

Universidad de Flores  
Doctorado en Psicología



TESIS DOCTORAL

Adaptación y validación del Cuestionario de Fusión Cognitiva  
(CFQ) para población argentina

Doctoranda:

Paula Soledad José Quintero

Director:

Dr. Ricardo Rodríguez Biglieri

Buenos Aires, 2016

**Tema:** Esta tesis se propone analizar las propiedades psicométricas del Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ) adaptado para la población local en una muestra de población general de CABA y Conurbano Bonaerense.

**Nombre y apellido del doctorando:** Paula Soledad José Quintero

**Título de grado:** Licenciada en Psicología

**Legajo:** 17803

**E-mail:** paulaquin@gmail.com

**Tel.:** 1554768764

**Director de Tesis:** Dr. Ricardo Rodríguez Biglieri

**Tutor metodológico:** Dr. Edgardo Etchezahar

## Índice

|  |    |
|--|----|
| <b>Introducción</b> .....  | 12 |
| <b>Capítulo 1: El rol de los pensamientos en el Sufrimiento Humano. Nociones precursoras de la Fusión/Defusión Cognitiva</b> ..... | 18 |
| 1.1. Oriente: La ubicuidad del sufrimiento humano y su fuente en el apego.....   | 18 |
| 1.2. Occidente: la meta de la ataraxia o “paz de la mente”.....  | 20 |
| 1.3. Aceptación, desapego y distanciamiento en el campo de la Psicoterapia.....  | 21 |
| 1.4. Elaboraciones teóricas actuales sobre modos de relación con los pensamientos.   | 28 |
| 1.4.1. Distanciamiento.....  | 28 |
| 1.4.2. Descentramiento.....  | 30 |
| 1.4.3. Modelo Metacognitivo.....   | 31 |
| 1.4.4. Fusión pensamiento-acción.....  | 33 |
| 1.4.5. Mindfulness.....  | 34 |
| 1.4.6. Defusión Cognitiva.....   | 36 |
| <b>Capítulo 2: Fusión y Defusión Cognitiva: Procesos del modelo ACT</b> .....  | 38 |
| 2.1. El Contexto de Literalidad y la Fusión Cognitiva.....   | 42 |
| 2.2. Modelo Hexaflex y Fusión/Defusión Cognitiva.....  | 45 |
| 2.3. Investigaciones sobre Fusión Cognitiva y Psicopatología.....  | 51 |
| 2.3.1. Fusión y Defusión en Muestras No Clínicas.....  | 52 |
| 2.3.2. Fusión y Defusión en Estrés, Disforia y baja Autoestima.....  | 58 |
| 2.3.3. Fusión y Defusión en Depresión.....   | 59 |
| 2.3.4. Fusión y Defusión en Trastornos de la Conducta Alimentaria.....   | 61 |
| 2.3.5. Fusión y Defusión en Abuso de sustancias.....   | 64 |
| 2.3.6. Fusión y Defusión en Psicosis.....  | 67 |

|  |           |
|--|-----------|
| 2.3.7. Fusión y Defusión en Trastornos de Ansiedad.....                                      | 69        |
| 2.3.8. Fusión y Defusión en Dolor Crónico.....   | 74        |
| <b>Capítulo 3: Fusión Cognitiva: Instrumentos psicométricos para su evaluación.....</b>      | <b>76</b> |
| 3.1. Instrumentos basados en la operacionalización de fusión como credibilidad.....          | 77        |
| 3.1.1. Cuestionario de Pensamientos Automáticos-Credibilidad.....                            | 77        |
| 3.1.2. Cuestionario de Credibilidad en Pensamientos y Sentimientos de Ansiedad.....          | 78        |
| 3.1.3. Escala de Credibilidad en Actitudes Estigmatizantes.....                              | 80        |
| 3.2. Instrumentos basados en una operacionalización amplia de fusión cognitiva.....          | 81        |
| 3.2.1. Cuestionario de Experiencias.....   | 81        |
| 3.2.2. Cuestionario de Evitación y Fusión para Jóvenes.....                                  | 83        |
| 3.2.3. Cuestionario de Aceptación y Acción.....  | 85        |
| 3.2.4. Escala Drexel de Defusión.....  | 86        |
| 3.2.5. Escala de Inflexibilidad Psicológica ante el Dolor.....                               | 88        |
| 3.3. Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ).....   | 90        |
| 3.3.1. Desarrollo inicial de los ítems.....  | 91        |
| 3.3.2. Estudio 1: Análisis factorial exploratorio y reducción de los ítems.....              | 91        |
| 3.3.3. Estudio 2: Análisis factorial confirmatorio.....                                      | 92        |
| 3.3.4. Estudio 3: Validez de constructo.....   | 93        |
| 3.3.5. Estudio 4: Validez de criterio, consistencia interna y confiabilidad test-retest..... | 95        |
| 3.3.6. Estudio 5: Sensibilidad al Tratamiento.....   | 95        |
| 3.4. Validaciones y traducciones del CFQ.....  | 96        |

|   |     |
|---|-----|
| <b>Capítulo 4: El problema de investigación: relevancia y objetivos</b> ..... | 99  |
| 4.1. Objetivo General.....  | 100 |
| 4.2. Objetivos específicos.....   | 100 |
| 4.3. Hipótesis centrales del estudio.....                                     | 101 |
| <br>  |     |
| <b>Capítulo 5: Método</b> .....   | 102 |
| 5.1. Consideraciones generales sobre el Diseño de Investigación.....          | 102 |
| 5.2. Etapa 1.....   | 102 |
| 5.2.1. Objetivos.....   | 102 |
| 5.2.2. Procedimiento.....   | 102 |
| 5.2.2.1. <i>Análisis de datos</i> .....                                       | 103 |
| 5.3. Etapa 2.....   | 103 |
| 5.3.1. Objetivos.....   | 103 |
| 5.3.2. Participantes.....   | 104 |
| 5.3.3. Instrumentos.....  | 106 |
| 5.3.4. Procedimiento.....   | 109 |
| 5.3.4.1. <i>Análisis de datos</i> .....                                       | 110 |
| <br>  |     |
| <b>Capítulo 6: Resultados</b> .....   | 112 |
| 6.1. Adaptación lingüística y conceptual y confiabilidad interjueces.....     | 112 |
| 6.2. Análisis descriptivo de los ítems de la escala CFQ.....                  | 116 |
| 6.2.1. Análisis descriptivo de los ítems de la escala CFQ.....                | 117 |

|   |            |
|---|------------|
| 6.2.2. Diferencia de medias por sexo.....                           | 118        |
| 6.3. Confiabilidad.....   | 119        |
| 6.4. Validez de constructo.....                                     | 120        |
| 6.4.1. Índices de ajuste.....                                       | 123        |
| 6.5. Validez Externa.....   | 124        |
| 6.6. Validez predictiva del CFQ.....                                | 127        |
| <b>Capítulo 7: Discusión y Conclusiones.....</b>                    | <b>129</b> |
| 7.1. Datos descriptivos.....  | 130        |
| 7.2. Confiabilidad.....   | 130        |
| 7.3. Validez de Constructo.....                                     | 131        |
| 7.4. Validez externa.....   | 132        |
| 7.4.1. El CFQ y la inflexibilidad psicológica.....                  | 132        |
| 7.4.2. El CFQ y medidas de rumiación y preocupación.....            | 137        |
| 7.4.3. El CFQ y medidas de bienestar psicológico y mindfulness..... | 141        |
| 7.5. Diferencia de medias por sexo.....                             | 144        |
| 7.6. Limitaciones del presente estudio.....                         | 147        |
| 7.7. Recomendaciones para futuras investigaciones.....              | 149        |
| 7.8. Conclusiones.....  | 151        |

|  |     |
|--|-----|
| <b>Referencias</b> .....                             | 153 |
| Anexo A protocolos etapa 1.....                      | i   |
| Anexo B protocolos etapa 2.....                      | ii  |
| Anexo C versión final del CFQ versión argentina..... | iii |

## Índice de Siglas

|                 |   |
|-----------------|---|
| <b>AAQ:</b>     | Cuestionario de Aceptación y Acción ( <i>Acceptance and Action Questionnaire</i> )  |
| <b>ACT:</b>     | Terapia de Aceptación y Compromiso ( <i>Acceptance and Commitment Therapy</i> )   |
| <b>AFQ-Y:</b>   | Cuestionario de Evitación y Fusión para Jóvenes ( <i>Acceptance and Fusion Questionnaire for Youth</i> )                                    |
| <b>ATQ:</b>     | Cuestionario de Pensamientos Automáticos ( <i>Automatic thoughts questionnaire</i> )  |
| <b>ATQ-B:</b>   | Cuestionario de Pensamientos Automáticos-Credibilidad ( <i>Automatic thoughts questionnaire-believability</i> )                             |
| <b>BA:</b>      | Terapia de Activación Conductual ( <i>Behavioral Activation</i> )   |
| <b>BAFT:</b>    | Cuestionario de Credibilidad en Pensamientos y Sentimientos de Ansiedad ( <i>The Believability of Anxious Feelings and Thoughts Scale</i> ) |
| <b>BIEPS-A:</b> | Escala de Bienestar Psicológico en Adultos  |
| <b>CAS:</b>     | Síndrome cognitivo atencional ( <i>Cognitive Attentional Syndrome</i> )   |
| <b>CERQ:</b>    | Cuestionario de Estrategias Cognitivas de Regulación Emocional ( <i>Cognitive Emotion Regulation Questionnaire</i> )                        |
| <b>CFQ:</b>     | Cuestionario de Fusión Cognitiva ( <i>Cognitive Fusion Questionnaire</i> )  |
| <b>CFQ-VA:</b>  | Cuestionario de Fusión Cognitiva-versión argentina  |
| <b>DBT:</b>     | Terapia Dialéctico Conductual ( <i>Dialectical Behavior Therapy</i> )   |
| <b>DDS:</b>     | Escala Drexel de Defusión ( <i>Drexel Defusion Scale</i> )  |
| <b>EQ:</b>      | Cuestionario de Experiencias ( <i>Experience Questionnaire</i> )  |
| <b>ERP:</b>     | Exposición y Prevención de Respuesta ( <i>Exposure and response prevention</i> )  |
| <b>FAP:</b>     | Psicoterapia Analítico Funcional ( <i>Functional Analytic Psychotherapy</i> )   |
| <b>IBCT:</b>    | Terapia Conductual Integrativa de Pareja ( <i>Integrative Behavioral Couple Therapy</i> )   |
| <b>IRAP:</b>    | Procedimiento de Evaluación de Relaciones Implícitas ( <i>Implicit Relational Assessment Procedure</i> )                                    |

|              |   |
|--------------|---|
| <b>ITSF</b>  | Programa de Doce Pasos Intensivo ( <i>Intensive Twelve-Step Facilitation</i> )                          |
| <b>MAAS</b>  | Escala de Atención y Conciencia Plena ( <i>Mindful Attention Awareness Scale</i> )                      |
| <b>MBCT:</b> | Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness ( <i>Mindfulness Based Cognitive Therapy</i> )                  |
| <b>MBSR</b>  | Programa de Reducción de Estrés Basado en Mindfulness ( <i>Mindfulness Based Stress Reduction</i> )     |
| <b>PIPS:</b> | Escala de Inflexibilidad Psicológica ante el Dolor ( <i>Psychological Inflexibility in Pain Scale</i> ) |
| <b>PSQW:</b> | Cuestionario de Preocupaciones del Estado de Pensilvania ( <i>Penn State Worry Questionnaire</i> )      |
| <b>RFT:</b>  | Teoría de los Marcos Relacionales ( <i>Relational Frame Theory</i> )                                    |
| <b>SAB:</b>  | Escala de Credibilidad en Actitudes Estigmatizantes ( <i>Stigmatizing Attitudes–Believability</i> )     |
| <b>TAF:</b>  | Fusión pensamiento-acción ( <i>Thought Action Fusion</i> )  |
| <b>TAG:</b>  | Trastorno de Ansiedad Generalizada  |
| <b>TAU:</b>  | Tratamiento Usual ( <i>Treatment as Usual</i> )   |
| <b>TCC:</b>  | Terapia Cognitivo Conductual  |
| <b>TOC:</b>  | Trastorno obsesivo-compulsivo   |

## **Agradecimientos**

A *Ricardo Rodríguez Biglieri*, quien se dedicó con total compromiso a la tarea de acompañarme en este proceso de aprendizaje, con gran generosidad, y de quién he aprendido mucho a nivel académico y también a nivel humano.

A *Nélida*, por los tantos sacrificios realizados en pos de que yo pueda crecer, siempre. Y porque mi alegría es la suya.

A *Fabián*, quién fue mi casa durante este proceso, donde pude encontrar siempre refugio, estímulo y apoyo, y más fe en mí de la que yo misma tengo.

A *Sofía*, por mostrarme, cada vez, qué es lo verdaderamente importante.

A *Edgardo Etchezahar*, por su gran disposición y su paciencia.

A los docentes de la UFLO que me han acompañado en este camino y a mis compañeros de doctorado, por el estímulo de nuestros intercambios para seguir avanzando.

A todas las personas que generosamente colaboraron llenando o compartiendo las encuestas.

A *Almendra*, por su compañía silenciosa.

Dedicado a los investigadores y clínicos que puedan encontrar de utilidad este trabajo para seguir construyendo una mejor psicología que pueda dar más adecuadas respuestas al sufrimiento humano.

## Introducción

La mayoría de las psicoterapias lidian, explícita o implícitamente, con los efectos que los pensamientos y emociones de las personas tienen sobre su conducta manifiesta. Dentro de la perspectiva tradicional occidental de la psicoterapia, ciertas emociones y pensamientos indeseados son propuestos como la causa de patrones conductuales problemáticos y, en base a esto, esos pensamientos y emociones suelen ser blancos de cambio, control o eliminación (Hayes & Wilson, 1994).

Con una propuesta diferente, durante los últimos 20 años, han surgido una serie de intervenciones dentro del campo de la psicoterapia conductual que, en conjunto, han recibido la denominación de “terapias conductuales de tercera ola” (Hayes, 2004). Dentro de estas terapias conductuales emergentes, la que ha recibido mayor visibilidad es la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, *Acceptance and Commitment Therapy*, por sus siglas en inglés).

La meta esencial de ACT es tratar la evitación emocional, la respuesta literal excesiva al contenido cognitivo y la dificultad para hacer y mantener compromisos de cambio conductual (Zettle & Hayes, 1986), con el objetivo de que la persona pueda vivir su vida de acuerdo a sus valores personales, es decir, que pueda tener conductas efectivas guiadas por aquello que le es importante en su vida.

Este modelo pone el acento en la *relación* que las personas tienen con sus pensamientos -eventos mentales- más que en el *contenido* de dichos pensamientos, ya que considera que dicha relación es más relevante a la hora de predecir las consecuencias emocionales y conductuales de la cognición (Gillanders et al., 2014)

Parte de las intervenciones de ACT están destinadas a cambiar el modo en que las personas se relacionan con sus eventos mentales debido, también, a que ver a los pensamientos y emociones como un problema a controlar o eliminar puede acarrear la consecuencia no deseada de amplificarlos (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2011).

Estos fenómenos relativos al control y a la supresión del pensamiento han sido ampliamente estudiados y han recibido el nombre de “procesos irónicos o paradójales” (Wegner, Schneider, Carter & White, 1987). Mientras que la técnica de la reestructuración cognitiva, propia de las terapias cognitivo-conductuales de segunda ola, apunta a la modificación del contenido de los pensamientos, la perspectiva de ACT sugiere que los intentos de cambio y control de estos eventos internos no sólo pueden resultar inefectivos sino, paradójicamente, resultar contraproducentes. De este modo, en lugar de intentar cambiar el contenido o frecuencia de los eventos privados, ACT intenta alterar sus funciones psicológicas a través de alterar el contexto social/verbal en el que estos eventos privados suceden.

En la literatura de ACT, el término *defusión cognitiva*, y su contraparte la *fusión cognitiva*, son utilizados para referir a la *relación psicológica* que se tiene con los procesos verbales /cognitivos.

Desde un punto de vista teórico, la *fusión cognitiva* es un subproducto natural de los procesos del lenguaje, que ocurre cuando las descripciones verbales -es decir, pensamientos, evaluaciones de experiencias físicas o emocionales- de una realidad posible y externa pasan a adquirir las mismas propiedades del evento externo que estas evaluaciones verbales describen (Eifert & Forsyth, 2011). La fusión cognitiva constituye un proceso específico propuesto como un mecanismo psicopatológico central –y transdiagnóstico- que consiste en

la tendencia a creer en el contenido literal de los pensamientos, y, en un sentido más general, que conduce a la excesiva regulación de la conducta por procesos verbales (Hayes et al., 2011). Cuando una persona está fusionada cognitivamente, su comportamiento está más dominado por el contenido de sus pensamientos y menos influenciado por el contacto directo con las contingencias ambientales, de modo que tiende a responder de manera inconsistente respecto a lo que el ambiente destaca como relevante en vistas a sus metas y valores elegidos (Luciano & Hayes, 2001).

Diferentes investigaciones mostraron que altos niveles de fusión cognitiva estaban asociados a mayores niveles de depresión, ansiedad, burnout y estrategias de afrontamiento maladaptativas y a menores niveles de calidad de vida y satisfacción con la vida (Eifert, Forsyth, Arch, Espejo, Keller, & Langer, 2009; Fergus, Valentiner, Gillen, Hiraoka & Twohig, 2012).

El proceso opuesto a la fusión cognitiva, desde esta perspectiva, es la *defusión cognitiva* y fue definida como la habilidad de observar los propios pensamientos como simples eventos mentales en lugar de como representaciones “literales” de la realidad (Blackledge, 2015). En otras palabras, la defusión cognitiva es un proceso que debilita la influencia de los pensamientos sobre la conducta y la experiencia, sin necesariamente cambiar su contenido y frecuencia.

A pesar de constituir la fusión cognitiva un foco central de intervenciones clínicas y de investigación empírica, son escasos los instrumentos que se han construido para medir esta variable y la mayoría de ellos fueron diseñados para medirla en poblaciones específicas.

Gillanders y colaboradores (2014) desarrollaron una medida de fusión cognitiva (CFQ, *Cognitive Fusion Questionnaire*) con un enfoque transdiagnóstico, diseñándola para medir el grado de fusión con cogniciones en general, más que con formas particulares de cognición (por ejemplo, con pensamientos ansiógenos) en un amplio rango de poblaciones diversas, clínicas y no clínicas. El CFQ es una escala auto-administrada de 7 ítems que evalúa el grado de fusión cognitiva. El rango de respuestas es presentado en una escala likert que va de 1= nunca cierto a 7=siempre cierto. Esta escala fue validada en idioma inglés (su idioma original) en una gran variedad de poblaciones clínicas y no clínicas, utilizando muestras mixtas de servicios de salud mental, incluyendo pacientes con depresión, ansiedad, estrés postraumático, estrés en el trabajo, esclerosis múltiple y cuidadores de personas con demencia, presentando excelentes propiedades psicométricas.

El desarrollo del Cuestionario de Fusión Cognitiva ha constituido un aporte fundamental debido a su mayor alcance y especificidad.

En nuestro país no contamos con un instrumento validado para nuestra población que mida esta variable de forma independiente.

La presente tesis tiene por objetivo general adaptar y validar el Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ) en una muestra de población local.

Los objetivos específicos que guían la presente investigación consisten en realizar la adaptación lingüística y conceptual del instrumento, realizar un análisis descriptivo de los ítems, y evaluar distintos tipos de confiabilidad -consistencia interna y la confiabilidad test-retest-, confirmar la estructura factorial del instrumento (validez de constructo) y evaluar la

validez externa (convergente y divergente). Finalmente explorar el potencial rol mediador de la fusión cognitiva como predictor de niveles de preocupación patológica.

Los resultados del proceso de investigación podrán contribuir a que tanto clínicos como investigadores cuenten con un instrumento válido para medir el constructo de fusión cognitiva en nuestra población local.

La presente tesis se compone de siete capítulos. En el capítulo 1, se recorren las nociones precursoras de los conceptos de fusión y de defusión cognitiva, tanto en Oriente como en Occidente, y cómo éstas han arribado al campo de la psicoterapia occidental. Asimismo se reseñan conceptos contemporáneos hallados en la literatura científica que presentan similitudes con el de fusión/defusión cognitiva y los fenómenos a los que se refiere.

En el capítulo 2 se definen con precisión los conceptos de fusión y de defusión cognitiva presentándolos en el marco de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) de la cual constituyen procesos centrales. Asimismo se describen los principales postulados teóricos de ACT y se reseñan las investigaciones que destacan el rol fundamental de la fusión cognitiva dentro de la psicopatología.

En el capítulo 3 se presenta una reseña de los diversos instrumentos disponibles para evaluar la fusión cognitiva, con sus potencialidades y limitaciones. Luego se presenta en detalle el Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ, Gillanders et al., 2014)

El capítulo 4 detalla el problema de la presente investigación, su relevancia y sus objetivos. Asimismo incluye las hipótesis planteadas en lo relativo a correlaciones esperadas con otras variables.

El capítulo 5 describe el método utilizado, informando el tipo de diseño, los participantes, los instrumentos de recolección de datos, el procedimiento de análisis de datos así como los aspectos éticos.

En el capítulo 6 se informan los resultados en relación a los objetivos de la investigación.

Finalmente, el capítulo 7 incluye una discusión sobre los resultados y también conclusiones que contemplan las limitaciones de la presente investigación así como recomendaciones para futuras investigaciones.

## Capítulo 1

### El rol de los pensamientos en el sufrimiento humano

#### *Nociones precursoras de la fusión/defusión cognitiva*

El sufrimiento humano y su relación con los pensamientos –o eventos mentales, como nos referiremos a ellos en ocasiones de forma indistinta- ha sido objeto de atención desde épocas remotas tanto para las doctrinas religiosas como para algunas corrientes filosóficas.

El objetivo de este capítulo es citar algunas ideas precursoras antecedentes del concepto de fusión/defusión cognitiva -tema específico que será desarrollado en detalle más adelante y que refiere al apego a los pensamientos como un proceso psicopatológico fuente de sufrimiento- y mostrar cómo han impactado dichas ideas en el campo de la psicoterapia. También pretende detallar conceptos contemporáneos similares que pueden encontrarse en la literatura científica mostrando la relevancia de esta área de estudio para los desarrollos psicoterapéuticos actuales.

#### **1.1. Oriente: la ubicuidad del sufrimiento humano y su fuente en el apego**

Alrededor de 2500 años atrás, Sidarta Gautama (Buda) atribuyó el sufrimiento humano a la tendencia a *aferrarse* a pensamientos, personas, objetos y formas de actuar y sentir en el mundo. Las Cuatro Nobles Verdades enunciadas por Buda comienzan con la idea de que el sufrimiento es ubicuo y omnipresente -toda existencia es sufrimiento-. En su primer sermón luego de la iluminación dice: *“nacer es sufrimiento, morir es sufrimiento; la pena, el dolor, el duelo, la desilusión son sufrimiento; la separación de lo amado es sufrimiento; no obtener lo que se desea es sufrimiento”* (Dhamma & Sumedho, 1997).

La fuente del sufrimiento, según las cuatro verdades, es el apego. Kapleau sostiene que según el budismo el sufrimiento es generado por la tendencia mental al esencialismo basada en experimentar a los pensamientos, emociones, conductas y al yo como elementos discretos y permanentes (Kapleau, 1989). En esta misma dirección, Hart sostiene que lo que se ha propuesto como la causa real del sufrimiento es la reacción de la mente: lo que Buda llamó en su primera lección *tanha* (sed) es el hábito mental de un anhelo insaciable por lo que no es, lo cual implica una irremediable insatisfacción con lo que es (Hart, 1987). Buda describe la cesación del sufrimiento en la tercera de las nobles verdades como *la renuncia o desapego del anhelo*. Desapegarse del anhelo no significa cambiarlo, soltar el anhelo no es rechazarlo sino permitirle ser lo que es (Batchelor, 1997).

En el pensamiento taoísta, el sabio acepta el mundo y el flujo y reflujo de las cosas sin aferrarse (Mañas, 2007). Lao Tsé captura el espíritu de la ausencia de juicio cuando observa que el sello de un hombre moderado es el estar liberado de sus propias ideas.

Seng-Tsan, el tercer Patriarca Zen señaló que “*incluso apegarse a la idea de la iluminación es ir por mal camino*” (Kornfield, 1993). Como puede notarse, el concepto de desapego se encuentra íntimamente ligado al de la *ausencia de juicio* en tanto abstención conciente a categorizar la experiencia como buena o mala, correcta o incorrecta y, por tanto, al de *aceptación*. El desapego y la ausencia de juicio constituyen componentes centrales de la meditación vipassana y pueden encontrarse en el concepto zen de *fushizen-fushiaku* que significa “no pensar bien, no pensar mal” (Hart, 1987). Como observó Seng-Tsan “*la onerosa práctica de juzgar trae irritación y fatiga*” (Kornfield, 1993).

## 1.2. Occidente: la meta de la ataraxia o “paz de la mente”

Algunos autores, como Edward Conze (1967, 1993, 2004) y Adrián Kuzminsky (2008), han intentado encontrar similitudes entre los enfoques budistas y ciertas teorías filosóficas respecto al sufrimiento humano y sus fuentes.

Según Conze (1967), el escepticismo griego de Pirrón puede compararse con el pensamiento budista, en especial con la Escuela Madhyamaka. Pirrón de Elis (entre 360 y 270 a.C.) negaba la posibilidad de cualquier conocimiento y, consecuente con su pensamiento, prefería no hablar limitándose a señalar con el dedo por lo que es considerado un escéptico absoluto. Los escépticos pirronianos proponían como meta la ataraxia: paz de la mente, también definida como “ausencia de turbación”; y sugirieron que suspender el juicio (epojé) sobre los hechos del mundo era un camino para alcanzar esa meta. Kuzminsky considera que ambas filosofías argumentan en contra de apegarse a cualquier aseveración dogmática acerca de una realidad metafísica más allá de los sentidos y así alcanzar la serenidad e imperturbabilidad del ánimo (Kuzminski, 2008).

El concepto de ataraxia también nos lleva a los estoicos y epicúreos. El ideal de vida que perseguían los estoicos era lograr la más completa impassibilidad frente a todo cuanto pueda perturbarnos. La práctica estoica puede considerarse un combate contra las “aficiones”, un esfuerzo por conseguir un estado de dominio y libertad (Kopleston, 1943; Sevilla Rodríguez, 1991).

Dos de los principales filósofos de esta escuela estoica han sido Epícteto (50-138 d.C.), esclavo, y Marco Aurelio Antonino (121-180 d.C.), emperador romano. Epícteto enseñaba que hay dos órdenes de cosas: las que dependen de nosotros, y las que no dependen

de nosotros y que cuando se trata de cosas sobre las cuales no se tiene influencia ninguna, es insensato preocuparse. Para alcanzar la ataraxia es necesario eliminar los miedos a los dioses y a la muerte, así como no quejarse por las inclemencias del destino; las prácticas se orientaban a alcanzar el estado de ecuanimidad removiendo los deseos y las pasiones. Éstas son irracionales y no naturales, por lo cual, más que de moderarlas o regularlas, lo que se ha de hacer es deshacerse de ellas y procurar un estado de apatía (Kopleston, 1943)

Marco Aurelio escribió que pasar nuestros días en la búsqueda o en la evitación lleva a una mente perturbada y a una existencia infeliz; aconsejaba abstenerse de “embellecer” nuestras impresiones sensoriales con comentarios internos (Sevilla Rodríguez, 1991), lo que nuevamente nos lleva a la importancia de abstenerse del juicio de valor. Los estoicos valoraban la habilidad de tolerar voluntariamente todas las experiencias porque esto incrementaba el auto-control, el desapego de emociones y la indiferencia (apatía) frente al placer y el dolor (Román, n.d.).

