA	

Determinante de la matriz	< 0,000001
Prueba De Esfericidad de Bartlett	4204,1 (df = 435; P = 0,000010)
Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) test	0,94983
95% IC del KMO	0,929-0,962
MPFIB	
Determinante de la matriz	< 0,000001
Prueba De Esfericidad de Bartlett	4204,1 (df = 435; P = 0,000010)
Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) test	0,95857
95% IC del KMO	0,924-0,972
DASS	
Determinante de la matriz	< 0,000001
Prueba De Esfericidad de Bartlett	4238,7 (df = 210; P = 0,000010)
Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) test	0,93151
95% IC del KMO	0,889-0,951
MAAS	
Determinante de la matriz	0,000322327818160
Prueba De Esfericidad de Bartlett	2976,1 (df = 105; P = 0,000010)
Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) test	0,92508
95% IC del KMO	0,877-0,926
GHQ-12	
Determinante de la matriz	0,004547028885639
Prueba De Esfericidad de Bartlett	2001,8 (df = 66; P = 0,000010)
Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) test	0,90198
95% IC del KMO	0,837-0,904

Análisis factoriales exploratorios

La medida de adecuación del muestreo, el índice MSA, de cada ítem en las escalas AAQ-II, DASS-21, MAAS y GHQ-12, arrojaron ser mayores a 0,50, siguiendo el criterio de Lorenzo-Seva y Ferrando (2021) esto indica que los ítems de cada escala miden el mismo dominio y pueden conservarse como parte de estas (tabla 5).

Igualmente, los índices de dificultad relativa van de 0,30 a 0,51 en el caso del AAQ-II, de 0,24 a 0,48 en el caso de la DASS-21, de 0,46 a 0,66 en la escala MAAS y de 0,29 a 0,6 para la GHQ-12, siendo estos rangos de variación adecuadas al emplearse en contextos clínicos (Lorenzo-Seva y Ferrando, 2021).

Tabla 5.*Localización e índices de adecuación de los ítems para la escala AAQ-II.*

Escala	Ítems	QIM	RDI	MSA
AAQ-II	4	1	0,30195	0,86492
	1	2	0,37798	0,87071
	5	2	0,42175	0,91120
	2	2	0,44120	0,91065
	6	2	0,44385	0,92640
	7	2	0,46110	0,91030
	3	3	0,51592	0,90162
DASS-21	4	2	0,24	0,92
	21	2	0,26	0,93
	15	2	0,28	0,92
	3	2	0,28	0,95
	17	2	0,31	0,91
	7	2	0,32	0,94
	16	2	0,33	0,92
	20	2	0,33	0,95
	2	2	0,34	0,95
	10	3	0,35	0,91
	19	3	0,36	0,93
	6	3	0,37	0,91
	5	3	0,38	0,91
	14	3	0,4	0,94
	9	3	0,4	0,94
	13	3	0,41	0,97
	18	3	0,41	0,93
1	3	0,44	0,95	
11	3	0,45	0,92	
12	3	0,47	0,93	
8	3	0,48	0,93	
MAAS	6	1	0,46154	0,86737
	13	1	0,47109	0,92372
	11	1	0,48170	0,93194
	4	2	0,49125	0,89220
	9	2	0,51088	0,93375
	7	2	0,53422	0,93402
	5	2	0,54642	0,89669
	3	2	0,54907	0,93654
	14	2	0,55013	0,95095
	1	2	0,55650	0,89597
	10	2	0,56074	0,90474
	8	2	0,56393	0,93735
	12	2	0,58568	0,94234
	2	3	0,64191	0,93331
	15	3	0,65570	0,93907

GHQ-12				
	11	1	0,28912	0,83733
	12	2	0,36074	0,94734
	4	2	0,39434	0,90668
	8	2	0,40937	0,92110
	10	2	0,41821	0,89071
	6	2	0,43767	0,95282
	3	2	0,44297	0,87458
	7	3	0,45447	0,90607
	2	3	0,45889	0,91733
	9	3	0,49072	0,89159
	1	3	0,53669	0,89822
	5	4	0,59682	0,91841

Nota: al 95% de confianza

Con respecto a la varianza explicada, tal como se observa en la tabla 6, en la escala del AAQ-II solo un elemento arroja autovalor mayor a 1, además, en el análisis paralelo basado en rango mínimo, el número de dimensiones sugerida es de una dimensión (tabla 7). Por tanto, ambos análisis sugieren una solución unifactorial para esta escala.

Por otro lado, entre las tablas 6 y 7, también se aprecian las diferencias entre estos contrastes para el caso del DASS-21, el MAAS y el GHQ-12. En la escala DASS-21 tres elementos arrojan autovalores mayores a 1 mientras que en el análisis paralelo basado en rango mínimo el número de dimensiones sugerida es de una dimensión. En la escala MAAS, este mismo análisis recomienda utilizar una dimensión cuando, por su parte, dos elementos arrojan autovalores mayores a 1. Para el caso de la GHQ-12, dos elementos arrojan autovalores mayores a 1 mientras que en el análisis paralelo basado en rango mínimo el número de dimensiones sugerida es de una dimensión

Para efectos de la presente investigación se conservarán, por tanto, las estructuras de estas escalas basadas en el autovalor, que además se ajusta a cómo han sido desarrolladas y empleadas por otros autores en el área. De esta forma, el DASS-21 se compone de tres dimensiones y tanto el MAAS como el GHQ-12 se componen por una única dimensión.

Tabla 6.*Proporción de varianza basada en Eigen de las escalas AAQ-II, DASS-21, MAAS y GHQ-12.*

	Variable	Autovalor	Proporción de varianza	Proporción de varianza acumulada
AAQ-II	1	4,64111	0,66302	0,66302
	2	0,64630	0,09233	
	3	0,51029	0,07290	
	4	0,41875	0,05982	
	5	0,28763	0,04109	
	6	0,27511	0,03930	
	7	0,22081	0,03154	
DASS-21	1	10,25095	0,48814	0,48814
	2	1,58284	0,07537	0,56351
	3	1,08615	0,05172	0,61524
	4	0,99004	0,04714	
	5	0,79386	0,03780	
	6	0,73130	0,03482	
	7	0,68553	0,03264	
	8	0,60407	0,02877	
	9	0,55351	0,02636	
	10	0,48028	0,02287	
	11	0,47357	0,02255	
	12	0,44916	0,02139	
	13	0,37584	0,01790	
	14	0,34112	0,01624	
	15	0,30878	0,01470	
	16	0,26957	0,01284	
	17	0,26316	0,01253	
	18	0,24182	0,01152	
	19	0,20147	0,00959	
	20	0,16672	0,00794	
	21	0,15025	0,00715	
MAAS	1	7,24235	0,48282	0,48282
	2	1,09385	0,07292	
	3	0,99192	0,06613	
	4	0,83544	0,05570	
	5	0,79903	0,05327	
	6	0,65156	0,04344	
	7	0,57325	0,03822	
	8	0,52412	0,03494	
	9	0,46081	0,03072	
	10	0,43353	0,02890	
	11	0,34562	0,02304	
	12	0,30353	0,02024	
	13	0,28037	0,01869	
	14	0,25569	0,01705	

	15	0,20893	0,01393	
GHQ-12	1	5,61637	0,46803	0,46803
	2	1,14401	0,09533	
	3	0,94837	0,07903	
	4	0,74215	0,06185	
	5	0,64732	0,05394	
	6	0,54605	0,04550	
	7	0,52162	0,04347	
	8	0,46374	0,03865	
	9	0,41780	0,03482	
	10	0,40645	0,03387	
	11	0,34595	0,02883	
	12	0,20017	0,01668	

Tabla 7.

Análisis paralelo basado en el rango mínimo para las escalas AAQ-II, DASS-21, MAAS y GHQ-12.

Escala	Variable	% de varianza	Media del % aleatorio de varianza	Percentil 95 del % aleatorio de varianza
AAQ-II	1	74,2593*	33,9615	43,9478
	2	10,8208	27,1893	33,2784
	3	6,9755	21,5696	26,0615
	4	5,6192	16,3679	20,0493
	5	1,9508	11,0990	15,7075
	6	0,6089	4,9368	10,2167
DASS-21	1	53,5742**	9,9546	11,0154
	2	7,9349	9,1831	10,0613
	3	5,3318	8,5954	9,3225
	4	4,7487	8,0776	8,6865
	5	4,0210	7,5990	8,1961
	6	3,7189	7,1296	7,6883
	7	3,2018	6,6726	7,1658
	8	2,6464	6,2298	6,6265
	9	2,4251	5,7712	6,1807
	10	2,0973	5,3347	5,6602
	11	1,9176	4,8957	5,3097
	12	1,7488	4,4591	4,9006
	13	1,5270	4,0014	4,4211
14	1,4311	3,5671	4,0375	
15	1,3085	3,1045	3,6223	
16	1,0102	2,6260	3,1941	
17	0,6802	2,1583	2,7024	
18	0,5021	1,6835	2,2601	
19	0,3416	1,1205	1,7616	

	20	0,1482	0,5194	1,1572
MAAS	1	51,2380***	14,1753	16,1716
	2	7,6268	12,8785	14,4430
	3	6,7271	11,8120	13,0156
	4	5,5543	10,8528	11,9182
	5	5,1045	9,8408	10,7283
	6	4,4140	8,8717	9,7398
	7	3,8419	7,9415	8,8105
	8	3,5192	6,9745	7,8039
	9	3,0947	6,0702	7,0496
	10	2,7810	5,1065	6,0806
	11	2,2566	4,1271	5,1855
	12	1,9314	3,1614	4,3080
	13	1,7238	2,1231	3,2902
	14	1,0658	0,9441	2,1330
GHQ-12	1	51,4141****	18,1891	21,4025
	2	10,5469	16,0255	18,2516
	3	8,1858	14,2806	16,2150
	4	6,7295	12,6647	14,0426
	5	5,3897	11,1358	12,4822
	6	4,6251	9,5873	10,7871
	7	4,5127	8,0985	9,3268
	8	3,4179	6,6054	8,0975
	9	3,2921	5,0485	6,5587
	10	1,4827	3,4129	5,1829
	11	1,3933	1,5536	3,3415

*Número de dimensiones recomendadas AAQ-II: 1

**Número de dimensiones recomendadas DASS-21: 1

***Número de dimensiones recomendadas MAAS: 1

****Número de dimensiones recomendadas GHQ-12: 1

Al contrastar las soluciones factoriales ya descritas con una prueba de bondad de ajuste, se obtienen los resultados especificados en la tabla 8. Para todas las escalas, los índices de ajuste comparativo (CFI), de bondad de ajuste (GFI), y de ajuste no normado (NNFI), arrojan ser mayores a 0,90, siendo además el RMSEA menor a 0,08. Estos resultados apuntan a que la solución unifactorial es adecuada para el AAQ-II, el MAAS y el GHQ-12, así como la solución trifactorial es adecuada para la DASS-21.

Tabla 8.

Bondad de ajuste de las escalas AAQ-II, DASS-21, MAAS y GHQ-12.

Escala	RMSEA	NCP	LOSEFER	NNFI	CFI	GFI
AAQ-II	0,059	13,160	32,073	0,991	0,994	0,995
DASS-21	0,039	141,000	0,994	0,996	1,000	0,039
MAAS	0,067	84,600	0,981	0,984	1,000	0,067
GHQ-12	0,07	50,760	0,973	0,978	1,000	0,07

Finalmente, al observar la matriz de componentes sin rotar de las escalas unifactoriales (tabla 9), todos los ítems respectivos a cada una de ellas cargan en un único factor. En el AAQ-II este factor correspondería a Flexibilidad Psicológica, en el MAAS sería Atención Plena y en el GHQ-12 el factor sería Salud General.

Tabla 9.

Matriz de componentes sin rotar del AAQ-II, el MAAS y el GHQ-12.

Escala	Item	Factor 1
AAQ-II	1	0,758
	2	0,781
	3	0,788
	4	0,814
	5	0,843
	6	0,749
	7	0,716
MAAS	1	0,498
	2	0,562
	3	0,677
	4	0,603
	5	0,598
	6	0,481
	7	0,809
	8	0,779
	9	0,702
	10	0,799
	11	0,640
	12	0,796
	13	0,633
	14	0,815
	15	0,606
GHQ-12	1	0,565
	2	0,412
	3	0,587
	4	0,615
	5	0,642

6	0,715
7	0,588
8	0,668
9	0,730
10	0,802
11	0,799
12	0,640

Por otro lado, para la escala multifactorial DASS-21, según se observa en la tabla 10, en el factor 1, cargan los ítems 3, 5, 10, 13, 16, 17, y 21, este sería el correspondiente a la escala de Depresión. En el factor 2 cargan los ítems 1, 2, 6, 8, 11, 12, 14 y 18, todos, exceptuando el ítem 2, corresponderían al conjunto de la escala de Estrés. En el factor 3, que por tanto correspondería a la escala de Ansiedad, cargaron los ítems 4, 7, 15, 19, 20; y no cargaron otros ítems específicos de la dimensión de ansiedad que son el 2 y el 9, siendo que el 2 cargó en el factor 2 y el 9 no cargó en ninguno de los tres factores.

Esto pudo haber ocurrido por aspectos como la redacción de los ítems, el contenido de los mismos y características de la muestra venezolana frente a estos. Igualmente, a efectos de conservar la estructura original, ya aplicada en el área, se procede a conservar la estructura factorial original, de manera que el ítem 2 se ubicará en el factor 2 y el 9 en el factor 3.

Tabla 10.

Matriz de Componentes rotados para el DASS-21.

Item	Factor 1	Factor 2	Factor 3
1		0,823	
2		0,373	
3	0,700		
4			0,887
5	0,403		0,340
6		0,538	
7			0,855
8		0,579	
9			
10	0,915		
11		0,611	

12		0,879	
13	0,498	0,318	
14		0,639	
15			0,765
16	0,962		
17	0,848		
18		0,605	
19			0,754
20			0,713
21	0,908		

Nota: n=370.

Análisis factorial confirmatorio

Para confirmar la estructura del MPFI se contrastaron tres modelos: (a) un modelo de 12 factores correlacionados; (b) un modelo bifactorial, flexibilidad e inflexibilidad psicológica, en el que las seis subescalas correspondientes son sus factores de primer orden; y (c) un modelo de dos factores globales, flexibilidad e inflexibilidad.

Tal como se resume en la tabla 11, el modelo que, a nivel de los indicadores TLI, CFI, RMSEA, presenta un mejor ajuste es el modelo de 12 factores correlacionados (TLI y CFI >0,9 y RMSEA < 0,08). Sin embargo, el modelo bifactorial, que incorpora los dos factores de segundo orden, muestra un comportamiento similar y satisfactorio en estos mismos indicadores de ajuste, presentando sólo un poco más de error con respecto al modelo de 12 factores, error que no supera el 0,08. El modelo de un factor global, aunque presenta un TLI y CFI mayor a 0,90, sí presenta un error mayor a 0,08, con lo cual no se considera apropiado.

Tabla 11.

Ajuste de las subescalas del MPFI.

Modelos	Xi²	df	SRMR	RMSEA	TLI	CFI
12 factores de primer orden	2223,596	1655,000	0,057	0,030	0,993	0,994
2 factores de segundo orden	2940,437	1697,000	0,065	0,044	0,985	0,986
2 factores globales	6053,932	1651,000	0,074	0,084	0,976	0,976

En cuanto a las cargas factoriales de las escalas de cada modelo, en las tablas 12 y 13 se pueden apreciar las cargas correspondientes al modelo de 12 factores y de 2 factores, respectivamente. Se aprecia que todas las cargas son significativas (p al 5 %), indicando esto que el conjunto de ítems que componen cada factor en el que ha sido ubicado, sea el modelo de 12 o de 2 factores, se relacionan con el mismo.

De esta forma, para el modelo de 12 factores, considerando que cada factor se compone de los ítems especificados en la tabla 12, los factores que representan serían los siguientes: MPFI1 corresponde a Aceptación; MPFI2 a Defusión; MPFI3 a Contacto con el Momento Presente; MPFI4 a Yo como Contexto; MPFI5 a Valores; MPFI6 a Acción Comprometida; MPFI7 Evitación Experiencial; MPFI8 a Fusión; MPFI9 a Falta de Contacto con el Momento Presente; MPFI10 a Yo como Contenido; MPFI11 a Falta de Contacto con Valores y MPFI12 a Inacción.

Por otro lado, para el modelo de 2 factores, considerando que en la tabla 13 se pueden visualizar los elementos específicos que conforman a cada uno, los factores corresponderían a: MPFIA Flexibilidad Psicológica y MPFIB Inflexibilidad Psicológica.

Tabla 12.

Cargas factoriales estandarizadas para el modelo de 12 factores de primer orden del MPFI.