Los epicúreos también tenían como meta la ataraxia. Según Epicuro (341-270 a.C.), existen placeres que son completamente vanos y que conducen al dolor luego del placer inicial: la satisfacción de estos placeres produce intranquilidad y deben ser evitados ya que alejan de la ataraxia (Kopleston, 1943).

### **1.3. Aceptación, desapego y distanciamiento en el campo de la psicoterapia**

A comienzos del siglo XX ya se encuentran referencias a que el desapego y la no evitación eran potencialmente beneficiosos y que el camino opuesto podía llevar a síntomas neuróticos o malestar intenso (Williams & Lynn, 2010). Si bien el desapego no constituía un

componente fundamental de la teoría freudiana, podemos leer en ciertos escritos de Freud referencias al sufrimiento cuando el apego es en relación a recuerdos y sentimientos. En su escrito “Recordar, Repetir y Reelaborar” refiere que “cada histérica y neurótico (...) no sólo recuerdan experiencias dolorosas de un pasado remoto sino que están aferradas emocionalmente a ellas (...) no pueden liberarse del pasado y por causa de esto descuidan lo que es real o inmediato” (Freud, 1914). En la misma época, con un foco de estudio diferente, Hall en sus estudios sobre la guerra indicaba que la no evitación de los estímulos aversivos –como la idea de la inminencia de la muerte- era beneficiosa para soldados en batalla (Hall, 1918).

Puede pensarse que mientras que la falta de aceptación de la experiencia se asociaba a conflictos intrapsíquicos y patología, la aceptación de uno mismo y de las circunstancias se asociaba a beneficios para la salud mental.

A mediados de siglo, estas ideas de desapego y aceptación de la experiencia fueron desarrolladas en profundidad y sometidas a investigación con más sistematicidad; las diferentes investigaciones coincidían en que un nivel de auto-aceptación bajo se asociaba a psicopatología (Williams & Lynn, 2010) y la aceptación fue un componente incluido dentro de las teorizaciones de múltiples autores entre los cuales encontramos a Rogers, Ellis, Fromm, Perls y Frankl.

Carl Rogers fue un pionero en colocar al desarrollo de la auto-aceptación en un lugar fundamental dentro del proceso terapéutico, considerándola la base del insight. La auto-aceptación implicaba un reconocimiento y conciencia de la totalidad de las experiencias internas (Pezzano de Vengoechea, 2001).

Perls, el creador de la terapia Gestalt, incluyó la atención y aceptación de la experiencia como componentes centrales del crecimiento personal; esta atención (*awareness*) se orientaba tanto a los eventos del mundo exterior como a los del mundo interior y era condición para lograr la aceptación de la experiencia (Perls, Hefferline & Goodman, 2002).

Frankl, por su parte, destacaba que la libertad consistía en la capacidad de “elección de la actitud personal ante un conjunto de circunstancias” (Frankl, 2004), haciendo referencia nuevamente a la relevancia que tiene el modo en que las personas se relacionan con los eventos internos y externos; cultivando un espacio de elección “entre el estímulo y la respuesta” logramos desapegarnos de las respuestas automáticas.

En la década de 1970 surgieron nuevas terapias basadas en aceptación y nuevas investigaciones sobre terapias ya existentes como es el caso de la terapia Morita que se distinguía por hacer menos énfasis en la auto-aceptación como un proceso general y más en la aceptación de experiencias internas específicas, como por ejemplo la ansiedad, con el propósito de incrementar el comportamiento adaptativo (Ishiyama, 1983).

Durante la década de 1990 un grupo de nuevas terapias que incluían estrategias de aceptación surgieron en parte influenciadas por la introducción en occidente de la práctica del budismo vipassana (denominada *mindfulness* y traducida como “conciencia plena” o “atención plena”) con fines psicoterapéuticos por parte de Jon Kabat Zinn (Kabat-Zinn, Massion, Kristeller, Peterson, Fletcher & Pbert, 1992). Kabat-Zinn define el *mindfulness* como la consciencia que emerge al poner atención intencional, en el momento presente, al flujo de la experiencia momento a momento, sin juzgar (Kabat-Zinn, 1994).

Este nuevo grupo de terapias se enmarca dentro de la tradición de la terapia conductual. Cuando nos referimos a terapia conductual nos referimos a todo el rango de modelos cognitivo-conductuales que va desde el análisis funcional de la conducta a la terapia cognitiva que emergieron como enfoques comprometidos con el desarrollo de tecnologías aplicadas rigurosamente testeadas basadas en principios científicos básicos bien establecidos (Franks & Wilson, 1974). En conjunto, estas nuevas terapias recibieron el nombre de *terapias de tercera ola*.

Fue Steven Hayes quien intentó realizar una clasificación de las terapias de conducta en vistas a los cambios que empezaban a ocurrir en el campo hace dos décadas. Conceptualizó a los movimientos en terapia conductual en *tres olas* e intentó definir las corrientes psicoterapéuticas incluidas en ellas (Hayes, 2004). Esta clasificación fue ampliamente aceptada en la comunidad académica y es hoy una referencia importante sobre el tema.

En términos generales, las terapias basadas en el *análisis funcional de la conducta* constituyen la *primera ola* de terapias conductuales. El principal propósito e interés de este primer movimiento fue el de romper y superar las limitaciones e inconvenientes de las tradicionales posiciones clínicas imperantes en ese momento: principalmente, las del modelo psicoanalítico. Los analistas de conducta criticaban particularmente los argumentos teóricos psicoanalíticos elaborados en torno al surgimiento de las fobias y otros problemas clínicos (Bandura, 1969). En lugar de apelar a constructos hipotéticos intrapsíquicos tales como los conflictos del inconsciente o el complejo de Edipo como causas de los problemas psicológicos, se identificaron otras variables tales como las contingencias de reforzamiento o el control discriminativo de ciertos estímulos sobre la conducta.

La terapia cognitivo-conductual -incluyendo sus variantes- constituye la *segunda ola*, cuyo autor de referencia es Beck (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). La cognición se convirtió en el foco de indagación clínica y se comenzaron a identificar errores cognitivos en poblaciones clínicas particulares. Así, estrategias fueron desarrolladas para “corregir” esas distorsiones. Beck, por ejemplo, declaró que “aunque ha habido muchas definiciones de la terapia cognitiva, la que más me satisface es la noción de que la terapia cognitiva sea descrita como la aplicación del modelo cognitivo de un desorden particular con el uso de una variedad de técnicas designadas para modificar las creencias disfuncionales y el procesamiento de la información deficiente característico de cada desorden” (Beck, 1993, pág. 194). Si bien estas terapias han resultado efectivas en el tratamiento de múltiples problemas psicológicos, lo cierto es que comenzaron a surgir algunos cuestionamientos, como veremos a continuación.

Dentro de la *tercera ola* de psicoterapias conductuales encontramos psicoterapias diferentes tales como la Psicoterapia Analítico Funcional (FAP, Kohlenberg & Tsai, 1991), la Terapia Dialéctico Conductual (DBT, Linehan, 1993), la Terapia Conductual Integrativa de Pareja (IBCT, Jacobson & Christensen, 1996), la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT, Segal, Williams & Teasdale, 2002), la Terapia de Activación Conductual (BA, Martell, Addis & Jacobson, 2001) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, Hayes, Strosahl, & Wilson, 2011).

Es importante considerar que el desarrollo de las terapias conductuales de tercera ola no se debe únicamente a la influencia del *mindfulness* sino que otros factores han tenido importancia de peso. Se trata de factores que derivan de los desarrollos de la primera y

segunda ola de terapias conductuales y ciertos cuestionamientos que fueron surgiendo provenientes de investigación básica.

En el contexto de surgimiento de las terapias de tercera ola, los datos experimentales disponibles indicaban que los intentos de control, reducción o eliminación de los eventos privados -justamente objetivos de intervención explícitos desde las terapias de segunda ola- producen paradójicamente efectos contrarios o efectos rebote. Entre estos efectos se han descrito notables incrementos tanto en la intensidad, frecuencia, así como en la duración, e incluso, en la accesibilidad a los eventos privados no deseados (Cioffi & Holloway, 1993; Gross & Levenson, 1993; Gutiérrez, Luciano, Rodríguez & Fink, 2004).

Wegner, en particular, ha investigado sobre los efectos de los intentos de supresión del pensamiento y ha denominado a estos efectos paradójales de incremento de la intensidad y frecuencia de los pensamientos cuando se intentan suprimir como “procesos irónicos” (Wegner & Erber, 1992). En uno de sus estudios más relevantes (1987), se les solicitaba a los sujetos que durante 5 minutos intentaran con todas sus fuerzas no pensar en un oso blanco y que hicieran sonar una campana si ese pensamiento aparecía. Los resultados indicaron que no sólo no les fue posible no pensar en un oso blanco sino que la frecuencia de ese pensamiento era mayor que la presentada por el grupo de sujetos que no recibieron la instrucción de supresión (Wegner, Schneider, Carter & White, 1987).

Estos datos, suponían un claro desafío a los principios y asunciones en las cuales están fundamentadas las terapias de segunda ola. Asimismo, el apoyo empírico para los mediadores hipotéticos de cambio en terapia cognitiva resultó irregular (Burns & Spangler, 2001; Morgenstern & Longabaugh, 2000). En diferentes estudios, la efectividad de estas terapias se ha relacionado más con los componentes conductuales que con los componentes

cognitivos propiamente dichos, como en el influyente estudio de Jacobson, que arrojó que no había beneficio adicional en incorporar intervenciones cognitivas en la terapia cognitiva de la depresión (Jacobson & Dobson, 1996).

Los modelos de tercera ola comenzaron a diseñar intervenciones basadas en el *cambio de segundo orden* (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974). Las terapias basadas en exposición empezaron a focalizarse más en el contacto con eventos internos (Barlow, 2002), buscando alterar la *función* de estos eventos y no necesariamente su forma-contenido. Los resultados positivos de la Terapia Dialéctico-Conductual (Linehan, 1993) apoyaron fuertemente el rol de estrategias de aceptación y del valor del mindfulness en las terapias conductuales. Desde el lado cognitivo, las perspectivas atencionales y meta-cognitivas (Wells, 1994, 2009) empezaron a sacar el foco del cambio cognitivo de primer orden. Esto debilitó la idea de que la forma o la frecuencia de las cogniciones problemáticas específicas eran la clave, focalizando a partir de ese momento, en el contexto cognitivo y en las estrategias de afrontamiento relacionadas con esos pensamientos específicos. Finalmente, la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (Segal, Williams & Teasdale, 2002) aportó evidencia fundamental respecto de que es posible alterar la función de los pensamientos sin alterar primero su contenido. La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), que será el foco del siguiente capítulo, está en la misma línea de estos cambios.

ACT no se centra en la eliminación, cambio o alteración de los eventos privados - especialmente de los pensamientos- con el objetivo de alterar o modificar la conducta de la persona. En lugar de esto, se focaliza en la alteración de la *función psicológica* del evento en particular a través de la alteración de los contextos verbales en los cuales los pensamientos resultan problemáticos (Gifford & Hayes, 1999).

#### **1.4. Elaboraciones teóricas actuales sobre modos de relación con los pensamientos**

En la literatura de ACT, como veremos en detalle en el siguiente capítulo, el término *defusión cognitiva* y su contraparte la *fusión cognitiva*, son utilizados para referirse a la *relación psicológica* que se tiene con los procesos cognitivo-verbales. La fusión cognitiva, tal como lo mencionamos en el introducción, consiste en la tendencia a creer en el contenido literal de los pensamientos, lo cual conduce a la excesiva regulación de la conducta por parte de los procesos verbales (Hayes et al., 2011). En el polo opuesto a la fusión cognitiva, desde esta perspectiva, encontramos la *defusión cognitiva* que fue definida como la habilidad de observar los propios pensamientos como simples eventos mentales en lugar de como representaciones “literales” de la realidad.

Varios enfoques en psicoterapia consideraron importante el cómo nos relacionamos con nuestras experiencias mentales para entender los desórdenes mentales y las funciones del comportamiento. Si bien esta consideración toma más relevancia dentro de los modelos de tercera ola, cabe destacar que existen otros conceptos dentro de la literatura científica que apuntan al rol del apego/distanciamiento de los pensamientos y su relación con la psicopatología/salud mental. Realizaremos un recorrido por estos conceptos que anteceden y se emparentan con el de defusión cognitiva, mencionado hacia el final, y que han sido propuestos por diferentes académicos como un mecanismo clave de cambio terapéutico.

##### **1.4.1. Distanciamiento**

La noción de tomar distancia de los propios pensamientos ya se encuentra en la terapia cognitiva estándar (Hollon & Beck, 1979). La terapia cognitiva se basa en la premisa de que el pensamiento “disfuncional” es un importante generador de psicopatología (Beck, 1993).

Los terapeutas cognitivos, por lo tanto, se focalizan en ayudar a los pacientes a identificar sus pensamientos, evaluarlos por su adecuación y utilidad, identificar las distorsiones cognitivas y reestructurar sus pensamientos y creencias para que sean más realistas y funcionales. El paso inicial en este proceso, fue llamado “distanciamiento”. El distanciamiento es la habilidad para dar un paso atrás de los propios pensamientos y verlos como eventos mentales más que como reflexiones necesariamente adecuadas de la realidad (Beck, 1993).

Aunque el distanciamiento es un prerequisite necesario para la reestructuración cognitiva, el proceso ha recibido muy poca atención dentro de este modelo en comparación con los componentes del tratamiento que focalizan en el cambio del contenido cognitivo. Sin embargo, hay evidencia que sugiere que el distanciamiento podría estar en realidad jugando un rol fundamental en la efectividad de la terapia cognitiva.

En este sentido, algunos académicos sugirieron que el distanciamiento puede ser más importante en la terapia cognitiva que el cuestionamiento y reestructuración cognitiva. Por ejemplo, Ingram y Hollon han sugerido que la efectividad de la terapia cognitiva gira en torno a un cambio desde un modo de procesamiento cognitivo “automático” a un modo “metacognitivo” (Ingram & Hollon, 1986). Hallazgos mediacionales aportan evidencia empírica para esta propuesta (Barber & DeRubeis, 1989) y permiten considerar que la terapia cognitiva opera no por impacto directo sobre las cogniciones disfuncionales sino ayudando a los pacientes a desarrollar “segundos pensamientos” en respuesta a sus cogniciones iniciales.

### 1.4.2. Descentramiento

Se refiere a la capacidad de tener una perspectiva desapegada respecto de los propios pensamientos y emociones (Fresco, Moore, vanDulmen, Segal, Teasdale & Williams, 2007). Este concepto fue desarrollado por Teasdale y colaboradores. En un estudio de terapia cognitiva para prevención de recaídas en depresión mayor, se encontró que era la forma en que los pacientes respondían a sus cogniciones de contenido depresivo lo que predecía las recaídas y no su grado de acuerdo con dichos contenidos (Teasdale et.al., 2001).

Teasdale y colaboradores sugirieron, así, que la terapia cognitiva podría facilitar un cambio de set cognitivo desde “identificarse con pensamientos y emociones negativas” hacia *“relacionarse con las experiencias negativas como eventos mentales dentro un contexto o campo de conciencia más amplio”* (Teasdale, Segal & Williams, 2002, p.276). Le llamaron a este cambio “descentramiento”. Además, sugirieron que a través del descentramiento los pacientes alcanzaban *conciencia metacognitiva* la cual se define como *“el set cognitivo dentro del cual los pensamientos y emociones negativas son vistas como eventos mentales pasajeros más que como aspectos del yo”* (Teasdale et.al., 2002, p.277).

Teasdale (2002) subrayó una distinción entre su concepto de conciencia metacognitiva, al que ha llamado también “insight metacognitivo” del concepto de “conocimiento metacognitivo” de Wells –que detallaremos en el siguiente apartado-. El insight metacognitivo se refiere “al modo en que los fenómenos mentales son experimentados a medida que aparecen” (Teasdale et al., 2002, p. 286).

Fresco y colaboradores definen descentramiento como “la capacidad de tener una actitud no juiciosa focalizada en el momento presente respecto a los pensamientos y emociones y de aceptarlos” (Fresco et.al., 2007, p.234). Fresco también destaca (p. 236) que una faceta importante del descentramiento es la auto-compasión.

Teasdale, Williams y Segal desarrollaron una forma de terapia cognitiva conocida como MBCT (Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness para depresión) cuya meta es el aumento de la conciencia metacognitiva (Teasdale, Segal & Williams, 2002). Estos autores sugieren al descentramiento como un ingrediente activo en la prevención de las recaídas en la depresión cuando irrumpen los patrones cognitivos depresógenos.

### **1.4.3. Modelo metacognitivo**

Mientras Teasdale desarrolló el concepto de conciencia metacognitiva referida al campo de la depresión, Wells ha formulado un modelo Metacognitivo para ansiedad (Wells, 1999, 2007).

Wells sostiene que sólo en las últimas décadas se comenzó a dar un lugar central al rol de la metacognición dentro de los desórdenes mentales (Wells, 1994). Se refiere a la *metacognición* como el proceso cognitivo que involucra la interpretación, el monitoreo y/o el control de las cogniciones (Wells, 2009).

Lo que plantea este modelo es que las personas tienen dos formas de experimentar los pensamientos, que fueron denominadas “modos”. La experiencia típica de las personas es experimentar los pensamientos directamente, como si fueran percepciones; no suelen experimentarlos como si fueran experiencias internas sino más bien como si fueran cosas del mundo. Este modo de experimentar los pensamientos fue denominado *modo objeto* según el cual los pensamientos no se distinguen de las experiencias directas del mundo (Wells, 2009). En contraste a este modo objeto se encuentra el *modo metacognitivo* de experimentar los pensamientos, en donde los pensamientos son observados conscientemente como eventos separados del yo o del mundo (Wells, 2007). En este modo el individuo se relaciona con sus pensamientos bajo la forma del distanciamiento y la observación. El modo de relacionarse

con el conocimiento metacognitivo –concepto al que haremos referencia en el siguiente párrafo- depende en gran parte del modo de relación con la experiencia del pensar. Aumentar el modo metacognitivo implica práctica ya que es considerado dentro del modelo como una habilidad para ser entrenada (Wells, 2009).

Según plantea Wells, el “conocimiento metacognitivo” se refiere a las creencias y teorías que las personas arman respecto a sus propios pensamientos. Estas creencias tienen grandes implicancias sobre cómo la persona responde a sus pensamientos (Wells, 2009). El conocimiento metacognitivo refiere a “creencias acerca de los fenómenos cognitivos (...) y estas creencias están potencialmente abiertas a los procedimientos tradicionales utilizados en terapia cognitiva” (Teasdale et al., 2002, p. 286).

Según el modelo de Wells, existen dos tipos de conocimiento metacognitivo: las creencias metacognitivas positivas y las creencias metacognitivas negativas. Las primeras se refirieren a los beneficios de involucrarse en determinado tipo de actividad cognitiva; las segundas se refieren a la incontrolabilidad o peligrosidad de determinado tipo de actividad cognitiva, como por ejemplo “*si tengo pensamientos violentos voy a terminar haciendo lo que dicen aun en contra de mi voluntad*”. Las creencias positivas acerca de la preocupación y la rumiación -como por ejemplo: “*preocuparme me ayudará a evitar las consecuencias catastróficas*” o “*si me preocupo evito que eso malo pase*”- están implicadas, según propone este modelo, en la patogénesis y mantenimiento de los trastornos de ansiedad y tanto las positivas como las negativas contribuyen a lo que Wells ha denominado CAS (síndrome cognitivo atencional).

Se propone que las metacogniciones en algunos casos causan un patrón de respuesta a la experiencia interna que mantiene activa la emoción y fortalece los pensamientos negativos. Este patrón es lo que constituye el CAS el cual está compuesto por rumiación,

preocupación, una fijación particular de la atención y estrategias de auto-regulación poco efectivas (Wells, 2009). Las estrategias metacognitivas, respuestas cuya función es controlar o alterar el pensamiento al servicio de la auto-regulación emocional y cognitiva, suelen ser contraproducentes a largo plazo.

#### **1.4.4. Fusión pensamiento-acción**

Igualmente propuesta como implicada en el mecanismo psicopatológico de algunos trastornos de ansiedad encontramos a la *fusión pensamiento-acción*. Pese a las similitudes fonéticas este concepto no equivale al mismo fenómeno que el de la fusión cognitiva, en particular porque el último refiere a un proceso normal del lenguaje mientras que el primero apunta un sesgo psicopatológico. Sin embargo merece mencionarse en este punto ya que involucra la dimensión del impacto del pensamiento sobre la conducta, es decir, implica la dimensión de regulación verbal del comportamiento.

La fusión pensamiento-acción (TAF, por su nombre en inglés) hace referencia a la creencia metacognitiva sesgada según la cual los pensamientos y las acciones son una misma cosa, es decir que tienen una relación de equivalencia (Shafran, Thordarson & Rachman, 1996). Esta equivalencia puede tener un dimensión moral, es decir, equivalen las mismas consecuencias morales (pensarlo es lo mismo que hacerlo) o bien una dimensión de probabilidad (pensarlo incrementa la probabilidad de ocurrencia).

La fusión pensamiento-acción se ha evidenciado principalmente en el trastorno obsesivo-compulsivo, pero también en otros trastornos de ansiedad y en trastornos de la alimentación (Shafran, Teachman, Kerry & Rachman, 1999).

### **1.4.5. Mindfulness**

El concepto de Mindfulness ha recibido mucha atención en los últimos tiempos. Aunque no existe una sola definición consensuada, la que aporta Jon Kabat Zinn es la más citada: “prestar atención de manera intencional al momento presente, sin juzgar (...) es la consciencia que emerge a través de poner atención intencional, en el momento presente, de manera no condenatoria, del flujo de la experiencia momento a momento” (Kabat-Zinn, 1994). Baer ha definido al mindfulness como “la observación no condenatoria del fluir de toda la estimulación externa e interna tal como ella aparece” (Baer, Smith & Allen, 2004). Orsillo y Roemer lo definen como “prestar atención al momento presente, a lo que aparezca internamente o externamente sin quedar atrapado en juzgar esa experiencia o desear que esa experiencia sea diferente” (L Roemer & Orsillo, 2009). Bishop y colaboradores (2004), por su parte, definen el mindfulness como la atención puesta en la experiencia inmediata.

También algunos autores han dedicado especial atención no sólo a lo que es el mindfulness sino a las cualidades de su práctica, es decir cómo se realiza la práctica. Las cualidades de la práctica han sido propuestas como el segundo componente del mindfulness (Bishop et al., 2004) y en este sentido, forman parte de la definición del concepto ya que no se trata sólo de prestar atención al momento presente sino de hacerlo de una manera particular. Las siete cualidades de la atención plena según Kabat-Zinn son: no juzgar; con paciencia; con mente de principiante, apertura, con confianza, sin esfuerzo, con aceptación y dejando ir. Según Linehan las cualidades de la atención son tres: sin juzgar; de una cosa por vez; siendo efectivo (Linehan, 1993). Gratitud, amabilidad, generosidad, empatía y bondad son las cinco cualidades de la atención según Shapiro (Shapiro et al., 2004). Bishop (2004) propone como cualidades del mindfulness a la curiosidad, la apertura y la aceptación

y Segal las ha definido como: desapego, descentramiento, aceptación, ser en lugar de hacer, sin metas, dejando ir (Segal & Williams, 2002).

Como hemos mencionado con anterioridad, el mindfulness es una práctica derivada del budismo vipassana de modo que no es sorprendente que nos encontremos aquí con aquellas ideas que mencionamos al comienzo de este capítulo. Sin embargo han sido muchos los esfuerzos por operacionalizar el constructo como un proceso psicológico para lograr más precisión a la hora de diseñar investigaciones así como intervenciones clínicas no necesariamente meditativas (véase: (Bishop et al., 2004; Hayes & Shenk, 2004).

Las muchas definiciones del concepto comparten la combinación de dos constructos: atención sostenida de la propia experiencia y una perspectiva no juiciosa de la experiencia.

El mindfulness juega un papel fundamental en muchos modelos recientes de terapia cognitivo conductual, incluido el Programa de Reducción de Estrés Basado en Mindfulness (MBSR, Kabat-Zinn et al., 1992), la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT, Segal, Williams, & Teasdale, 2002), la Terapia Dialéctico-Comportamental (DBT, Linehan, 1993) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, Hayes, Strosahl & Wilson, 2011) entre otras.

Aunque el concepto de Mindfulness se superpone moderadamente con el de *defusión* cognitiva, ambos pueden ser diferenciados. Mindfulness involucra prestar atención tanto a experiencias internas como externas y una actitud o perspectiva específica de no juzgar y de compasión hacia la experiencia. En contraste el concepto de defusión es más limitado en alcance, focalizando en la distancia psicológica de la propia experiencia, y, en particular, de los propios pensamientos. Por otra parte, mindfulness es visto en general como un método de reducción de estrés (MBSR), para favorecer descentramiento (MBCT) o como un fin en sí mismo (mindfulness para mindfulness) más que como algo puesto al servicio de potenciar

acciones guiadas por objetivos relacionados con valores personales, que es la función explícita de la *defusión cognitiva* dentro de la Terapia de Aceptación y Compromiso.

#### **1.4.6. Defusión cognitiva**

En contraste con la poca atención que se le ha dado al distanciamiento en la terapia cognitiva, Zettle y Hayes (1986) han convertido al distanciamiento psicológico de pensamientos disfuncionales en la pieza central de un enfoque que en los primeros momentos llamaron “distanciamiento comprensivo” (Zettle, 2005).

Este enfoque fue evolucionando hacia un modelo multidimensional conocido como Terapia de Aceptación y Compromiso ACT (Hayes et al., 2012) y hacia una noción más refinada del distanciamiento llamada *defusión cognitiva*.

La defusión cognitiva refiere al proceso mediante el cual los pensamientos son vistos como simples pensamientos más que como verdades absolutas, de modo que la posible función “incapacitante” de dicho pensamiento se interrumpe (Blackledge, 2007). Desde una perspectiva clínica, defusión es la habilidad de dar un paso atrás o distanciarse de la propia experiencia subjetiva de modo que permita a los pacientes notar que sus pensamientos son “sólo pensamientos” que no necesitan ser creídos o descreídos (Hayes, 2004). Se trata de un estado mental de distancia psicológica de las experiencias subjetivas, viéndolas sólo como eventos psicológicos en lugar de como interpretaciones literales y verdaderas de la realidad (Masuda, Hayes, Sackett & Twohig, 2004). Los individuos, al comenzar a experimentar sus pensamientos de manera menos literal, se vuelven capaces de responder de manera consistente con sus valores personales, en lugar de reaccionar a sus pensamientos, preocupaciones o sensaciones (Eifert et.al., 2009). La meta de la defusión es ayudar a las personas a relacionarse diferente con sus pensamientos.