Escalas	Ítems	Estimado	EE	Z	p	CF	CFe
MPFI1	A1	1,000				0,188	0,188
	A7	3,604	0,265	13,598	0,000	0,676	0,676
	A13	3,726	0,273	13,629	0,000	0,699	0,699
	A19	3,414	0,252	13,543	0,000	0,641	0,641
	A25	3,846	0,282	13,656	0,000	0,722	0,722
MPFI2	A4	1,000				0,706	0,706
	A10	0,941	0,029	32,880	0,000	0,664	0,664
	A16	1,107	0,031	35,371	0,000	0,782	0,782
	A22	0,875	0,028	31,694	0,000	0,618	0,618
	A28	0,990	0,029	33,700	0,000	0,700	0,700
MPFI3	A2	1,000				0,570	0,570
	A8	1,298	0,044	29,597	0,000	0,740	0,740

	A14	1,359	0,045	30,051	0,000	0,775	0,775
	A20	1,434	0,047	30,552	0,000	0,818	0,818
	A26	1,455	0,047	30,683	0,000	0,830	0,830
MPFI4	A3	1,000				0,638	0,638
	A9	0,636	0,027	23,330	0,000	0,406	0,406
	A15	1,204	0,037	32,772	0,000	0,768	0,768
	A21	1,218	0,037	32,914	0,000	0,777	0,777
	A27	1,050	0,034	30,992	0,000	0,669	0,669
MPFI5	A5	1,000				0,776	0,776
	A11	0,881	0,025	34,929	0,000	0,683	0,683
	A17	1,009	0,027	37,283	0,000	0,782	0,782
	A23	0,832	0,025	33,889	0,000	0,645	0,645
	A29	0,791	0,024	32,945	0,000	0,614	0,614
MPFI6	A6	3,438	0,254	13,551	0,000	0,645	0,645
	A12	3,734	0,274	13,631	0,000	0,701	0,701
	A18	3,300	0,244	13,506	0,000	0,619	0,619
	A24	3,778	0,277	13,641	0,000	0,709	0,709
	A30	3,618	0,266	13,601	0,000	0,679	0,679
MPFI7	B1	1,000				0,562	0,562
	B7	1,203	0,043	28,207	0,000	0,677	0,677
	B13	1,240	0,043	28,526	0,000	0,697	0,697
	B19	1,452	0,048	30,043	0,000	0,817	0,817
	B25	1,545	0,051	30,566	0,000	0,869	0,869
MPGI8	B4	1,000				0,803	0,803
	B10	0,925	0,022	41,452	0,000	0,743	0,743
	B16	1,134	0,025	45,383	0,000	0,910	0,910
	B22	1,071	0,024	44,339	0,000	0,860	0,860
	B28	0,978	0,023	42,586	0,000	0,786	0,786
MPFI9	B2	1,000				0,622	0,622
	B8	1,256	0,037	34,056	0,000	0,781	0,781
	B14	1,471	0,041	35,830	0,000	0,914	0,914
	B20	1,482	0,041	35,900	0,000	0,921	0,921
	B26	1,413	0,040	35,410	0,000	0,878	0,878
MPFI10	B3	1,000				0,816	0,816
	B9	0,992	0,025	39,826	0,000	0,810	0,810
	B15	1,043	0,026	40,710	0,000	0,851	0,851
	B21	1,035	0,026	40,576	0,000	0,845	0,845
	B27	1,033	0,025	40,546	0,000	0,843	0,843
MPFI11	B5	1,000				0,719	0,719
	B11	1,125	0,027	41,365	0,000	0,809	0,809
	B17	1,159	0,028	41,863	0,000	0,833	0,833
	B23	1,105	0,027	41,065	0,000	0,795	0,795
	B29	1,067	0,026	40,455	0,000	0,767	0,767
MPFI12	B6	1,000				0,804	0,804
	B12	1,072	0,024	45,032	0,000	0,861	0,861
	B18	0,944	0,022	42,484	0,000	0,758	0,758
	B24	1,052	0,024	44,660	0,000	0,845	0,845
	B30	1,052	0,024	44,665	0,000	0,845	0,845

Tabla 13.*Cargas factoriales estandarizadas para el modelo de 2 factores de segundo orden del MPFI.*

Escala	Ítem	Estimado	EE	Z	p	CF	CFe
MPFI1	A1	1,000				0,225	0,225
	A7	3,368	0,231	14,584	0,000	0,758	0,758
	A13	3,487	0,238	14,622	0,000	0,785	0,785
	A19	3,205	0,221	14,524	0,000	0,721	0,721
	A25	3,579	0,244	14,649	0,000	0,806	0,806
MPFI2	A4	1,000				0,704	0,704
	A10	0,946	0,029	32,619	0,000	0,666	0,666
	A16	1,112	0,032	35,052	0,000	0,783	0,783
	A22	0,880	0,028	31,457	0,000	0,620	0,620
	A28	0,990	0,030	33,328	0,000	0,697	0,697
MPFI3	A2	1,000				0,570	0,570
	A8	1,302	0,044	29,415	0,000	0,741	0,741
	A14	1,361	0,046	29,850	0,000	0,775	0,775
	A20	1,437	0,047	30,353	0,000	0,818	0,818
	A26	1,454	0,048	30,462	0,000	0,828	0,828
MPFI4	A3	1,000				0,637	0,637
	A9	0,622	0,027	22,761	0,000	0,396	0,396
	A15	1,208	0,037	32,477	0,000	0,769	0,769
	A21	1,228	0,038	32,670	0,000	0,782	0,782
	A27	1,051	0,034	30,698	0,000	0,669	0,669
MPFI5	A5	1,000				0,779	0,779
	A11	0,872	0,025	34,446	0,000	0,679	0,679
	A17	1,005	0,027	36,885	0,000	0,783	0,783
	A23	0,829	0,025	33,519	0,000	0,646	0,646
	A29	0,787	0,024	32,563	0,000	0,613	0,613
MPFI6	A6	1,000				0,705	0,705
	A12	1,091	0,032	34,083	0,000	0,770	0,770
	A18	0,962	0,030	32,232	0,000	0,679	0,679
	A24	1,103	0,032	34,233	0,000	0,778	0,778
	A30	1,055	0,031	33,595	0,000	0,744	0,744
MPFI7	B1	1,000				0,554	0,554
	B7	1,218	0,045	26,934	0,000	0,675	0,675
	B13	1,243	0,046	27,142	0,000	0,689	0,689
	B19	1,478	0,052	28,697	0,000	0,820	0,820
	B25	1,584	0,054	29,231	0,000	0,878	0,878
MPFI8	B4	1,000				0,805	0,805
	B10	0,920	0,023	40,060	0,000	0,741	0,741
	B15	0,079	0,131	0,599	0,549	0,063	0,063
	B22	1,077	0,025	43,047	0,000	0,867	0,867
	B28	0,974	0,024	41,169	0,000	0,784	0,784
MPFI9	B2	1,000				0,626	0,626
	B8	1,247	0,037	33,552	0,000	0,781	0,781

	B14	1,459	0,041	35,293	0,000	0,913	0,913
	B20	1,468	0,042	35,358	0,000	0,919	0,919
	B26	1,401	0,040	34,875	0,000	0,877	0,877
MPFI10	B3	1,000				0,821	0,821
	B9	0,995	0,026	38,612	0,000	0,817	0,817
	B15	0,956	0,144	6,633	0,000	0,784	0,784
	B21	1,032	0,026	39,233	0,000	0,847	0,847
	B27	1,029	0,026	39,185	0,000	0,845	0,845
MPFI11	B5	1,000				0,719	0,719
	B11	1,129	0,028	40,450	0,000	0,812	0,812
	B17	1,151	0,028	40,770	0,000	0,828	0,828
	B23	1,105	0,028	40,107	0,000	0,795	0,795
	B29	1,069	0,027	39,536	0,000	0,769	0,769
MPFI12	B6	1,000				0,803	0,803
	B12	1,073	0,024	43,925	0,000	0,862	0,862
	B18	0,942	0,023	41,407	0,000	0,757	0,757
	B24	1,052	0,024	43,553	0,000	0,845	0,845
	B30	1,053	0,024	43,576	0,000	0,846	0,846
	MPFI1	1,000				0,889	0,889
MPFIA	MPFI2	3,252	0,226	14,408	0,000	0,924	0,924
	MPFI3	2,466	0,176	14,005	0,000	0,867	0,867
	MPFI4	2,887	0,203	14,245	0,000	0,907	0,907
	MPFI5	3,609	0,248	14,529	0,000	0,927	0,927
	MPFI6	3,143	0,219	14,375	0,000	0,892	0,892
MPFIB	MPFI7	1,000				0,751	0,751
	MPFI8	1,836	0,063	29,277	0,000	0,950	0,950
	MPFI9	1,263	0,048	26,505	0,000	0,840	0,840
	MPFI10	1,622	0,057	28,603	0,000	0,824	0,824
	MPFI11	1,685	0,059	28,611	0,000	0,976	0,976
	MPFI12	1,885	0,064	29,385	0,000	0,978	0,978

Así mismo, en las tablas 14 y 15 se pueden visualizar las covarianzas entre Las dimensiones de cada modelo. Se aprecia inicialmente que todos los elementos correlacionan significativamente (p al 5 %), además de que se observa que la dirección de dicha relación es positiva o negativa dependiendo del contenido de Flexibilidad o Inflexibilidad que cada escala supone. Por un lado, las escalas reunidas en la escala MPFIA, flexibilidad psicológica, desde la MPFI1 hasta las MPFI6, sostienen relaciones positivas, donde un mayor puntaje en una de las dimensiones se correlaciona con mayores puntajes en las otras dimensiones; lo mismo ocurre con las escalas contenidas en la dimensión MPFIB, que van desde la MPFI7 a la MPFI12.

Por otro lado, al relacionar las escalas de una dimensión con las escalas de la dimensión contraria (MPFIA y MPFIB), se observan relaciones negativas, de manera que mayores puntajes en las dimensiones que componen la MPFIA se correlaciona con menores puntajes en las dimensiones que constituyen la MPFIB, o viceversa.

Además, se observa que las relaciones entre los elementos de una misma dimensión, tanto del MPFIA como del MPFIB, tienden a ser de altas a muy altas, $>0,06$ en adelante, mientras que los elementos que no son parte de una misma dimensión sostienen relaciones de bajas a moderadas, $<$ de $0,5$. Las correlaciones más bajas, aunque igualmente significativas, por debajo de $0,1$, se observan entre: MPFI7, escala de Evitación, con MPFI4 ($r= -0,093$) y MPFI5 ($r= -0,074$), que corresponden a las escalas de Yo como Contexto y Valores respectivamente.

Igualmente, considerando la tabla 15, se observa una correlación significativa, negativa y leve entre las subescalas MPFIA y MPFIB.

Tabla 14.

Covarianzas entre los 12 factores del MPFI.

Subescalas		Estimado	EE	Z	p	r	r,e
MPFI1	MPFI2	0,497	0,012	39,798	0,000	0,892	0,892
	MPFI3	0,425	0,011	37,750	0,000	0,917	0,917
	MPFI4	0,431	0,012	36,526	0,000	0,846	0,846
	MPFI5	0,453	0,012	36,645	0,000	0,742	0,742
	MPFI6	0,389	0,012	33,590	0,000	0,677	0,677
	MPFI7	-0,124	0,009	-13,527	0,000	-0,268	-0,268
	MPFI8	-0,207	0,011	-18,855	0,000	-0,324	-0,324
	MPFI9	-0,161	0,009	-17,989	0,000	-0,314	-0,314
	MPFI10	-0,179	0,011	-16,106	0,000	-0,273	-0,273
	MPFI11	-0,210	0,010	-20,512	0,000	-0,364	-0,364
	MPFI12	-0,201	0,011	-18,495	0,000	-0,315	-0,315
	MPFI2	MPFI3	0,330	0,010	33,807	0,000	0,816
MPFI4		0,423	0,011	37,374	0,000	0,954	0,954
MPFI5		0,416	0,012	35,642	0,000	0,782	0,782
MPFI6		0,362	0,011	32,920	0,000	0,723	0,723
MPFI7		-0,097	0,008	-12,485	0,000	-0,240	-0,240
MPFI8		-0,234	0,010	-24,334	0,000	-0,419	-0,419
MPFI9		-0,152	0,008	-19,103	0,000	-0,341	-0,341

	MPFI10	-0,168	0,010	-17,300	0,000	-0,294	-0,294
	MPFI11	-0,187	0,009	-20,847	0,000	-0,374	-0,374
	MPFI12	-0,204	0,009	-21,600	0,000	-0,367	-0,367
MPFI3	MPFI4	0,319	0,010	33,426	0,000	0,865	0,865
	MPFI5	0,366	0,010	35,251	0,000	0,826	0,826
	MPFI6	0,288	0,009	30,795	0,000	0,691	0,691
	MPFI7	-0,054	0,006	-8,984	0,000	-0,161	-0,161
	MPFI8	-0,116	0,007	-15,514	0,000	-0,251	-0,251
	MPFI9	-0,123	0,006	-19,335	0,000	-0,331	-0,331
	MPFI10	-0,084	0,008	-10,973	0,000	-0,178	-0,178
	MPFI11	-0,154	0,007	-21,118	0,000	-0,368	-0,368
	MPFI12	-0,140	0,008	-18,392	0,000	-0,301	-0,301
MPFI4	MPFI5	0,404	0,011	35,950	0,000	0,832	0,832
	MPFI6	0,367	0,011	34,020	0,000	0,802	0,802
	MPFI7	-0,034	0,007	-4,709	0,000	-0,093	-0,093
	MPFI8	-0,155	0,009	-17,192	0,000	-0,305	-0,305
	MPFI9	-0,108	0,007	-14,436	0,000	-0,264	-0,264
	MPFI10	-0,120	0,009	-12,629	0,000	-0,230	-0,230
	MPFI11	-0,158	0,009	-18,374	0,000	-0,346	-0,346
	MPFI12	-0,160	0,009	-17,560	0,000	-0,316	-0,316
MPFI5	MPFI6	0,550	0,013	43,651	0,000	1,001	0,997
	MPFI7	-0,033	0,009	-3,842	0,000	-0,074	-0,074
	MPFI8	-0,179	0,011	-16,564	0,000	-0,293	-0,293
	MPFI9	-0,173	0,009	-19,763	0,000	-0,352	-0,352
	MPFI10	-0,144	0,011	-12,910	0,000	-0,229	-0,229
	MPFI11	-0,260	0,010	-25,759	0,000	-0,472	-0,472
	MPFI12	-0,261	0,011	-24,604	0,000	-0,429	-0,429
MPFI6	MPFI7	-0,047	0,008	-6,163	0,000	-0,112	-0,112
	MPFI8	-0,217	0,010	-22,546	0,000	-0,377	-0,377
	MPFI9	-0,170	0,008	-21,192	0,000	-0,370	-0,370
	MPFI10	-0,184	0,010	-18,559	0,000	-0,313	-0,313
	MPFI11	-0,255	0,009	-27,680	0,000	-0,493	-0,493
	MPFI12	-0,290	0,010	-29,940	0,000	-0,505	-0,505
MPFI7	MPFI8	0,373	0,010	36,662	0,000	0,805	0,805
	MPFI9	0,259	0,008	31,807	0,000	0,698	0,698
	MPFI10	0,362	0,010	35,579	0,000	0,765	0,765
	MPFI11	0,291	0,009	32,643	0,000	0,698	0,698
	MPFI12	0,330	0,010	34,377	0,000	0,713	0,713
MPFI8	MPFI9	0,388	0,009	43,344	0,000	0,756	0,756
	MPFI10	0,583	0,010	56,653	0,000	0,890	0,890
	MPFI11	0,501	0,010	52,488	0,000	0,870	0,870
	MPFI12	0,587	0,010	61,173	0,000	0,918	0,918
MPFI9	MPFI10	0,351	0,009	39,304	0,000	0,670	0,670
	MPFI11	0,382	0,009	43,017	0,000	0,828	0,828
	MPFI12	0,411	0,009	44,971	0,000	0,803	0,803
MPFI10	MPFI11	0,446	0,010	46,235	0,000	0,757	0,757
	MPFI12	0,513	0,010	51,145	0,000	0,785	0,785
MPFI11	MPFI12	0,568	0,010	56,496	0,000	0,988	0,988

Tabla 15.*Covarianzas entre los 2 factores del MPFI.*

	Estimado	EE	Z	p	r	re
MPFIA						
MPFIB	-0,033	0,002	-13,790	0,000	-0,391	-0,391

En cuanto a la varianza explicada, en la tabla 16 se pueden apreciar los coeficientes de determinación tanto de cada ítem como de los modelos de 12 y 2 dimensiones. En cuanto a las 12 dimensiones, el rango de coeficientes de determinación va de 0,6 a 0,952, siendo la dimensión con menor coeficiente de determinación la MPFI7, Evitación, y la de mayor R^2 es la MPFI12, Inacción. Por otro lado, en el modelo de dos dimensiones, el MPFIB, inflexibilidad psicológica, sostiene un coeficiente de determinación más alto que el del MPFIA, flexibilidad psicológica.

Tabla 16.*Coefficiente de determinación de la escala MPFI.*

ítems	R^2	12 dimensiones	R^2	2 dimensiones	R^2
A19	0,520	MPFI1	0,812	MPFIA	0,578
A7	0,568	MPFI2	0,857	MPFIB	0,807
A13	0,616	MPFI3	0,789		
A1	0,055	MPFI4	0,855		
A25	0,640	MPFI5	0,885		
A4	0,485	MPFI6	0,812		
A10	0,436	MPFI7	0,600		
A16	0,614	MPFI8	0,911		
A22	0,398	MPFI9	0,702		
A28	0,495	MPFI10	0,696		
A2	0,331	MPFI11	0,949		
A8	0,539	MPFI12	0,952		
A14	0,591				
A20	0,670				
A26	0,681				
A3	0,402				
A9	0,169				
A15	0,573				
A21	0,596				
A27	0,447				

A5	0,587		
A11	0,487		
A17	0,603		
A23	0,427		
A29	0,380		
A6	0,507		
A12	0,596		
A18	0,483		
A24	0,600		
A30	0,528		
B1	0,322		
B7	0,463		
B13	0,488		
B19	0,657		
B25	0,758		
B4	0,642		
B10	0,566		
B15	0,701		
B22	0,732		
B28	0,635		
B2	0,417		
B8	0,606		
B14	0,810		
B20	0,816		
B26	0,765		
B3	0,677		
B9	0,650		
B21	0,738		
B27	0,740		
B5	0,517		
B11	0,668		
B17	0,668		
B23	0,656		
B29	0,606		
B6	0,630		
B12	0,741		
B18	0,575		
B24	0,737		
B30	0,721		

Validez convergente, divergente y de criterio.

En las tablas 17, 18, 19 y 20 se presentan coeficientes de correlación, a partir de los cuales se evaluarán los otros tipos de validez de interés para los objetivos de esta investigación.

Tabla 17.

Coefficientes de Correlación de Pearson entre las escalas paramétricas.

		MPFIB
MPFIA	Coef. de correlación	-0,338**
	Sig. (bilateral)	0,000

Tabla 18.

Coefficientes de Correlación de Spearman entre las escalas no paramétricas.

	AAQII	DASS-D	DASS-A	DASS-E	MAAS	GHQ-12
MPFIA	-0,324** 0,000	-0,448** 0,000	-0,314** 0,000	-0,321** 0,000	0,264** 0,000	-0,460** 0,000
MPFIB	0,590** 0,000	0,646** 0,000	0,539** 0,000	0,600** 0,000	-0,406** 0,000	0,544** 0,000
AAQII		0,580** 0,000	0,442** 0,000	0,536** 0,000	-0,378** 0,000	0,536** 0,000
DASS-D			0,642** 0,000	0,710** 0,000	-0,415** 0,000	0,685** 0,000
DASS-A				0,699** 0,000	-0,328** 0,000	0,485** 0,000
DASS-E					-0,412** 0,000	0,577** 0,000
MAAS						-0,344** 0,000

Tabla 19.