En resumen, el rol de los pensamientos en el sufrimiento humano y la psicopatología ha sido abordado desde diferentes concepciones religiosas, filosóficas y psicológicas. El hecho de que nos encontremos con conceptos similares –y a veces, superpuestos- en la literatura científica podría considerarse como evidencia que sugiere que el modo en el cual nos relacionamos con nuestros eventos mentales es de vital importancia.

Tanto el proceso de defusión cognitiva como su contraparte, la fusión cognitiva, serán abordados en detalle en el capítulo siguiente en conexión con el marco más amplio del que forman parte, la Terapia de Aceptación y Compromiso. La propuesta es aumentar la comprensión del lector acerca de la lógica que ha seguido la construcción de diversos instrumentos de evaluación del constructo fusión cognitiva, los cuales se detallaran más adelante.

## Capítulo 2

### Fusión y defusión cognitiva

#### *Procesos del modelo ACT*

El presente capítulo tiene por objetivo definir los conceptos de fusión y defusión cognitiva, situarlos dentro del modelo teórico del cual forman parte como componentes esenciales y reseñar las investigaciones que reportan su rol fundamental en la psicopatología.

Dentro de las terapias de tercera ola, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es probablemente la que ha recibido mayor visibilidad (Zettle, 2005).

La meta esencial de ACT es tratar la evitación emocional, la respuesta literal excesiva al contenido cognitivo y la dificultad para hacer y mantener compromisos de cambio conductual (Hayes, 1987; Zettle & Hayes, 1986) con los fines de disminuir el sufrimiento humano a través del uso de (a) procesos de aceptación y mindfulness relacionados con (b) el compromiso y los procesos de cambio conductual al servicio de (c) fines valorados.

Desde la perspectiva de ACT, la psicopatología gira en torno a procesos que limitan los repertorios conductuales e impiden conductas efectivas. Dentro de estos procesos, que describiremos en detalle más adelante, resaltan principalmente (a) la *evitación experiencial*, o falta de disposición/renuencia para experimentar eventos privados displacenteros haciendo esfuerzos para cambiarlos, evitarlos o controlar su frecuencia, forma u ocurrencia y (b) la *fusión cognitiva*, o tendencia a creer en el sentido literal de pensamientos y emociones (Hayes, Strosahl & Wilson, 2011).

El énfasis está puesto en la relación que las personas tienen con sus pensamientos y creencias más que en el contenido de dichos pensamientos ya que considera que dicha

relación es más relevante a la hora de predecir las consecuencias emocionales y conductuales de la cognición (Gillanders et al., 2014).

Desde el punto de vista de la investigación básica, la *fusión cognitiva* es un subproducto natural de los procesos del lenguaje, que ocurre cuando las descripciones verbales -es decir, pensamientos, evaluaciones de experiencias físicas o emocionales- de una realidad posible y externa pasan a adquirir las mismas propiedades del evento externo que estas evaluaciones verbales describen (Eifert & Forsyth, 2011). Es por esta razón que Hayes define *defusión* como “una interrupción de las funciones ordinarias del lenguaje de tal manera que el proceso actual de enmarcar eventos relacionalmente se hace evidente en el momento y compite con los productos de los estímulos de la actividad relacional” (Hayes, 1999, p.74). Estas definiciones se basan ampliamente en los procesos nucleares de la Teoría de los Marcos Relacionales (*Relational Frame Theory: RFT*. Hayes & Barnes-Holmes, 2001.), la cual surge de la investigación en ciencia básica sobre el lenguaje y la cognición y que constituye una de las principales bases para el desarrollo de ACT.

RFT es una teoría basada en los resultados de investigación básica que ve al lenguaje y la cognición como resultado de los Marcos Relacionales. De acuerdo a RFT, la conducta verbal es definida como *la acción de enmarcar eventos relacionalmente*. Desde esta perspectiva, el lenguaje humano y la cognición son ambos dependientes de los marcos relaciones. Cuando pensamos, razonamos, hablamos con sentido y escuchamos con entendimiento, lo hacemos a través de derivar relaciones entre eventos (Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001).

En términos generales, RFT postula que los humanos aprenden en modos más variados que los organismos no verbales quienes lo hacen exclusivamente a través del

contacto directo con las contingencias. Los humanos, además, aprenden a través del contacto con estímulos que adquirieron funciones psicológicas como resultado de respuestas relacionales derivadas (Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001). El principio fundamental de RFT es que los humanos responden a eventos en términos de otros eventos y que dicha respuesta relacional está bajo control contextual. A través de una historia de entrenamiento con ejemplares múltiples, ciertos contextos pueden ocasionar diferentes densidades de relaciones verbales particulares. En otras palabras, el aprendizaje relacional en tanto respuesta operante, consiste en aprender, desde muy temprano y a través de numerosos ejemplos, a relacionar eventos hasta que se produce la abstracción de esa clave del contexto que los relaciona y entonces y a partir de allí puede aplicarse a eventos nuevos y diferentes de los que posibilitaron la abstracción (Luciano Soriano & Salas, 2006).

La definición de Hayes que citamos antes, claramente establece que la defusión opera a través de la interrupción de las funciones de estímulo transformadas por procesos verbales y sugiere que este resultado se obtiene al hacer que “el proceso de enmarcar eventos relacionales se haga *evidente en el momento*” (Blackledge, 2007).

Dado que estas transformaciones de la función de estímulo están controladas contextualmente (Barnes-Holmes, Hayes, Dymond & O’Hora, 2001) podemos asumir que esta interrupción de las funciones de estímulo ocurre a través de alguna estrategia de cambio en el contexto. A este tipo de cambio de contexto es al que apuntan las intervenciones de ACT frente a los pensamientos que generan malestar significativo; un cambio en el contexto y no en el contenido.

Fusión y defusión cognitiva se refieren a procesos básicos universales implicados la comunicación simbólica y constituyen los dos polos de una única dimensión. La fusión cognitiva es un caso especial de un proceso verbal a través del cual las personas se apegan a

pensamientos o evaluaciones de un evento particular no como si fueran sólo pensamientos sino como si fueran *lo mismo* que el evento al que se refieren los pensamientos (Luoma, Hayes & Walser, 2007) y esto sucede en general sin tener en cuenta el contexto actual, lo cual puede generar dificultades al momento de tomar conducta efectiva.

Aunque la fusión es una propiedad básica del lenguaje y la cognición (necesaria para sumergirse en un libro, por ejemplo) y, por lo tanto, no es ni buena ni mala, puede volverse poco útil cuando los comportamientos son mayormente guiados por lo que conllevan los pensamientos en lugar de ser guiados por contingencias más útiles. Esto es especialmente cierto cuando la fusión ocurre con eventos privados dolorosos (por ej.: “no valgo nada”) y genera mucha influencia sobre el comportamiento (evitación, lucha). La fusión con contenidos dolorosos capta la atención, el mundo se desvanece y otras posibilidades quedan excluidas.

En síntesis, el lado oscuro de la fusión cognitiva lleva a reducir el repertorio conductual, a través de pérdida de contacto con las situaciones, disminuyendo el movimiento hacia metas valiosas para la persona, razón por la cual es abordada en ACT (Blackledge, 2007). En general, cuando aparecen contenidos de pensamiento dolorosos y son confundidos con la realidad –gracias a los procesos de transformación de la función de estímulo que mencionamos antes- los seres humanos luchan por escapar, suprimirlos o involucrarse en conductas de evitación. Esta evitación y lucha es auto-limitante, funciona por poco tiempo (Wegner, Schneider, Carter & White, 1987) y quita tiempo y energía para hacer las cosas que importan (Eifert & Forsyth, 2005; Gross, 2002). De aquí que se sostiene que la fusión cognitiva es precursora de la evitación experiencial.

De esta forma, los *contextos* que sostienen la fusión cognitiva generan una lucha excesiva con contenidos privados y reducen el contacto con las contingencias naturales que apoyan acciones más efectivas guiadas por valores.

En este sentido, en ACT se considera que es útil al lidiar con fenómenos clínicos poner el foco de atención en el contexto en el cual los eventos psicológicos ocurren y dentro del cual varios subtipos de eventos psicológicos (pensamientos, emociones, acciones) se relacionan entre sí. Cuando un evento psicológico se relaciona empíricamente con otro, el trabajo será el análisis de las fuentes contextuales de los dos eventos y de su *relación* (Hayes & Hayes, 1992), con el objetivo de alterar estos contextos en lugar de intentar modificar el contenido de dichos pensamientos. Alterando los contextos que son soporte de la fusión cognitiva, alteramos la influencia que los pensamientos ejercen sobre la conducta.

### **2.1. El contexto de literalidad y la fusión cognitiva**

Lo mencionado anteriormente sugiere que desde ACT no se explicaría la conducta de evitación por el contenido del pensamiento per se, sino por los contextos que *facilitan* la relación pensamiento-emoción o pensamiento-acción.

Estos contextos han sido conceptualizados e incluyen: a) el contexto que da sentido al contenido del pensamiento, o *contexto de literalidad*, b) el contexto que establece la valencia, o *contexto de evaluación*, c) el contexto que refuerza a la persona a explicar o justificar sus comportamientos sobre la base de sus emociones o sensaciones u otros eventos internos, o *contexto de dar razones* y d) el contexto que establece la meta de evitar eventos privados indeseados o desagradables, o *contexto de control emocional* (Hayes & Hayes, 1992).

El *contexto de evaluación* se basa en los acuerdos de la comunidad verbal respecto a lo que está bien o mal (Hayes & Hayes, 1992). Estos acuerdos estructuran de manera poderosa nuestro ambiente porque ocultan la naturaleza arbitraria de la evaluación y en su lugar la imponen como “cosas del mundo”: solemos decir “esto es bueno” y no “esto es y yo lo evalué como bueno”.

El *contexto de dar razones* se establece por la tendencia de la comunidad verbal a dar apoyo a las acciones si una buena explicación se ofrece para ellas (Hayes & Hayes, 1992). Las buenas explicaciones son incentivadas y reforzadas por la comunidad verbal desde que somos pequeños. Por esto mismo, si el decir “no fui porque sentía miedo” es aceptado por la comunidad verbal la relación en sí misma también es aceptada y así reforzada. Lo problemático de esto es que si esa relación es reforzada, se desprende que el miedo puede constituir una buena razón, y, aunque lógicamente cuestionable, una buena causa.

El *contexto de control emocional* se relaciona con los dos anteriores y también con el de literalidad: favorece la asociación “pensamiento/emoción -conducta” porque en todo esfuerzo para cambiar una emoción x está implícito que si eso no cambia, otras actividades no podrán ocurrir, como en el caso de “no puedo viajar en avión, tengo demasiada ansiedad!”. La mayoría de las personas llegan a terapia con una agenda de control emocional: quieren deshacerse o controlar algunas emociones en función de poder realizar algunas cosas que desean. Si bien los intentos directos de control emocional han sido foco de intervención clínica en variados modelos de psicoterapia en occidente, las terapias de tercera ola proponen reducir la influencia de este contexto a través de estrategias de aceptación emocional.

Finalmente, el *contexto de literalidad* refiere al uso del lenguaje. Como mencionamos, en algunas ocasiones la distinción entre una palabra y su referente puede estar completamente perdida y esto suele ser sumamente adaptativo (Hayes & Hayes, 1992). El

grado en que una palabra comparte las funciones psicológicas del evento al que refiere es controlado contextualmente. Si alguien dice “*cuidado que viene el tren*” las funciones psicológicas serán bastante diferentes en el contexto de escuchar eso en un cruce de ferrocarril dicho con tono de alarma que leer esas palabras en un libro. Responder a las palabras como si se estuviera respondiendo al evento real puede ser altamente adaptativo en muchas situaciones y la comunidad verbal activamente refuerza estos repertorios. El sentido literal *une* los eventos verbales con acciones manifiestas que serían apropiadas si los referentes de estas respuestas estuvieran presentes.

Como comprendimos a través de los postulados de RFT, cuando la distinción entre la palabra y su referente está perdida, y se convierten de este modo en equivalentes funcionales, las palabras podrían querer ser evitadas tanto como el evento al que refieren (Hayes & Wilson, 1995). A esto le llamamos *fusión cognitiva*.

En este marco, la fusión cognitiva puede ser definida como la tendencia a creer en el contenido literal de los pensamientos, y, en un sentido más general, conduce a la excesiva regulación de la conducta por procesos verbales (Hayes et al., 2011). Esto permite explicar por qué una víctima de abuso sexual intenta evitar no sólo el abuso en sí mismo sino también los pensamientos sobre el abuso. La palabra “humillación” puede tener la misma función que el evento en sí mismo e intentar ser evitada abandonando el lugar o no pasando cerca de lugares relacionados con el episodio de abuso que puedan elicitar su aparición.

Alterar el contexto de literalidad implica intervenciones clínicas que utilizan el lenguaje en modos que son confusos, sin sentido y paradójicos. Más que argumentar sobre la lógica o valor de verdad de un pensamiento, lo cual implicaría reforzar el contexto de literalidad, la alternativa es atacar la hegemonía del sentido literal en sí mismo (Hayes &

Hayes, 1992). Lo que se intenta lograr, en términos de proceso, es la *defusión cognitiva*, denominada en sus primeras conceptualizaciones como “desliteralización”.

En este nuevo contexto de desliteralización y aceptación emocional, los pensamientos evaluados como negativos pueden ser simplemente notados, sin esforzarse por cambiarlos o comportarse de acuerdo a ellos.

Se sostiene, de esta forma, que la fusión de la persona con sus pensamientos y los resultantes intentos de control de las experiencias privadas desagradables –evitación experiencial-constituyen el origen de gran parte de la psicopatología y son, por esto mismo, procesos fundamentales del *modelo psicopatológico* de ACT. Sus contrapartes –la defusión y la aceptación emocional- serán procesos a ser aumentados dentro del *modelo de flexibilidad psicológica* de ACT. Los modelos psicopatológico y de flexibilidad propuestos pueden ser vistos como dos caras de una misma moneda. Son denominados en conjunto como *modelo hexaflex*. La fusión/defusión cognitiva tiene un lugar central dentro del mismo.

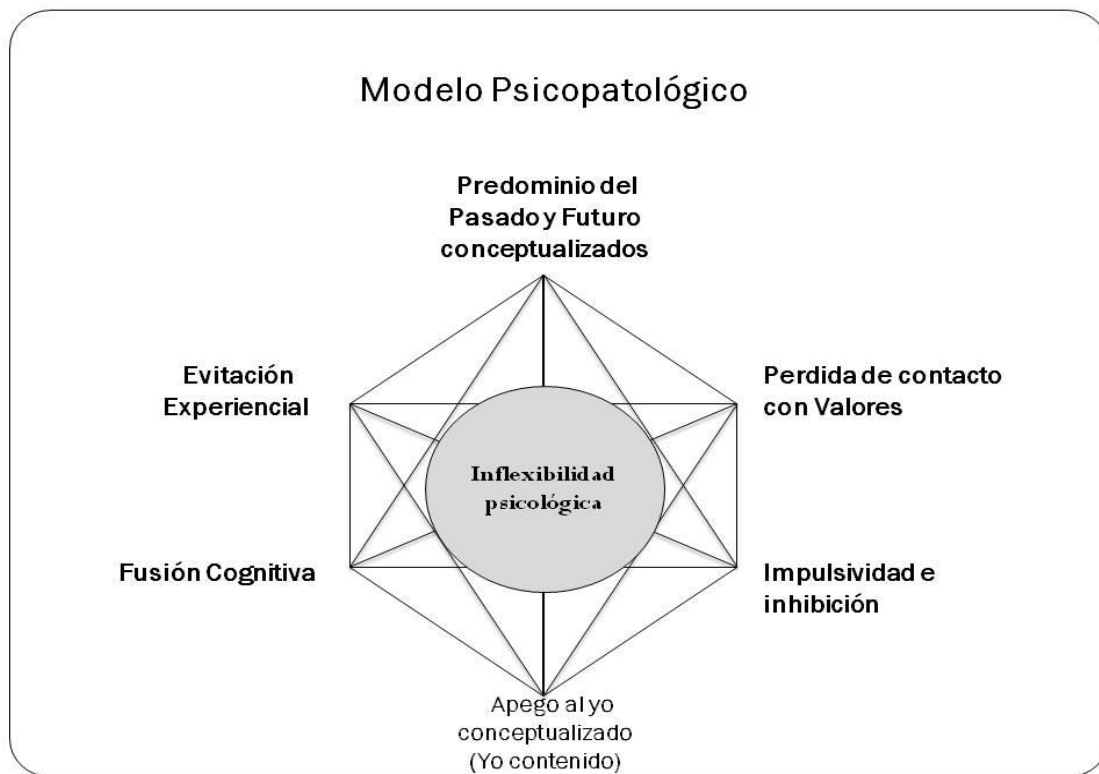
## **2.2. Modelo hexaflex y fusión/defusión cognitiva**

El modelo hexaflex (*hexa* por hexágono y *flex* por flexibilidad) es un conjunto de procesos coherentes que se aplican a una amplia gama de problemas clínicos; es de naturaleza inductiva y está ligado a procesos humanos básicos derivados de la ciencia del laboratorio, como RFT. Por su diseño, es *simultáneamente* un modelo de psicopatología, un modelo de salud psicológica y un modelo de conceptualización de caso e intervención psicológica (Hayes et al., 2011).

La figura 2.1 a continuación ilustra cada uno de los *seis* procesos de ACT que contribuyen a la *inflexibilidad psicológica*, es decir, su modelo psicopatológico. Estos procesos son, de izquierda a derecha: evitación experiencial, fusión cognitiva, apego al

pasado o futuro conceptualizados, apego al yo-como-contenido, desconocimiento o pérdida de contacto con valores personales y, por último, predominio de la impulsividad o la inhibición (Hayes et al., 2011).

Figura 2.1. *Modelo ACT de Inflexibilidad Psicológica*

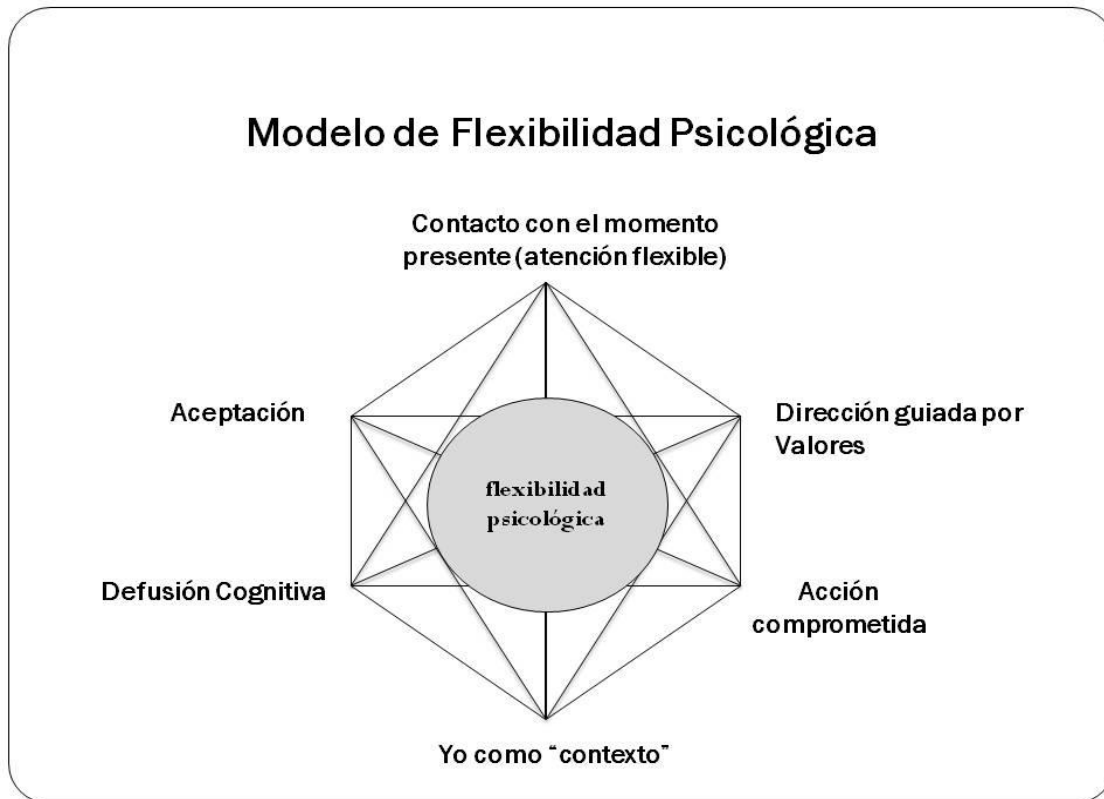


Modelo gráfico extraído de Hayes et al., 2011

En la figura 2.2 se encuentran cada uno de los *seis* procesos que contribuyen a la flexibilidad psicológica y que, a su vez, muestran blancos de intervención. Estos procesos son, de izquierda a derecha: aceptación psicológica, defusión cognitiva, atención flexible en el momento presente, perspectiva del yo-como-contexto, clarificación de valores personales

como guía para la acción y, finalmente, acción comprometida con valores (Hayes et al., 2011).

Figura 2.2. *Modelo ACT de Flexibilidad Psicológica*



Modelo gráfico extraído de Hayes et al., 2011

La propuesta de ACT es que los 6 procesos –dispuestos en cada vértice del hexágono– son responsables de promover flexibilidad psicológica y que la ausencia de uno o más de ellos implica riesgo de rigidez psicológica; la rigidez/inflexibilidad psicológica es propuesta

como la raíz causante del sufrimiento humano y el funcionamiento desadaptativo (Hayes et al., 2011).

En la práctica, tocar uno de estos procesos casi invariablemente “activa” uno o más de los otros procesos, efecto que queda plasmado en el modelo gráfico a través de las líneas que conectan cada proceso con los demás.

Cada uno de estos procesos actúa como una cara de la misma moneda, esto significa que en el modelo psicopatológico encontramos el proceso opuesto que aparece en su lugar en el hexágono en el modelo de flexibilidad. De esta forma, nos encontramos con pares de procesos, que no son categoriales sino que conforman *una dimensión con dos polos*: evitación experiencial/aceptación, fusión cognitiva/defusión, predominio del pasado y futuro conceptualizados/contacto con el momento presente, apego al yo conceptualizado/yo como contexto, pérdida de contacto con valores/dirección guiada por valores, impulsividad e inhibición/acción comprometida. Describiremos brevemente los contenidos de estos pares.

*Fusión cognitiva versus Defusión*: como mencionamos antes, la fusión no es mala ni buena, simplemente es. Se manifiesta en la lectura de un buen libro, estar absorto en una película, en el amor, en la alegría y en el dolor (Russo & Forsyth, n.d.). Pero puede llegar a ser problemática cuando se extiende demasiado, lo que significa que las personas se pierden en el contenido de su pensamiento hasta tal punto que domina sobre otras fuentes de regulación del comportamiento más útiles (Luoma, Hayes & Walser, 2007). Para corregir la sobreidentificación o el apego excesivo a los contenidos de la actividad mental (*fusión*), ACT enseña al paciente a dar un paso atrás y observar los pensamientos como lo que son (experiencias que se tienen) y no como lo que dicen ser (verdades literales que organizan el mundo). Este proceso se denomina *defusión cognitiva*. Como vimos, lo que se intenta es

“desliteralizar” o debilitar la dominancia funcional de las respuestas literales y evaluativas basadas en reglas (Hayes et al., 2011). De manera que la defusión se enfoca primordialmente en los *aspectos verbales* de la experiencia humana.

*Evitación experiencial versus Aceptación:* para corregir el problema de la *evitación experiencial*, ACT le enseña al paciente a “hacer lugar” a los contenidos privados indeseados sin involucrarse en esfuerzos fútiles de suprimirlos, controlarlos o escapar de ellos y a experimentar el surgimiento y desvanecimiento de estas experiencias difíciles con una actitud de curiosidad genuina y auto-compasión (aceptación). La aceptación se enfoca primordialmente en los *aspectos emocionales* de la experiencia humana (Hayes et al., 2011).

*Pasado y futuro conceptualizados versus Contacto con el momento presente:* en lugar de los procesos de *atención rígida* que tienden a llevar a la gente a recordar el pasado o imaginar el futuro, ACT intenta establecer procesos *atencionales flexibles* que permiten al paciente volver al momento presente (Hayes et al., 2011).

*Apego al yo conceptualizado versus Yo como “contexto”:* para corregir el apego excesivo a las propias definiciones del yo y a la propia historia personal (*apego al yo conceptualizado*), ACT ayuda a los pacientes a conectarse con el yo como un aspecto de la experiencia “yo-aquí-ahora”. Esta perspectiva del observador o el *yo-como-contexto* es utilizada para proveer una base conciente desde la cual experimentar pensamientos y emociones con aceptación y de un modo defusionado (Hayes et al., 2011).

*Pérdida de contacto con valores versus Dirección guiada por valores:* cuando el problema es encontrarse *desconectado de valores personales* o comportarse en un modo que es inconsistente con dichos valores, ACT ayuda al paciente a optar conscientemente por sus valores y conectarse con las cualidades positivas del presente relacionadas intrínsecamente a la situación (*valorar*) (Hayes et al., 2011).

*Impulsividad e inhibición versus Acción comprometida:* si el paciente lucha con la incapacidad de actuar de forma efectiva o se involucra en actos *impulsivos o evitación* persistentes, ACT ayuda al paciente a conectar acciones específicas con sus valores elegidos (*acción comprometida*) y a construir patrones cada vez más amplios de acciones efectivas basadas en valores personales (Hayes et al., 2011).

La meta final de ACT es aumentar la flexibilidad psicológica, es decir, promover los 6 procesos propuestos a través de una serie de intervenciones diseñadas para tal fin. El modelo de flexibilidad psicológica sostiene que el dolor es una consecuencia natural de la vida pero que el sufrimiento innecesario ocurre cuando procesos cognitivos/ verbales reducen los repertorios conductuales en áreas clave a través de la *fusión cognitiva* y la *evitación experiencial*. El lugar del proceso de *fusión cognitiva* es central en el modelo y uno de los primeros blancos de intervención ya que diferentes investigaciones han demostrado su rol central dentro de la psicopatología.

### **2.3. Investigaciones sobre fusión cognitiva y psicopatología**

A la fecha, un creciente cuerpo de evidencia apoya la importancia de la fusión/defusión cognitiva para comprender y abordar varias formas de sufrimiento humano en muestras no clínicas y clínicas (Hayes, Levin, Plumb-Villardaga, Villatte & Pistorello, 2013). El papel de la fusión cognitiva en distintos cuadros psicopatológicos ha sido investigado y constituye un campo en creciente desarrollo. Las intervenciones basadas en defusión también han sido testeadas en el ámbito del laboratorio (Masuda et al., 2004). Sin embargo, a pesar de que las estrategias de defusión cognitiva son muy utilizadas en el contexto clínico de ACT, la evidencia empírica que apoya su eficacia de forma independiente es relativamente limitada (Healy, Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, Keogh, Luciano & Wilson, 2008). Como en la mayoría de los estudios en este campo la defusión constituye sólo un aspecto del paquete ACT, el rol específico de la defusión es difícil de deslindar y conocer, si bien pueden considerarse evidencia “indirecta” los resultados encontrados en variadas investigaciones.