Coefficientes de Correlación Spearman entre los 12 factores del MPFI y el AAQ-II.

	MPFI1	MPFI2	MPFI3	MPFI4	MPFI5	MPFI6	MPFI7	MPFI8	MPFI9	MPFI10	MPFI11	MPFI12
MPFIA	,816** ,000	,853** ,000	,833** ,000	,837** ,000	,866** ,000	,811** ,000	-,121* ,019	-,304** ,000	-,304** ,000	-,245** ,000	-,391** ,000	-,368** ,000
MPFIB	-,256** ,000	-,304** ,000	-,256** ,000	-,218** ,000	-,339** ,000	-,343** ,000	,765** ,000	,909** ,000	,821** ,000	,850** ,000	,887** ,000	,908** ,000
AAQII	-,236** ,000	-,307** ,000	-,243** ,000	-,236** ,000	-,303** ,000	-,312** ,000	,433** ,000	,586** ,000	,464** ,000	,496** ,000	,512** ,000	,559** ,000
MPFI1		,691** ,000	,716** ,000	,639** ,000	,564** ,000	,517** ,000	-,168** ,001	-,218** ,000	-,218** ,000	-,194** ,000	-,276** ,000	-,248** ,000
MPFI2			,626** ,000	,706** ,000	,680** ,000	,610** ,000	-,144** ,005	-,302** ,000	-,272** ,000	-,225** ,000	-,318** ,000	-,317** ,000
MPFI3				,650** ,000	,660** ,000	,565** ,000	-,112* ,029	-,205** ,000	-,261** ,000	-,165** ,001	-,320** ,000	-,265** ,000
MPFI4					,646** ,000	,608** ,000	-,043 ,408	-,212** ,000	-,193** ,000	-,171** ,001	-,258** ,000	-,237** ,000
MPFI5						,854** ,000	-,081 ,115	-,289** ,000	-,296** ,000	-,244** ,000	-,422** ,000	-,409** ,000

MPFI6		-,069	-,309**	-,299**	-,260**	-,412**	-,429**
		,182	,000	,000	,000	,000	,000
MPFI7			,665**	,584**	,642**	,558**	,581**
			,000	,000	,000	,000	,000
MPFI8				,666**	,783**	,759**	,809*
				,000	,000	,000	,000
MPFI9					,576**	,721**	,711**
					,000	,000	,000
MPFI10						,665**	,699**
						,000	,000
MPFI11							,867**
							,000

Tabla 20.

Coefficientes de Correlación Spearman entre los 12 factores del MPFI y el MAAS, DASS-21 y GHQ-12.

	MPFI1	MPFI2	MPFI3	MPFI4	MPFI5	MPFI6	MPFI7	MPFI8	MPFI9	MPFI10	MPFI11	MPFI12
MAAS	,222**	,232**	,250**	,229**	,188**	,215**	-,235**	-,356**	-,444**	-,338**	-,352**	-,352**
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DASS-D	-,331**	-,435**	-,331**	-,340**	-,434**	-,405**	,426**	,625**	,543**	,538**	,577**	,619**
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DASS-A	-,220**	-,309**	-,242**	-,268**	-,294**	-,293**	,362**	,521**	,440**	,452**	,475**	,539**
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DASS-E	-,229**	-,349**	-,237**	-,294**	-,282**	-,247**	,437**	,635**	,447**	,544**	,491**	,538**
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
GHQ-12	-,357**	-,404**	-,351**	-,364**	-,419**	-,408**	,319**	,539**	,448**	,443**	,503**	,525**
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

Además de lo obtenido a nivel de validez de constructo, se puede derivar de las tablas presentadas el cumplimiento de los criterios de los diversos tipos de validez evaluadas en todas las escalas y subescalas obtenidas, donde se consideraron los siguientes criterios para evaluarla fuerza de las relaciones: $r = 1$ correlación perfecta; 0,8 a 1 correlación muy alta; 0,6 a 0,8 alta; de 0,4 a 0,6 moderada; de 0,2 a 0,4 baja; de 0 a 0,2 muy baja; y $r = 0$ no relación.

Iniciando por la validez convergente, se observa que el AAQ-II se relaciona moderada, positiva y significativamente con el MPFI6 y cada una de sus dimensiones MPFI7, MPFI8, MPFI9, MPFI10, MPFI11 y MPFI12, evidenciándose que altos puntajes en el AAQ-II se relacionan con altos puntajes del MPFI6 y dichas seis dimensiones. Así mismo, el MPFI6 se

relaciona con sus dimensiones de forma directa, siendo la fuerza de dichas relaciones alta con MPFI7 y muy alta con MPFI8, MPFI9, MPFI10, MPFI11, MPFI12.

Por otro lado, el MPFIA guarda una relación significativa, baja y positiva con el MAAS. En específico, con cada una de sus seis dimensiones, MPFI1, MPFI2, MPFI3, MPFI4, MPFI5 y MPFI6, se observa que el MAAS se relaciona de forma directa y baja con MPFI1, MPFI2, MPFI3, MPFI4, MPFI6; y muy baja con MPFI5. Resultando que altos puntajes en el MPFIA y sus dimensiones correlacionan con altos puntajes en el MAAS. De la misma forma, se observan relaciones directas y muy altas del MPFIA con todas las dimensiones mencionadas.

Otras evidencias de validez convergente se observaron entre las 12 dimensiones del MPFI, cuando se calcula la relación entre las dimensiones que son reunidas en el mismo grupo. En este sentido, y manteniendo el orden en que son presentadas las escalas, se observa que todas las dimensiones del MPFIA sostienen relaciones directas y significativas entre ellas, variando en el nivel de dicha fuerza; las dimensiones que sostienen relaciones moderadas entre sí son MPFI1 con MPFI5 y MPFI6; MPFI3 con MPFI6; las que sostienen una alta relación entre ellas son MPFI1 con MPFI2, MPFI3 y MPFI4; MPFI2 con MPFI3, MPFI4, MPFI5, MPFI6; MPFI3 con MPFI4 y MPFI5, MPFI4 con MPFI5 y MPFI6; y las dimensiones que se relacionan de forma muy alta son MPFI5 y MPFI6.

En cuanto a las dimensiones del MPFIB, se ha observado un patrón similar. Por un lado, todas las dimensiones se relacionan de forma significativa y directa, variando el nivel de la fuerza en la relación. Las relaciones moderadas se observan entre MPFI7 con MPFI9, MPFI11, MPFI12; MPFI9 con MPFI10; las dimensiones que sostienen relaciones altas entre sí son MPFI7 con MPFI8 y MPFI10, MPFI8 con MPFI9, MPFI10, MPFI11, y MPFI9 con MPFI11 y MPFI12;

y las dimensiones con relaciones muy altas entre sí son MPFI8 con MPFI12, y MPFI11 con MPFI12.

Considerando que todas las escalas y subescalas mencionadas se relacionan de forma directa, esto se traduce en que altos puntajes en una se relacionan con altos puntajes en las otras, y viceversa; es decir, altos puntajes en el AAQ-II se relacionan con altos puntajes en el MPFIB, MPFI7, MPFI8, MPFI9, MPFI10, MPFI11, MPFI12, y lo mismo ocurre entre el MPFIB y sus seis dimensiones, el MPFIA con sus seis dimensiones y el MAAS; y entre los elementos que conforman la misma subescala del MPFI.

Por otro lado, en cuanto a la validez de criterio, por un lado, tanto el AAQII como el MPFIB se relacionan con el GHQ-12 de manera significativa, positiva y moderada; de la misma forma como se observan relaciones directas entre el GHQ-12 y cada una de las seis dimensiones del MPFIB, variando en la fuerza de las correlaciones, observándose relación baja con MPFI7 y moderada con el resto de las escalas, MPFI8, MPFI9, MPFI10, MPFI11, MPFI12.

Por otro lado, considerando el DASS-21, el AAQ-II con las subescalas del DASS-21, sostiene una relación significativa y positiva, siendo moderada con la escala DASS-D y baja con las escalas DASS-A y DASS-E. Con todas las escalas del DASS-21, por otro lado, el MPFIB sostiene una relación moderada, positiva y significativa.

De forma específica, se observa que las seis dimensiones del MPFIB también se relacionan de forma directa con todas las escalas del DASS. Para el caso de la escala DASS-D, se observan relaciones moderadas con MPFI7, MPFI9, MPFI10, MPFI11, y altas con MPFI8 y MPFI12; con la DASS-A, bajas con MPFI7 y moderada con MPFI8, MPFI9, MPFI10, MPFI11, MPFI12; y con la DASS-E relaciones moderada con MPFI7, MPFI9, MPFI10, MPFI11 y MPFI12, y alta con MPFI8.

Se observan, por tanto, relaciones donde altos puntajes en una escala se relacionan con altos puntajes en la otra, es decir, altos puntajes en el AAQ-II y el MPFIB y sus dimensiones se relacionan con altos puntajes en el GHQ-12 y las subescalas del DASS-21.

En el caso de la MPFIA y sus seis dimensiones, la relación con el GHQ-12 y las subescalas del DASS-21 es inversa, de forma que altos puntajes en el MPFIA y sus seis dimensiones se relacionan con bajos puntajes en el GHQ-12 y las subescalas del DASS-21; encontrándose variaciones en la fuerza de las relaciones. La relación es moderada entre la GHQ-12 y la MPFIA, MPFI2, MPFI5 y MPFI6, y baja entre GHQ-12 y MPFI1, MPFI3 y MPFI4. Con las escalas del DASS-21, el MPFIA sostiene una relación moderada con la DASS-D, mientras que con DASS-A y DASS-E es baja. Considerando las seis dimensiones del MPFIA, para la escala DASS-D la fuerza de esas relaciones es baja con las subescalas MPFI1, MPFI3, MPFI4; y es moderadas con MPFI2, MPFI5, MPFI6. Tanto con la escala DASS-A como con la escala DASS-E se observa que las relaciones son bajas con todas las dimensiones.

En cuanto a la validez divergente, se observa que el AAQ-II se relaciona de forma inversa y baja con las escalas MAAS y MPFIA, mientras que la escala MPFIB también se relaciona de forma inversa con el MAAS y el MPFIA, siendo dichas relaciones moderadas y bajas, respectivamente. Considerando las dimensiones de la MPFIB, además, el MAAS se relaciona de forma inversa y moderada, en el caso de la MPFI9, y baja con el resto, MPFI7, MPFI8, MPFI10, MPFI11, MPFI12. En general, se observa que altos puntajes en el AAQ-II, el MPFIB y las seis dimensiones del mismo se relacionan con bajos puntajes en el MAAS y el MPFIA.

Considerando las dimensiones del MPFI, se observa que las dimensiones de cada escala, MPFIA y MPFIB, individualmente, sostienen relaciones inversas con la escala que constituiría

su polo opuesto; siendo baja la relación entre todas las seis dimensiones del MPFIA con el MPFIB, así como muy baja la relación entre el MPFIA y MPFI7 y baja entre MPFIA y MPFI8, MPFI9, MPFI10, MPFI11, MPFI12.

Igualmente, todas las dimensiones del MPFIA se relacionan significativamente con las dimensiones del MPFIB de forma inversa, considerando tanto aquellas subescalas que representan el polo de una subescala como las que no. Tal como se ha presenciado en otras relaciones, la diferencia se ha observado en la fuerza de dichas relaciones, caracterizadas por ser principalmente entre bajas o muy bajas. De esta forma: MPFI1 guarda una relación baja con MPFI8, MPFI9, MPFI11, MPFI12 y muy baja con MPFI7 y MPFI10; el MPFI2 se relaciona bajo con MPFI8, MPFI9, MPFI10, MPFI11, MPFI12 y muy bajo con MPFI7; el MPFI3 baja con MPFI8, MPFI9, MPFI11, MPFI12 y muy baja con MPFI7 y MPFI10; el MPFI4 presenta relaciones bajas con MPFI8, MPFI11, MPFI12 y muy bajas MPFI9, MPFI10; el MPFI5 sostiene relación baja con MPFI8, MPFI9, MPFI10, y moderada con MPFI11 y MPFI12; y el MPFI6 muestra relación baja con MPFI8, MPFI9, MPFI10, y moderada con MPFI11 y MPFI12. Tanto el MPFI4, el MPFI5 y el MPFI6 no presentaron relación significativa con MPFI7.

Confiabilidad

Tal como se aprecia en la tabla 21, todas las escalas han arrojado coeficientes α de Cronbach superiores a 0,75 que, según Nunnally (1978) sugieren un nivel aceptable de confiabilidad para instrumentos psicométricos.

Tabla 21.

Confiabilidad de las escalas y subescalas.

Escalas	Número de elementos	Alfa de Cronbach
AAQII	7	0,901
MPFI	60	0,909
DASS-21	21	0,930
MAAS	15	0,906
GHQ-12	12	0,868
Subescalas		
MPFIA	30	0,947
MPFIB	30	0,967
MPFI1	5	0,778
MPFI2	5	0,803
MPFI3	5	0,842
MPFI4	5	0,764
MPFI5	5	0,800
MPFI6	5	0,829
MPFI7	5	0,828
MPFI8	5	0,893
MPFI9	5	0,902
MPFI10	5	0,9
MPFI11	5	0,87
MPFI12	5	0,897
DASS-21D	7	0,881
DASS-21A	7	0,846
DASS-21E	7	0,829

A continuación, se aprecian las correlaciones ítem-total de cada una de las escalas y subescalas estudiadas. Para el caso de las escalas AAQII (tabla 22), MPFIA y MPFIB (tabla 23), DASS-21, DASS-A y DASS-E (tabla 25), así como las MPFI2, MPFI3, MPFI5, MPFI6, MPFI7, MPFI8, MPFI9, MPFI10, MPFI11 y MPFI12 (tabla 24), la supresión de alguno de los elementos no constituyó en un aumento de la confiabilidad de la escala, incluso para algunos casos significó una disminución en la misma.

Por otro lado, se ha observado de forma específica que para la escala MPFI general (tabla 23) los ítems 4, 6, 10, 24 y 30 son los que generan el mayor aumento al ser suprimidos en comparación con otros ítems, de 0,909 a 0,91, sin embargo, este aumento de décimas no se observa como considerable como para retirarlo de la escala. Lo mismo ocurre con otras escalas: la MPFI1 donde el ítem A1, luego de retirado, se observa un aumento de 0,778 a 0,821; el

MPFI4 donde el ítem A9, al suprimirse la confiabilidad aumenta de 0,764 a 0,769; la DASS-D (tabla 25), donde el ítem 5 al ser suprimido hace que suba 0,881 a 0,882; la MAAS (tabla 22) que al retirar ítem 6 sube la confiabilidad de 0,906 a 0,907; y la GHQ- 12 (tabla 22) donde se observa que el 12 ítem 2, al ser eliminado, la confiabilidad sube de 0,868 a 0,872.

Estas son diferencias de centésimas que no parecen constituir un cambio importante en la confiabilidad de las escalas y subescalas, por lo cual se mantuvo la cantidad de ítems que cada una contiene en sus versiones originales.

Tabla 22.

Correlaciones Ítem-Total de las escalas unifactoriales.

Escala	Ítem	Correlación total de elementos corregida	α si se ha suprimido
AAQ-II	1	0,690	0,889
	2	0,712	0,886
	3	0,717	0,885
	4	0,725	0,885
	5	0,780	0,878
	6	0,689	0,889
	7	0,662	0,892
MAAS	1	0,456	0,905
	2	0,512	0,903
	3	0,627	0,899
	4	0,541	0,902
	5	0,548	0,902
	6	0,436	0,907
	7	0,736	0,895
	8	0,676	0,898
	9	0,627	0,899
	10	0,691	0,897
	11	0,577	0,901
	12	0,711	0,896
	13	0,570	0,901
	14	0,750	0,894
	15	0,514	0,903
GHQ-12	1	0,496	0,861
	2	0,354	0,872
	3	0,507	0,860
	4	0,530	0,859
	5	0,559	0,857
	6	0,619	0,853
	7	0,509	0,860
	8	0,588	0,856
	9	0,637	0,852
	10	0,677	0,849
	11	0,626	0,852

Tabla 23.

Correlaciones Ítem-Total de la escala MPFI total y los dos factores.

Item	MPFI		MPFIA		MPFIB	
	Correlación total de elementos corregida	α si se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	α si se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	α si se ha suprimido
1	0,240	0,909	0,257	0,949		
2	0,208	0,909	0,478	0,946		
3	0,237	0,909	0,567	0,945		
4	0,095	0,910	0,587	0,945		
5	0,195	0,909	0,664	0,945		
6	0,090	0,910	0,537	0,946		
7	0,245	0,909	0,659	0,945		
8	0,250	0,909	0,643	0,945		
9	0,337	0,908	0,421	0,947		
10	0,153	0,910	0,570	0,945		
11	0,163	0,909	0,567	0,945		
12	0,178	0,909	0,625	0,945		
13	0,203	0,909	0,663	0,945		
14	0,225	0,909	0,646	0,945		
15	0,238	0,909	0,662	0,945		
16	0,234	0,909	0,686	0,944		
17	0,206	0,909	0,663	0,945		
18	0,173	0,909	0,550	0,946		
19	0,167	0,909	0,611	0,945		
20	0,265	0,909	0,694	0,944		
21	0,211	0,909	0,669	0,945		
22	0,239	0,909	0,570	0,945		
23	0,187	0,909	0,556	0,946		
24	0,135	0,910	0,621	0,945		
25	0,180	0,909	0,672	0,944		
26	0,269	0,909	0,709	0,944		
27	0,238	0,909	0,594	0,945		
28	0,185	0,909	0,609	0,945		
29	0,232	0,909	0,544	0,946		
30	0,116	0,910	0,596	0,945		
31	0,403	0,907			0,455	0,967
32	0,448	0,907			0,545	0,966
33	0,531	0,906			0,691	0,965
34	0,522	0,906			0,730	0,965
35	0,441	0,907			0,645	0,966
36	0,486	0,907			0,725	0,965
37	0,435	0,907			0,529	0,966
38	0,453	0,907			0,641	0,966
39	0,455	0,907			0,658	0,966
40	0,504	0,906			0,675	0,966
41	0,510	0,906			0,736	0,965
42	0,526	0,906			0,780	0,965
43	0,492	0,907			0,566	0,966
44	0,486	0,907			0,732	0,965
45	0,531	0,906			0,706	0,965
46	0,587	0,906			0,824	0,965
47	0,392	0,908			0,703	0,965
48	0,474	0,907			0,672	0,966
49	0,513	0,906			0,637	0,966
50	0,456	0,907			0,727	0,965
51	0,563	0,906			0,717	0,965

52	0,502	0,906		0,762	0,965
53	0,457	0,907		0,704	0,965
54	0,538	0,906		0,768	0,965
55	0,528	0,906		0,678	0,965
56	0,509	0,906		0,720	0,965
57	0,554	0,906		0,711	0,965
58	0,551	0,906		0,728	0,965
59	0,483	0,907		0,690	0,965
60	0,524	0,906		0,770	0,965

Tabla 24.

Correlaciones Ítem-Total de los 12 factores del MPFI.

Escalas	ítem	Correlación total	
		de elementos corregida	α si se ha suprimido
MPFI1	A1	0,296	0,821
	A7	0,631	0,711
	A13	0,670	0,695
	A19	0,593	0,723
	A25	0,603	0,720
MPFI2	A4	0,563	0,773
	A10	0,535	0,782
	A16	0,636	0,752
	A22	0,582	0,767
	A28	0,624	0,754
MPFI3	A2	0,578	0,829
	A8	0,616	0,818
	A14	0,658	0,807
	A20	0,699	0,795
	A26	0,685	0,800
MPFI4	A3	0,544	0,717
	A9	0,397	0,769
	A15	0,582	0,707
	A21	0,584	0,703
	A27	0,573	0,706
MPFI5	A5	0,588	0,761
	A11	0,617	0,752
	A17	0,659	0,738
	A23	0,558	0,770
	A29	0,496	0,789
MPFI6	A6	0,635	0,793
	A12	0,645	0,791
	A18	0,628	0,795
	A24	0,657	0,786
	A30	0,573	0,812
MPFI7	B1	0,549	0,814

	B7	0,645	0,788
	B13	0,660	0,784
	B19	0,608	0,799
	B25	0,661	0,782
MPGI8	B4	0,728	0,872
	B10	0,687	0,881
	B16	0,820	0,851
	B22	0,709	0,876
	B28	0,748	0,868
MPFI9	B2	0,648	0,902
	B8	0,729	0,886
	B14	0,798	0,871
	B20	0,812	0,868
	B26	0,794	0,871
MPFI10	B3	0,748	0,879
	B9	0,713	0,887
	B15	0,767	0,875
	B21	0,759	0,877
	B27	0,775	0,873
MPFI11	B5	0,603	0,864
	B11	0,705	0,840
	B17	0,763	0,825
	B23	0,721	0,836
	B29	0,685	0,845
MPFI12	B6	0,703	0,884
	B12	0,782	0,867
	B18	0,700	0,885
	B24	0,773	0,869
	B30	0,775	0,869

Tabla 25.

Correlaciones Ítem-Total de la escala DASS-21 y sus subescalas.

Ítem	DASS-21		DASS-D		DASS-A		DASS-E	
	Correlación total de elementos corregida	α si se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	α si se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	α si se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	α si se ha suprimido
1	0,583	0,928					0,589	0,803
2	0,419	0,931			0,605	0,825		
3	0,609	0,927	0,65	0,867				
4	0,523	0,929			0,605	0,825		
5	0,532	0,928	0,519	0,882				

6	0,477	0,929					0,472	0,822
7	0,598	0,927			0,661	0,816		
8	0,560	0,928					0,541	0,811
9	0,627	0,927			0,525	0,836		
10	0,592	0,927	0,671	0,864				
11	0,594	0,927					0,575	0,805
12	0,639	0,927					0,648	0,793
13	0,725	0,925	0,674	0,864				
14	0,666	0,926					0,641	0,795
15	0,677	0,926			0,7	0,809		
16	0,692	0,926	0,766	0,851				
17	0,684	0,926	0,724	0,857				
18	0,557	0,928					0,559	0,808
19	0,624	0,927			0,686	0,812		
20	0,638	0,927			0,673	0,814		
21	0,613	0,927	0,674	00,863				

Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo general examinar las propiedades psicométricas, en términos de confiabilidad, validez y análisis de ítems, del Cuestionario de Aceptación y Acción en su versión II (AAQ-II, por sus siglas en inglés; Ruíz et al., 2016a) y del Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica (MPFI, por sus siglas en inglés; Rolffs et al., 2016) en una muestra de 377 estudiantes de la UCAB.

Para esto, los participantes respondieron a los cuestionarios ya mencionados, así como otros tres cuestionarios adicionales: el cuestionario de Atención Plena (MAAS por sus siglas en inglés; Ruíz et al., (2016); el Cuestionario de Depresión, Ansiedad y Estrés -21(DASS - 21, por sus siglas en inglés; Antony et al., 1998); y el cuestionario de Salud General – 12 (GHQ-12 por sus siglas en inglés; Ruíz et al., 2017).

En el caso del AAQ-II ($M = 24,78$, $DS = 9,4$) y la escala de Inflexibilidad del MPFI los puntajes de la muestra tienden hacia valores medios ($M=3,42$ y $DS=1,1$). Considerando el AAQ-II, este valor obtenido se encuentra por debajo de la media de pacientes clínicos en Colombia, donde la puntuación media es de 29, pero ligeramente por encima del intervalo de puntajes obtenidos en muestras no clínicas, que se ubicaría entre 18 y 23 puntos (Ruiz et al., 2013). Estos resultados son coherentes a lo observado también en la investigación psicométrica de Paladines-Costa et al. (2021) con población universitaria general y la de Espinosa (2010) con pacientes clínicos, población universitaria y trabajadores de la industria hotelera.

Por otra parte, los puntajes de la escala de Flexibilidad del MPFI tendieron hacia valores medio altos ($M = 4,09$ y $DS = 0,79$). Para el MAAS, los puntajes obtenidos ($M= 55,8$ y $DS=15,71$) se aprecian a aproximadamente 10 puntos por debajo de la media de pacientes no clínicos de la población colombiana, que está en torno a los 65 puntos (Ruiz et al., 2016).

Para las escalas de sintomatología clínica en el DASS-21 se obtuvieron puntuaciones por debajo de la media de pacientes clínicos españoles, (DASS-21D M=8,23 y DS= 4,95; DASS-21A M= 9,08 y DS= 5,66; el DASS-21E M= 12,14 y DS= 5,05) (Bados et al., 2005), que sobrepasan los puntajes obtenidos en la muestra de esta investigación. No obstante, en el GHQ-12 las puntuaciones medias (M=15,87 y DS= 7,08) de la población universitaria de la UCAB superan el valor de 12 puntos que, según el criterio establecido en población colombiana, sugeriría la posibilidad de presentar algún trastorno emocional, requiriendo así una evaluación clínica más detallada y extensa, criterio que sería un puntaje mayor a 12 puntos (Ruiz et al., 2017). Cabe resaltar que estas escalas sirven como instrumentos de tamizaje que no sustituyen la evaluación clínica, pero sí sirven de indicadores para iniciar un proceso evaluativo. El que una buena parte de la muestra se encuentre puntuando sobre este punto de corte es llamativo. Podría deberse a que la población venezolana ha experimentado deterioros en la salud general, así como la presencia de dificultades para poner en palabras emociones, estados de ánimo negativo y altos niveles de estrés (Psicodata, 2023). Esto está acompañado por las observaciones de la ENCOVI (2022) en el deterioro en el uso de servicios públicos de atención, en donde se observan disminuciones en el uso de servicios alrededor de un 70 por ciento.

En cuanto a la confiabilidad de las medidas, se obtuvieron altos valores en las cuatro escalas empleadas, AAQ-II, MPFI, MASS, DASS-21 y GHQ-12. El AAQ-II resultó con una alta confiabilidad, con un valor superior a lo obtenido por Bond et al. (2011) en muestra estadounidense y por Espinosa (2010) en una muestra mexicana, y similar a lo obtenido en el estudio de Ruiz et al., (2013) en muestra española, a Paladines-Costa et al. (2021) en una muestra ecuatoriana y al de Ruiz et al. (2016) en muestra colombiana. De igual forma, en el MPFI se obtuvieron resultados similares a los de Rolffs et al. (2016), Rogge et al. (2019) y Tabrizi et al.

(2022), que sugieren la alta confiabilidad de cada escala y subescala de este inventario. En cuanto al resto de las escalas que se han utilizado para contrastar los diversos criterios de validez, también contaron con índices adecuados de confiabilidad y validez de constructo para su uso, tal como obtuvieron Ruiz et al., (2013), Ruíz et al. (2016), Espinosa (2010) y Paladines-Costa et al. (2021).

Estos resultados sugieren que el AAQII, el MPFI, el MAAS, el DASS-21 y el GHQ-12 son herramientas confiables, dada su alta consistencia interna entre los reactivos de cada escala, para ser aplicadas en muestras venezolanas en el estudio de la inflexibilidad y flexibilidad psicológica, la habilidad de atención plena, los síntomas de depresión, ansiedad y estrés, y sintomatología emocional general, respectivamente.

En cuanto a aspectos estructurales de las escalas, todas se conformaron en los factores que las constituyen teórica y empíricamente, de acuerdo con lo que sostienen diversos autores, apreciándose así la validez de constructo de cada una de ellas. Por su parte, el AAQ-II se constituye en una escala unifactorial, acorde con lo que han obtenido autores como Ruiz et al., (2013), Ruiz et al. (2016) y Bond et al. (2011), Espinosa (2010) y Paladines-Costa et al. (2021). Reúne, por tanto, 7 ítems que miden el constructo inflexibilidad psicológica.

En cuanto al MPFI los modelos que resultaron más acordes para ser aplicados a muestras venezolanas son el de 12 factores de primer orden y el de 2 factores generales con 6 factores de primer orden. Siendo los dos factores principales flexibilidad e inflexibilidad psicológica que, a su vez, se constituyen cada uno por 6 factores. Los primeros seis, aceptación, defusión, contacto con el momento presente, yo como contexto, valores y acción, son el grupo de factores dentro del factor flexibilidad psicológica; y los seis restantes, evitación experiencial, fusión, falta de contacto con el momento presente, yo como contenido, distancia de valores e inacción, serían

también el grupo de factores que subyacen al factor de inflexibilidad psicológica. Se encontró que el más adecuado de ambos modelos es el de 12 factores de primer orden que se encuentran correlacionados.

De esta forma, el instrumento se compone de un total de 60 ítems, 30 de flexibilidad psicológica y 30 de inflexibilidad psicológica, y 5 ítems para cada factor de los 12. Esta estructura factorial observada, es consistente con la obtenida por Rolffs et al. (2016), Rogge et al. (2019) y Tabrizi et al. (2022), evidenciándose así validez de constructo.

Ambas medidas, teniendo constituciones diferentes en cuanto al número de ítems, factores e incluso la dirección de la redacción de sus ítems, se constituyen como herramientas para medir el constructo de flexibilidad e inflexibilidad psicológica, reuniendo y representando los procesos que subyacen al modelo *Hexaflex*. Por un lado, contamos con una versión breve y más económica en su aplicación, mientras que por el otro contamos con un inventario más extenso y detallado, que permite obtener un perfil específico del funcionamiento de estos procesos; siendo ambas mediciones válidas para estudiar los constructos que pretenden estudiar y así ser empleadas de acuerdo al objetivo y los recursos que el investigador y evaluador tenga en sus manos.

Por otro lado, tal como ocurrió en la investigación de Ruíz et al. (2016), que aplicó estas mismas escalas, el DASS-21 se constituyó en tres factores, las escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés, compuestas por 7 ítems cada una, reuniendo un total de 21 ítems; y tanto el MAAS como el GHQ-12 se conformaron de un único factor con 15 y 12 ítems respectivamente.

En cuanto a la validez convergente de las dos escalas principales, se ha observado que tanto el AAQII como el MPFIB cumplen con este criterio psicométrico, concordando así con

autores como Ruiz et al. (2016), Ruiz et al., (2013), Espinosa (2010), Paladines-Costa et al. (2021) y Rogge et al. (2019), respectivamente.

En las medidas de inflexibilidad psicológica, el AAQII y el MPFIB se ha observado que mayores puntajes en el AAQII se han relacionado con mayores puntajes en la subescala de Inflexibilidad del MPFI y sus seis subescalas, misma relación que se observó entre el MPFIB y sus dimensiones, tal como observaron Rogge et al. (2019). Es decir, por un lado, se observa que los niveles de inflexibilidad psicológica se relacionan, sugiriendo que ambas herramientas miden el mismo constructo; y, por otro, la inflexibilidad psicológica, tanto la medida con el AAQII como con el MPFIB, se relacionaron con alto nivel de evitación, fusión cognitiva, falta de contacto con el momento presente, yo como contenido, falta de contacto con valores e inacción.

Así mismo, tal como previamente ha sido observado en la investigación Rogge et al. (2019) también se apreció la convergencia entre los puntajes de cada grupo de dimensiones asociadas al MPFIB entre sí, es decir, mayores puntajes de cada dimensión del MPFIB se relacionaron con mayores puntajes en el resto de las dimensiones con las que comparten dimensión.

Esto apoya la idea en el nivel conceptual de que los distintos subprocessos de inflexibilidad son interdependientes, es decir cada uno de los procesos contribuye en cierta medida al funcionamiento de otros y todos a su vez conforman la inflexibilidad psicológica. Se puede describir esto usando el planteamiento de Luciano (2016) de que la inflexibilidad implica una operante de enmarcamiento de coordinación entre sí mismo con los pensamientos y emociones, en una equivalencia funcional. Este enmarcamiento general tiene diferentes facetas, la indistinción entre las funciones indirectas y las funciones directas de estímulo, que sería la fusión cognitiva. La indistinción entre la noción de sí mismo y las emociones/pensamientos, que

sería el yo como contenido. El sesgo atencional creado por la interacción problemática con los eventos privados, que sería la falta de contacto con el momento presente. Las interacciones persistentes y perseverantes destructivas con las propias emociones, que sería la evitación experiencial. La imposibilidad de identificar un sentido personal, con predominancia de seguimiento de reglas de rastreo y plegamiento inaplicables y de consecuencias destructivas, que sería la falta de claridad de valores. Y por supuesto compromiso, persistencia y perseverancia en estos patrones problemáticos que sería acciones persistentes, perseverantes, pasivas e impulsivas.

Todas estas facetas son formas de inflexibilidad, cuya segmentación responde a motivos estrictamente prácticos, de acuerdo con Hayes et al. (2012). Esto es consistente con la conceptualización de que la inflexibilidad es un concepto global, siendo considerada una clase funcional de comportamiento lo que posibilita que pueda ser medida de formas globales y específicas.

Esto es coherente con lo que se ha observado entre el AAQII y las dimensiones del MPFIB, donde se ha evidenciado que el AAQII no mide de forma más importante procesos de evitación y fusión, por el contrario, la relación que sostuvo con todas resultó ser de la misma magnitud (entre .433 y .559), refutándose así algunas ideas que se sostienen alrededor de este cuestionario y su uso (Rogge et al., 2019; Rolffs et al., 2016). Es decir, el AAQ-II es un instrumento efectivo para una medición global de inflexibilidad.

La mayor diferencia que se puede puntualizar entre el AAQII y el MPFIB es la longitud de cada cuestionario, siendo el primero un cuestionario muy breve en comparación con el segundo. Sin embargo, a nivel de medición, ambas miden el mismo constructo, que ya se ha referido como un constructo unitario, con lo cual su empleo dependerá de aspectos como los recursos de tiempo que tenga el evaluador, bien la necesidad de establecer un perfil más

detallado de los procesos, o medir procesos de forma más específica; pero no porque guarden muchas diferencias en cuanto a su conexión teórica con el *Hexaflex*.

De igual forma, y consistente con los resultados de la investigación de Rogge et al. (2019) también se apreció la convergencia entre los puntajes de cada grupo de dimensiones asociadas al MPFIA entre sí, es decir, mayores puntajes de cada dimensión del MPFIA se relacionaron con mayores puntajes en el resto de las dimensiones con las que comparten dimensión.

En esa misma línea, considerando la escala de flexibilidad psicológica del MPFI, también se aprecia validez convergente al relacionarse altos puntajes en el MPFIA con altos puntajes en sus seis dimensiones y con el MAAS. De esta forma, se ha evidenciado que alto nivel de flexibilidad psicológica se relaciona con mayores niveles de aceptación, defusión, contacto con el momento presente, yo como contexto, valores y acción comprometida; así como de una mayor habilidad de atención plena. Igualmente, mayores niveles de estas 6 variables, individualmente, también implican mayor habilidad de atención plena.

La flexibilidad psicológica es una operante global que incorpora distintas dimensiones conductuales específicas (Hayes et al., 2012), lo que explicaría la relación que se ha observado entre el MASS, las subescalas de flexibilidad y el índice global del MPFIA. Luciano (2016), indica que se trataría de respuestas ante el propio comportamiento enmarcadas en jerarquía dentro de una perspectiva yo, así como respuestas relacionadas con el seguimiento reglas de aumento apetitivas. Responder al propio comportamiento involucra: identificar y denominar los pensamientos, las emociones y la conducta motora, cosa que en el *Hexaflex* se denomina contacto con el momento presente, el contacto no defensivo con eventos privados aversivos que sería aceptación; la observación de la conducta verbal sin el involucramiento con el contenido de

la misma, que sería defusión; el enmarcamiento de todas estas respuestas en una perspectiva deíctica yo, sería el yo como contexto; las reglas de aumento apetitiva serían los valores personales, y las acciones coordinadas en estas reglas, serían la acción comprometida.