Algo similar ocurre con su contraparte, la fusión cognitiva. Si bien existen estudios que proporcionan evidencia directa (como por ejemplo: Potts, Haeger & Levin, 2014), son menos comparados con aquellos que proporcionan evidencia indirecta a través de la evaluación de la “evitación experiencial” promovida por el proceso de fusión cognitiva en diferentes cuadros psicopatológicos.

En parte éste déficit se debe a que hace relativamente poco tiempo que se han desarrollado instrumentos confiables para la medición de estas variables. Algunos instrumentos muy utilizados en la investigación de estos procesos incluyen la fusión/defusión

cognitiva como un factor entre otros, de modo que no son medidas directas y solamente relativas a dichos constructos. Los estudios de eficacia de ACT como un tratamiento global constituyen también evidencia indirecta de la participación de la fusión cognitiva en la psicopatología: el éxito de intervenciones basadas en defusión cognitiva nos permite pensar que la fusión era un componente importante en el mantenimiento del problema clínico en cuestión.

Teniendo en cuenta estas limitaciones y considerando que se trata de un terreno de investigación relativamente nuevo en el campo de la psicoterapia, recorreremos algunas de las investigaciones más importantes sobre estos procesos, tanto las que aportan evidencia directa como aquellas que constituyen evidencia indirecta.

### **2.3.1. Fusión y defusión en muestras no clínicas**

Las técnicas de defusión cognitiva son diseñadas para reducir la función de los pensamientos a través de alterar el contexto en el que dichas funciones ocurren en lugar de alterar el contenido o frecuencia de los pensamientos en sí mismos. Intentan disminuir la influencia de los contenidos mentales sobre la conducta (fusión). Las tecnologías aplicadas a producir defusión cognitiva llevan a reducciones en la *credibilidad* frente a pensamientos negativos. Las reducciones en la credibilidad que se asigna a los pensamientos son consideradas como medidas de “distanciamiento”: menos credibilidad se le asigna a un pensamiento, menos influencia tiene éste sobre la conducta de la persona.

Masuda y colaboradores (Masuda et al., 2004) se propusieron investigar el impacto que tiene una técnica de defusión cognitiva que fue descrita por primera vez por Titchener

hace más de 90 años atrás (Titchener, 1916): repetir una palabra sin parar unos segundos. Todos en algún momento de nuestra infancia hemos jugado a hacerlo y hemos podido experimentar la “pérdida de sentido” de la palabra repetida. En términos de ACT hablamos aquí de *desliteralización*. En el estudio se les solicitó a las participantes del grupo experimental que escribieran dos autodefiniciones negativas dolorosas que les provocaban alto malestar (por ejemplo: “soy muy gorda”). Luego se pidió a las participantes que redujeran dichas auto-definiciones a una sola palabra (por ejemplo: “gorda”). En ese momento se les pidió que estimen el grado de discomfort (siento 0= para nada incómodo y 100=muy incómodo) y el grado de credibilidad (siendo 0=no lo creo en absoluto y 100=muy creíble) que tenían en cada uno de los dos pensamientos que habían seleccionado. Luego de la aplicación de la técnica, las mismas medidas fueron solicitadas. Se encontró que a través de esta técnica el grado de credibilidad había disminuido y también el grado de discomfort (su impacto emocional negativo), lo cual no ocurrió en el grupo control. Este estudio permite concluir que la práctica de defusión se asocia a cambios positivos de reducción del impacto emocional negativo de auto-definiciones negativas.

Años más tarde, este grupo de investigadores realizó un estudio similar evaluando el impacto de esa misma técnica (Masuda et al., 2009) pero realizando un estudio paramétrico para examinar si el tiempo de repetición de la palabra tenía efectos diferenciales en alterar el discomfort y la credibilidad de un pensamiento auto-referencial negativo. Encontraron que tanto el discomfort como la credibilidad variaron significativamente en relación al tiempo aplicado a la repetición de la palabra. Los efectos de la repetición rápida sobre el nivel de discomfort se vieron enseguida, luego de 3 a 10 segundos de repetición mientras que los efectos sobre la credibilidad se vieron recién a los 30 segundos. Este estudio confirma

nuevamente el impacto de esta técnica de defusión y a la vez sugiere que el discomfort emocional y la credibilidad podrían ser aspectos funcionales diferenciados de los eventos cognitivos.

Marcks y Woods (2005) llevaron a cabo un estudio en el cual reportaron que aquellos sujetos que tendían naturalmente a suprimir pensamientos intrusivos autorreferenciales de contenido negativo relevante tenían mayor tendencia a presentar mayores niveles de malestar, mientras que aquellos que tendían a aceptar estos pensamientos negativos autorreferenciales presentaron menores niveles de ansiedad, de obsesividad y de depresión.

Healy y colaboradores (Healy, Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, Keogh, Luciano & Wilson, 2008) se propusieron estudiar el impacto de la defusión en una muestra no clínica (n=60) en el contexto de *fusión con auto-definiciones* negativas (por ej. “soy una mala persona”) y de *fusión con auto-definiciones* positivas (por ej. “me siento completo”). El propósito era establecer si la técnica de defusión utilizada *disminuía la credibilidad* en las autodefiniciones, *aumentaba la disposición* a experimentarla y *disminuía el malestar* psicológico. La técnica utilizada en el estudio fue una muy utilizada por los terapeutas ACT y consiste en anteponer al pensamiento la frase “Estoy teniendo el pensamiento de...”. Los sujetos indicaban antes (frente a la lista de pensamientos iniciales como “soy una mala persona” y después (frente al pensamiento defusionado presentado con el prefijo “estoy teniendo el pensamiento de que soy una mala persona”) en una escala likert su grado de credibilidad en el pensamiento y su grado de disposición a experimentarlo (aceptación). También se tomaron medidas de malestar psicológico antes-después. Tal como habían hipotetizado los investigadores, todos los participantes frente a las auto-definiciones negativas presentadas en la forma defusionada aumentaron su disposición a leerlas y a pensar

en eso y una disminución del malestar psicológico cuando eran presentadas. Esta investigación presenta evidencia empírica respecto al rol de la fusión cognitiva en el malestar psicológico y de la utilidad de esta estrategia de defusión cognitiva para disminuir el impacto emocional negativo de contenidos psicológicos (pensamientos) dolorosos y para aumentar la disposición a experimentarlos.

En 2010 se realizó una investigación (Masuda, Feinstein, Wendell & Sheehan, 2010) para comparar el impacto de la defusión cognitiva con el de estrategias de distracción para evaluar cuál resultaba más efectiva a la hora de reducir la credibilidad y el discomfort emocional de auto-evaluaciones negativas, en una muestra no clínica de estudiantes de grado universitario. El grupo que recibió ejercicios de defusión cognitiva mostró mayor reducción en discomfort y credibilidad que el grupo que recibió estrategias de distracción.

Pilecki y McKay investigaron los efectos de la defusión cognitiva versus la estrategia de supresión del pensamiento para reducir el impacto de estados emocionales negativos inducidos a través de videos (Pilecki & McKay, 2012). Los videos elicitan miedo, tristeza y asco. Se les solicitó una medida de auto-reporte de estas emociones luego de ver el video y también la realización de una tarea destinada indirectamente a medir la activación emocional (distres). Si bien no se encontraron diferencias entre los tres grupos (defusión, supresión del pensamiento y control) en las medidas de auto-reporte, sí hubo diferencias significativas en los diferentes grados de activación emocional medidos a través de la tarea. Los participantes del grupo de defusión mostraron mejor desempeño en la tarea que el grupo control, si bien no se encontraron diferencias en la activación del miedo en ninguno de los tres grupos. La defusión parece haber tenido más impacto sobre las otras dos respuestas emocionales. Si bien no se encontraron diferencias significativas en la efectividad de ambas

técnicas (defusión y supresión del pensamiento) esto podría ser explicado por los efectos positivos que puede mostrar la supresión a corto plazo. De todas formas el estudio muestra la influencia de las técnicas de defusión sobre la conducta efectiva.

En 2013, Hooper y McHugh se propusieron comparar el impacto del uso de la defusión vs la distracción sobre la realización de una tarea posterior a la generación de un estado previo de desesperanza aprendida. El estudio (Hooper & McHugh, 2013) consistió en 3 etapas. En una primera etapa se asignó a los sujetos a uno de 3 grupos: el primer grupo recibió indicaciones para defusionarse de los pensamientos difíciles que fueran apareciendo durante la etapa 2, el segundo grupo recibió indicaciones para distraerse de esos pensamientos y evitar pensar en ellos, el tercer grupo no recibió indicaciones (grupo control). En una segunda etapa se asignó una tarea para que los participantes resuelvan en una computadora. La tarea estaba diseñada de manera tal de que las respuestas de los participantes no estaban asociadas a ningún resultado en particular: de manera aleatoria la computadora marcaba como correcta o incorrecta las respuestas que aportaban sin seguir una lógica de contenido que pudiera ser descubierta por los participantes. El efecto que se quería generar era el de cierto grado de *desesperanza aprendida* (Seligman, 1975), es decir, se utilizó un método experimental para inducir contenidos psicológicos negativos exponiendo a los participantes a una tarea que no tiene resolución o en donde la relación entre la acción y su resultado es incontrolable (Teasdale & Fogarty, 1979). En la tercera etapa se pidió a los participantes de los 3 grupos que resuelvan una tarea sencilla con papel y lápiz (desde un punto de partida llegar a un punto de llegada propuesto a través del dibujo de un laberinto). Los resultados indicaron que los participantes del grupo de defusión, lograron resolver la tarea del laberinto en significativamente menos tiempo que los otros dos grupos. Los autores

entonces destacan la eficacia de la defusión para lidiar con pensamientos difíciles e indeseados y la naturaleza maladaptativa del uso de estrategias de evitación experiencial como es el caso de la distracción de pensamientos indeseados.

Recientemente Duff y colaboradores se propusieron investigar el impacto de, entre otros factores, el nivel de credibilidad en auto-definiciones positivas y negativas sobre indicadores de malestar, evitación experiencial y fusión cognitiva en una muestra no clínica de estudiantes universitarios; hallaron que a mayor nivel de credibilidad, mayores fueron los niveles de malestar psicológico, fusión cognitiva y evitación experiencial y menores fueron los niveles de mindfulness (Duff, Larsson & McHugh, 2015).

Considerando que entre un 80% y un 99% de la población general no clínica experimenta pensamientos negativos (Belloch, Morillo, Lucero, Cabedo & Carrió, 2004) y que diferentes estudios han puesto en evidencia su relación con el desarrollo de psicopatología e incluso con el desarrollo de afecto negativo e interferencias en el rendimiento (Clark & Rhyno, 2005), Larsson y colaboradores (2015) recientemente han realizado una investigación en la cual compararon el impacto de una intervención auto-administrada breve de reestructuración cognitiva con el de una intervención de defusión para el afrontamiento de pensamientos negativos relevantes para los sujetos del estudio. Durante 5 días los participantes utilizaron la técnica de reestructuración cognitiva, la de defusión o la de control (ninguna instrucción ni técnica específica), la tarea era recordada a través de mensajes por telefonía celular. Los resultados arrojaron que el grupo asignado a defusión mostró menores niveles de credibilidad en dichos pensamientos negativos y aumento de la disposición a tener esos pensamientos así como un aumento mayor del afecto positivo comparado con el grupo asignado a reestructuración cognitiva o a condición de control. La

frecuencia de los pensamientos negativos se redujo en el grupo asignado a defusión, se mantuvo en el grupo asignado a reestructuración y se incrementó en el grupo control (Larsson, Hooper, Osborne, Bennett & McHugh, 2015). Los autores concluyen que la defusión puede constituir una estrategia eficaz para el manejo de los pensamientos negativos en población general no clínica.

### **2.3.2. Fusión y defusión en estrés, disforia y baja autoestima**

Hinton y Gaynor (2008) realizaron un estudio en donde evaluaron la eficacia de un paquete de tres sesiones basadas en defusión cognitiva solamente (y no todos los procesos de ACT) comparadas con un grupo control (lista de espera), aplicadas a estudiantes universitarios que reportaron elevados niveles de estrés, disforia y baja autoestima (definida como pensamientos auto-referenciales negativos tales como “no soy lo suficientemente bueno”). Los análisis post-intervención para el grupo que recibió las sesiones de fusión cognitiva (intervenciones basadas mayormente en repetición de palabras y *debriefing*), mostraron cambios significativos en las 3 variables, disminuyendo los niveles de estrés, de disforia y la frecuencia de aparición de pensamientos negativos, además de más conciencia de los propios pensamientos y mejores puntajes en la escala de flexibilidad psicológica (AAQ II, Bond et al., 2011), efectos que persistieron al mes en el seguimiento. Si bien la disminución de la frecuencia de aparición de pensamientos no es una meta directa de las técnicas de defusión cognitiva, ocurre con frecuencia que ese efecto se produce. Esto tiene lógica pensándolo desde RFT: si la red relacional verbal es abordada por este camino de defusión, se debilita su asociación como estímulo aversivo. Lo que se quebraría es las

funciones aversivas del estímulo (pensamiento negativo) por lo cual toda la cadena de relaciones que suele aparejar se ve interrumpida (Hinton & Gaynor, 2008).

### **2.3.3. Fusión y defusión en depresión**

Los estudios en el área de ACT para depresión se han focalizado principalmente sobre el rol de la presencia de pensamientos depresivos y el grado de fusión con los mismos, estudiada a través de una medida del nivel de *credibilidad* en los pensamientos. Las intervenciones que han sido testeadas son principalmente intervenciones destinadas a reducir dicho nivel de credibilidad, tomado como una medida de reducción de la fusión cognitiva.

La fusión con las razones que se dan las personas de sus propias acciones puede ejercer un control disfuncional sobre el comportamiento, como se expuso en el apartado anterior. Lo que suele ocurrir con las razones que se dan, es que suelen incluir experiencias internas (“lo hice porque me pareció una buena idea” o “no dije nada porque tenía mucha vergüenza”). Está implícito en estas formulaciones que si estas “causas” pueden desaparecer, los problemas que generan también lo harán. Esto implica a la vez que si esas causas no pueden desaparecer, entonces los problemas no pueden ser resueltos. La comunidad verbal apoya de tal manera estas asunciones que incluso muchos modelos de psicoterapia intentan resolver estas “causas” que los pacientes usan para dar razón a sus acciones (Zettle & Hayes, 1986). Como hemos dicho, un enfoque alternativo a ese, consiste en intentar alterar el contexto social/verbal que apoya dichas relaciones.

En esta dirección, Zettle y Hayes (1986) se propusieron investigar el grado en que debilitar el control del dar razones generaría mejoría clínica en pacientes deprimidos.

Personas con trastorno depresivo mayor fueron designadas al azar a diferentes grupos: uno donde recibían tratamiento de “distanciamiento comprensivo” (el primer nombre de ACT) y otro donde recibían diferentes componentes de la terapia cognitivo conductual (TCC) para depresión de Beck (reestructuración cognitiva + distanciamiento y reestructuración cognitiva solamente). Los pacientes de los tres grupos recibieron 12 sesiones semanales y un seguimiento a los dos meses. El grupo que recibió distanciamiento comprensivo mostró más reducción en las escalas de depresión. Específicamente, y como el interés estaba puesto en la reducción de la fusión con razones, se tomaron medidas antes y después de la intervención respecto de la credibilidad en los pensamientos depresivos y respecto de la validez de las razones que se daban los sujetos y los resultados arrojaron que el grupo que recibió distanciamiento comprensivo mostró una mayor disminución en la credibilidad en los pensamientos negativos aunque su frecuencia no había disminuido, comparado con el grupo que recibió TCC. Asimismo, se mostró una disminución en el grado de validez que los sujetos atribuían a las razones que se daban para explicar su conducta depresiva (Zettle & Hayes, 1986).

En 2006 se realizó un re-análisis de los datos obtenidos en el estudio del 86 para realizar un análisis mediacional (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006). El mismo mostró que las diferencias obtenidas en los resultados de seguimiento entre el grupo que recibió TCC y el que recibió ACT –diferencias en favor de ACT- estaban mediadas por la temprana reducción en la credibilidad -utilizada como una medida de fusión cognitiva- en los pensamientos depresivos.

Se realizó otro estudio en las épocas del surgimiento de ACT en donde los autores compararon los resultados obtenidos por tres grupos de pacientes con depresión: un grupo

recibió ACT, un segundo grupo recibió TCC completa y un tercer grupo recibió TCC pero sin el componente de “distanciamiento” (Zettle & Rains, 1989). El grupo que recibió ACT obtuvo mejores resultados seguido de TCC sin distanciamiento, seguido de TCC completa. Estos datos sugirieron ya en aquella época que ACT implicaba más que el mero distanciamiento incluido en la TCC.

Sin embargo, se evaluó que era necesario realizar un nuevo análisis del estudio de 1989 para evaluar las relaciones funcionales entre los diferentes procesos de cambio terapéutico incluidos en ACT y en TCC y los resultados respecto a la disminución de los síntomas depresivos. Este nuevo análisis se realizó en 2011 y se consideraron sólo los datos de dos los grupos: el que había recibido ACT y el que había recibido TCC (Zettle, Rains & Hayes, 2011). Los resultados de este nuevo análisis mostraron que ACT produjo mayor reducción de los niveles de depresión de autoreporte a través del tiempo; los niveles de defusión cognitiva al momento del postratamiento mediaban este efecto. La frecuencia de los pensamientos depresivos no funcionaba como mediadora de este efecto.

Para concluir, los efectos de la defusión dieron mejor cuenta de las diferencias en los síntomas depresivos reportados a lo largo del tiempo destacando la importancia de esta variable en el cambio clínico (Zettle et al., 2011).

#### **2.3.4. Fusión y defusión en trastornos de la conducta alimentaria**

En nuestra sociedad actual, los pensamientos negativos respecto a la propia imagen corporal son una experiencia normativa tanto para varones como para mujeres (Striegel-Moore, Rosselli, Perrin, DeBar, Wilson, May & Kraemer, 2009). Clínicamente, cómo

respondemos a y nos relacionamos con estos pensamientos es de importancia crucial y puede ser asociado a muchos problemas clínicos como los trastornos de la alimentación (Polivy & Herman, 2002). Asimismo, la inflexibilidad psicológica ha sido relacionada con los trastornos de la conducta alimentaria (Masuda, Boone & Timko, 2011).

La fusión con pensamientos negativos respecto a la imagen corporal demostró ser un componente fundamental en el trastorno de anorexia nerviosa (Hayes & Pankey, 2002). Dentro del tratamiento propuesto se encuentran intervenciones para reducir la fusión cognitiva con pensamientos negativos que son dominantes y obstructivos de conducta efectiva.

Existen algunos estudios de caso único también con anorexia nerviosa que destacan asimismo el rol central de la fusión cognitiva y la importancia de la utilización de estrategias de defusión (Heffner, Sperry, Eifert & Detweiler, 2002).

Particularmente, en un estudio realizado por Potts y colaboradores se examina el rol de la fusión cognitiva como predictor del trastorno por atracón (Potts, Haeger & Levin, 2014). En dicho estudio se intentó establecer si tanto la fusión cognitiva como la inflexibilidad psicológica predicen el comportamiento de atracón más adecuadamente que los predictores conocidos (rumiación y afecto negativo). Participantes que concurrían a un servicio de tratamiento para trastornos alimentarios completaron las medidas solicitadas. Los resultados arrojaron que la fusión cognitiva mostró ser el predictor más fuerte de conducta de atracón en comparación con la rumiación y el afecto negativo.

En un estudio previo (Deacon, Fawzy, Lickel & Wolitzky-Taylor, 2011), se había comparado la efectividad de una intervención basada en defusión con la de una basada en

reestructuración cognitiva en una muestra de mujeres que presentaban desordenes de la conducta alimentaria y puntajes altos en medidas de imagen corporal negativa. La muestra fue asignada o bien al grupo de defusión o bien al de reestructuración. Cada condición implicó un entrenamiento previo de 90 minutos de psicoeducación y entrenamiento en la técnica. La estrategia de defusión utilizada fue la técnica de repetición de palabras; la de reestructuración cognitiva fue un ejercicio adaptado del manual para desórdenes alimentarios de Fairburn (Fairburn, Marcus & Wilson, 1993). Las participantes debían repetir el ejercicio todos los días durante 7 días. Los resultados indicaron que en ambas condiciones se notaron mejoras significativas en la imagen corporal subjetiva y una reducción del malestar asociado a pensamientos negativos como “estoy gorda”. Los autores destacan de este modo el efecto rápido que tiene la práctica de la defusión sobre el malestar asociado a los aspectos preminentemente cognitivos de los trastornos de la conducta alimentaria (Deacon et.al., 2011).

Posteriormente Mandavia y colaboradores (2015) publicaron un estudio en el cual midieron el impacto de una técnica de defusión mediante repetición de palabras en una muestra de estudiantes que presentaban pensamientos negativos respecto a su imagen corporal. Con un diseño similar al que este grupos de investigadores utilizó en 2004 (Masuda et al., 2004) dividieron a la muestra en 5 condiciones: 1) técnica de defusión más una práctica para la casa basada en un pensamiento puntual negativo de la propia imagen corporal, 2) técnica de defusión sin la práctica posterior, 3) técnica de distracción más la práctica para la casa, 4) técnica de distracción sin la práctica, 5) grupo control. Los resultados arrojaron que aquellos que recibieron la condición 1 (defusión más la práctica) mostraron significativamente menor discomfort respecto al pensamiento negativo seleccionado que la

condición con distracción y la del grupo control. También la condición 1 mostró una gran reducción en la credibilidad del pensamiento respecto de las otras 4 condiciones (Mandavia et al., 2015), y se presume por lo tanto que el impacto del mismo sobre la conducta será menor para los casos estudiados.

### **2.3.5. Fusión y defusión en abuso de sustancias**

Un área potencial a considerar a la hora de diseñar tratamientos para abuso de sustancias tiene que ver con el rol que algunas cogniciones (por ejemplo “no voy a encajar en el grupo salvo que consuma”) e impulsos de acción cumplen en esta patología. La investigación ha dejado en claro el importante rol que juegan los eventos privados (incluyendo pensamientos negativos, impulsos y emociones) en el uso de sustancias y recaídas (Beck, Wright, Newman & Liese, 1993; Miller & Gold, 1991; Newcomb, Chou, Bentler & Huba, 1988). Algunos métodos utilizados para abuso de sustancias se focalizan en controlar o reducir tales eventos privados porque se considera que ejercen control sobre la conducta de consumo (Twohig, Shoenberger & Hayes, 2007). En particular respecto a las cogniciones relacionadas con el consumo, muchos tratamientos utilizan técnicas de reestructuración cognitiva (por ejemplo: Stephens, Babor, Kadden, Miller & Group, 2002).

En lugar de intentar cambiar el contenido de los pensamientos relacionados con el consumo, ACT facilita aceptación, defusión cognitiva y relaciona el comportamiento con valores personales. Cuando los pacientes logran experimentar sus pensamientos –como por ejemplo: “necesito una dosis ahora”- como siendo simplemente pensamientos y no una verdad literal, los efectos evocativos de dichos pensamientos disminuyen y la relación funcional entre el pensamiento y la acción correspondiente (consumir) es debilitada (Twohig

op.cit., 2007). La investigación ha demostrado que la defusión cognitiva reduce la necesidad de reaccionar a los pensamientos mientras se realizan tareas que pueden ser aversivas, como puede serlo la experiencia de la abstinencia (Gutiérrez, Luciano, Rodríguez, Fink, 2004).

Twohig, Shoenberger y Hayes realizaron una investigación para evaluar los efectos de un tratamiento ACT hecho a medida de 8 sesiones para personas con abuso de marihuana. El tratamiento incluía estrategias de defusión cognitiva. Se tomaron medidas pre, post y de seguimiento. Medidas de auto-reporte controladas mostraron que ninguno de los participantes estaba consumiendo marihuana luego del tratamiento. En el seguimiento, dos participantes reportaron un consumo significativamente menor que el de la línea de base. Si bien se necesita más investigación, el estudio es interesante porque la propuesta terapéutica difiere de las líneas tradicionales al no intentar modificar los eventos privados y en su lugar crear un contexto verbal en el cual las urgencias por consumir y los pensamientos pueden ser experimentados sin ser “actuados” (Twohig, Shoenberger & Hayes, 2007).

Hayes y colaboradores realizaron un ensayo clínico controlado en donde compararon tres modalidades de tratamiento para pacientes adictos a opioides con abuso a poli-sustancias que se encontraban con conductas de consumo aun estando bajo tratamiento con metadona. En el estudio (Hayes, Wilson, Gifford, Byrd & Gregg, 2004) los participantes fueron divididos en tres grupos: un grupo recibió sólo metadona, el segundo recibió metadona más 16 sesiones de un protocolo ACT diseñado especialmente (incluyendo intervenciones de defusión cognitiva entre otras) y el tercero recibió metadona más el modelo de Doce Pasos Intensivo (ITSF). Los resultados mostraron que la adición de ACT estuvo asociada a una disminución objetiva tanto del consumo de opiáceos como del uso total de drogas durante el seguimiento comparado con el grupo de metadona sola así como menores puntajes en

medidas de consumo subjetivas. El análisis considerando los pacientes que iniciaron tratamiento –análisis “por intención de tratamiento”- en el cual se asumió que los datos perdidos indicaban uso de drogas también apoyó el resultado de que uso total de drogas disminuyó en la condición que sumaba ACT. ITSF logró una reducción en las medidas objetivas del uso total de drogas durante el seguimiento pero no en el análisis por intención de tratamiento. Las medidas de ajuste social y malestar psicológico mejoraron en ambas condiciones. Este estudio sugiere que intervenciones basadas en aceptación, mindfulness y defusión cognitiva pueden ser útiles para este tipo de poblaciones (Linehan, Schmidt, Dimeff, Craft, Kanter & Comtois, 1999).

Gifford y colaboradores realizaron un estudio piloto para cesación tabáquica (Gifford et al., 2004). Los participantes fueron aleatoriamente asignados a dos grupos: uno que recibió un protocolo de ACT para cesación tabáquica y otro que recibió tratamiento de reemplazo de nicotina. Si bien no se encontraron diferencias entre ambas condiciones al pos-tratamiento, en el seguimiento a un año los participantes del grupo ACT mostraron significativamente mejores resultados que los de reemplazo de nicotina. Tal como se había previsto, estos cambios en el seguimiento a un año demostraron ser mediados por mejoras en las habilidades de aceptación y defusión cognitiva.

Se han realizado también estudios de caso aplicando ACT para abuso de sustancias en los cuales la fusión cognitiva mostró ser un factor de impacto sobre la conducta de consumo y las intervenciones de defusión cognitiva mostraron participación importante dentro de la mejoría clínica (Batten & Hayes, 2005).

### 2.3.6. Fusión y Defusión en Psicosis

Bach y Hayes llevaron adelante el primer estudio de ACT para pacientes hospitalizados con síntomas psicóticos (Bach & Hayes, 2002). Los pacientes fueron asignados o bien a un grupo de tratamiento usual (TAU) o bien a un grupo de tratamiento usual más 4 sesiones de ACT. Los resultados mostraron que el grupo que recibió ACT obtuvo una reducción en las medidas de *credibilidad* en las alucinaciones y menores índices de re-hospitalización en el seguimiento a 4 meses (ACT 20% vs TAU 40%).