Tal como se mencionó para la inflexibilidad, considerar las facetas específicas o la flexibilidad de manera global está estrechamente relacionado con la practicidad y los objetivos analíticos. Un perfil pormenorizado en el que las manifestaciones específicas de flexibilidad son relevantes para la planificación de un tratamiento es de gran relevancia para un psicoterapeuta. Un perfil general puede ser necesario como estrategia de tamizaje inicial para poder tener una valoración inicial del estado de una persona o de un grupo de personas.

La principal evidencia de validez divergente se observa en que altos puntajes en inflexibilidad psicológica, medida tanto con el AAQII como con el MPFIB, se relacionan con bajos puntajes de flexibilidad psicológica, MPFIA, y sus dimensiones. De manera que altos niveles de inflexibilidad psicológica se relacionan con bajo nivel de flexibilidad psicológica, de aceptación, defusión, contacto con el momento presente, yo como contexto, valores y acción comprometida. Lo mismo se ha observado entre los puntajes en el AAQII y en el MPFIB con los puntajes del MAAS, evidenciándose que un mayor nivel de inflexibilidad psicológica se relaciona con menor nivel de habilidad de atención plena, resultado similar a lo obtenido por Ruiz et al., (2016).

También se observa divergencia cuando se comparan las 12 subescalas del MPFI entre sí, acorde a lo obtenido por Rogge et al. (2019). Es decir, se observó que mayor aceptación, defusión, contacto con el momento presente, yo como contexto, valores y acción comprometida se relacionaron con menor nivel de evitación, fusión, falta de contacto con el momento presente, yo como contenido, falta de contacto con valores e inacción. Se toma como evidencia de

divergencia ya que la dirección y la magnitud de las correlaciones entre subescalas, aportan indicios de que ambos constructos se están midiendo de forma independiente por cada subescala.

La magnitud de las correlaciones entre las medidas de inflexibilidad y flexibilidad son bajas, con lo cual se puede suponer una relación teórica entre estos elementos, sin embargo, la independencia que se ha observado entre estas medidas dificulta que puedan emplearse como conceptos bipolares, como se ha sostenido en la práctica (Hayes et al., 2012). Tal como sugería Rogge et al., (2019), la inflexibilidad y flexibilidad, más que conceptos bipolares donde uno es el contrario del otro, se comportan más como constructos bivariados, es decir, como elementos independientes que coexisten entre sí.

El que los constructos se comporten de forma bivariada puede sugerir que en algunos contextos las personas exhiben patrones flexibles y en otros patrones inflexibles. Los fenómenos que se han identificado como flexibilidad e inflexibilidad constituyen clases funcionales de comportamientos que están atadas a sus contextos situacionales e históricos. Un ejemplo de ello es que en culturas que privilegian la productividad quizás se promueven patrones flexibles en el trabajo, al mismo tiempo que patrones inflexibles con el tiempo de ocio, las relaciones sociales y la espiritualidad.

La validez de criterio se aprecia, al igual que como se observó en el estudio de Ruiz et al. (2016), en que altos puntajes en inflexibilidad, medida con el AAQII o el MPFIB, se relacionaron con altos puntajes en el GHQ-12, es decir, un alto grado de flexibilidad psicológica, se relaciona con alto grado de sintomatología emocional, medida con el GHQ-12. Lo mismo ocurrió entre las dimensiones del MPFIB y el GHQ-12, alto grado de evitación, defusión, falta de contacto con el momento presente, yo como contenido, falta de contacto con valores e inacción se relacionan con mayor sintomatología emocional, depresión, ansiedad y estrés.

Cuando, además, se observan los resultados del contraste con el DASS-21 también se aprecia que altos puntajes en inflexibilidad psicológica (AAQ-II y MPFIB) se relacionan con altos puntajes en las dimensiones del DASS-21 (0,580; 0,442; 0,536), al igual que ocurrió en la investigación de Ruiz et al. (2016). Un mayor nivel de inflexibilidad psicológica se corresponde con mayor nivel de depresión, ansiedad y estrés. Esto reitera lo mencionado previamente, solo que podemos describir de manera específica como los puntajes del AAQ-II son sensibles a los cambios en los puntajes en las subescalas del DASS-21.

Al emplear el criterio de puntuaciones mayores a 12 del GHQ-12 y comparar las medias en los puntajes totales del AAQ-II del segmento de la muestra que puntúa por debajo de este criterio con las puntuaciones obtenidas en el AAQ-II por el segmento de la muestra que puntúa por encima del criterio, se observan diferencias significativas entre ambos grupos ($F: 17,958$ sig:0,01 t: -8,898 gl: 375). Una explicación de este resultado, coherente con la propuesta de Luciano (2016) es que los patrones inflexibles participan en el origen y el mantenimiento de muchas formas de psicopatología. Las personas pueden estar expuestas de forma indirecta a eventos adversos cuando existe el enmarcamiento relacional de coordinación entre sí mismas y sus emociones y pensamientos. Pensar en un evento estresor como lo puede ser una pérdida, un evento traumático, una fobia o cualquier contenido psicológico aversivo, tiene mayor impacto en la sintomatología bajo este enmarcamiento relacional.

Considerando ahora el MPFIA, altos puntajes en este cuestionario y sus dimensiones se relacionan con bajos puntajes en el GHQ-12 ($r: -0,460$) y el DASS-21 ($r: -0,448$; $r: -0,314^{**}$ y $r: -0,321^{**}$), de manera que un mayor nivel de flexibilidad psicológica, así como de mayor aceptación, defusión, contacto con el momento presente, yo como contexto, valores y acción comprometida, se relacionan con menores niveles de sintomatología emocional, depresión,

ansiedad y estrés. Se ha indicado que los procesos que hacen parte de la flexibilidad psicológica pueden constituir comportamientos que funcionan como factores protectores ante estresores y eventos de la vida, relacionándose con elementos que sugieren bienestar personal (Hayes et al., 2012; Rogge et al., 2012). De manera más específica, el enmarque relacional deíctico con una perspectiva “yo” permite a las personas experimentar eventos psicológicos aversivos en un contexto no amenazante para la propia integridad, disminuye el impacto de las funciones indirectas asociadas al pensamiento, y facilita la identificación y el involucramiento con valores personales.

Conclusiones

La presente investigación, de tipo cuantitativa, no experimental y psicométrica, buscó principalmente examinar las propiedades psicométricas, de confiabilidad, validez y análisis de ítems, del Cuestionario de Aceptación y Acción en su versión II (AAQ-II, por sus siglas en inglés; Ruíz et al., 2016a) así como del Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica (MPFI, por sus siglas en inglés; Rolffs et al., 2016) en una muestra de estudiantes universitarios de Caracas, Venezuela.

Se observó que las escalas AAQ-II y los modelos de la escala MPFI, cuentan con propiedades psicométricas satisfactorias para ser aplicados en muestras venezolanas, demostrando su confiabilidad, validez de constructo, calidez de criterio, validez convergente y validez divergente.

El AAQ-II se compuso de 7 ítems que miden la variable Flexibilidad Psicológica; el MPFI se compone de un total de 60 ítems repartidos entre dos modelos, uno de primer orden y otro de segundo orden. El modelo de primer orden lo componen 12 factores de 5 ítems cada uno, que miden: Aceptación, Defusión, Contacto con el Momento Presente, Yo como Contexto, Valores, Acción Comprometida, Evitación Experiencial, Fusión, Falta de Contacto con el Momento presente, Yo Como Contenido, Falta de Contacto con Valores e inacción. El modelo de segundo orden se compondría de dos factores, Flexibilidad Psicológica, compuesta por 30 ítems y los 6 primeros factores del modelo de 12 factores; e Inflexibilidad Psicológica, compuesta por 30 ítems y los 6 factores restantes del modelo de 12 factores. El modelo de 12 factores fue el que se encontró más adecuado.

Igualmente, las escalas empleadas para calcular los contrastes de las escalas principales, DASS-21, MAAS y GHQ-12 también demostraron contar con propiedades adecuadas de

consistencia interna y validez. El instrumento DASS-21 se compuso de un total de 21 ítems que a su vez se reparten en partes iguales entre tres subescalas: Depresión, Ansiedad y Estrés; el instrumento MAAS se compuso de un total de 15 ítems que miden la capacidad de Atención Plena; y el instrumento GHQ-12 se compuso de un total de 12 ítems que miden la Salud General.

Ambos instrumentos son aptos para su uso investigativo en la población venezolana, los resultados observados son prometedores. Por su puesto constituyen el primer paso para luego hacer investigaciones con muestras clínicas para poder establecer normas de uso para los psicólogos clínico-comunitarios.

Limitaciones y recomendaciones

En el ejercicio investigativo es necesario tomar en cuenta los aspectos metodológicos y circunstanciales para analizar los resultados y sus limitaciones, así como los procedimientos que han permitido o pueden permitir abordar estas y disminuir sus efectos en los resultados de interés.

Inicialmente, se encontró con que solo dos de las escalas empleadas arrojaron distribuciones normales. Si bien se considera que este supuesto es uno de los supuestos que se cumple menos en el campo, debido a la dificultad de lograr la normalidad a nivel empírico (Hair et al., 2000), al no contar con distribuciones normales se corre el riesgo de concluir de forma sesgada, si se hacen a partir de estadísticos t y F ; es por esto que, para observar la relación entre las escalas de interés que resultaron no paramétricas y aquellas relaciones entre paramétricas y no paramétricas, se emplearon estadísticos más robustos, como el coeficiente de Spearman.

Por otro lado, se debe considerar el tipo de muestreo realizado. Se empleó un muestreo no probabilístico e intencional, a partir de lo cual, al no escoger la muestra de forma aleatoria, se puede perder representatividad de la muestra a la población de estudio, con lo cual los resultados y análisis pueden ser aplicados a la muestra estudiada (Corbetta, 2003; Sierra-Bravo, 1988).

Un área de oportunidad, en relación también con el proceso de escogencia de la muestra, sería seleccionar los participantes de poblaciones que permitan contrastar entre muestras no clínicas y clínicas, con personas debidamente diagnosticados por un psicólogo clínico, para obtener también evidencias de validez discriminante de los instrumentos. Esto podría ser facilitado con investigaciones realizadas, por ejemplo, en centros de salud.

Referencias

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5ª ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association (2015). Quantitative and Qualitative Methods. American Psychological Association website: <https://www.apa.org/about/division/div5>. Revisado el 28 de febrero de 2020.
- American Psychological Association (2020). APA Guidelines for Psychological Assessment and Evaluation. American Psychological Association website de: <https://www.apa.org/about/policy/guidelinespsychological-assessment-evaluation.pdf>
- Bond, F. W., y Bunce, D. (2003). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *Journal of Applied Psychology*, 88, 1057-1067.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. C., 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 flexibility and acceptance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688.
- Bunge, M. (1983). *La investigación científica*. Ariel.
- Bunge, M., y Ardila, R. (2002). *Filosofía de la psicología*. Siglo XXI Editores.
- Ciarrochi, J. Bilich, L., y Godsel, C. (2010). Psychological flexibility as a mechanism of change in Acceptance and Commitment Therapy. In Ruth Baer's (Ed.) *Assessing Mindfulness and Acceptance: Illuminating the Processes of Change* (pp. 51-76). New Harbinger Publications.
- Deacon, B. J. (2013). The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review*, 33, 846-861.

- Dahl, J. C., Plumb, J. C., Stewart, I., y Lundgren, T. (2009). *The art and science of valuing in psychotherapy: Helping clients discover, explore, and commit to valued action using acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Francis, A., Dawson, D., y Golijani-Moghaddam, N. (2016). The development and validation of the comprehensive assessment of acceptance and commitment therapy processes (compACT). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1-39.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.05.003>
- Hair, Joseph F., Anderson, Rolph E., Black, William C. (2019). *Multivariate Data Analysis* (Ed. 8th). Cengage Learning.
- Hayes, S. C. (1989). *Rule-governed behavior: Cognition, contingencies, and instructional control*. Plenum.
- Hayes, S.C, Strosahl, K.D., y Wilson, K.G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2da ed.). The Guilford Press.
- 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., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., y Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S. C., y Shenk, C. (2006). Operationalizing mindfulness without unnecessary attachments. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 249–254.
<https://doi.org/10.1093/clipsy.bph079>
- Hayes, S. C., y Strosahl, K. D. (Eds.). (2004). *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer-Verlag.

- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., et al. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *Psychological Record, 54*, 553-578.
- Hayes S. C., Wilson K. G., Gifford E. V., Follette V. M., y Strosahl K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1152–68.
- Johnstone, L., Boyle, M., Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D., y Read, J. (2018). *The Power Threat Meaning Framework: Towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behaviour, as an alternative to functional psychiatric diagnosis*. Leicester: British Psychological Society.
- Kashdan, T., y Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review, 30*, 865-878. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>
- Kerlinger, F. N. y Lee, H.B. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. McGraw-Hill.
- Khoury, B., Langer, E. J., y Pagnini, F. (2014). The DSM: mindful science or mindless power? A critical review. *Frontiers in Psychology, 5*, 602. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00602>
- León, O.G. y Montero, I. (2004). *Métodos de investigación en Psicología y Educación* (3ª ed.). Mc Graw Hill.
- Levin, M., Luoma, J., Vilardaga, R., Lillis, J., Nobles, R., y Hayes, S. (2016). Examining the role of psychological inflexibility, perspective taking and empathic concern in generalized prejudice. *Psychology Faculty Publications, 1093*. <https://doi.org/10.1111/jasp.12355>

- Lovibond, P. F., y Lovibond, S., H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther.* 33(3), 335-43. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u). PMID: 7726811.
- Luciano, C. (2016). Evolucion de ACT. *Análisis y Modificación de Conducta*, 3-14.
- Malo-Salvatierra, D. A. (2008). La medición en psicología como herramienta y como reflexión ética en el ejercicio del psicólogo. *Psicogente*, 11(19), 46-51.
- McCullough y Van Atta (1971). *Estadística para sociólogos*. Madrid, España: Tecnos.
- McHugh, L., Barnes-Holmes, Y., y Barnes-Holmes, D. (2004). Perspective-Taking as Relational Responding: A Developmental Profile. *The Psychological Record*, 54(1), 115–144. <https://doi.org/10.1007/BF03395465>
- McHugh, L., Stewart, I., y Almada, P. (2019). *A Contextual Behavioral Guide to the Self: Theory and Practice*. New Harbinger.
- McNally, R. J. (2011). *What is mental illness?* Belknap Press of Harvard University Press.
- Mellín, M & Padrós, F. (2021). Estudio psicométrico de la escala AAQ-II de evitación experiencial en población de México. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 21. 81-91.
- Miller, G. A. (2010). Mistreating psychology in the decades of the brain. *Perspectives on Psychological Science*, 5(6), 716– 743.
- Moran, D. J., Bach, P. A., y Batten, S. V. (2018). *Committed Action in Practice: A Clinician's Guide to Assessing, Planning, and Supporting Change in Your Client*. Context Press.
- Nunnally, J. (1991) *Teoría Psicométrica*. Ed. Trillas

- Organización Mundial de la Salud. (2004). Promoción de la Salud Mental: Conceptos, evidencia emergente, práctica. Informe compendiado.
- Paladines-Costa, B., López-Guerra, V., Ruisoto, P., Vaca-Gallegos, S., & 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), 2944. <https://doi.org/10.3390/ijerph18062944>
- Patrón, E. (2010). La evitación experiencial y su medición por medio del AAQ-II. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, *15*(1), 5-19. Redalyc website: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=292/29213133001>
- Pérez, E., Olaz, F. y Tornimbeni, S. (2008). *Introducción a la psicometría*. Paidós.
- Pérez-Fernández, V., M. T. Gutiérrez-Domínguez, A. García-García y Gómez-Bujedo, J. (2005). *Procesos psicológicos básicos. Un análisis funcional*. Prentice Hall
- Roche, B., y Barnes-Holmes, D. (2003). Behavior analysis and social constructionism: some points of contact and departure. *The Behavior Analyst*, *26*(2), 215–231. <https://doi.org/10.1007/bf03392077>
- Rogge, R. D., Daks, J. S., Dubler, B. A., & Saint, K. J. (2019). It's all about the process: Examining the convergent validity, conceptual coverage, unique predictive validity, and clinical utility of ACT process measures. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *14*, 90–102. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.10.001>
- Rolfs, J. L., Rogge, R. D., & Wilson, K. G. (2016). Disentangling Components of Flexibility via the Hexaflex Model Development and Validation of the Multidimensional Psychological Flexibility Inventory (MPFI). *Assessment*, *25*(4), 458–482. <https://doi.org/10.1177/1073191116645905>.

- 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. Universidad de Almería. *Psicothema*, 25 (1), 123-129.
- Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Cárdenas-Sierra, S., Durán, Y., Guerrero, K., y Riaño-Hernández, D. (2016a). Psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire II in Colombia. *The Psychological Record*, 66, 429-437. <http://dx.doi.org/10.1007/s40732-016-0183-2>.
- Ruiz, F., Suárez, J. C. y Riaño-Hernández, D. (2016b). Psychometric properties of the Mindful Attention Awareness Scale in Colombian undergraduates. *Suma Psicológica*, 23, 18-24. <https://doi.org/10.1016/j.sumpsi.2016.02.003>.
- Ruiz, F., Garcia-Martin, M., Suárez, J. C. y Odriozola-González, P. (2017b). The hierarchical factor structure of the Spanish version of the Depression Anxiety and Stress Scale - 21 (DASS-21). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17, 93-101.
- Ruiz, F., García, D. y Suárez, J. C. (2017a). General Health Questionnaire-12 validity in Colombia and factorial equivalence between clinical and nonclinical participants. *Psychiatry Research*, 256. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.020>.
- Sidman, M. (1971). Reading and auditory-visual equivalences. *Journal of Speech and Hearing Research*, 14, 5-13.
- Sidman, M., y Cresson, O. (1973). Reading and crossmodal transfer of stimulus equivalences in severe retardation. *American Journal of Mental Deficiency*, 77, 515-523.
- Skinner, B. F. (1974). *About behaviorism*. Knopf.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. Appleton-Century-Crofts

- Szasz, T. (1961). *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct*. Hoeber-Harper.
- Tabrizi, F., Larsson, A. B., Grönvall, H., Söderstrand, L., Hallén, E., Champoux-Larsson, M., Lundgren, T., Sundström, F., Lavefjord, A., Buhrman, M., Sundin, Ö., McCracken, L. M., Åhs, F., & Jansson, B. (2022). Psychometric evaluation of the Swedish Multidimensional Psychological Flexibility Inventory (MPFI). *Cognitive Behaviour Therapy*, 1–22. <https://doi.org/10.1080/16506073.2022.2153077>
- Thomas, K. R., Bardeen, J. R., Witte, T. K., Rogers, T., Benfer, N., & Clauss, K. (2021). An Examination of the Factor Structure of the Multidimensional Psychological Flexibility Inventory. *Assessment*, 29(8), 1714–1729. <https://doi.org/10.1177/10731911211024353>
- Törneke, N. (2010). *Learning RFT: An introduction to relational frame theory and its clinical application*. Context Press/New Harbinger Publications.
- Törneke, N., Luciano, C., y Valdivia Salas, S. (2008). Rule-Governed Behavior and Psychological Problems. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8(2), 141-156.
- Törneke, N., Luciano, C., Barnes-Holmes, Y. y Bond, F.W. (2015). RFT for Clinical Practice. In *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science*. (eds R.D. Zettle, S.C. Hayes, D. Barnes-Holmes and A. Biglan). <https://doi.org/10.1002/9781118489857.ch12>
- Tornimbeni S., Pérez, E. y Olaz, F. (Eds.) (2008): *Introducción a la Psicometría*. Buenos Aires: Paidós
- Vilardaga, R., Estévez, A., Levin, M., & Hayes, S. C. (2012). Deictic Relational Responding, Empathy, and Experiential Avoidance as Predictors of Social Anhedonia: Further Contributions From Relational Frame Theory. *The Psychological record*. 62. 409-432. [10.1007/BF03395811](https://doi.org/10.1007/BF03395811).