La posición de ACT respecto de los trastornos psicóticos es que lo que es más importante para el funcionamiento podría no ser los síntomas psicóticos en sí mismos sino la relación psicológica que tienen los pacientes con estos síntomas (Gaudiano & Herbert, 2006). Por ejemplo, Shawyer y colaboradores reportó que mayores niveles de aceptación de las alucinaciones auditivas se asociaban con menor depresión, mayor confianza en afrontar las voces de comando y mayor calidad de vida en una muestra de pacientes con trastornos del espectro psicótico (Shawyer et.al., 2007).

Un proceso que se sugiere como mediador del cambio terapéutico en ACT es la defusión cognitiva. En la clínica, la defusión cognitiva sirve para reducir el impacto emocional y conductual de los eventos verbales. Es por esto que se han realizado varias investigaciones intentando establecer el potencial de cambio que podía obtener la reducción en la credibilidad de las alucinaciones en pacientes psicóticos. Cabe destacar que hasta tanto no se construyeron medidas confiables de *fusión cognitiva*, el constructo fue operacionalizado como “nivel de *credibilidad*” y era esta variable la cual era sometida a evaluación y medición en las primeras investigaciones. La hipótesis que se sostenía es que si los pacientes podían defusionarse de sus alucinaciones (tomarlas como meros eventos

verbales y no como hechos frente a los que hay que tomar acción), el impacto de las mismas sobre la conducta disminuiría, permitiendo a estos pacientes incrementar la conducta efectiva.

Gaudiano y Herbert investigaron el rol de la credibilidad en las alucinaciones como mediador de la frecuencia de las mismas y el estrés asociado en pacientes psicóticos internados (Gaudiano & Herbert, 2006). Con un diseño similar al utilizado por Bach y Hayes (2002), asignaron a los sujetos a dos grupos: un grupo recibió TAU (tratamiento usual) y el otro recibió TAU más 3 sesiones de ACT. Tomaron medidas de credibilidad en alucinaciones antes y después. Encontraron que cambios en la credibilidad en el grupo que recibió ACT produjeron mejoras en los síntomas afectivos, en el deterioro social y en el estrés asociado a las alucinaciones así como una reducción significativa en índices de re-hospitalización (TAU 45%, ACT 28%). Más aún, la disminución de la credibilidad en las alucinaciones, pero no su frecuencia, predijeron una reducción del estrés en el grupo de ACT pero no así para el de TAU solo. Estos resultados sugieren la importancia de intervenir no sólo sobre la frecuencia de los síntomas psicóticos sino también, y quizá más importante, sobre la relación que los pacientes tienen con ellos.

En 2010, Gaudiano y colaboradores decidieron realizar un análisis estadístico más avanzado de los datos obtenidos en la investigación del 2006 (Gaudiano & Herbert, 2006). El interés estaba puesto en testear de manera más directa la hipótesis de que un cambio en la relación psicológica de los pacientes con sus alucinaciones es un mediador fundamental del cambio terapéutico en ACT (Gaudiano, Herbert & Hayes, 2010). Los resultados de este análisis indicaron que la variable “credibilidad en la alucinación” -que puede ser definida como la “distancia/apego” que toma el paciente respecto de ese evento interno- explicaba en

gran medida el efecto del tratamiento ACT sobre el estrés relacionado con los síntomas psicóticos.

### **2.3.7. Fusión y Defusión en Trastornos de Ansiedad**

Mientras el modelo cognitivo tradicional postula que cambios en pensamientos y creencias acerca de la ansiedad predicen la reducción sintomática, ACT postula que al “estar fusionado” con pensamientos relacionados con la ansiedad son las conductas de evitación las que mantienen el cuadro (Eifert & Forsyth, 2005). De esta manera ACT intentará reducir la fusión con pensamientos ansiosos a través de la defusión cognitiva, es decir, el distanciamiento flexible del sentido literal del pensamiento de modo que el pensamiento ya no determine rígidamente la conducta.

Contamos con evidencia sólida respecto a la efectividad del tratamiento de Exposición y Prevención de Respuesta (ERP) para el trastorno obsesivo compulsivo (Abramowitz, 1997). Sin embargo sabemos de las limitaciones que conlleva: un porcentaje importante de pacientes se niegan al procedimiento (25%) y hay un porcentaje de casos variable según las investigaciones (15 al 40%) que no responden de manera satisfactoria al mismo (Foa, Franklin & Kozak, 1998) en particular en el caso de algunos tipos de compulsiones encubiertas. La terapia cognitivo-conductual, respondiendo en parte a este estado de cosas, sumó intervenciones destinadas a lidiar con las obsesiones: los esfuerzos terapéuticos fueron puestos en cambiar la frecuencia y el contenido de las obsesiones (Foa & Franklin, 2001).

La propuesta de tratamiento de ACT es diferente. Como hemos visto, uno de los procesos básicos de ACT es la *defusión cognitiva* que involucra cambiar el contexto verbal de modo que disminuye la credibilidad en los propios pensamientos reduciendo la tendencia a responder a ellos como si fueran verdades literales, sin necesariamente disminuir su frecuencia o contenido. Este enfoque convierte a ACT es una propuesta privilegiada para tratar el trastorno obsesivo-compulsivo: particularmente en el TOC la aceptación y la defusión pueden ser extremadamente útiles, ya que las personas que padecen este trastorno se encuentran en alto grado fusionadas con sus obsesiones y se involucran en una gran cantidad de conductas de escape y evitación implicando esto un alto costo para la vida.

En el tratamiento ACT se buscará generar un nuevo modo de relación de la persona con sus obsesiones: uno en el cual la obsesión puede ser experimentada como lo que es, simplemente un pensamiento.

Se han realizado una serie de investigaciones evaluando la efectividad de ACT en general y de las intervenciones de defusión cognitiva en particular para tratar el TOC (Twohig, 2009). Twohig, Hayes y Masuda (2006) evaluaron la efectividad de una intervención de 8 sesiones de ACT en personas con TOC, incluyendo dos sesiones exclusivas para trabajar sobre fusión cognitiva generando defusión. La medida principal fue la frecuencia de las compulsiones. Los resultados indicaron que luego del tratamiento la disminución de las compulsiones fue significativa y se mantuvo a los 3 meses en el seguimiento. Hubo también cambios positivos en medidas de ansiedad y depresión en todos los participantes, una disminución en las medidas de credibilidad en las obsesiones y cambios positivos en la variable flexibilidad psicológica medida por el cuestionario de Aceptación y Acción, AAQ (Hayes, 1996).

Twohig, Hayes, Woidneck y colaboradores realizaron un ensayo controlado aleatorio para comparar la efectividad de una intervención ACT con un entrenamiento en relajación progresiva (PRT, *Progressive Relaxation Training*) para TOC (Twohig et al., 2010). Los resultados indicaron que ACT produjo mayores cambios al pos-tratamiento y seguimiento que PRT en la severidad del TOC (medida a través de la escala Y-BOCS, *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale*, Goodman et.al., 1989) y en índices de depresión en aquellos que puntuaron con niveles medios de depresión en el pre-tratamiento. La calidad de vida mejoró en ambas condiciones marginalmente a favor de ACT al momento de pos-tratamiento.

Si bien es necesario continuar investigando acerca de la efectividad de las intervenciones de defusión cognitiva y su impacto en cuadros como el TOC, la evidencia hasta el momento destaca el rol fundamental de la fusión cognitiva como proceso psicopatológico en este trastorno y la importancia de considerar la inclusión de estrategias que favorezcan la defusión en su tratamiento (Twohig et al., 2014).

Con respecto a ansiedad social, Dalrymple y Herbert (2007) establecieron que cambios en mitad del tratamiento en las medidas de defusión cognitiva, aceptación y acción comprometida predecían la subsecuente mejoría en la sintomatología (Dalrymple & Herbert, 2007).

Puntualmente para este diagnóstico, hay un estudio experimental que merece citarse realizado con fines de medir el efecto de la defusión cognitiva en una muestra de personas con ansiedad social a través de un procedimiento que evalúa conductas de relacionamiento implícitas llamado IRAP (*Implicit Relational Assessment Procedure*, Barnes-Holmes et al., 2006), en vistas a que hasta el momento la investigación en fusión/cognitiva se llevaba a cabo basándose en medidas de auto-reporte (Kishita, Muto, Ohtsuki, & Barnes-Holmes, 2013). En

el estudio, 24 estudiantes con altos niveles de ansiedad social fueron asignados de manera aleatoria a un grupo de intervención de defusión cognitiva o bien a un grupo control y luego se les solicitó que realizaran un “discurso” de 5 minutos en público pero indicando que podían detenerse cuando querían. El nivel de fusión fue medido con escalas de auto-reporte de credibilidad en pensamientos y con el IRAP a través de los tiempos de respuesta (a mayor TR mayor fusión). Los resultados indicaron una reducción significativa de la latencia de respuesta para el grupo que recibió defusión cognitiva. También revelaron que había significativamente más participantes en el grupo de defusión que concluyó los 5 minutos completos del discurso en público, comparado con el grupo control. El estudio sugiere que la fusión (inflexibilidad y estrechamiento de la respuesta) interfiere con la fluencia comportamental.

La investigación también mostró el rol fundamental que juega la fusión cognitiva en las personas diagnosticadas con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) (Lee, J. K., Orsillo, 2014). Estas personas tienden a fusionarse con pensamientos de incertidumbre respecto al futuro –del tipo “y si sucede x...” y cuando esto ocurre tienden a utilizar estrategias de evitación tales como la preocupación que son inefectivas en el largo plazo (Ruiz, Langer Herrera, Luciano, Cangas & Beltrán, 2013).

También las investigaciones sugieren que las personas que padecen Ansiedad Generalizada tienden a evaluar negativamente sus experiencias internas, tales como pensamientos y emociones y utilizan la preocupación como forma de escapar o evitar estas experiencias (véase por ejemplo: (Borkovec, Alcaine & Behar, 2004; Mennin, Heimberg, Turk & Fresco, 2005).

En 2008 se llevó a cabo un estudio controlado aleatorizado para evaluar la eficacia de una intervención destinada a fomentar aceptación de experiencias internas (en particular, pensamientos) y a aumentar patrones de acción efectiva guiada por valores en pacientes con TAG (Roemer, Orsillo & Salters-Pedneault, 2008). El grupo que recibió la intervención mostró reducciones estadísticamente significativas en los síntomas de TAG auto-reportados y reportados por los clínicos. Los autores sugieren que los beneficios se deben a un descenso de los niveles de evitación experiencial y a un incremento de la distancia de pensamientos y estado mindfulness.

También se ha investigado el rol de la fusión cognitiva y las intervenciones para aumentar defusión en diferentes estudios realizados con otras muestras de población ansiosa, como en el caso de la ansiedad frente a exámenes (Zettle, 2012), del trastorno por estrés postraumático (Batten & Hayes, 2005; Twohig, 2009) y también de la tricotilomanía (Twohig & Woods, 2004), la cual es incluida en este apartado por haber sido recientemente incorporada en la última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) dentro de la categoría “Trastornos obsesivos compulsivos y cuadros relacionados” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

En un estudio realizado por Arch y colaboradores (2012), se propusieron evaluar la relación entre la sensibilidad a la ansiedad y la fusión cognitiva (propuestos ambos como mediadores supuestos) sesión a sesión y los resultados del tratamiento aplicando TCC o ACT a una muestra de pacientes ansiosos (con trastornos de ansiedad mixtos). El estudio arrojó que los cambios en la defusión cognitiva predecían mejor la reducción de la preocupación. Asimismo la defusión cognitiva medió significativamente la calidad de vida y los comportamientos de evitación para ambos grupos. Concluyen los investigadores que la

defusión cognitiva representa una importante fuente de cambio terapéutico tanto en TCC como en ACT (Arch et al., 2012).

En resumen, las investigaciones señalan que la fusión cognitiva desempeña un rol central en los trastornos de ansiedad porque cuando los individuos carecen de la habilidad de distanciarse de sus pensamientos ansiógenos usualmente quedan atrapados en formas de evitación que se perpetúan constituyendo factores de mantenimiento de estos trastornos (Luciano, Valdivia-Salas, Ruiz, 2012).

### **2.3.8. Fusión y Defusión en Dolor Crónico**

La evitación experiencial ha demostrado ser un importante mediador de baja satisfacción con la vida en pacientes con dolor crónico (McCracken, 2006). La evitación de la experiencia del dolor hace que la gente se involucre en actividades que producen un alivio a corto plazo (como quedarse quietos o no salir a la calle) pero la aleja de actividades que producen satisfacción y aumentan la calidad de vida (visitar amigos, trabajar, hacer deporte); con el tiempo el repertorio conductual se estrecha. Como hemos mencionado, esta evitación es resultado de la fusión cognitiva. Esto es: los procesos verbales tales como “no salgo porque siento dolor” muestran excesivo impacto en el comportamiento: quedarse en casa para evitar el dolor. (Wicksell, Renöfält, Olsson, Bond & Melin, 2008).

Varias investigaciones han demostrado los efectos beneficiosos de las intervenciones basadas en defusión cognitiva para mejorar la calidad de vida de las personas con dolor crónico (McCracken, Barker & Chilcot, 2014): las investigaciones han reportado que intervenciones basadas en ACT con fuerte énfasis en disminuir la influencia de los

pensamientos relacionados con el dolor (fusión cognitiva) aumenta su capacidad para notar las experiencias internas sin juzgar ni controlarlas y su capacidad para identificar y perseguir metas valiosas sin estar tan regulados por los eventos verbales (McCracken, 2006; McCracken, Gutiérrez-Martínez & Smyth, 2012; Wicksell, Dahl, Magnusson & Olsson, 2005).

En suma, los procesos de fusión/defusión cognitiva constituyen un foco creciente de intervenciones clínicas y de investigación empírica (Blackledge, 2015). A la fecha se han diseñado algunos instrumentos para evaluar esta variable, los cuales serán presentados en el siguiente capítulo. La mayoría de ellos, sin embargo, fueron diseñados para medir la fusión cognitiva en poblaciones específicas. Es de suma importancia entonces, poder contar con un instrumento que pueda medir esta variable en sentido amplio y con validez para nuestra población.

### Capítulo 3

#### **Fusión cognitiva: instrumentos psicométricos para su evaluación**

A pesar del creciente interés que despierta el proceso de fusión cognitiva tanto en clínicos como en investigadores ha habido relativamente escasos estudios de investigación orientados específicamente al desarrollo de instrumentos de medición de esta variable de forma independiente.

Este capítulo se propone reseñar los distintos instrumentos que han sido desarrollados y utilizados para evaluar fusión cognitiva, detallando los criterios de operacionalización de esta variable en cada caso y mencionando algunas de las limitaciones que han mostrado en su aplicación, las cuales han motivado la construcción de instrumentos más apropiados, que presenten mayor alcance y precisión.

En el trabajo experimental en ACT al inicio el concepto de fusión cognitiva se ha operacionalizado utilizando el de *credibilidad en los pensamientos* –el grado en que los individuos creen en el contenido de sus pensamientos- (Zettle & Hayes, 1986). Esto ha constituido un primer obstáculo ya que esta operacionalización al focalizarse solo en el contenido de los pensamientos, representaba un aspecto limitado de la fusión cognitiva. Era necesaria, entonces, una operacionalización más amplia que incluya otros componentes tales como: a) el dominio de los eventos cognitivos sobre la experiencia de la persona, b) la incapacidad de ver los eventos cognitivos desde una perspectiva diferente, c) la elevada regulación del comportamiento por los eventos cognitivos, d) los intentos de controlar el pensamiento, así como e) los aspectos de la literalidad y credibilidad (Gillanders et al., 2014).

El Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ), cuyas características serán desarrolladas hacia el final de este capítulo, intenta dar respuesta a esta necesidad.

Un segundo obstáculo que se ha encontrado en la medición de esta variable es el hecho de que parte del esfuerzo de investigación se ha destinado a la construcción de instrumentos que evalúan la variable pero sólo en poblaciones específicas constituyendo esto un impedimento para utilizarlo en muestras poblacionales más amplias, clínicas y no clínicas.

Un tercer obstáculo está representado por el hecho de que muchos instrumentos incluyen ítems relativos a la fusión cognitiva pero también otros relativos a otros procesos de flexibilidad psicológica por lo cual no constituyen una medida distintiva de la fusión cognitiva. El CFQ también intenta dar respuesta a estas limitaciones.

### **3.1. Instrumentos basados en la operacionalización de fusión como credibilidad en el contenido de los pensamientos**

#### **3.1.1. Cuestionario de Pensamientos Automáticos-Credibilidad**

La primera medida de fusión cognitiva que se ha desarrollado fue el Cuestionario de Pensamientos Automáticos-Credibilidad (ATQ-B, *Automatic thoughts questionnaire-believability*; Zettle & Hayes, 1986). En uno de los primeros estudios de ACT, Zettle y Hayes incorporaron una escala de credibilidad (*degree of belief*) al ya existente Cuestionario de Pensamientos Automáticos (ATQ, Hollon & Kendall, 1980) que mide la frecuencia de pensamientos automáticos solamente. Los investigadores crearon una medida de la credibilidad en cogniciones a través de la modificación del ATQ. El instrumento original requiere que los individuos puntúen la frecuencia con la que experimentan 30 pensamientos

relacionados con la depresión –por ejemplo “No valgo nada”, “Siento que no puedo seguir adelante” o “Soy un desastre”- escogiendo dentro de una escala Likert que va de 1=nunca a 5= todo el tiempo. En adición a esta puntuación de frecuencia, Zettle y Hayes (1986) también les pidieron a los individuos que puntúen el grado en el que creían en cada uno de esos pensamientos, a través de una escala Likert que iba de 1=nada a 5= totalmente, llamando a esta escala ATQ-B.

La ATQ-B mostró un gran descenso en sus puntuaciones en pacientes con depresión que habían sido sometidos al tratamiento de ACT, llamado en ese momento Distanciamiento Comprensivo, comparados con los que habían recibido otras intervenciones, incluida terapia cognitiva tradicional (Zettle & Rains, 1989).

La ATQ-B presenta buena consistencia interna tanto en muestras clínicas ( $\alpha = .95$ ) como no clínicas ( $\alpha = .97$ ), buena fiabilidad test-retest ( $r = .85$ ), y una correlación significativa positiva ( $r = .53$  para muestras clínicas y  $r = .58$  para muestras no clínicas) con el BDI (*Beck Depression Inventory*, Beck et.al.,1988), (Gird, Zettle, Webster, Wagener & Burdsal, 2010).

Hasta el 2010 no se había realizado un estudio detallado de sus propiedades psicométricas por lo cual su uso no ha sido muy extendido (Forman et al., 2012).

La escala presenta, además, dos de las limitaciones que mencionamos al comienzo del capítulo: evalúa sólo un aspecto de la fusión cognitiva –credibilidad- y es específica para depresión, limitando su uso como medida genérica de fusión cognitiva.

### **3.1.2. Cuestionario de Credibilidad en Pensamientos y Sentimientos de Ansiedad**

El cuestionario de Credibilidad en Pensamientos y Sentimientos de Ansiedad (BAFT, *The Believability of Anxious Feelings and Thoughts Scale*: Herzberg et al., 2012) es otra

escala que utiliza el concepto de “credibilidad” como forma de operacionalizar la fusión cognitiva. La escala mide la validez percibida de ciertos pensamientos y emociones relacionados con la experiencia de la ansiedad. Los individuos puntúan 16 diferentes afirmaciones acerca de la ansiedad (por ejemplo: “Tengo que estar en control de mis emociones” o “puedo perder control de mí mismo cuando estoy ansioso”) en una escala que va de 1 (nada creíble) a 7 (completamente creíble). Presenta 3 sub-escalas: 5 ítems responden a “preocupaciones somáticas” (tendencia a fusionarse con preocupaciones respecto del cuerpo), 5 ítems responden a “regulación emocional” (tendencia a fusionarse con una lucha excesiva para controlar la emoción) y 6 ítems responden a “evaluación negativa” (tendencia a fusionarse con evaluaciones negativas de los pensamientos y emociones de la ansiedad).

El BAFT demostró tener buena consistencia interna para la escala total ( $\alpha = .90$ ), buen nivel de validez discriminante (entre individuos clínicamente ansiosos e individuos no ansiosos), buena fiabilidad test-retest ( $r = .77$ ) y alta validez convergente y divergente; mostró correlaciones positivas significativas con medidas de evitación experiencial (AAQ-16, Acceptance and Action Questionnaire, Hayes et.al., 2004) ( $r = .72$ ), supresión del pensamiento (WBSI, White Bear Suppression Inventory, Wegner & Zanakos, 1994) ( $r = .54$ ), ansiedad (ASI, Anxiety Sensitivity Index, Peterson & Reiss, 1993) ( $r = .69$ ) y preocupación (PSWQ, Penn State Worry Questionnaire, Meyer, Miller, Metzger & Borkovec, 1990) ( $r = .55$ ) y correlaciones negativas significativas con medidas de mindfulness (MAAS, Mindfulness Attention Awareness Scale, Brown & Ryan, 2003) ( $r = -.34$ ), auto-compasión (SCS, Self-compassion Scale, Neff, 2003) ( $r = -.52$ ) y calidad de vida (QOLI, Quality of Life Inventory, Frisch, Cornell, Villanueva & Retslaff, 1992) ( $r = -.42$ ) (Herzberg et al., 2012).

A pesar de esto tiene algunas limitaciones. Algunos ítems se relacionan con otro constructo, el de evitación experiencial (por ejemplo: “cuando aparecen pensamientos displacenteros, debo sacarlos de mi mente”), sugiriendo que el BAFT podría no ser la medida más precisa del constructo de fusión cognitiva de manera independiente de otros procesos (Forman et al., 2012). Y debido a que mide un aspecto estrecho de la fusión cognitiva –credibilidad- y su contenido es específico a los trastornos de ansiedad, cuenta con menor relevancia como una medida genérica de la fusión cognitiva plausible de ser utilizada en otras poblaciones.

El BAFT ha sido adaptado y validado para población española (Ruiz, Odriozola-González, & Suárez-Falcón, 2014) mostrando resultados similares a los de la escala original ( $\alpha = .92$ ).

### **3.1.3. Escala de Credibilidad en Actitudes Estigmatizantes**

La Escala de Credibilidad en Actitudes Estigmatizantes (SAB, *Stigmatizing Attitudes–Believability*; Hayes, Bissett et. al., 2004) fue construida especialmente para asistir en un estudio realizado para comparar diferentes intervenciones diseñadas para reducir el estigma y el prejuicio respecto a las personas que padecen de abuso de sustancias en un grupo de profesionales de la salud mental (Hayes, Bissett, et. al. 2004). Presentada como una medida de fusión cognitiva –operacionalizada como credibilidad en pensamientos- contiene 20 ítems que constituyen pensamientos negativos usuales acerca de las personas con abuso de sustancias, como por ejemplo “mi paciente no va a cambiar, no importa qué haga” o “si mis pacientes realmente quisieran dejar de consumir, lo harían”. Se les solicita a los participantes que imaginen que están teniendo esos pensamientos y que puntúen cuanto creen en ellos en una escala que va de 1=para nada creíble a 7=completamente creíble. Puntajes

más altos representan mayor fusión cognitiva con pensamientos estigmatizantes. Los datos preliminares publicados muestran una consistencia interna de  $\alpha = .78$ .

La escala presenta varias limitaciones siendo la principal que se aplica a una población altamente específica razón por la cual no constituye una medida genérica de fusión cognitiva. Sin embargo es importante mencionar que puede ser base del diseño de otras escalas también altamente específicas que pueden ser útiles en determinadas áreas de investigación, como fue el caso del SAB adaptado para un programa de cesación tabáquica (Gifford et al., 2004).

### **3.2. Instrumentos basados en una operacionalización amplia de fusión cognitiva**

Se han desarrollado otras medidas de fusión cognitiva abarcando más aspectos y no sólo la credibilidad. Sin embargo como veremos también han mostrado algunas limitaciones.

Asimismo en algunas investigaciones, se han utilizado como medida de fusión cognitiva instrumentos ya existentes para evaluar constructos similares. Este es particularmente el caso del Cuestionario de Experiencias (EQ), razón por la cual lo incluiremos al comienzo de este apartado.

#### **3.2.1. Cuestionario de Experiencias**

El cuestionario de Experiencias (EQ, *Experience Questionnaire*: Fresco, Moore, vanDulmen, Segal, Teasdale & Williams, 2007) es una medida de autoreporte para evaluar Descentramiento. Como hemos visto en el capítulo uno, el descentramiento es un concepto que se solapa con el de defusión cognitiva si bien no son sinónimos. Fresco lo define como “la habilidad de observar los propios pensamientos y emociones como eventos objetivos y

temporarios de la mente en oposición a como reflexiones sobre el yo que son necesariamente verdaderas” (Fresco et al., 2007, p. 234).

El instrumento consiste en dos sub-escalas: descentramiento y rumiación. La escala total cuenta con 20 ítems, 11 de los cuales refieren a descentramiento y 9 a rumiación. La sub-escala de descentramiento incluye ítems de las tres facetas de descentramiento propuestas por Segal (Segal et. al., 2002): a) la capacidad de verse a uno mismo como no siendo un sinónimo de los propios pensamientos (“Puedo separarme de mis pensamientos y emociones”), b) la habilidad de no reacción automáticamente a las experiencias internas negativas (“Puedo observar mis sentimientos displacenteros sin verme arrastrado por ellos”), y c) la capacidad de auto-compasión (“Puedo aceptarme tal como soy” y “puedo tratarme a mí mismo amablemente”). Los sujetos deben puntuar cada afirmación en una escala likert que va de 1= nunca a 5= todo el tiempo. Puntajes más altos representan mayor nivel de descentramiento.

El EQ ha mostrado buenas propiedades psicométricas, incluida una consistencia interna de  $\alpha = .81$  y correlaciones significativas con constructos relacionados: correlaciones positivas con reevaluación cognitiva ( $r = -.25$ ) y negativas con evitación experiencial ( $r = -.49$ ), supresión emocional ( $r = -.31$ ), rumiación ( $r = -.46$ ), y medidas de depresión ( $r = -.40$ ) y ansiedad ( $r = -.21$ ) (Fresco et.al., 2007).

La sub-escala de descentramiento es la que fue utilizada como medida de fusión cognitiva en algunos estudios (como ejemplo véase: McCracken, Barker & Chilcot, 2014).

La principal limitación de este cuestionario como medida de fusión cognitiva es que si bien contiene algunos ítems que podrían evaluar este constructo a la vez incluye otros destinados a la evaluación de otros constructos como el de auto-compasión, por lo cual no

constituye una medida precisa de fusión cognitiva de manera independiente de otros conceptos. Descentramiento -incluidas sus tres facetas- no es sinónimo de fusión cognitiva.

### **3.2.2. Cuestionario de Evitación y Fusión para Jóvenes**

El cuestionario de Evitación y Fusión para Jóvenes (AFQ-Y, *Acceptance and Fusion Questionnaire for Youth*: Greco, Lambert, & Baer, 2008) es una escala de auto-reporte para niños y adolescentes que evalúa inflexibilidad psicológica bajo dos de sus procesos: evitación experiencial y fusión cognitiva. Los ítems fueron especialmente diseñados para ser comprendidos por la población destinataria, con lenguaje más simple y menos específico y con detalles en el contenido que aumentan su comprensión. Presenta 17 ítems que evalúan evitación y fusión (por ejemplo: “si mi corazón late fuerte eso significa que hay algo malo en mí”, “no puedo soportar sentir dolor en mi cuerpo”, “tengo miedo de mis sentimientos” y “las cosas malas que pienso de mí mismo deben ser verdad”) en una escala likert que va de 0=nada cierto a 4=muy cierto. Puntajes más altos indican mayor inflexibilidad psicológica.

El AFQ-Y ha mostrado propiedades psicométricas adecuadas en su población original (Fergus, Valentiner, Gillen, Hiraoka & Twohig, 2012), con una adecuada consistencia interna ( $\alpha=.90$ ).

Se ha presentado también una versión abreviada con 8 ítems, el AFQ-Y8 (Greco, Lambert, & Baer, 2008) con una consistencia interna de  $\alpha=.83$ , propuesta para ser utilizada en investigaciones en contextos grupales.

Los puntajes del AFQ-Y y del AFQ.Y8 correlacionan significativamente en las direcciones esperadas con medidas de sintomatología y funcionamiento general y con medidas de constructos similares, mostrando buenos niveles de validez convergente y divergente. Esto es: ambas medidas correlacionaron positivamente con medidas de ansiedad

(MASC, Multidimensional Anxiety Scale for Children, March et.al., 1997), quejas somáticas (CSI, Child Somatization Inventory, Walker & Garber, 2001) y comportamiento problemático (SFS, Symptoms and Functioning Scale, Bickman, 2006) y negativamente con calidad de vida (YQOL-R, Youth Quality of Life Inventory-Revised, Patrick, Edwards & Topolski, 2002), mindfulness (CAMM, Child Acceptance and Mindfulness Measure, Greco & Baer, 2006), competencia académica y habilidades sociales (SSRS, Social Skills Rating System, Gresham & Elliot, 1990).

El AFQ-Y ha sido adaptado para población adulta recibiendo el nombre de AFQ-A (Schmalz & Murrell, 2010) con resultados psicométricos preliminares que fueron revisados en dos nuevas muestras de adultos en 2012 (Fergus, Valentiner, Gillen, Hiraoka & Twohig, 2012), mostrando buena consistencia interna ( $\alpha=.92$ ). Mostró correlación significativa positiva con medidas de evitación experiencial (AAQ-II, Bond et al., 2011) ( $r = .68$ ) y también correlaciones en la misma dirección con síntomas somáticos (SCL-90-R, Derogatis, 1994) ( $r = .61$ ) y depresión ( $r = .59$ ), ansiedad ( $r = .53$ ) y estrés ( $r = .55$ ) medidos con el DASS (Depression Anxiety Stress Scales, Lovibond & Lovibond, 1995). Asimismo mostró correlaciones significativas negativas con mindfulness (subescala aceptación, KIMS, Kentucky Inventory of Mindfulness Skills, Baer, Smith & Allen, 2004) ( $r = -.55$ ). y con calidad de vida (QOLI, Quality of Life Inventory, Frisch et.al 1992) ( $r = -.30$ ).

Ambas escalas, la AFQ-Y y la AFQ-A muestran, sin embargo, una limitación fundamental: evalúan varios procesos de ACT, principalmente fusión cognitiva y evitación experiencial, con el fin de hallar una medida de “inflexibilidad psicológica” por lo cual no pueden ser consideradas una medida distintiva de fusión cognitiva. Algo similar ocurre con el Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ).

### 3.2.3. Cuestionario de Aceptación y Acción

El Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ, Hayes, Strosahl et.al., 2004; Hayes, 1996) es una escala que fue y es muy utilizada en el marco de las investigaciones en ACT primariamente como medida de evitación experiencial pese a que presenta ítems que evalúan el proceso más amplio de flexibilidad/inflexibilidad psicológica. Cuenta con 16 ítems y es una medida de auto-reporte. Los sujetos utilizan para responder una escala tipo likert que va de 1 (nunca es verdad) a 7 (siempre es verdad). Mayores puntajes indican mayor evitación experiencial. Mostró una consistencia interna adecuada ( $\alpha = .70$ ) y una confiabilidad test-retest ( $r = .64$ ) que demuestra buena estabilidad temporal.

Sin embargo, y luego de evaluar sus propiedades psicométricas se propuso una versión mejorada: el AAQ-II (Bond et al., 2011). Se trata de una versión del cuestionario de 7 ítems que evalúa la habilidad para aceptar los eventos internos indeseados mientras se persigue metas deseadas en la vida, es decir, evalúa el nivel de flexibilidad/inflexibilidad psicológica focalizando primariamente en los procesos de evitación experiencial/aceptación. Presenta ítems que reflejan la disposición a experimentar emociones y pensamientos indeseados y la forma de responder a ellos –por ejemplo: “Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida”. Los sujetos indican que tan cierto es eso para ellos utilizando una escala tipo Likert que va de 1= nunca es verdad a 7= siempre es verdad. Puntajes más elevados indican menor flexibilidad, es decir, mayor evitación experiencial. El AAQ II mostró adecuadas propiedades psicométricas a través de 3 muestras ( $\alpha$  rango = .76 - .87).

Cuenta con traducciones y validaciones en diferentes países, entre ellos España y México (Ruiz, Langer Herrera, Luciano, Cangas & Beltrán, 2013).. Aunque hasta cierto punto la fusión/defusión puede estar implícita en ambas sub-escalas, no es sinónimo de ninguna.

Tanto el AAQ-II como el AFQ son escalas que miden el continuum aceptación/evitación y cuentan con la limitación de incluir otros procesos del modelo ACT por lo cual no son útiles a los fines de constituir una medida de fusión cognitiva de manera aislada.

### 3.2.4. Escala Drexel de Defusión

Otra contribución a la evaluación de la fusión cognitiva es la Escala Drexel de Defusión (DDS, *Drexel Defusion Scale*: Forman et al., 2012). La escala evalúa el grado de distancia psicológica respecto de varios pensamientos y sentimientos negativos; presenta al inicio una definición extensa del término defusión y luego 10 viñetas breves en donde los sujetos puntúan hasta qué punto imaginan que estarían defusionados de las distintas experiencias internas propuestas por las viñetas en una escala tipo likert que va de 1= para nada a 6= mucho. Mayores puntajes indican mayor habilidad de defusión de experiencias internas. Las viñetas contienen un título que representa la experiencia interna negativa o displacentera, y luego contienen una descripción de una situación que podría evocar esa experiencia interna, como se ve en los siguientes ejemplos de viñetas del DDS (la traducción al castellano es de la autora de este trabajo):

Viñeta 4. **Pensamientos ansiógenos.** Las cosas no están funcionando bien en la escuela o en el trabajo y el trabajo se sigue acumulando. ¿Hasta qué punto serías usualmente capaz de defusionarte de pensamientos ansiógenos tales como “nunca lo tendré listo”?

Viñeta 2. **Urgencia por comer.** Ves tu comida favorita y sentís muchas ganas de comerla ¿Hasta qué punto serías usualmente capaz de defusionarte de la urgencia por comer?

Viñeta 9. **Sensaciones de miedo.** Estás por dar una charla en público. Mientras esperás tu turno notás que tu corazón comienza a latir fuerte, mariposas en el estómago y que tus manos tiemblan. ¿Hasta qué punto serías usualmente capaz de defusionarte de tus sensaciones de miedo?

La DDS muestra una estructura unifactorial, una consistencia interna adecuada ( $\alpha = .83$ ) y una correlación positiva significativa con medidas de aceptación (AAQ II, Bond et al., 2011) y descentramiento (subescala de Descentramiento del EQ, Fresco et.al., 2007), sugiriendo alta validez convergente; además, puntajes altos en la DDS correlacionan positivamente con una calidad de vida más alta (QOLI, Frisch, 1994), mayor satisfacción con la vida (SWLS, Satisfaction with Life Scale, Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985); y menos psicopatología y, luego de aplicado un tratamiento, correlacionan positivamente con mejoras en el funcionamiento psicológico (OQ, Outcome Questionnaire, (Lambert et.al., 1996). (Forman et al., 2012).

Sin embargo, la DDS tiene algunas limitaciones potenciales (Gillanders et al., 2014). Primero, el hecho de que la escala incluya dentro de las instrucciones una extensa definición de defusión puede ser problemático porque equipara de alguna manera el acto de respuesta defusionada con el entendimiento del concepto de defusión en términos didácticos y también porque, aún más relevante, puede inducir respuestas defusionadas en el sentido de que se deja implícito que la defusión es deseable. Los propios autores de la escala reconocen esta limitación refiriendo esto puede “incrementar la posibilidad de que la deseabilidad social influya en la respuestas” (Forman et al., 2012, p.63). Segundo, la escala presenta viñetas de modo que los sujetos no reportan específicamente sobre su experiencia de defusión en su propia vida sino sobre situaciones hipotéticas. Por último, la DDS evalúa fusión con sensaciones corporales, emociones e impulsos de acción, así como con pensamientos en situaciones específicas significando esto que los ítems tienen contenido específico y por lo tanto no servirían como una medida general del constructo (Gillanders et al., 2014). Respecto a esto último podríamos agregar que al incluir la relación con sensaciones corporales y

emociones la DDS podría estar también evaluando otros procesos diferentes de defusión ya que no se trata exclusivamente de eventos cognitivo-verbales (McCracken, Dasilva, Skillicorn & Doherty, 2014).

### **3.2.5. Escala de Inflexibilidad Psicológica ante el Dolor**

La escala de Inflexibilidad Psicológica ante el Dolor (PIPS, *Psychological Inflexibility in Pain Scale*, Wicksell, Renöfält, Olsson, Bond & Melin, 2008) es una escala que evalúa inflexibilidad psicológica a través de dos sub-escalas: evitación (del dolor) y fusión (con el dolor). Originalmente contenía 16 ítems (Wicksell et.al., 2008) que luego en un estudio posterior realizado por los mismos autores fueron reducidos a 12 ítems utilizándose en la actualidad esta última versión (Wicksell, Lekander, Sorjonen & Olsson, 2010). Del total de 12 ítems, 4 corresponden a la sub-escala de fusión y 8 a la sub-escala de evitación. La sub-escala de evitación mide la tendencia conductual a abandonar la participación social o retirarse de actividades planificadas importantes y valiosas en respuesta al dolor o a la anticipación del dolor; ejemplos de ítems de esta sub-escala son: “Evito hacer cosas cuando hay riesgo de que me duela” y “Evita planificar actividades a causa de mi dolor”. La sub-escala evitación evalúa la incapacidad de distanciarse de pensamientos sobre el dolor y sus posibles causas; ejemplos de ítems de esta sub-escala son: “Es importante que yo aprenda a controlar mi dolor”, “Haría casi cualquier cosa para deshacerme de mi dolor” y “Es importante entender qué causa mi dolor”. Se les pide a los sujetos que califiquen cuán verdaderas son esas afirmaciones para ellos utilizando una escala que va de 1= nunca es verdad a 7= siempre es verdad.

La PIPS muestra una estructura bifactorial, una consistencia interna adecuada ( $\alpha = .89$  para la escala total) y correlación con variables como satisfacción con la vida

(significativa negativa) y discapacidad (significativa positiva). Mostró significativa correlación con el Cuestionario de Aceptación de Dolor crónico (CPAQ, McCracken, Vowles & Eccleston, 2004)) y la Escala Tampa de Kinesiofobia (TSK, Miller, Kori & Todd, 1991) (Wicksell et.al., 2010).

La escala cuenta con validaciones publicadas en España (Rodero et al., 2013), Alemania (Barke, Riecke, Rief & Glombiewski, 2015) e Italia (Lijoi et.al., 2014).

La PIPS presenta al menos tres limitaciones. La primera es que se aplica a una población altamente específica (dolor agudo y crónico) razón por la cual no podría constituir una medida genérica de fusión cognitiva a ser utilizada en un rango más amplio de poblaciones. La segunda es que evalúa también evitación constando sólo con 4 ítems para medir fusión. La tercera es que incluso aquellos ítems diseñados para medir fusión reflejan también evitación experiencial (McCracken et al., 2014), por ejemplo el ítem “Haría casi cualquier cosa para deshacerme de mi dolor” de manera que no servirían para medir el proceso de manera aislada.

En suma, aunque se han desarrollado un número de instrumentos, algunas escalas desarrolladas no evalúan el constructo con independencia de otros; otras, miden fusión cognitiva pero tienden a ser de contenido específico (depresión, ansiedad, dolor crónico); otras operacionalizan en sentido estrecho el concepto (credibilidad), y en algunos casos se podría confundir medir algo con “entenderlo” y contienen efectos de influencia (*priming effects*). Si bien se muestran útiles para algunos fines determinados en contextos clínicos y de investigación particulares, era necesario el desarrollo de una medida que pudiera mostrarse más versátil y con más rango de aplicabilidad para evaluar esta variable en diversas poblaciones clínicas y no clínicas.

### 3.3. Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ)

El cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ, Gillanders et al., 2014) es una escala de auto-reporte breve de 7 ítems que se desarrolló con la intención de darle suficiente flexibilidad en términos de contenido de los ítems como para facilitar su uso en una variedad de contextos (clínico, comunidad, laboratorio) y con poblaciones diversas. A diferencia de las medidas específicas para determinadas poblaciones, el CFQ ofrece una evaluación de la fusión con cogniciones en general. La naturaleza genérica del CFQ tiene gran potencial para clínicos e investigadores interesados en evaluar este proceso psicológico.

La construcción y validación de la escala involucró una muestra total compuesta por 1.800 participantes a través de diferentes muestras clínicas y no clínicas. La *muestra 1* estaba constituida por 592 estudiantes y ayudantes de investigadores. La *muestra 2* estaba constituida por 447 sujetos de población general adulta, incluyendo una sub-muestra de funcionarios del servicio penitenciario del Reino Unido. La *muestra 3* estaba constituida por 242 sujetos voluntarios de un programa de manejo de estrés en el trabajo. La *muestra 4* constituía una muestra clínica compuesta por 215 sujetos reclutados de diferentes servicios de salud mental y presentaban diversos trastornos psicológicos; los incluidos en la muestra fueron: depresión mayor, trastornos de ansiedad, estrés postraumático, trastornos alimentarios, problemas interpersonales, duelos complicados, desordenes de personalidad y personas recuperadas de experiencias psicóticas incluyendo trastorno bipolar y esquizofrenia. La inclusión en esta muestra de una amplia gama de problemas de salud mental, se debe a que se hipotetiza que la fusión cognitiva tiene relevancia transdiagnóstica. La *muestra 5* incluyó 133 participantes con diagnóstico de esclerosis múltiple. La *muestra 6* estaba compuesta por 74 personas divididas en 3 sub-muestras: un grupo con un actual episodio depresivo, un segundo grupo que se encontraba recuperado de episodios depresivos previos

y un tercer grupo que no había presentado episodios depresivos; esta muestra fue utilizada para evaluar la validez del CFQ como predictor de depresión, comparada con predictores ya establecidos como la rumiación y las creencias metacognitivas. Finalmente, la *muestra 7* estaba conformada por 219 cuidadores de personas con demencia.

### **3.3.1. Desarrollo inicial de los ítems**

El desarrollo de los ítems involucró expertos en Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y en Teoría de los Marcos Relaciones (RFT) y se realizó tomando a la fusión como un constructo unidimensional, representando un continuum desde fusión hasta defusión, con una gran variedad de manifestaciones conductuales (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006) por lo cual intentó abarcar todos los aspectos que involucra una definición funcional de fusión cognitiva, la cual incluye: la credibilidad en pensamientos, el tomar a los pensamientos de manera literal, el reaccionar emocionalmente a los pensamientos, el comportamiento estando principalmente gobernado por pensamientos, los intentos de controlar los pensamientos, el sobre-analizar situaciones, la evaluación del contenido de los pensamientos como buenos o malos y la dominancia de la cognición por sobre la experiencia (Gillanders et al., 2014). Fueron generados 44 ítems iniciales que finalmente quedaron reducidos a 42 luego del juicio de expertos y que fueron examinados luego en el estudio 1.

El CFQ mostró buena evidencia preliminar respecto a la estructura de factores, confiabilidad, la estabilidad temporal, la validez discriminante y la sensibilidad a los efectos del tratamiento (Gillanders et al., 2014) a través de los resultados de 5 estudios que se detallan a continuación.

### 3.3.2. Estudio 1: análisis factorial exploratorio y reducción de los ítems

El estudio 1 consistió en un análisis factorial exploratorio en una muestra no clínica (muestra 1) seguida de una reducción de los ítems. Los resultados llevaron a eliminar 11 ítems que mostraban una correlación ítem-total menor a .04. Una inspección posterior de los ítems restantes sugirió que había contenidos redundantes. Quedó entonces una escala de 10 ítems que respondían a dos factores: 7 ítems respondían a fusión cognitiva y los 3 restantes (de puntuación invertida) a defusión cognitiva. A partir de allí se realizaron análisis de correlación, regresión y de factores que mostraron que los ítems de puntaje invertido, los correspondientes a defusión, no sumaban nada significativo a las propiedades psicométricas de la escala; mientras que el factor 1 (fusión) explicaba el 41.5% de la varianza, el factor 2 (defusión) daba cuenta del 18.3 % de la varianza, los factores presentaron una correlación débil ( $r = -.21$ ) y la consistencia interna de la subescala de fusión ( $\alpha = .88$ ) fue significativamente superior a la de la subescala de defusión ( $\alpha = .71$ ). Finalmente esos 3 ítems pertenecientes al factor 2 fueron omitidos quedando una escala final de 7 ítems que fue la utilizada en los estudios que siguieron. La escala de 7 ítems presenta así una estructura unifactorial y es puntuada de manera tal que a mayores puntajes, refleja mayor fusión cognitiva.

### 3.3.3. Estudio 2: análisis factorial confirmatorio

El objetivo del estudio 2 era confirmar la estructura unifactorial de CFQ a través de las diferentes muestras; participaron de este estudio las muestras 2, 3, 4, 5 y 7 descritas con anterioridad. Se realizó un análisis factorial confirmatorio. La estructura unifactorial fue confirmada. Los índices de ajuste fueron buenos a través de todas las muestras –para la muestra 2 ( $n = 448$ ):  $\chi^2/df = 2.918$ , CFI= .986, IFI= .986, RMSEA= .065, SRMR= .049-.

### 3.3.4. Estudio 3: validez externa (convergente y discriminante) y predictiva

El estudio 3 examinó la validez convergente y discriminante del CFQ vía relaciones con otras escalas de procesos y funcionamiento psicológico.

La validez de constructo del CFQ fue evaluada vía correlación con otras medidas, a través de todas las muestras. Las medidas fueron seleccionadas en relación a 4 dominios:

a) *su relevancia específica en el modelo ACT* -entre las medidas utilizadas: el AAQ, (Bond et al., 2011) como medida de inflexibilidad psicológica, y el VLQ, The Valued Living Questionnaire (Wilson, Sandoz, Kitchens & Roberts, 2010), como medida de éxito en perseguir metas valoradas en la vida.

b) *la relación de la fusión cognitiva con constructos relacionados* tales como: el *mindfulness* -Cuestionario de 5 facetas, FFMQ (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney, 2006)-, la *rumiación* -Cuestionario de estilo de respuesta rumiativa, RSQ (Nolen-Hoeksema & Jackson, 2001) y Escala de Creencias Positivas sobre la Rumiación, PBRS (Watkins & Moulds, 2005)- y *estrategias de control de pensamientos* -Cuestionario de control de pensamientos, TCQ (Wells & Davis, 1994)-.

c) *la relación de la fusión cognitiva con condiciones clínicas* importantes como depresión, ansiedad y trastornos de personalidad -entre las medidas utilizadas, BDI-II (Beck Depression Inventory, Beck, Steer & Brown, 1996), SCL-90-R (Symptom Checklist, Derogatis, 1994) , PDQ-4 (Personality Diagnostic Questionnaire, Hyler, 1994) y la HADS (The hospital anxiety and depression scale, Zigmond, & Snaith, 1983)-.

d) *la relación de la fusión cognitiva con condiciones más amplias*, como satisfacción con la vida y calidad de vida -entre las medidas utilizadas la Escala de Satisfacción con la vida SWLS (Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., Griffin, 1985) y la Escala de Calidad de Vida WHOQOL ( World Health Organisation, 1998).

Se predijo que el CFQ iba a correlacionar positivamente y de forma significativa con las medidas de constructos relacionados como inflexibilidad psicológica, el uso de estrategias de control de pensamientos, metacogniciones y frecuencia de pensamientos automáticos negativos; también con medidas de distres, ansiedad, humor bajo, burnout y problemas psicológicos. Se esperaba también que el CFQ correlacionara significativa y negativamente con medidas de bienestar, calidad de vida, mindfulness y éxito al perseguir metas valiosas (Gillanders et al., 2014).

Los *resultados* arrojaron que el CFQ tuvo una significativa correlación positiva con medidas de inflexibilidad psicológica ( $r = .72$ ), rumiación ( $r = .84$ ), distres y frecuencia de pensamientos automáticos ( $r = .61$ ) y mostró significativa y moderada correlación positiva con pensamientos positivos acerca de la rumiación ( $r = .39$ ) y el uso de estrategias de control del pensamiento ( $r = .26$ ). El CFQ mostró correlaciones negativas moderadas con medidas de calidad de vida ( $r = -.45$ ), satisfacción con el trabajo ( $r = -.42$ ), y con éxito en vivir una vida valiosa ( $r = -.21$ ) (Gillanders et al., 2014). Estos resultados sugieren que el CFQ presenta una validez externa satisfactoria.

La validez incremental del CFQ como predictor de depresión fue evaluada tomando la muestra 6 comparando el CFQ con predictores ya establecidos como la rumiación y las creencias metacognitivas. Los resultados indicaron que la fusión cognitiva mejoró significativamente la predicción de síntomas depresivos (prediciendo un 5% adicional de la varianza).

### **3.3.5. Estudio 4: validez de criterio, consistencia interna y confiabilidad test-retest**

El estudio 4 evaluó habilidad del CFQ para distinguir entre diferentes muestras de participantes. Se predijo que el CFQ iba a diferir significativamente entre las muestras con malestar psicológico y las muestras sin malestar psicológico para lo cual se utilizaron las muestras 1 a 7 y se *compararon las medias* de las diferentes muestras. Los resultados indicaron que el CFQ puede discriminar entre personas con desórdenes psicológicos y las que no los tienen: las medias de la muestra de estudiantes combinada con de la muestra de la comunidad no es significativamente diferente de la media para la muestra de esclerosis múltiple o de los cuidadores de demencia, mientras que las medias de muestras clínicas de desórdenes psicológicos mixtos son significativamente diferentes.

Para evaluar la confiabilidad test-retest, una parte de la muestra 2 ( $n = 82$ ) completó el CFQ en dos momentos diferentes, separados por 4 semanas. Hubo una significativa correlación entre el puntaje total del CFQ de esas dos ocasiones, sugiriendo que el CFQ muestra una buena estabilidad temporal ( $r = .79$ ).

Los resultados mostraron asimismo que el CFQ presenta una excelente consistencia interna a través de las diferentes muestras –muestras 1 y 2:  $\alpha = .90$ , muestra 3:  $\alpha = .92$ , muestra 4:  $\alpha = .88$ , muestra 5  $\alpha = .93$  y muestra 7:  $\alpha = .90$ - (Gillanders et al., 2014, tabla 5).

### **3.3.6. Estudio 5: sensibilidad al tratamiento**

El estudio 5 reportó sobre la sensibilidad del CFQ al cambio terapéutico. En este caso se trató una intervención designada para reducir la fusión cognitiva (que puede encontrarse en: Flaxman & Bond, 2006). El programa utilizaba ejercicios de *mindfulness* y defusión para fortalecer la conciencia del momento presente, reducir la lucha contra pensamientos y

emociones indeseadas, defusionarse de contenido cognitivo poco útil y contactar con un sentido del yo que es diferente de sus contenidos psicológicos.

Se examinaron los puntajes del CFQ en cada uno de los 3 momentos (pretratamiento, postratamiento y seguimiento) en un subgrupo de participantes de la muestra 3 (27 recibieron ACT, 33 fueron controles). Se demostró que el CFQ es sensible a los efectos de una intervención ACT que apunta a la fusión cognitiva. El efecto del tratamiento ACT sobre el CFQ fue estadísticamente significativo (Gillanders et al., 2014).

### **3.4. Validaciones y traducciones del CFQ**

El CFQ presenta una serie de adaptaciones y validaciones en diferentes poblaciones; asimismo la escala ha sido traducida a diferentes idiomas si bien no en todos los casos se han publicado resultados de validación en las poblaciones locales.

En 2014 el CFQ fue validado para la población española (Romero-Moreno, Marquez-González, Losada, Gillanders & Fernández, 2014). La muestra estaba compuesta por 179 cuidadores de personas con demencia en las cuales se evaluó el grado de fusión cognitiva a la vez que otras variables tales como niveles de estrés, depresión, ansiedad, rumiación, evitación experiencial y satisfacción con la vida. Se analizó la estructura factorial del CFQ a través de un análisis factorial confirmatorio y se evaluaron las correlaciones con otras escalas para valorar su validez convergente. Se confirmó la estructura unifactorial del CFQ y los resultados arrojaron una buena consistencia interna ( $\alpha = .87$ ) además de asociaciones significativas en las direcciones esperadas entre el CFQ y otras variables evaluadas: se hallaron correlaciones positivas significativas con medidas de rumiación, evitación experiencial, depresión, ansiedad, culpa y frecuencia de problemas del comportamiento; a su

vez, se hallaron correlaciones negativas significativas con medidas de satisfacción con la vida (Romero-Moreno et.al., 2014)

Asimismo existen versiones del CFQ en *italiano* (Dell'Orco, Prevedini, Oppo, Presti & Moderato, 2012) con estudios de validación en muestras clínicas y no clínicas, en *atalán* (Solé, Racine, Castarlenas, de la Vega, Tomé-Pires, Jensen, & Miró, 2015) con estudios en una muestra de 308 adolescentes entre 11 y 20 años presentando un nivel adecuado de consistencia interna ( $\alpha = .79$ ), en *polaco* (Malicki, 2014) –cuyos resultados de adaptación y validación en una muestra de 179 adultos aún no han sido publicados-, en *turco* (Sakarya, n.d.) –están siendo investigadas sus propiedades psicométricas, datos preliminares muestran consistencia interna de  $\alpha = .89$ -, en *persa* (Soltani, Momenzadeh, Hoseini & Bahrainian, 2016) con estudios de validación sobre una muestra de 324 estudiantes universitarios presentando un nivel adecuado de consistencia interna ( $\alpha = .86$ ), y en *griego* (Neofotistou, 2014) sin estudios de validación publicados hasta la fecha.

Contamos también con una versión del CFQ en *holandés* (Batink & De Mey, 2011) pero se trata del CFQ de 13 ítems, es decir, se han realizado los estudios de adaptación y validación con una versión del CFQ anterior a la versión final publicada de 7 ítems. Se han analizado las propiedades psicométricas en dos muestras no clínicas, una de población general ( $n = 485$ ) y otra de estudiantes ( $n = 165$ ) siendo los resultados preliminares buenos, con una consistencia interna de  $\alpha = .80$  y correlaciones positivas significativas con otros cuestionarios como el PSWQ (Inventario de Preocupación del Estado de Pensilvania, Meyer et.al., 1990) y el WDQ (Cuestionario de Áreas de Preocupación, Tallis, Davey & Bond, 1994; Tallis, Eysenck & Mathews, 1992): ambas superiores a .65.