Wilson, K. G., & DuFrene, T. (2009). *Mindfulness for Two: An Acceptance and Commitment Therapy Approach to Mindfulness in Psychotherapy*. Oakland, CA: New Harbinger.

World Health Organization (2020). International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.). <https://icd.who.int/>

Zettle, R. D., Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., y Biglan, A. (2016). *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science*. John Wiley y Sons.

ANEXOS

ANEXO A

Cuestionario de Aceptación y Acción - II (AAQ-II; Ruíz et al., 2016a)

Debajo encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, puntúe en qué grado cada afirmación ES VERDAD PARA USTED seleccionando la opción que más corresponda.

Utilice la siguiente escala para hacer su elección:

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

1. Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría	1	2	3	4	5	6	7
2. Tengo miedo de mis sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
3. Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
4. Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena.	1	2	3	4	5	6	7

5.Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
6.Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo.	1	2	3	4	5	6	7
7.Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir.	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO B

Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica (MPFI; Rolffs, Rogge y Wilson, 2016)

PARTE I

A continuación, encontrará una serie de afirmaciones. Por favor, puntúe en qué grado cada afirmación se ha aplicado a usted **DURANTE LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS**, seleccionando la opción que más corresponda. Utilice la siguiente escala para su respuesta:

1	2	3	4	5	6
Nunca es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Frecuentemente es verdad	Muy frecuentemente es verdad	Siempre es verdad

1. Estuve abierto a observar pensamientos y sentimientos desagradables sin intentar interferir en ellos.	1	2	3	4	5	6
2. Estuve atento y consciente de mis emociones	1	2	3	4	5	6
3. A pesar de sentirme herido o molesto en diferentes lugares y momentos, traté de mantener una perspectiva más amplia de mí mismo.	1	2	3	4	5	6
4. Pude dejar que los sentimientos negativos vinieran y se fueran sin quedar atrapado en ellos.	1	2	3	4	5	6
5. Estuve muy en contacto con lo que es importante para mí y mi vida	1	2	3	4	5	6
6. Seguí esforzándome en lo que es importante para mí, a pesar de los tropiezos que enfrenté	1	2	3	4	5	6
7. Traté de hacer las paces con mis pensamientos y sentimientos displacenteros en vez de resistirme a ellos	1	2	3	4	5	6
8. Estaba en sintonía con mis pensamientos y sentimientos momento a momento.	1	2	3	4	5	6
9. Atravesé momentos difíciles viendo mi vida desde una perspectiva más amplia	1	2	3	4	5	6
10. Cuando estuve molesto, me permití experimentar sentimientos negativos sin aferrarme a ellos.	1	2	3	4	5	6
11. Me aferré a mis mayores prioridades en la vida	1	2	3	4	5	6
12. Incluso cuando las cosas se pusieron difíciles, pude dar pasos hacia lo que valoro en la vida.	1	2	3	4	5	6
13. Hice espacio para experimentar plenamente mis pensamientos y emociones desagradables, aceptándolos en vez de intentar alejarlos.	1	2	3	4	5	6
14. Presté mucha atención a lo que pensaba y sentía	1	2	3	4	5	6
15. Traté de mantener la perspectiva, incluso cuando la vida se tornaba complicada	1	2	3	4	5	6
16. Cuando sentí miedo o temor, pude experimentar poco a poco estos sentimientos, dejándolos pasar.	1	2	3	4	5	6
17. Todos los días traté de conectar con lo que es realmente importante para mí	1	2	3	4	5	6

18. Trabajé por conseguir cosas importantes para mí, incluso cuando la vida se tornaba estresante y agitada	1	2	3	4	5	6
19. Cuando me venía un pensamiento o una emoción negativa, traté de darle espacio en vez de ignorarla.	1	2	3	4	5	6
20. Estuve en contacto con el flujo de mis pensamientos y sentimientos.	1	2	3	4	5	6
21. Cuando sentía miedo o temor, intenté tener perspectiva y observar el panorama completo de la situación	1	2	3	4	5	6
22. Pude dar un paso atrás y notar pensamientos y sentimientos negativos, sin reaccionar a ellos.	1	2	3	4	5	6
23. Traté de priorizar las cosas importantes para mí, incluso cuando esto significó tomar decisiones difíciles	1	2	3	4	5	6
24. No dejé que los contratiempos me frenaran a la hora de tomar decisiones para lograr lo que realmente quiero en la vida.	1	2	3	4	5	6
25. Me abrí a todos mis sentimientos, tanto los buenos como los malos	1	2	3	4	5	6
26. Me esforcé por permanecer atento y consciente de mis propios pensamientos y emociones.	1	2	3	4	5	6
27. Cuando algo doloroso ocurrió, traté de mantener una visión equilibrada de la situación.	1	2	3	4	5	6
28. En situaciones difíciles, pude notar mis pensamientos y sentimientos sin sentirme abrumado por ellos.	1	2	3	4	5	6
29. Mis valores más profundos constantemente dieron dirección a mi vida.	1	2	3	4	5	6
30. Evité que mis miedos y dudas se interpusieran en mi camino hacia el logro de mis objetivos.	1	2	3	4	5	6

PARTE II

A continuación, encontrará una serie de afirmaciones. Por favor, puntúe en qué grado cada afirmación se ha aplicado a usted **DURANTE LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS**, seleccionando la opción que más corresponda. Utilice la siguiente escala para su respuesta:

1	2	3	4	5	6
Nunca es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Frecuentemente es verdad	Muy frecuentemente es verdad	Siempre es verdad

1. Intenté distraerme de malos recuerdos para que desaparecieran	1	2	3	4	5	6
2. Hice la mayoría de las cosas en "automático", con poca conciencia de lo que estaba haciendo.	1	2	3	4	5	6
3. Pensé que algunas de mis emociones eran malas o inapropiadas y no debía sentir las.	1	2	3	4	5	6

4. Los pensamientos y sentimientos negativos tendieron a quedarse conmigo durante mucho tiempo.	1	2	3	4	5	6
5. Descuidé mis prioridades y valores en mi cotidianidad	1	2	3	4	5	6
6. Mis sentimientos negativos me paralizaron con frecuencia	1	2	3	4	5	6
7. Traté de distraerme cuando sentía emociones displacenteras.	1	2	3	4	5	6
8. Hice la mayor parte de las cosas sin pensar y sin prestar mucha atención.	1	2	3	4	5	6
9. Me critiqué por tener emociones irracionales o inapropiadas.	1	2	3	4	5	6
10. Los pensamientos angustiantes daban vueltas en mi mente como un disco rayado.	1	2	3	4	5	6
11. Cuando la vida se tornó caótica, con frecuencia perdí contacto con las cosas que valoro	1	2	3	4	5	6
12. Los sentimientos negativos fácilmente hicieron que mis planes se estancaran	1	2	3	4	5	6
13. Traté de sacar los recuerdos desagradables que venían a mi mente	1	2	3	4	5	6
14. Pasé la mayoría de los días en piloto automático, sin prestar mucha atención a lo que estaba pensando o sintiendo	1	2	3	4	5	6
15. Creí que algunos de mis pensamientos eran anormales o malos y que no debía pensar de esa manera.	1	2	3	4	5	6
16. Fue muy fácil quedar atrapado en pensamientos y sentimientos indeseables.	1	2	3	4	5	6
17. A menudo las cosas que más valoro desaparecieron de mi lista de prioridades	1	2	3	4	5	6
18. Al alterarme me quedé inmóvil y atascado	1	2	3	4	5	6
19. Cuando surgió una situación muy difícil, intenté con todas mis fuerzas dejar de pensar sobre ello	1	2	3	4	5	6
20. Pasé por la mayor parte de los días sin prestar mucha atención.	1	2	3	4	5	6
21. Me dije a mí mismo que no debía sentirme como me sentía	1	2	3	4	5	6
22. Fue muy difícil ver más allá de los pensamientos o sentimientos negativos que tenía	1	2	3	4	5	6
23. No tuve tiempo para enfocarme en las cosas realmente importantes para mí.	1	2	3	4	5	6
24. Experiencias negativas me desviaron de lo que es realmente importante para mí	1	2	3	4	5	6
25. Me esforcé mucho por sacar de mi mente aquellas cosas en las que no quería pensar	1	2	3	4	5	6
26. La mayor parte del tiempo hice mis actividades sin prestar mucha atención.	1	2	3	4	5	6
27. Me dije a mí mismo que no debía pensar de la forma en que estaba pensando	1	2	3	4	5	6

28. Cuando algo malo ocurría, me costó dejar de pensar en ello.	1	2	3	4	5	6
29. Cuando las cosas se pusieron difíciles, fue fácil olvidar lo que realmente valoro.	1	2	3	4	5	6
30. Los pensamientos y sentimientos desagradables perjudicaron mis esfuerzos por enfocarme o comprometerme con mi vida	1	2	3	4	5	6

ANEXO C

Cuestionario de Depresión, Ansiedad y Estrés - 21 (DASS-21; Ruiz et al., 2017b)

Por favor, lea las siguientes afirmaciones y seleccione la opción que indica en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación **durante la SEMANA PASADA**. Considere las opciones:

0	1	2	3
No me ha ocurrido	Me ha ocurrido poco	Me ha ocurrido bastante/en buena parte del tiempo	Me ha ocurrido mucho/la mayor parte del tiempo

1.Me ha costado mucho descargar la tensión	0	1	2	3
2.Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
3.Me costó sentir algún sentimiento positivo	0	1	2	3
4.Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
5.Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6.Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7.Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8.He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía	0	1	2	3
9.Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10.He sentido que nada me ilusionaba	0	1	2	3
11.Me he sentido inquieto	0	1	2	3
12.Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
13.Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14. Me sentí menos tolerante con las cosas que me impidieran realizar mis actividades	0	1	2	3
15. Sentí que estaba punto de tener un ataque de pánico	0	1	2	3
16. Se me hizo difícil entusiasarme por cosas	0	1	2	3
17.Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18. He tendido a molestarme con facilidad	0	1	2	3
19.Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20.Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21.Sentí que la vida no tenía ningún sentido	0	1	2	3

ANEXOD

Cuestionario de Atención Plena (MAAS; Ruiz et al., 2016b)

Por favor, indica con qué frecuencia te ha ocurrido cada una de las situaciones a continuación.:

1	2	3	4	5	6	
Casi siempre	Muy Frecuentemente	Algo frecuente	Algo infrecuente	Muy infrecuente	Casi nunca	
1.Podría sentir una emoción y no ser consciente de ella hasta más tarde	1	2	3	4	5	6
2.Rompo o derramo cosas por descuido, por no poner atención, o por estar pensando en otra cosa.	1	2	3	4	5	6
3.Encuentro difícil estar centrado en lo que está pasando en el presente.	1	2	3	4	5	6
4. Tiendo a caminar rápido para llegar a donde voy sin prestar atención a lo que pienso y siento durante el camino	1	2	3	4	5	6
5. Tiendo a no darme cuenta de sensaciones de tensión física o incomodidad hasta que son muy intensas.	1	2	3	4	5	6
6.Me olvido del nombre de una persona tan pronto me lo dicen por primera vez.	1	2	3	4	5	6
7.Parece como si “funcionara en automático” sin demasiada consciencia de lo que estoy haciendo.	1	2	3	4	5	6
8. Hago las actividades rápido, sin estar realmente atento a ellas.	1	2	3	4	5	6
9. Me concentro tanto en la meta que deseo alcanzar que pierdo contacto con lo que hago en el presente para lograrla.	1	2	3	4	5	6
10. Hago trabajos o actividades de forma automática, sin darme cuenta de lo que estoy haciendo.	1	2	3	4	5	6
11.Me encuentro a mí mismo escuchando a alguien por una oreja y haciendo otra cosa al mismo tiempo.	1	2	3	4	5	6
12. Me muevo en “piloto automático” y luego me pregunto por qué terminé en un determinado lugar.	1	2	3	4	5	6
13.Me encuentro absorto acerca del futuro o el pasado.	1	2	3	4	5	6
14.Me descubro haciendo cosas sin prestar atención.	1	2	3	4	5	6
15.Pico alimentos sin ser consciente de que estoy comiendo.	1	2	3	4	5	6

ANEXO E

Cuestionario de Salud General - 12 (GHQ-12; Ruiz et al., 2017a)

A continuación, se le plantean una serie de preguntas acerca de cómo ha estado de salud en las ÚLTIMAS semanas. Responda considerando la opción que mejor se ajuste a su experiencia

1. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?

- 0. Mejor que lo habitual.
- 1. Igual que lo habitual.
- 2. Menos que lo habitual.
- 3. Mucho menos que lo habitual.

2. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño?

- 0. No, en absoluto.
- 1. Igual que lo habitual.
- 2. Más que lo habitual.
- 3. Mucho más que lo habitual.

3. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?

- 0. Más que lo habitual.
- 1. Igual que lo habitual.
- 2. Menos que lo habitual.
- 3. Mucho menos que lo habitual.

4. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

- 0. Más capaz que lo habitual.
- 1. Igual que lo habitual.
- 2. Menos capaz que lo habitual.
- 3. Mucho menos capaz que lo habitual.

5. ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?

- 0. No, en absoluto.
- 1. Igual que lo habitual.
- 2. Más que lo habitual.
- 3. Mucho más que lo habitual.

6. ¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?

- 0. No, en absoluto.
- 1. Igual que lo habitual.
- 2. Más que lo habitual.
- 3. Mucho más que lo habitual.

7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?

- 0. Más que lo habitual.
- 1. Igual que lo habitual.

- 2. Menos que lo habitual.
- 3. Mucho menos que lo habitual.

8. ¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?

- 0. Más capaz que lo habitual.
- 1. Igual que lo habitual.
- 2. Menos capaz que lo habitual.
- 3. Mucho menos capaz que lo habitual.

9. ¿Se ha sentido triste o deprimido/a?

- 0. No, en absoluto.
- 1. No más que lo habitual.
- 2. Más que lo habitual.
- 3. Mucho más que lo habitual.

10. ¿Ha perdido confianza en sí mismo/a?

- 0. No, en absoluto.
- 1. No más que lo habitual.
- 2. Más que lo habitual.
- 3. Mucho más que lo habitual.

11. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

- 0. No, en absoluto.
- 1. No más que lo habitual.
- 2. Más que lo habitual.
- 3. Mucho más que lo habitual.

12. ¿Se siente feliz a pesar de sus circunstancias?

- 0. Más feliz que lo habitual.
- 1. Igual que lo habitual.
- 2. Menos feliz que lo habitual.
- 3. Mucho menos feliz que lo habitual.

ANEXO F
Cuestionario de Validación para Jueces Expertos

Instrucciones.

Por favor escriba la puntuación de cada ítem según su apreciación, necesitando: 1 = modificación completa, 2 = modificación parcial y 3 = no modificar. Y redacte las sugerencias de modificaciones en la columna “observaciones”.

PARTE I

Ítem original en inglés	Ítem traducido al español	Traducción	Redacción	Adecuación constructo	Pertinencia población	Observaciones
1.I was receptive to observing unpleasant thoughts and feelings without interfering with them.	1. Estuve receptivo a observar mis pensamientos y sentimientos desagradables sin intentar interferir con ellos o controlarlos.					
2.I was attentive and aware of my emotions	2. Estuve atento y consciente de mis emociones					
3.Even when I felt hurt or upset, I tried to maintain a broader perspective	3. A pesar de sentirme herido o molesto, traté de mantener una perspectiva más amplia de mí mismo en diversos contextos y tiempos					
4.I was able to let negative feelings come and go without getting caught up in them	4. Pude dejar que los sentimientos negativos aparecieran y se fueran sin quedar atrapado en ellos.					
5.I was very in-touch with what is important to me and my life	5. Estuve bastante en contacto con lo que es importante para mí y mi vida					
6.Even when I stumbled in my efforts, I didn't quit working toward what is important	6. Seguí esforzándome en lo que es importante para mí, a pesar los tropiezos que enfrenté					
7.I tried to make peace with my negative thoughts and feelings rather than resisting them	7. Traté de hacer las paces con mis pensamientos y sentimientos desagradables en vez de resistirme a ellos					
8.I was in tune with my thoughts and feelings from moment to moment	8. Estaba en sintonía con mis pensamientos y sentimientos momento a momento.					
9.I carried myself through tough moments by seeing	9. Pasé por situaciones difíciles intentando ver mi vida desde un					

my life from a larger viewpoint	punto de vista más amplio y tomando perspectiva					
10. When I was upset, I was able to let those negative feelings pass through me without clinging to them	10. Cuando estuve molesto, me permití experimentar sentimientos negativos sin aferrarme a ellos.					
11. I stuck to my deeper priorities in life	11. Me aferré a mis mayores prioridades en la vida					
12. Even when times got tough, I was still able to take steps toward what I value in life	12. Pude dar pasos hacia lo que valoro en la vida, incluso cuando las cosas se pusieron difíciles.					
13. I made room to fully experience negative thoughts and emotions, breathing them in rather than pushing them away	13. Hice espacio para experimentar plenamente mis pensamientos y emociones desagradables, en vez de intentar alejarlos.					
14. I paid close attention to what I was thinking and feeling	14. Presté mucha atención a lo que pensaba y sentía					
15. I tried to keep perspective even when life knocked me down	15. Traté de tomar perspectiva, incluso cuando la vida me tumbaba al suelo					
16. When I was scared or afraid, I was able to gently experience those feelings, allowing them to pass	16. Cuando sentí miedo o temor, me permití ir poco a poco experimentando esos sentimientos, dejándolos pasar.					
17. I tried to connect with what is truly important to me on a daily basis	17. Todos los días traté de conectar con lo que es realmente importante para mí					
18. Even when life got stressful and hectic, I still worked toward things that were important to me	18. Trabajé por conseguir cosas importantes para mí, incluso cuando la vida se tornaba estresante y agitada					
19. When I had an upsetting thought or emotion, I tried to give it space rather than ignoring it	19. Cuando me venía un pensamiento o una emoción molesta, traté de darle espacio en vez de ignorarla.					
20. I was in touch with the ebb and flow of my thoughts and feelings	20. Estuve en contacto con el flujo de mis pensamientos y sentimientos.					
21. When I was scared or afraid, I still tried to see the larger picture	21. Cuando sentía miedo o temor, intenté tomar perspectiva y observar el panorama completo de la situación					

22.I was able to step back and notice negative thoughts and feelings without reacting to them	22. Pude dar un paso atrás y notar pensamientos y sentimientos negativos, sin reaccionar a ellos.					
23.Even when it meant making tough choices, I still tried to prioritize the things that were important to me	23. Traté de priorizar las cosas importantes para mí, incluso cuando esto significaba tomar decisiones difíciles					
24.I didn't let set-backs slow me down in taking action toward what I really want in life	24. No dejé que los contratiempos me frenaran a la hora de tomar decisiones para lograr lo que realmente quiero en la vida.					
25.I opened myself to all of my feelings, the good and the bad	25. Me abrí a todos mis sentimientos, lo bueno y lo malo					
26.I strived to remain mindful and aware of my own thoughts and emotions	26. Me esforcé por permanecer atento y consciente de mis propios pensamientos y emociones.					
27.When something painful happened, I tried to take a balanced view of the situation	27. Cuando algo doloroso ocurrió, traté de mantener una visión equilibrada de la situación.					
28.In tough situations, I was able to notice my thoughts and feelings without getting overwhelmed by them	28. En situaciones difíciles, pude notar mis pensamientos y sentimientos sin sentirme abrumado por ellos.					
29.My deeper values consistently gave direction to my life	29. Mis valores más profundos dieron dirección a mi vida.					
30.I didn't let my own fears and doubts get in the way of taking action toward my goals	30. No dejé que mis miedos y dudas se interpusieran en mi camino hacia el logro de mis objetivos.					

PARTE II

Ítem original en inglés	Ítem traducido al español	Traducción	Redacción	Adecuación constructo	Pertinencia población	Observaciones
-------------------------	---------------------------	------------	-----------	-----------------------	-----------------------	---------------

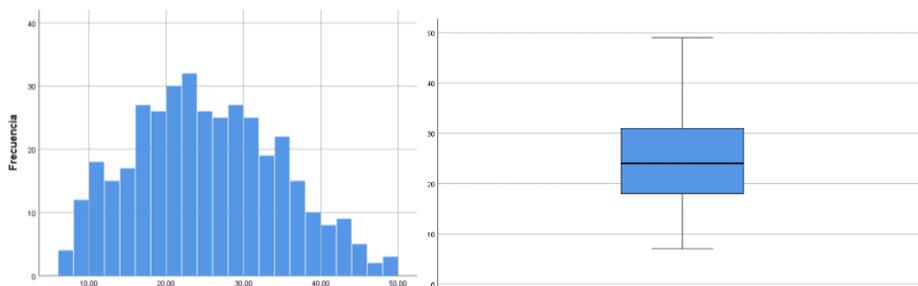
1. When I had a bad memory, I tried to distract myself to make it go away	1. Intenté distraerme de recuerdos negativos para que desaparecieran					
2. I did most things on "automatic" with little awareness of what I was doing.	2. Hice la mayoría de las cosas en "automático", con poca conciencia de lo que estaba haciendo.					
3. I thought some of my emotions were bad or inappropriate and I shouldn't feel them	3. Pensé que algunas de mis emociones eran malas o inapropiadas y no debía sentir las.					
4. Negative thoughts and feelings tended to stick with me for a long time.	4. Los pensamientos y sentimientos negativos tendieron a quedarse conmigo durante mucho tiempo.					
5. My priorities and values often fell by the wayside in my day to day life	5. Todos los días descuidé mis prioridades y valores					
6. Negative feelings often trapped me in inaction	6. Mis sentimientos desagradables me paralizaron					
7. I tried to distract myself when I felt unpleasant emotions	7. Traté de distraerme cuando sentía emociones displacenteras.					
8. I did most things mindlessly without paying much attention.	8. Hice la mayor parte de las cosas sin pensar y sin prestar mucha atención.					
9. I criticized myself for having irrational or inappropriate emotions	9. Me critiqué por tener emociones irracionales o inapropiadas.					
10. Distressing thoughts tended to spin around in my mind like a broken record.	10. Los pensamientos angustiosos daban vueltas en mi mente como un disco rayado.					
11. When life got hectic, I often lost touch with the things I value	11. A menudo perdí el contacto con las cosas que valoro debido al ritmo acelerado de la vida					
12. Negative feelings easily stalled out my plans	12. Los sentimientos negativos fácilmente hicieron que mis planes se estancaran					
13. When unpleasant memories came to me, I tried to put them out of my mind	13. Traté de sacar los recuerdos desagradables que venían a mi mente					
14. I went through most days on auto-pilot without paying much attention to what I was thinking or feeling	14. Pasé la mayoría de los días en piloto automático, sin prestar mucha atención a lo que estaba pensando o sintiendo					

15.I believed some of my thoughts are abnormal or bad and I shouldn't think that way	15. Creí que algunos de mis pensamientos eran anormales o malos y no debía pensar de esa manera.					
16.It was very easy to get trapped into unwanted thoughts and feelings.	16. Fue muy fácil quedar atrapado en pensamientos y sentimientos indeseables.					
17.The things that I value the most often fell off my priority list completely	17. A menudo las cosas que más valoro se anularon completamente de mi lista de prioridades					
18.Getting upset left me stuck and inactive	18. Me quedé atastado e inmóvil porque me molesté					
19.When something upsetting came up, I tried very hard to stop thinking about it	19. Cuando surgió una situación muy difícil, intenté con todas mis fuerzas dejar de pensar sobre ello					
20.I floated through most days without paying much attention.	20. Afronté la mayor parte de los días sin prestar mucha atención.					
21.I told myself that I shouldn't be feeling the way I'm feeling	21. Me dije a mí mismo que no debía sentirme como me sentía					
22.When I had negative thoughts or feelings it was very hard to see past them.	22. Fue muy difícil ver más allá de los pensamientos o sentimientos negativos que tenía					
23.I didn't usually have time to focus on the things that are really important to me	23. No tuve tiempo para concentrarme en las cosas realmente importantes para mí.					
24.Negative experiences derailed me from what's really important	24. Experiencias negativas me desviaron de lo que es realmente importante para mi					
25.If there was something I didn't want to think about, I would try many things to get it out of my mind	25. Me esforcé mucho por sacar de mi mente aquellas cosas en las que no quería pensar					
26.Most of the time I was just going through the motions without paying much attention	26. La mayor parte del tiempo hice mis actividades sin prestar mucha atención.					
27.I told myself I shouldn't be thinking the way I was thinking	27. Me dije a mí mismo que no debía pensar de la forma en que estaba pensando					
28.When something bad happened it was hard for me to stop thinking about it.	28. Cuando algo malo ocurría, me costó dejar de pensar en ello.					

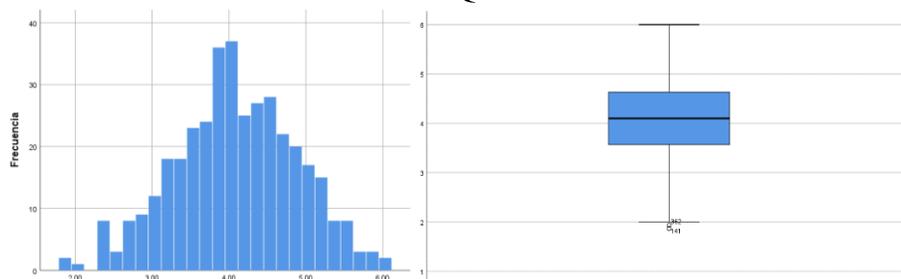
29. When times got tough, it was easy to forget about what I truly value	29. Cuando las cosas se pusieron difíciles, fue fácil olvidar lo que realmente valoro.						
30. Unpleasant thoughts and feelings easily overwhelmed my efforts to deepen my life	30. Los pensamientos y sentimientos desagradables perjudicaron mis esfuerzos por enfocarme o comprometerme con mi vida						

ANEXO G

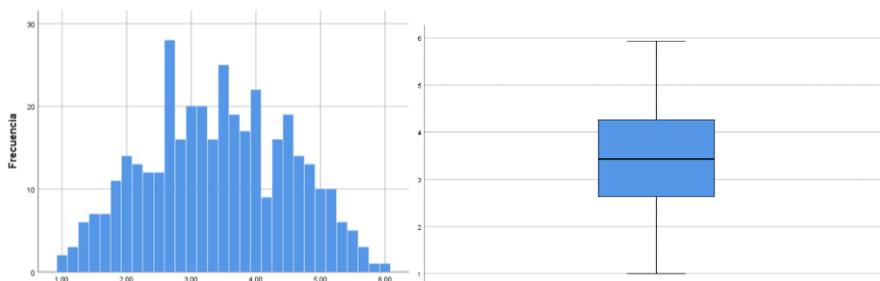
Gráficos Histograma y Caja y Bigote de las distribuciones de las escalas