El CFQ fue testeado también para algunas poblaciones clínicas específicas. En 2014 McCracken y colaboradores realizaron una adaptación y validación del CFQ para dolor

crónico, evaluando sus propiedades psicométricas y su valor como predictor de funcionamiento en esa población (McCracken et al., 2014). La muestra estaba compuesta por 326 adultos con dolor crónico los cuales completaron el CFQ y otras medidas tales como Flexibilidad psicológica (AAQ II, Bond et al., 2011) y Aceptación del dolor crónico (CPAQ, (McCracken, Vowles & Eccleston, 2004). La versión del CFQ utilizada fue la previa de 13 ítems –incluyendo los ítems pertenecientes a defusión también- y no la final de 7 ítems debido a que esta validación se inició en paralelo con el desarrollo de la escala original (Gillanders et al., 2014). El modelo de dos factores de la escala con 13 ítems obtenía mejores resultados en la muestra utilizada, según los autores, quienes evaluaron la estructura de la escala a través de un análisis factorial exploratorio que confirmó la presencia de los dos factores. El CFQ para dolor crónico mostró buenos resultados de consistencia interna ( $\alpha = .87$ ) y correlacionó negativa y significativamente con flexibilidad psicológica ( $r = -.78, p < 0.001$ ) y con aceptación del dolor ( $r = -.53, p < 0.001$ ) en línea con las direcciones previstas.

El CFQ tiene muchos usos potenciales. En la práctica clínica su brevedad permite que sea utilizado para evaluación y para seguimiento de evolución de cambios, a la vez que su lenguaje simple lo hace accesible para un amplio rango de sujetos. Su aspecto genérico permite su utilización en diversos contextos de investigación. Y debido a que demostró utilidad para muestras clínicas y no clínicas es una medida ideal para incluir en distintos tipos de investigaciones.

## Capítulo 4

### El problema de investigación: relevancia y objetivos

Hasta el momento no existe un instrumento validado en población argentina para medir fusión cognitiva. Debido a la relevancia clínica de este proceso psicopatológico, sería de suma utilidad contar con un instrumento válido para medir esta variable en diferentes contextos clínicos y de investigación en nuestro país. Destaca en este sentido su relevancia de *valor teórico* (Sampieri, Collado, Lucio & Pérez, 1998).

En términos más generales, la importancia de contar con instrumentos validados para poblaciones locales ha sido por demás destacada en la literatura científica (Muñiz & Hambleton, 2013; van de Vijver & Tanzer, 2004).

Cuando un instrumento construido en un país y en un idioma en particular requiere ser utilizado en otro país con un idioma y una cultura diferentes, no sólo es necesario un proceso de traducción sino también de adaptación cultural, para mantener la validez de contenido del instrumento a nivel conceptual (Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz, 2000). La adaptación de instrumentos de evaluación para su utilización en contextos lingüísticos y culturales diferentes es fundamental por sus implicancias en el área clínica, de investigación y de toma de decisiones, permitiendo contar con instrumentos válidos para la población de aplicación. De allí la relevancia instrumental o *utilidad metodológica* del presente trabajo de investigación (Sampieri et al., 1998), proponiéndose como meta en sentido amplio facilitar futuras investigaciones sobre la variable en cuestión proveyendo un instrumento válido para su medición.

El propósito de la presente investigación es realizar una adaptación lingüística y conceptual del Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ, Gillanders et al., 2014) y validarlo a través de un análisis factorial confirmatorio y de un análisis de sus propiedades psicométricas en una muestra de población local comunitaria. Específicamente, los objetivos son los que siguen a continuación.

#### **4.1. Objetivo general**

Adaptar y Validar el Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ) en una muestra comunitaria de adultos residentes en Capital Federal y Conurbano Bonaerense de la República Argentina.

#### **4.2. Objetivos específicos**

- 1) Realizar la adaptación lingüística y conceptual del instrumento.
- 2) Realizar un análisis descripto de las puntuaciones obtenidas en los diferentes instrumentos administrados, incluyendo un análisis detallado de los ítems del CFQ.
- 3) Evaluar la consistencia interna y confiabilidad test-retest del instrumento.
- 4) Evaluar la validez de constructo del instrumento a través del estudio de confirmación de la estructura factorial.
- 5) Evaluar la validez convergente y divergente del instrumento (validez externa).
- 6) Explorar el poder predictivo del instrumento para predecir los niveles de preocupación patológica.

### 4.3. Hipótesis centrales del estudio

En primer lugar, se hipotetiza que la versión argentina del CFQ (la cual a partir de este momento será mencionada como CFQ-VA) tendrá una estructura unifactorial, confirmándose la estructura factorial de la escala original (Gillanders et al., 2014).

Respecto a la relación del CFQ-VA con otras medidas que serán consideradas para la evaluación de su validez externa, y guiados por los resultados obtenidos en el estudio de la escala original, se postulan las siguientes hipótesis:

- Se hallarán correlaciones positivas estadísticamente significativas entre fusión cognitiva y rumiación.
- Se hallarán correlaciones positivas estadísticamente significativas entre fusión cognitiva y preocupación patológica.
- Se hallarán correlaciones positivas estadísticamente significativas entre fusión cognitiva e inflexibilidad psicológica.
- Se hallarán correlaciones negativas estadísticamente significativas entre fusión cognitiva y estado mindfulness.
- Se hallarán correlaciones negativas estadísticamente significativas entre fusión cognitiva y satisfacción con la vida.
- El nivel de fusión cognitiva predecirá de manera significativa el nivel de preocupación patológica.

En el capítulo siguiente se detallará el método que se ha utilizado para la consecución de los objetivos descriptos.

## Capítulo 5

### Método

#### 5.1. Consideraciones generales sobre el diseño de investigación

La presente investigación constituye un tipo de estudio empírico con metodología cuantitativa llamado *Estudio Instrumental*, categoría que incluye “los estudios encaminados al desarrollo de pruebas y aparatos, incluyendo tanto el diseño -o adaptación- como el estudio de las propiedades psicométricas de los mismos” (Montero & León, 2007).

#### 5.2. Etapa 1: adaptación lingüística y conceptual del CFQ

##### 5.2.1. Objetivo

El objetivo en esta etapa consistió en realizar la adaptación lingüística y conceptual del Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ, Gillanders et al., 2014).

##### 5.2.2. Procedimiento

1. Se obtuvo el consentimiento de los autores del instrumento original para efectuar la adaptación.
2. El Cuestionario de Fusión Cognitiva fue traducido al castellano por la investigadora basándose conjuntamente en la versión española del mismo. La investigadora seleccionó además de los siete ítems de la escala original (ítems 1 a 7), ocho ítems extra que formaban parte de la escala original en sus primeros estudios y luego fueron descartados. Estos ocho ítems (ítems 8 a 15) constituyeron ítems de resguardo para contemplar el caso de que los siete finales no obtuvieran el puntaje esperado en

nuestra población. Los ítems fueron seleccionados de acuerdo a sus puntajes de carga en el factor fusión con la ayuda y orientación del autor de la escala original.

3. El instrumento original en inglés y la traducción fueron enviadas a tres jueces bilingües independientes para comparar ambas versiones y evaluar las equivalencias lingüísticas.
4. Como control, se realizó una retro traducción al inglés original, como lo sugieren Brislin, Lonner y Thorndike (1973), la cual fue chequeada por el autor de la escala original.
5. Finalmente, el instrumento en castellano fue enviado a cinco jueces expertos en la materia para determinar la adecuación de los reactivos respecto del constructo a medir.
6. Luego de dichas revisiones, se obtuvo la versión del instrumento en castellano que fue utilizado en la segunda etapa del estudio (ver anexo B)

**5.2.2.1 Análisis de datos.** Para determinar la adecuación de los reactivos respecto del constructo a medir, se determinó el coeficiente “V de Aiken”.

### **5.3. Etapa 2: estudio sobre las propiedades psicométricas del CFQ-VA**

#### **5.3.1. Objetivos**

1. Examinar la validez teórica y de contenido del instrumento.
2. Confirmar la estructura unifactorial del instrumento.
3. Evaluar la confiabilidad test-retest del instrumento y su consistencia interna.
4. Evaluar la validez convergente y divergente del instrumento.

5. Evaluar la capacidad del instrumento para predecir el nivel de preocupación patológica.

### **5.3.2. Participantes**

Se trató de una muestra piloto comunitaria (*muestra incidental*) compuesta por 333 participantes (18 a 70 años) de la población general, de ambos sexos, residentes en Capital Federal y el Conurbano Bonaerense reclutados por la investigadora. La media de edad para la muestra total fue de 36,5 años ( $SD = 11.8$ ), 67.7% de los participantes eran mujeres ( $n = 224$ ) y 32.3% hombres ( $n = 107$ ). El 47.4 % de los participantes eran solteros ( $n = 158$ ), 38.7 % casados ( $n = 129$ ), 12.3 % separados ( $n = 41$ ) y el 1.5 % viudos ( $n = 5$ ). Con respecto al nivel educativo, un 52.6 % contaba con nivel terciario o universitario completo ( $n = 174$ ), un 18.1 % ( $n = 60$ ) con terciario o universitario incompleto, un 22.1% ( $n = 73$ ) con secundario completo, un 4.2% con secundario incompleto ( $n = 14$ ) y un 3% con nivel primario ( $n = 10$ ). Finalmente, con respecto al nivel de actividad laboral, un 63.2 % era trabajador en relación de dependencia ( $n = 196$ ), un 27.4 % era trabajador autónomo ( $n = 85$ ) y un 9.4% ( $n = 29$ ) estaba desempleado. Los datos más relevantes respecto a la composición de la muestra se resumen en la tabla 5.1 a continuación.

Tabla 5.1  
*Composición de la muestra*

|                         |   | Total<br>(N= 333) |
|-------------------------|---|-------------------|
| Edad <i>M (DT)</i>      |   | 36.5 (11.8)       |
| Sexo                    | <i>Mujer</i>                              | 67.7 %            |
|                         | <i>Hombre</i>                             | 32.3 %            |
| Estado civil            | <i>casado</i>                             | 38.7 %            |
|                         | <i>soltero</i>                            | 47.4 %            |
|                         | <i>viudo</i>                              | 1.5 %             |
|                         | <i>Divorciado/separado</i>                | 12.3 %            |
| Nivel de<br>Instrucción | <i>Primario</i>                           | 3 %               |
|                         | <i>Secundario incompleto</i>              | 4.2 %             |
|                         | <i>Secundario completo</i>                | 22.1 %            |
|                         | <i>Terciario-universitario incompleto</i> | 18.1 %            |
|                         | <i>Terciario-universitario completo</i>   | 52.6 %            |
| Actividad Laboral       | <i>desempleado</i>                        | 9.4 %             |
|                         | <i>Trabajador autónomo</i>                | 27.4 %            |
|                         | <i>Trabajador bajo dependencia</i>        | 63.2 %            |

La cantidad de participantes fue seleccionada siguiendo el criterio de Hair y colaboradores según el cual la muestra debe incluir un mínimo de 10 participantes por cada ítem que contenga la escala (Hair, Black, Babin & Anderson, 2010); siendo el CFQ una escala de 7 ítems, un mínimo de 70 participantes era requerido; los autores también sugieren un mínimo de 200 casos para evaluar la validez interna a través del análisis factorial confirmatorio.

### 5.3.3. Instrumentos

- *Cuestionario Sociodemográfico (CSD)*. El mismo fue específicamente diseñado para caracterizar la muestra en función de aspectos sociodemográficos básicos tales como edad, sexo, estado civil, cantidad de hijos, nivel de instrucción y ocupación. Respecto del estado civil se consignaron cuatro valores posibles: a) soltero, b) casado/concubinato, c) divorciado/separado, y d) viudo. El nivel de instrucción, a su vez, clasificó a la muestra en los siguientes parámetros de acuerdo al nivel de estudio alcanzado: 1) primario incompleto, 2) primario completo; 3) secundario incompleto 4) secundario completo, 5) estudios terciarios o universitarios incompletos y 6) estudios terciarios o universitarios completos. Siguiendo recomendaciones del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC, 2009), el nivel de ocupación fue dividido en tres tipos. Por un lado quienes no realizaban trabajo remunerado fueron clasificados como desocupados, por otro, los trabajadores ocupados fueron divididos en base a si eran trabajadores en vínculo de dependencia o si lo hacían en forma independiente.
- *Cuestionario de Fusión Cognitiva* (Gillanders et al., 2014) en su *versión argentina*: se trata de una escala auto-administrada unifactorial de siete ítems que evalúa el grado de fusión cognitiva que manifiesta la persona para una variedad de situaciones propuestas. Los ítems son afirmaciones respecto a tendencias de comportamiento de la persona frente al contenido de sus pensamientos (por ejemplo: “Tiendo a enredarme mucho en mis propios pensamientos”). El rango de respuestas es presentado en una escala tipo Likert que va de 1= nunca a 7= siempre. Esta escala fue validada en idioma inglés (su idioma original) en una gran variedad de poblaciones clínicas y no clínicas, presentando excelentes propiedades psicométricas respecto a la estructura de factores,

confiabilidad, la estabilidad temporal, la validez, la validez discriminante y la sensibilidad a los efectos del tratamiento. La consistencia interna medida a través de las distintas muestras resultó entre  $\alpha = .88$  y  $\alpha = .93$ .

- *Escala de Atención y Conciencia Plena (MAAS, Mindful Attention Awareness Scale)* (Brown & Ryan, 2003) en su versión española adaptada por Barajas y Garra (2014). Evalúa las diferencias individuales en la frecuencia del estado *mindfulness* o de conciencia plena sobre un determinado periodo de tiempo focalizándose en la presencia o ausencia de atención y/o conciencia de lo que está ocurriendo en el momento presente. Consiste en una escala unifactorial de 15 ítems en forma de declaraciones afirmativas (por ejemplo: “Encuentro difícil estar centrado en lo que está pasando en el presente”). Los sujetos indican que tan frecuentemente tienen estas experiencias utilizando una escala tipo Likert que va de 1=casi siempre a 6= casi nunca. Puntajes más altos indican estado *mindfulness* más elevado. Presentó muy buenas propiedades psicométricas con muy buena consistencia interna ( $\alpha = .88$ ).
- *Cuestionario de Aceptación y Acción, AAQ II* (Bond et al., 2011) en su versión adaptada y validada al español (Ruiz, Langer Herrera, Luciano, Cangas, Beltrán, 2013). Se trata de una escala unifactorial de auto-reporte de siete ítems que evalúa inflexibilidad psicológica (Steven C. Hayes et al., 2011) a través de afirmaciones declarativas que reflejan la disposición a experimentar emociones y pensamientos indeseados y la forma de responder a ellos (por ejemplo: “Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida”). Los sujetos indican que tan cierto es eso para ellos utilizando una escala tipo Likert que va de 1= nunca es verdad a 7= siempre es verdad. Los datos obtenidos para la validación española fueron similares a los encontrados en la versión original del AAQ-II: consistencia interna medida a través

de las distintas muestras resultó entre  $\alpha = .75$  y  $\alpha = .93$  y las diferencias entre las muestras clínicas y no clínicas fueron estadísticamente significativas.

- *Cuestionario de Preocupaciones del Estado de Pensilvania, PSQW (Penn State Worry Questionnaire, Meyer, Miller, Metzger & Borkovec, 1990)* en su versión abreviada, adaptada y validada en Argentina (Rodríguez-Biglieri & Vetere, 2011): La escala original cuenta con 16 ítems y una estructura de dos factores. La versión utilizada en esta investigación consiste en una escala unifactorial de auto-reporte de 11 ítems que evalúa disposición a la preocupación, su frecuencia e intensidad y la tendencia de la preocupación a ser generalizada y no restringida a un tipo particular de situación. Los ítems consisten en afirmaciones declarativas, como por ejemplo “Siempre estoy preocupándome por algo” y los sujetos deben indicar que tan típico es eso en ellos utilizando una escala Likert que va de 1= para nada típico de mí a 5= es muy típico de mí. Puntajes más altos representan niveles más elevados de preocupación patológica. La consistencia interna del instrumento resultó elevada ( $\alpha = .94$ ).
- *Subescala Rumiación del Cuestionario de Estrategias Cognitivas de Regulación Emocional, CECRE en castellano (CERQ, Cognitive Emotion Regulation Questionnaire, Garnefski & Kraaij, 2006, 2007)* en su versión adaptada y validada en Argentina (Medrano, Moretti, & Ortiz, 2013). La CERQ consiste en una escala de auto-reporte de 36 ítems de 9 factores que evalúa nueve estrategias de regulación cognitiva de las emociones que utilizan las personas luego de una experiencia displacentera o estresante. Cada estrategia es examinada por cuatro ítems bajo la forma de afirmaciones declarativas: en el caso de la estrategia de Rumiación un

ejemplo de ítem es “Estoy preocupado por lo que siento y pienso acerca de lo que me ha pasado” y los sujetos utilizan para responder una escala Likert que va de 1= casi nunca a 5= casi siempre. Sólo la sub-escala de Rumiación fue utilizada en esta investigación. Ha presentado buenas propiedades psicométricas; respecto a la consistencia interna los valores de alfa de Cronbach para los nueve factores de la CERQ variaron entre .59 a .83.

- *Escala de Bienestar Psicológico en Adultos, BIEPS-A* (Casullo & Castro Solano, 2000, Casullo, 2002): se trata de una escala de auto-reporte de 13 ítems antecedida por un breve cuestionario socio-demográfico, el cual no fue utilizado en esta investigación. Presenta 4 dimensiones o factores: Aceptación/Control, Autonomía, Vínculos y Proyectos. Los ítems constituyen afirmaciones declarativas como por ejemplo “Soy una persona capaz de pensar en un proyecto” y los sujetos utilizan para responder una escala tipo Likert que va de 1= en desacuerdo a 3= de acuerdo. A mayor puntaje se interpreta mayor nivel de bienestar psicológico. Ha presentado buenas propiedades psicométricas presentando una confiabilidad de  $\alpha = .74$  para la escala total.

#### **5.3.4. Procedimiento**

Los participantes recibieron un resumen acerca de la investigación y se les solicitó su consentimiento para poder participar de la investigación. Se les solicitó datos socio-demográficos básicos (edad, sexo, estado civil, nivel socioeconómico y nivel de estudio). A continuación completaron el protocolo que incluía todos los instrumentos mencionados.

Para evaluar la confiabilidad test-retest, una sub-muestra de la muestra total fue seleccionada para re-evaluación cuatro semanas más tarde. El lapso transcurrido entre el test

y el retest es el mismo que el del estudio original y se considera adecuado tanto para neutralizar los posibles efectos del recuerdo respecto a la primera toma como para minimizar las influencias externas que podrían afectar los resultados de la segunda toma si el lapso fuera mayor (Muñiz, 1998). La selección se realizó de acuerdo a quienes se postularon como voluntarios para tal fin. Para no suprimir el anonimato se les sugirió que elijan una forma personal y particular de identificar su cuestionario 4 semanas más tarde; algunos utilizaron el criterio de identificarlo a través de su firma, otros a través de alguna marca o dibujo particular en su protocolo. Un total de 38 participantes completaron y entregaron el re-test.

Para evitar la influencia del efecto secuencial, los instrumentos fueron tomados con un orden azaroso a través de la creación de tres protocolos que presentaban las mismas escalas pero en diferente orden en cada caso. Los protocolos fueron intercalados azarosamente y entregados a los participantes.

#### ***5.3.4.1. Análisis de los datos***

La mayoría de los análisis estadísticos se realizó utilizando la versión 20 del IBM SPSS Statistics. A continuación se detallan los tipos de pruebas que se han realizado.

- Se realizó un análisis descriptivo de los ítems y se exploró la diferencia de medias por sexo utilizando la prueba *t* de Student para muestras independientes.
- Para evaluar la validez interna –o de constructo- se realizó un análisis factorial confirmatorio -utilizando el programa AMOS 20
- Para analizar el poder de *discriminación* de los ítems se utilizó el cálculo de la fórmula de la correlación ítem-total corregido.

- Para analizar la *consistencia interna* del instrumento se calculó el coeficiente alpha de Cronbach para la escala total.
- Para analizar la *confiabilidad test-retest* del instrumento se calculó la correlación Pearson entre las puntuaciones obtenidas en la toma 1 (T1) y la toma 2 (T2).
- Para el análisis de la *validez convergente* del instrumento se procedió a calcular la correlación de Pearson entre las puntuaciones obtenidas en el CFQ-VA, el PSQW, el cuestionario de Rumiación de la CECRE y el AAQ II.
- Para el análisis de la *validez divergente* del instrumento se procedió a calcular la correlación de Pearson entre las puntuaciones obtenidas en el CFQ-VA, el MAAS y el BIEPS-A.
- Para evaluar el poder predictivo del instrumento sobre los niveles de preocupación patológica se realizó un estudio de regresión lineal simple, introduciendo la variable CFQ-VA como predictor de las puntuaciones obtenidas en el PSWQ.

Los resultados obtenidos serán presentados en el siguiente capítulo, siguiendo el orden en el que fueron presentados los objetivos del presente estudio.

## **Capítulo 6**

### **Resultados**

En el presente capítulo se informaran los resultados obtenidos de los estudios presentados en el capítulo anterior, siguiendo el orden de los objetivos propuestos en la presente investigación. En primer lugar se informarán los resultados del procedimiento de adaptación de la escala CFQ y de la confiabilidad interjueces (etapa 1). En segundo lugar, se presentarán estadísticos descriptivos de las variables examinadas y a continuación se detallará el análisis descriptivo de los ítems del CFQ-VA, informando a continuación los resultados del análisis realizado de diferencia de medias por sexo. En tercer lugar se expondrán los datos obtenidos respecto a la confiabilidad de la escala, informándose tanto la consistencia interna como la confiabilidad test-retest. Luego, se presentarán datos sobre la validez de constructo a través de un análisis factorial confirmatorio. En quinto lugar, se informan los datos obtenidos para la validez externa de la escala (convergente y discriminante). Finalmente, se detallarán los resultados obtenidos respecto del poder predictivo de los niveles de fusión cognitiva respecto a los niveles de preocupación patológica. Los análisis se aplicaron a los 7 ítems originales del CFQ, cuya versión final argentina se encuentra en el anexo C del presente trabajo.

#### **6.1. Resultados concernientes a la adaptación lingüística y conceptual del instrumento y confiabilidad interjueces (Etapa 1)**

Los objetivos de esta etapa consistieron en realizar la adaptación lingüística y conceptual del CFQ y obtener la validez de contenido por criterio de jueces expertos. Con

este fin y contando con el consentimiento del autor del instrumento original (D. Gillanders, comunicación personal, 10 de octubre de 2013), el CFQ fue traducido al castellano por la investigadora.

La investigadora seleccionó además de los siete ítems de la escala original (ítems 1 a 7), ocho ítems extra que formaban parte de la escala original en sus primeros estudios y luego fueron descartados. Estos ocho ítems (ítems 8 a 15) constituyeron ítems de resguardo en caso de que los siete finales no obtengan el puntaje esperado en nuestra población. Estos ítems de resguardo fueron seleccionados de acuerdo a sus puntajes de carga en el factor fusión con la ayuda y orientación del autor de la escala original (D. Gillanders, comunicación personal, 1 de septiembre de 2014).

El instrumento original en inglés y la traducción fueron enviadas a tres jueces bilingües independientes para comparar ambas versiones y evaluar las equivalencias lingüísticas. Todos los ítems recibieron puntajes entre 4 y 5 por parte de los jueces bilingües, en una escala que iba de 0 a 5, siendo 5 el mayor nivel de equivalencia lingüística. Los jueces contaban con un espacio para realizar modificaciones a los ítems en caso de que lo consideraran necesario. En algunos casos sugirieron modificaciones lingüísticas que fueron consideradas por la investigadora, siendo algunos ítems levemente modificados al ser incluidos en el protocolo de retro-traducción.

Como control, se realizó una retro traducción al inglés original, como lo sugieren Brislin, Lonner y Thorndike (1973), la cual fue chequeada por el autor de la escala original. Todos los ítems retro-traducidos recibieron un puntaje de 5 por parte del autor de la escala original (D. Gillanders, comunicación personal, 6 de noviembre de 2014), en una escala que iba de 1 a 5, siendo 5 el mayor nivel de equivalencia conceptual. El autor de la escala original

consideró que todos los ítems retro-traducidos eran conceptualmente equivalentes a los ítems originales.

Finalmente, el instrumento en castellano fue enviado a cinco jueces expertos en la materia para determinar la adecuación de los reactivos respecto del constructo a medir. Se determinó el coeficiente “V de Aiken” (Aiken, 1980; Escurra, 1988).

Cada juez recibió un protocolo en el cual tenían que seleccionar para cada ítem la opción que consideraran más pertinente de acuerdo a si consideraban al ítem: aceptable (refleja una operacionalización del constructo), aceptable con modificaciones o inaceptable (no refleja una operacionalización del constructo). Para calcular el coeficiente V de Aiken, se asignó a cada una de las tres opciones de respuesta del protocolo de juez experto un valor diferencial, siendo:

No aceptable = 0            Aceptable con modificaciones = 1            Aceptable = 2

Luego se procedió a calcular la V por cada ítem bajo su fórmula:  $V = \frac{S}{N \times (C-1)}$

$N \times (C-1)$

Siendo S la sumatoria de los puntajes asignados por los jueces por cada ítem, N el número de jueces y C el número de valores del rango (en este caso son 3). Obteniendo de esta manera cada ítem un coeficiente v de Aiken. Este coeficiente puede obtener valores entre 0 y 1, a medida que sea más elevado el valor computado, el ítem tendrá una mayor validez de contenido, siendo el puntaje de 1 el que refleja “acuerdo absoluto” entre jueces y la mayor validez de contenido (Aiken, 1980). En la tabla 6.1. se observan los resultados del juicio de expertos.

Tabla 6.1  
*Juicios expertos*

| Ítem | Juez 1 | Juez 2 | Juez 3 | Juez 4 | Juez 5 | Suma (S) | V de Aiken |
|------|--------|--------|--------|--------|--------|----------|------------|
| 1    | 2      | 2      | 1      | 2      | 2      | 9        | .9         |
| 2    | 2      | 2      | 2      | 2      | 1      | 9        | .9         |
| 3    | 2      | 2      | 2      | 1      | 2      | 9        | .9         |
| 4    | 2      | 2      | 2      | 2      | 1      | 9        | .9         |
| 5    | 2      | 2      | 2      | 2      | 2      | 10       | 1          |
| 6    | 2      | 2      | 2      | 2      | 2      | 10       | 1          |
| 7    | 2      | 2      | 2      | 2      | 2      | 10       | 1          |
| 8    | 2      | 2      | 2      | 1      | 2      | 9        | .9         |
| 9    | 2      | 2      | 1      | 1      | 2      | 8        | .8         |
| 10   | 2      | 2      | 2      | 2      | 2      | 10       | 1          |
| 11   | 2      | 2      | 1      | 2      | 2      | 9        | .9         |
| 12   | 2      | 2      | 2      | 2      | 2      | 10       | 1          |
| 13   | 2      | 2      | 1      | 2      | 1      | 8        | .8         |
| 14   | 2      | 2      | 2      | 2      | 1      | 9        | .9         |
| 15   | 2      | 2      | 2      | 2      | 2      | 10       | 1          |

Los siete ítems de la escala original obtuvieron una V de Aiken con valores entre .9 y 1, mostrando alta validez de contenido. Los ocho ítems de resguardo obtuvieron una V de Aiken con valores entre .8 y 1.