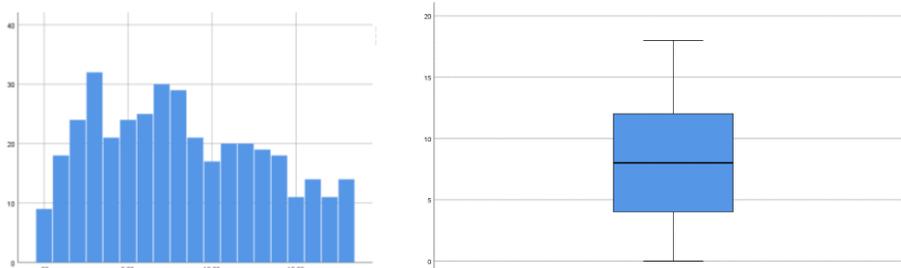
AAQ-II



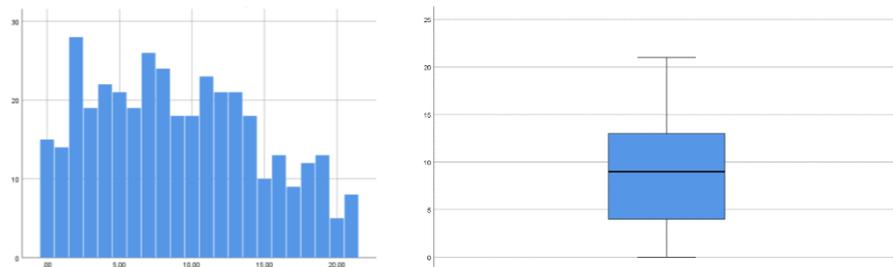
MPFIA



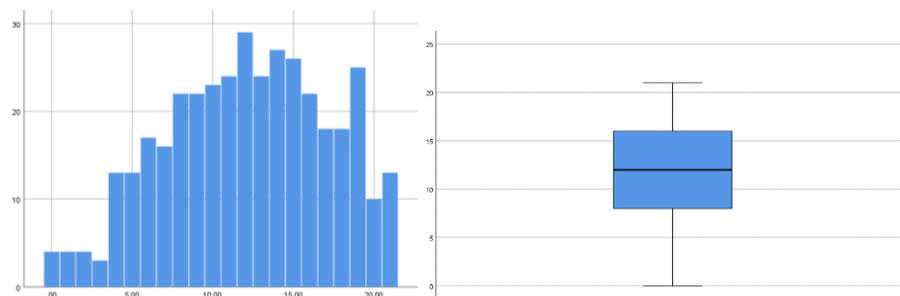
MPFIB



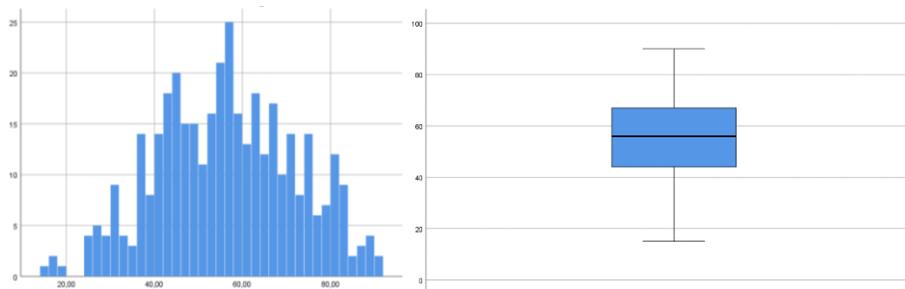
DASS-D



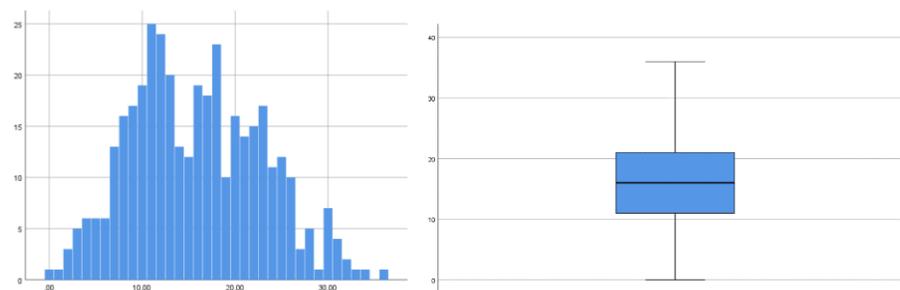
DASS-A



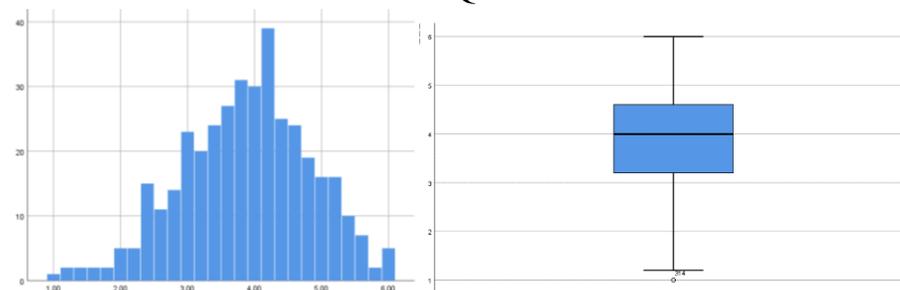
DASS-E



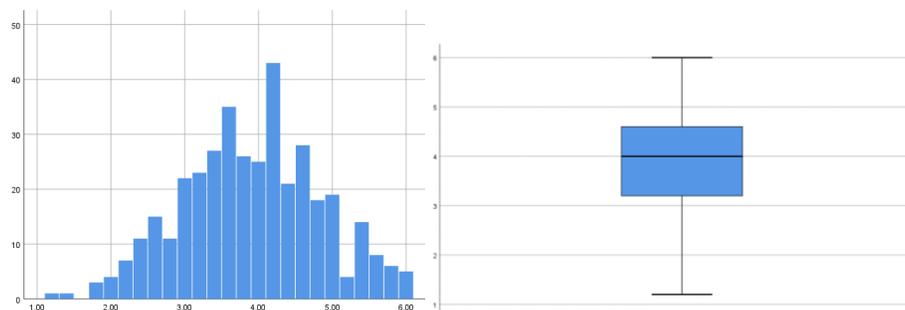
MAAS



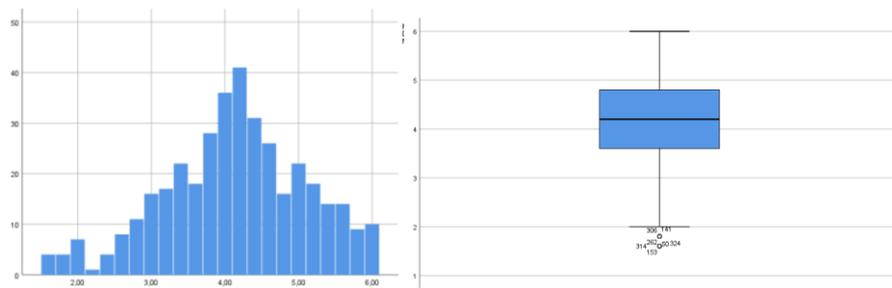
GHQ-12



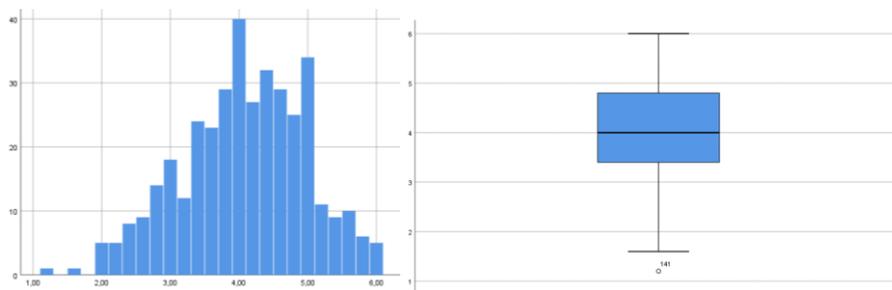
MPFI1



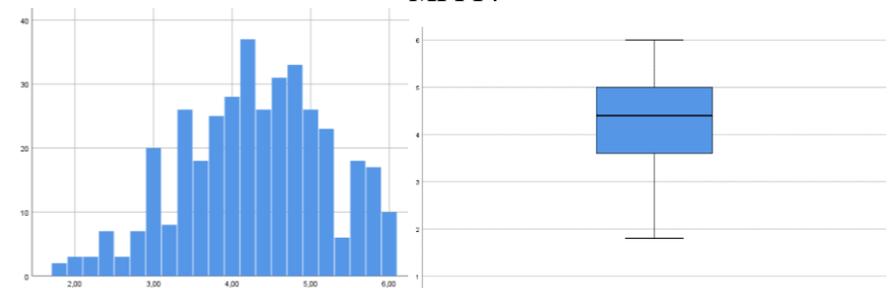
MPFI2



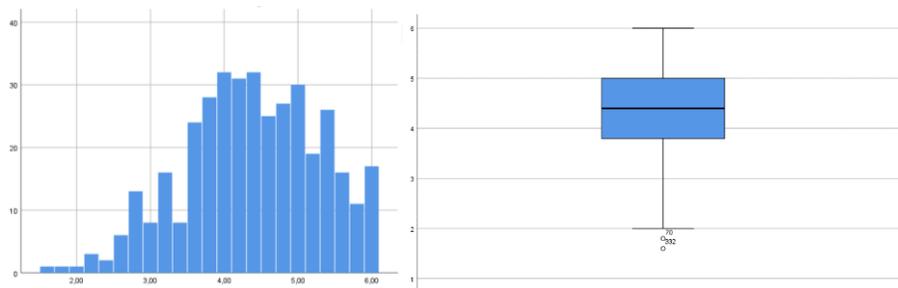
MPFI3



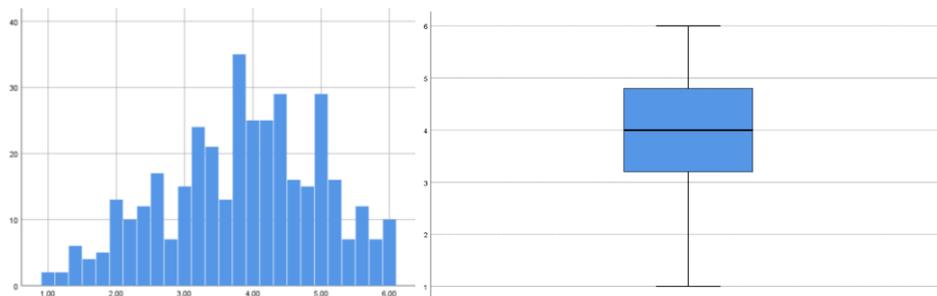
MPFI4



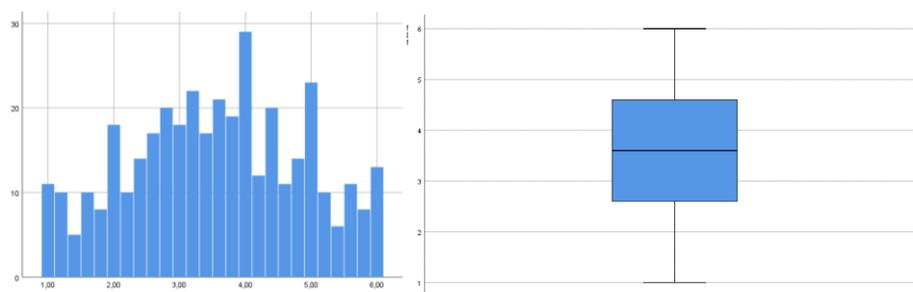
MPFI5



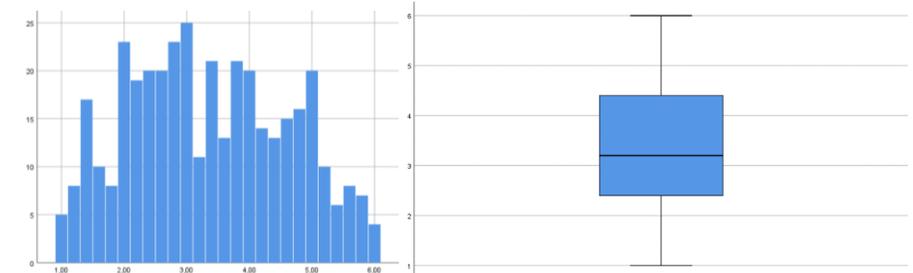
MPFI6



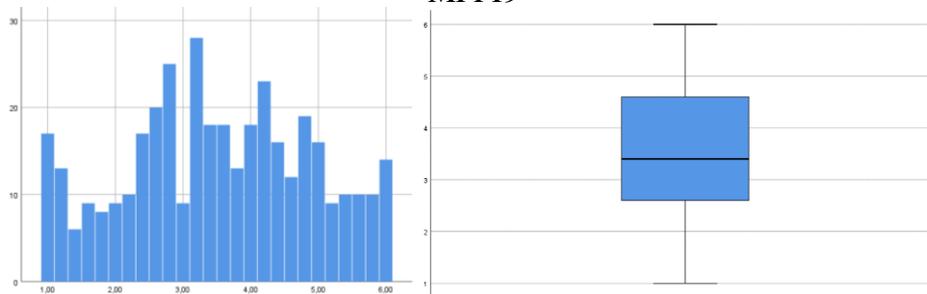
MPFI7



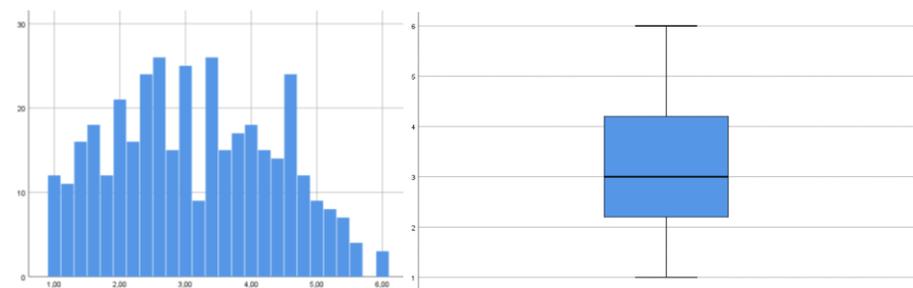
MPFI8



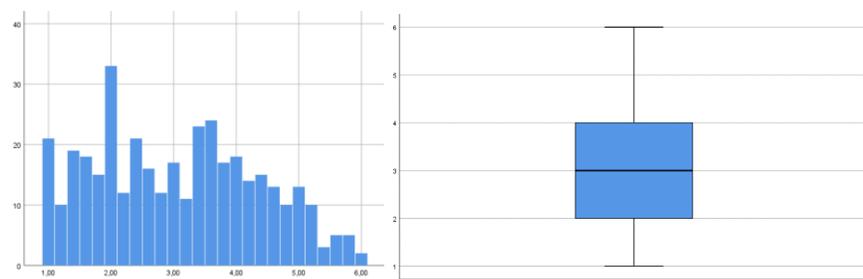
MPFI9



MPFI10



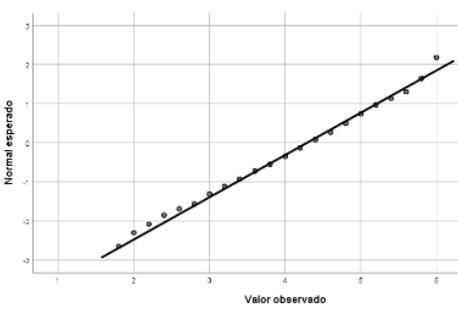
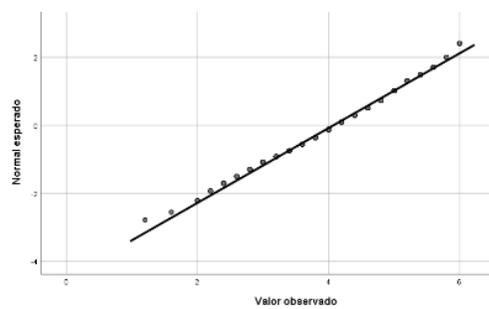
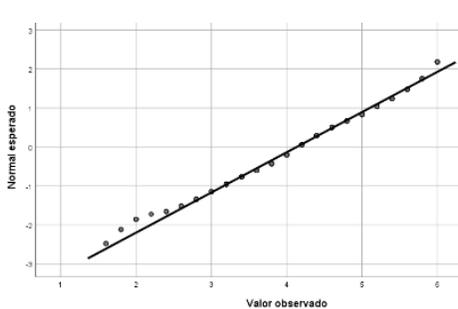
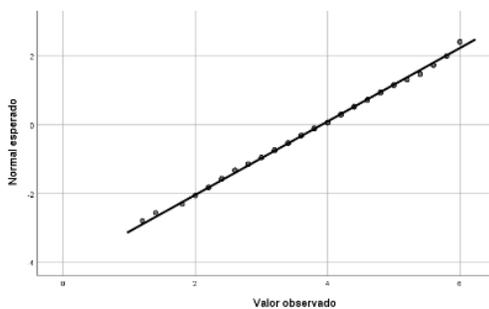
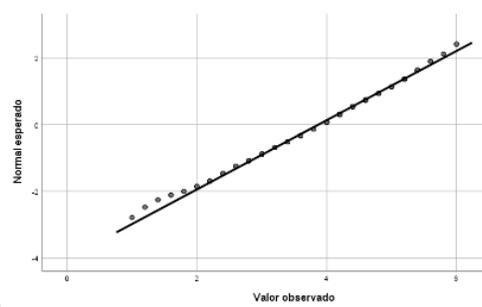
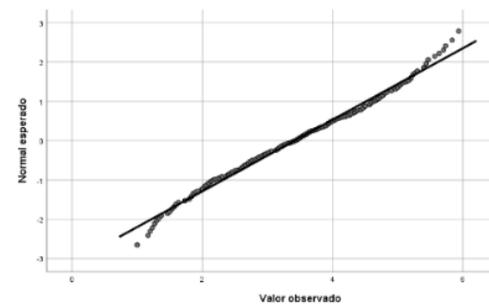
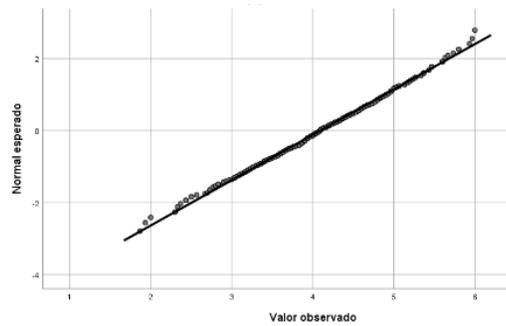
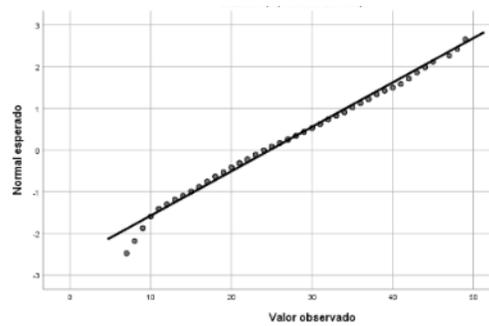
MPFI11

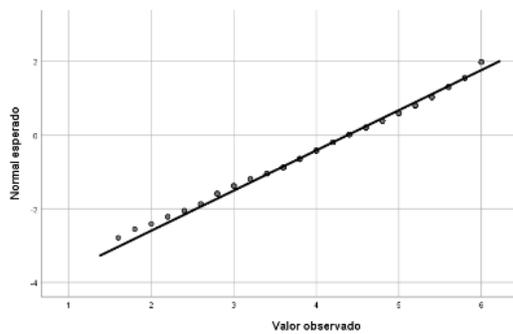


MPFI12

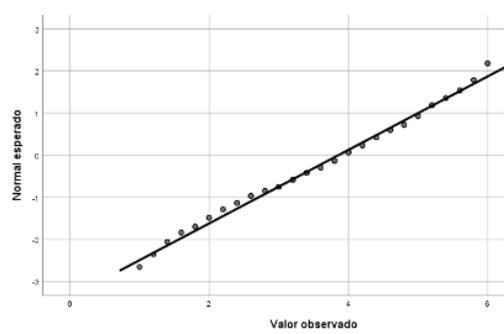
ANEXO H

Gráficos Q-Q Normal de las escalas.

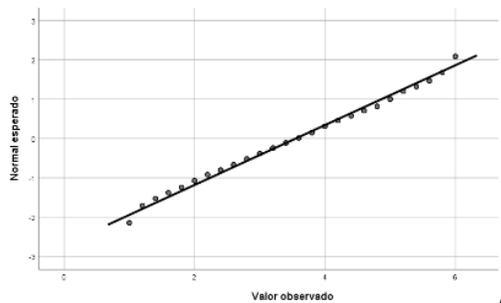




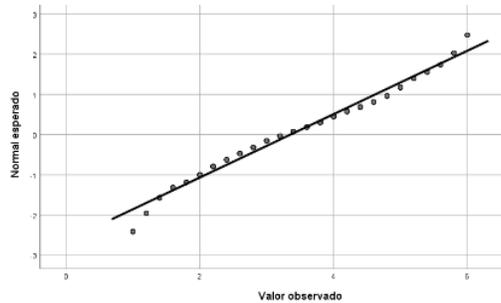
(I)



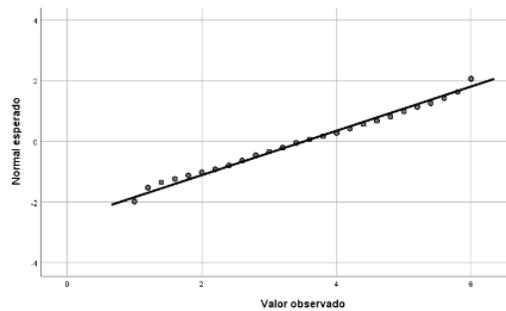
(J)



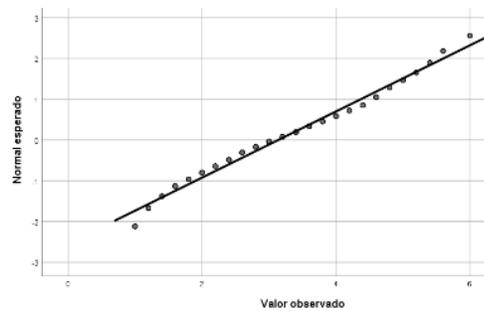
(K)



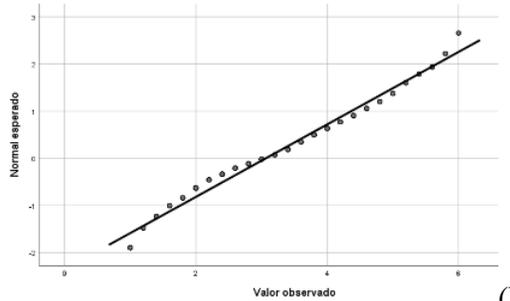
(L)



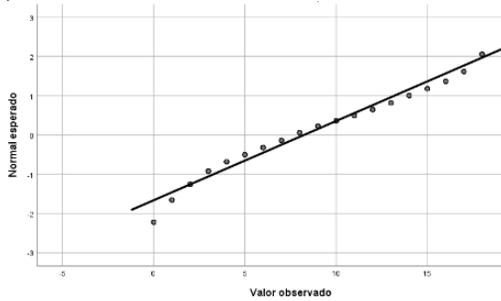
(M)



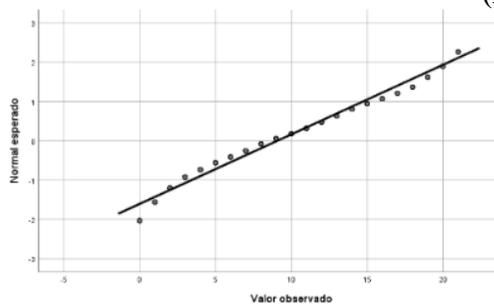
(N)



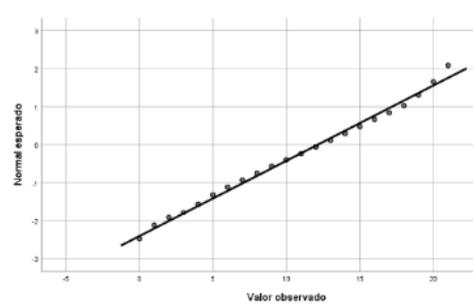
(O)



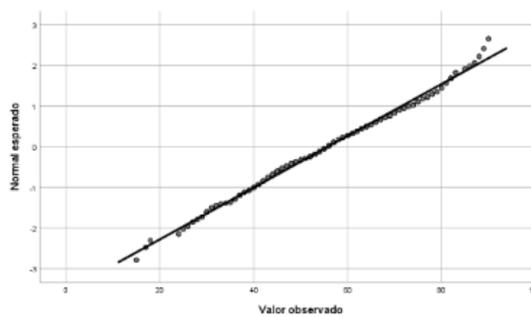
(P)



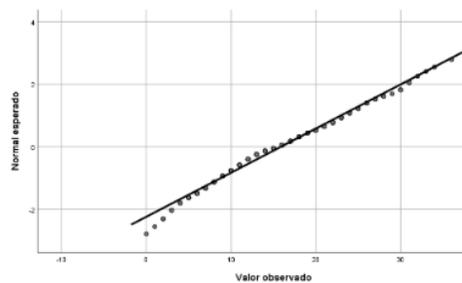
(Q)



(R)



(S)



(T)

Nota: (A) AAQII; (B) MPFIA; (C) MPFIB; (D) MPFI1; (E) MPFI2; (F) MPFI3; (G) MPFI4; (H) MPFI5; (I) MPFI6; (J) MPFI7; (K) MPFI8; (L) MPFI9; (M) MPFI10; (N) MPFI11; (O)MPFI12; (P) DASS-21D; (Q) DASS-21A; (R) DASS-21E; (S) MAAS; (T) GHQ-12.