Luego de dichas revisiones, se obtuvo la versión del instrumento en castellano (ver apéndice B) a ser utilizado para testear empíricamente su validez y confiabilidad. A continuación se detallan los resultados obtenidos en la etapa 2.

## 6.2. Resultados concernientes al análisis estadístico descriptivo

Se presentarán en primer lugar estadísticos descriptivos de las variables examinadas y luego se informarán los resultados del análisis descriptivo de los ítems de la escala CFQ-VA.

Los estadísticos descriptivos de las variables examinadas pueden observarse en la tabla 6.2 a continuación.

Tabla 6.2

### *Estadísticos descriptivos de las variables examinadas*

|                | <b>Total</b><br>(N= 333)<br>M (DT) | <b>Mujeres</b><br>(n= 224)<br>M (DT) | <b>Hombres</b><br>(n= 107)<br>M (DT) |
|----------------|------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>CFQ-VA</b>  | 22.69 (8.90)                       | 23.57 (8.76)                         | 20.95 (9.04)                         |
| <b>MAAS</b>    | 63.76 (13.51)                      | 63.11 (13.96)                        | 64.82 (12.60)                        |
| <b>AAQ II</b>  | 18.97 (9.08)                       | 19.47 (9.00)                         | 17.95 (9.28)                         |
| <b>PSQW</b>    | 31.32 (10.15)                      | 32.47 (9.89)                         | 29.16 (10.35)                        |
| <b>CECRE</b>   | 11.82 (4.30)                       | 12.59 (4.33)                         | 10.29 (3.80)                         |
| <b>BIEPS-A</b> | 34.63 (3.19)                       | 34.84 (3.02)                         | 34.14 (3.49)                         |

**Nota:** CFQ-VA: Cuestionario de Fusión Cognitiva-versión argentina; MAAS: Cuestionario Mindful Attention Awareness; AAQ II: Cuestionario de Aceptación y Acción; PSQW: Cuestionario Penn State Worry; CECRE: Subescala Rumiación del Cognitive Emotion Regulation Questionnaire; BIEPS-A: Escala de Bienestar Psicológico en Adultos.

### **6.2.1. Análisis descriptivo de los ítems de la escala CFQ versión argentina**

Previamente al análisis descriptivo de los ítems, se examinó si cada ítem de manera individual presentaba un número de respuestas perdidas que pudiera indicar cierta dificultad de comprensión del ítem. Los resultados indican que este no fue el caso con ninguno de los ítems del CFQ-VA: sólo se presentaron 14 respuestas perdidas para todo el set de datos distribuidas en 6 de los 7 ítems. Estos casos que presentaron respuestas perdidas fueron excluidos de la muestra total.

La media y el desvío estándar para cada ítem se presentan en la tabla 6.3 a continuación, presentando parámetros de acuerdo a lo esperable.

Las distribuciones de frecuencia para cada ítem fueron testeadas a través de la asimetría y la curtosis (ver tabla 6.3). Los resultados indican una distribución cercana a la normal y cumplen con el criterio estricto -valores entre -1.4 a 1.4- propuesto por Botella y colaboradores (Botella, León & San Martín, 1993) encontrándose los valores obtenidos dentro de esos parámetros.

Tabla 6.3  
*Media, Desviación típica, Asimetría y Curtosis de los ítems de CFQ-VA*

| Ítems   | <i>M</i> | <i>DT</i> | Asimetría | Curtosis |
|---|----------|-----------|-----------|----------|
| CFQ1. Mis pensamientos me provocan malestar o dolor emocional   | 3.34     | 1.48      | .25       | -.46     |
| CFQ2. Me siento tan atrapado/a en mis pensamientos que soy incapaz de hacer las cosas que realmente quiero hacer  | 2.69     | 1.46      | .72       | .00      |
| CFQ3. Tiendo a analizar demasiado las situaciones hasta el punto en que me resulta de poca ayuda                  | 3.36     | 1.68      | .36       | -.81     |
| CFQ4. Suelo luchar contra mis pensamientos  | 3.22     | 1.66      | .35       | -.70     |
| CFQ5. Me enojo conmigo mismo/a por tener determinados pensamientos  | 3.13     | 1.64      | .33       | -.76     |
| CFQ6. Tiendo a enredarme mucho en mis propios pensamientos  | 3.59     | 1.77      | .14       | -.91     |
| CFQ7. Me resulta muy difícil dejar pasar los pensamientos desagradables, aun cuando sé que eso sería útil para mí | 3.35     | 1.60      | .32       | -.58     |

### 6.2.2. Diferencia de medias por sexo

Se realizó un análisis de diferencia de medias entre hombres y mujeres según los puntajes del CFQ-VA utilizando la prueba  $t$  ( $t_{(316)} = 2.452, p < .05$ ). Los resultados indican diferencias estadísticamente significativas, siendo las mujeres ( $M = 23.57, DT = 8.75$ ) quienes obtuvieron mayores puntajes en fusión cognitiva en relación con los hombres ( $M = 20.95, DT = 9.04$ ).

### 6.3. Resultados concernientes a la confiabilidad del instrumento

En primer lugar se procedió a procesar los casos de modo de obtener la cantidad de casos válidos, descartando aquellos excluidos por presentar respuestas perdidas en el CFQ-VA. Los casos excluidos representan el 3.9 % de los casos totales conformando un tamaño de la muestra de 320 casos.

Dos tipos de confiabilidad se han testeado: 1) a través del cálculo de la consistencia interna y 2) a través del cálculo de la correlación con un re-test administrado cuatro semanas después.

La consistencia interna, medida a través del coeficiente alfa de Cronbach, resulto muy satisfactoria ( $\alpha = .89$ ), considerándose los criterios que la evalúan como aceptable a partir de .70 y satisfactoria a partir de .80 (Hair, Black, Babin & Anderson, 2010; Tabachnick & Fidell, 2001).

La confiabilidad test-retest se evaluó examinando la correlación entre los puntajes del CFQ-VA al inicio (T1) y los de cuestionarios completados 4 semanas después (T2) por una sub-muestra de participantes ( $n = 38$ ). Se encontró una correlación positiva significativa entre los dos puntajes en T1 y T2, utilizando el coeficiente de correlación Pearson ( $r = .76, p < .001$ ).

Para evaluar en qué medida los ítems aportan a la confiabilidad de la escala se calculó la correlación ítem-total corregida y el alfa de Cronbach si se elimina el elemento. La Tabla 6.4 muestra los resultados obtenidos para cada ítem de la escala.

Tabla 6.4  
*Correlación ítem-total*

|             | Media de la escala<br>si se elimina el<br>elemento | Varianza de la<br>escala si se elimina<br>el elemento | <b>Correlación Item-total<br/>corregida</b> | <b>Alfa de Cronbach si se<br/>elimina el elemento</b> |
|-------------|--|---|---|---|
| <b>CFQ1</b> | 19.34  | 61.46   | .67   | .88   |
| <b>CFQ2</b> | 20.00  | 61.39   | .68   | .88   |
| <b>CFQ3</b> | 19.34  | 61.07   | .58   | .89   |
| <b>CFQ4</b> | 19.46  | 58.18   | .72   | .88   |
| <b>CFQ5</b> | 19.56  | 58.30   | .73   | .88   |
| <b>CFQ6</b> | 19.12  | 55.69   | .78   | .87   |
| <b>CFQ7</b> | 19.35  | 58.34   | .74   | .88   |

Es esperable que para cada ítem la correlación ítem-total esté por arriba de .35 y .40 (Hair et al., 2010); correlaciones superiores a .40 indican buen poder de discriminación de los ítems. Los resultados indican correlaciones altas entre .58 y .78 lo cual refleja que todos los ítems aportan a la escala presentando muy buen poder de discriminación.

Es esperable, a su vez, que el alfa de Cronbach descienda si se elimina el elemento. Los resultados en este sentido indican que, dado que los resultados por ítem han dado por debajo de .89, todos los ítems aportan a la confiabilidad de la escala.

#### **6.4. Resultados concernientes a la validez de constructo del instrumento**

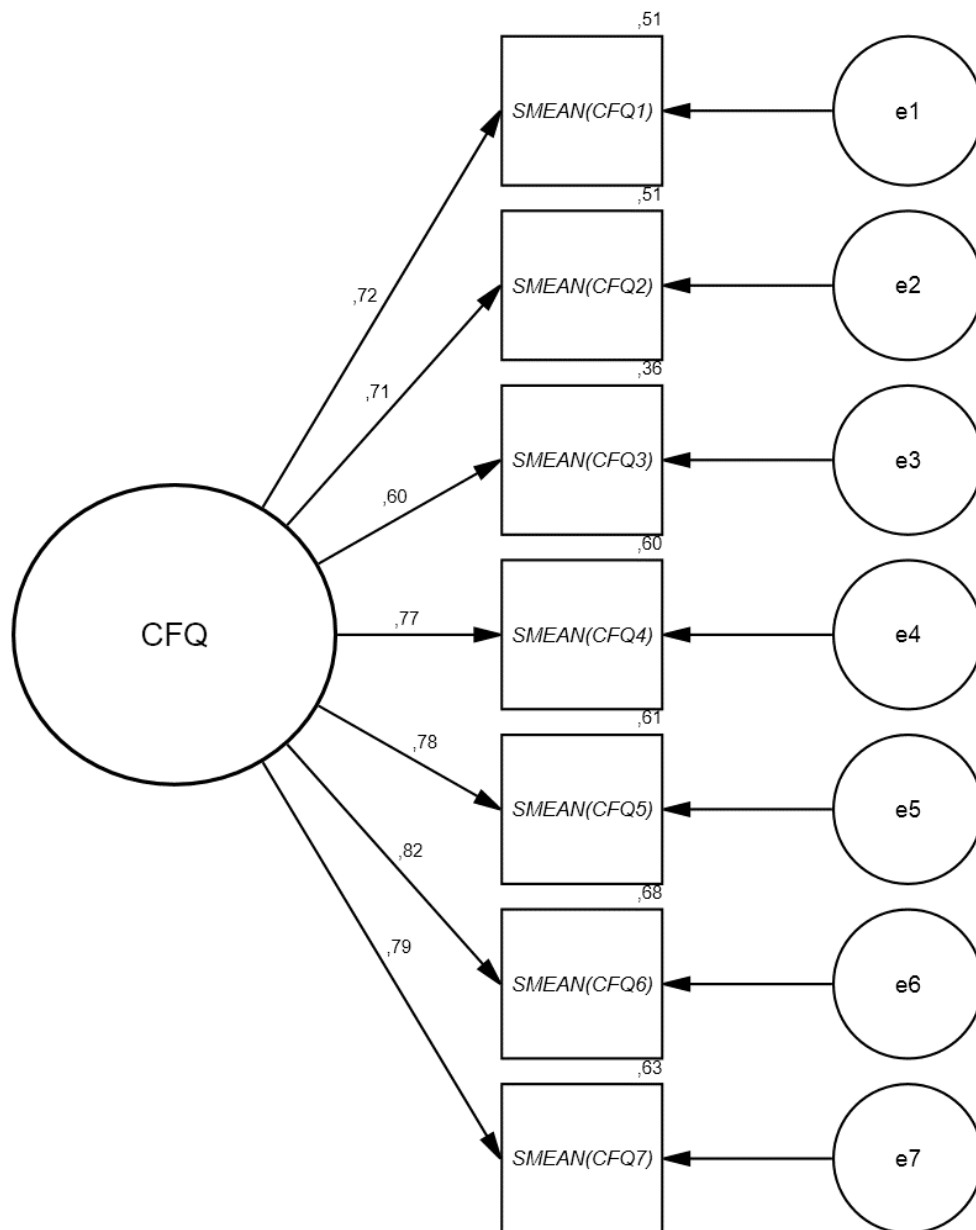
Para analizar la validez de constructo se procedió a realizar un análisis factorial confirmatorio (AFC).

El modelo unifactorial de los 7 ítems del CFQ fue testeado. Con el propósito de testear el grado en que los datos se ajustan al modelo se calcularon diferentes estadísticos. En primer

lugar, se presenta el modelo teórico hipotetizado (Figura 5.1), junto con los coeficientes estandarizados y el porcentaje de varianza explicada. En segundo lugar, se presenta el estadístico chi-cuadrado ( $\chi^2$ ), la división entre el chi-cuadrado y sus grados de libertad ( $\chi^2/gl$ ), los índices de ajuste comparativo (CFI) e iterativo (IFI) y el nivel de error (RMSEA).

Los coeficientes de regresión y tamaños del efecto ( $R^2$ ) pueden apreciarse en la figura 6.1 a continuación. Considerando que cuanto mayor es el  $R^2$  mayor es el ajuste del modelo a los datos, podemos afirmar que los valores resultaron adecuados.

Figura 6.1. Modelo hipotetizado de CFQ-VA, coeficientes de regresión y porcentaje de varianza explicada por ítem.



Índices de ajuste del modelo:  $\chi^2 = 49.882$ ,  $gl = 14$ ,  $\chi^2/gl = 3.563$ , CFI = .97, IFI = .97, RMSEA = .088, SRMR = .0327

### 6.4.1. Índices de ajuste

Para evaluar si los datos se adecúan al modelo propuesto se procedió a calcular, en primer lugar, el chi-cuadrado (CMIN), cuyo valor resultó en 49.88 lo cual es significativo. Sin embargo, esto se debe a que este estadístico es altamente sensible al tamaño de la muestra y este resultado en ciencias sociales es altamente frecuente; incluso algunos autores consideran a este estadístico como innecesariamente conservador (Brown, 2006). Por este motivo son usualmente calculados otros índices de ajuste alternativos. El CFI y el RMSEA son los índices de ajuste generalmente recomendados (Bentler, 1990; Brown, 2006; Byrne, 2010). Estos y otros índices son informados a continuación.

Con respecto a la división entre chi-cuadrado y sus grados de libertad ( $\chi^2/g.l$ ) y considerando que valores por debajo de 5 indican un buen ajuste (Hair et al., 2010), siendo el resultado (CMIN/DF) de 3.56, se considera satisfactorio.

Con respecto a los índices de Ajuste IFI y CFI: en general hay acuerdo respecto a que buenos índices de ajuste se encuentran por encima de .90 y valores por encima de .95 indican mejor ajuste aún (Hu & Bentler, 1998). Los resultados obtenidos para el CFQ-VA en este caso indican un nivel de ajuste satisfactorio siendo el IFI igual a .97 y el CFI igual a .97.

En relación al nivel de error (RMSEA), hay acuerdo respecto a que valores cercanos o por debajo de .08 indican un buen ajuste (Hair et al., 2010). El valor obtenido por el CFQ-VA fue de .088. Debido a que el valor se encuentra levemente por encima de .08 se procedió a calcular el SRMR (*Standardised Root Mean Residual*) mostrando en este caso un resultado satisfactorio (SRMR = .0327).

Podemos concluir en que el modelo unifactorial muestra buen ajuste a través de los diferentes índices informados. Un resumen con los resultados puede apreciarse en la tabla 6.5. Se confirma de este modo la estructura unifactorial del CFQ-VA.

Tabla 6.5

*Análisis Factorial Confirmatorio*

| $\chi^2$  | gl | NC ( $\chi^2$ /gl) | CFI | IFI | RMSEA | SRMR  |
|-----------|----|--------------------|-----|-----|-------|-------|
| 49.882*** | 14 | 3.563              | .97 | .97 | .088  | .0327 |

\*\*\*.  $p < .001$

### 6.5. Resultados concernientes a la validez externa del instrumento

Para poder evaluar la validez convergente y discriminante del instrumento se procedió para este estudio primero a calcular la consistencia interna de las escalas utilizadas. Los datos obtenidos se presentan en la tabla 6.6.

Tabla 6.6  
*Consistencia interna*

| Escala                       | Alfa de Cronbach |
|------------------------------|------------------|
| MAAS                         | .88              |
| AAQ II                       | .90              |
| PSQW                         | .94              |
| CECRE (sub escala rumiación) | .86              |
| BIEPS-A                      | .69              |

**Nota:** MAAS: Cuestionario Mindful Attention Awareness; AAQ II: Cuestionario de Aceptación y Acción; PSQW: Cuestionario Penn State Worry; CECRE: Subescala Rumiación del Cognitive Emotion Regulation Questionnaire; BIEPS-A: Escala de Bienestar Psicológico en Adultos

Para evaluar la validez externa del CFQ-VA se la correlacionó con otras medidas seleccionadas en relación a 3 dominios: a) la relevancia específica del CFQ dentro del modelo ACT; b) su relación con constructos relacionados, como la preocupación y la rumiación y c) su relación con condiciones más amplias, como el bienestar psicológico.

Para el análisis de la *validez convergente* del instrumento se procedió a calcular la correlación de Pearson entre las puntuaciones obtenidas en el CFQ-VA, el PSQW y el cuestionario de Rumiación CECRE y el AAQ II. Se hipotetizó correlaciones positivas significativas entre fusión cognitiva (CFQ-VA), preocupación patológica (PSQW), rumiación (CECRE) e inflexibilidad psicológica (AAQ-II).

Para el análisis de la *validez divergente* del instrumento se procedió a calcular la correlación de Pearson entre las puntuaciones obtenidas en el CFQ-VA, el MAAS y el BIEPS-A. Se hipotetizó correlaciones negativas significativas entre fusión cognitiva (CFQ-

VA), *mindfulness* (MAAS) y bienestar psicológico (BIEPS-A). Los resultados pueden apreciarse en la tabla 6.7 a continuación.

Tabla 6.7

*Correlaciones entre variables*

|            | 1 | 2      | 3      | 4      | 5      | 6      |
|------------|---|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1. CFQ-VA  |   | -.40** | .74**  | .59**  | .45**  | -.40** |
| 2. MAAS    |   |        | -.34** | -.37** | -.18** | .28**  |
| 3. AAQ II  |   |        |        | .57**  | .39**  | -.45** |
| 4. PSQW    |   |        |        |        | .44**  | -.25** |
| 5. CECRE   |   |        |        |        |        | -.07   |
| 6. BIEPS-A |   |        |        |        |        |        |

\*\* $p < .01$ .

**Nota:** CFQ: Cuestionario de Fusión Cognitiva; MAAS: Cuestionario Mindful Attention Awareness; AAQ II: Cuestionario de Aceptación y Acción; PSQW: Cuestionario Penn State Worry; CECRE: Subescala Rumiación del Cognitive Emotion Regulation Questionnaire; BIEPS-A: Escala de Bienestar Psicológico en Adultos.

Tal como se hipotetizó el CFQ-VA muestra correlaciones significativas en las direcciones esperadas. Los resultados muestran que el CFQ-VA tuvo una correlación positiva significativa con las medidas de inflexibilidad psicológica ( $r = .74$ ), rumiación ( $r = .45$ ) y preocupación ( $r = .59$ ), y mostró moderadas correlaciones negativas con medidas de *mindfulness* ( $r = -.40$ ) y bienestar psicológico ( $r = -.40$ ).

## 6.6. Resultados concernientes al poder del instrumento para predecir niveles de preocupación patológica

Respecto al objetivo 6 del presente estudio, el rol de la fusión cognitiva como predictor de preocupación patológica fue evaluado, efectuándose un estudio de regresión lineal simple. Estimamos la regresión lineal simple de la fusión cognitiva sobre la preocupación patológica y probamos la hipótesis de que la fusión cognitiva está positivamente relacionada con la preocupación y puede predecirla de forma estadísticamente significativa ( $\beta = .58$ ;  $p < .001$ ).

La tabla 6.8 muestra los resultados. El valor de  $R^2$  fue de .34 por lo cual podemos sostener que la fusión cognitiva (variable independiente) explica el 34% de la varianza de la variable preocupación (variable dependiente). Al realizar un análisis de regresión múltiple incorporando como variable predictora al AAQ II, se observa que el cambio en la varianza explicada es mínimo y no significativo ( $R^2 = .035$ ). De este modo, agregar el AAQ II no mejora significativamente la predicción. Los resultados muestran que el CFQ-VA por sí mismo es un buen predictor de preocupación patológica.

Tabla 6.8  
*Regresión lineal simple*<sup>a</sup>

| Ajuste del modelo   | $F(1,303) = 159.89, p < .001$ |                |         |       |       |
|---------------------|-------------------------------|----------------|---------|-------|-------|
|                     | $R^2$                         | $R^2$ ajustado | $\beta$ | $t$   | $p$   |
| 1. CFQ <sup>b</sup> | .345                          | .343           | .58     | 12.64 | .000* |
| 2. CFQ              |                               |                | .38     | 5.60  | .000* |
| AAQ total           | .380                          | .376           | .28     | 4.11  | .000* |

a. variable dependiente: PSQW

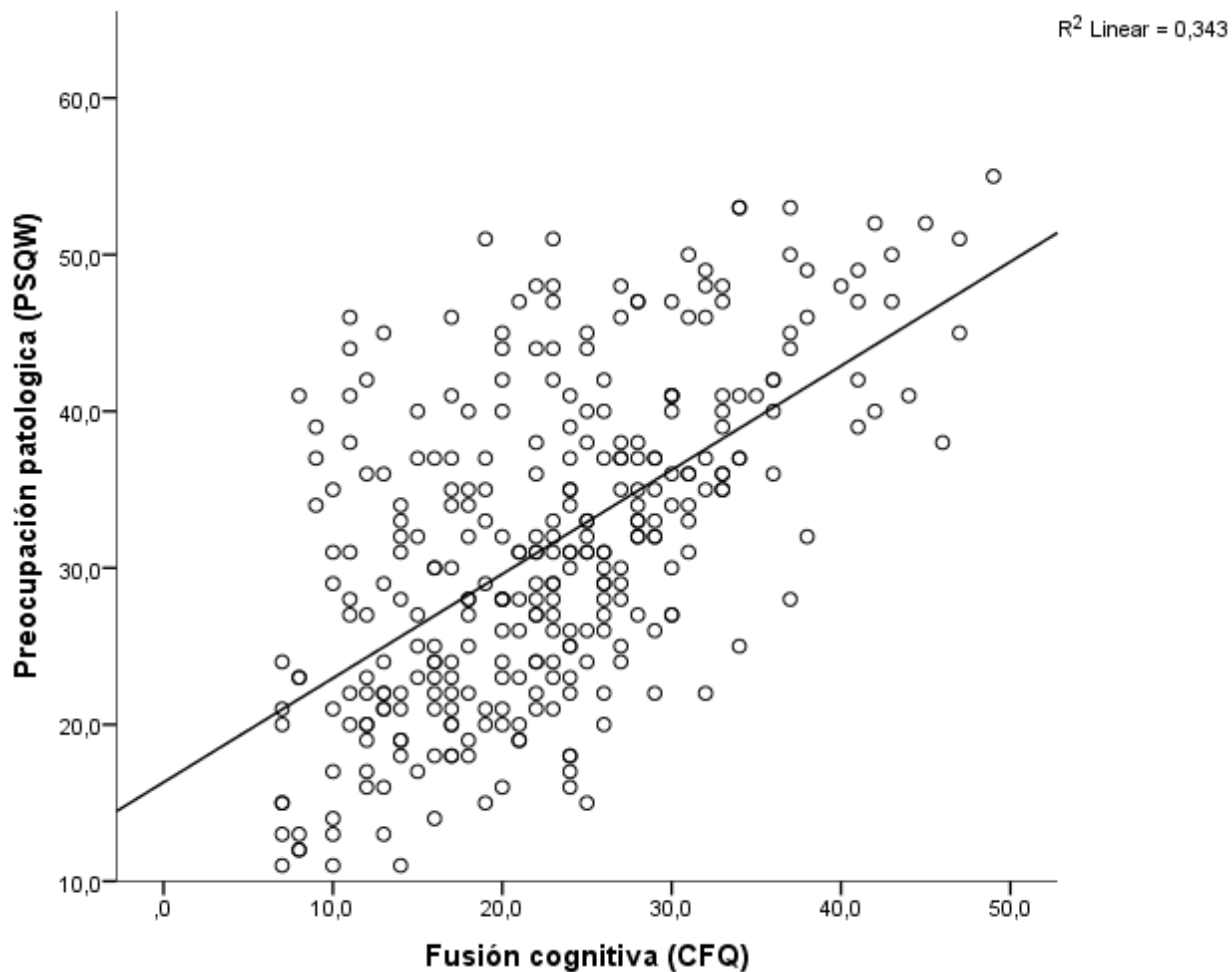
b. variable predictora: CFQ

\*  $p < .001$

La figura 6.2 a continuación muestra el gráfico de dispersión presentando los resultados de la regresión lineal simple.

Figura 6.2  
*Gráfico de dispersión de la regresión lineal simple*

---



En el presente capítulo se han presentado los resultados del estudio realizado siguiendo el orden en el que los objetivos de la presente investigación han sido propuestos. En el siguiente capítulo, estos resultados serán discutidos y se presentarán futuras líneas de investigación.

## **Capítulo 7**

### **Discusión y Conclusiones**

El rol de la fusión cognitiva como proceso transdiagnóstico contribuyente al desarrollo de psicopatología ha adquirido relevancia en los últimos años. Sin embargo, no ha habido suficientes investigaciones focalizadas en esta variable de manera aislada para evaluar su impacto en la salud mental (Bolderston, 2013). En parte esta dificultad podría explicarse por la ausencia de un instrumento amplio –útil para diversas muestras y contextos- y a la vez preciso –específico para fusión cognitiva- con buenas propiedades psicométricas para la evaluación de esta variable. El Cuestionario de Fusión Cognitiva (Gillanders et al., 2014) fue diseñado para resolver estos obstáculos. El objetivo del presente estudio consistió en aportar una adaptación y validación del CFQ para la población argentina.

En este capítulo se discutirán los resultados obtenidos en la investigación siguiendo el orden en que las preguntas centrales de la misma han sido formuladas. Luego, se detallarán sus limitaciones metodológicas y se presentarán recomendaciones para futuras investigaciones. Finalmente se compartirán las conclusiones finales.

A partir de la versión original del cuestionario en idioma inglés, se desarrolló un proceso de adaptación lingüística que dio como resultado la versión argentina del CFQ. La participación del autor de la escala original en este proceso aportó mayor solidez respecto al nivel de equivalencia conceptual que presenta la versión argentina y el nivel de acuerdo inter-jueces brindó resultados satisfactorios con respecto a la validez de contenido.

## 7.1. Datos descriptivos

Los datos sobre la media y el desvío estándar para cada ítem del CFQ-VA en su versión argentina, así como asimetría y curtosis se muestran adecuados y son consistentes con los obtenidos tanto para la escala original (Gillanders et al., 2014) como para algunas validaciones para poblaciones específicas (véase por ejemplo: Bolderston, 2013; Romero Moreno et.al., 2014).

## 7.2. Confiabilidad

La versión argentina del CFQ demostró excelente consistencia interna y buena confiabilidad test-retest. De manera consistente a los resultados obtenidos para la escala original estudiada en la muestra comunitaria ( $\alpha = .90$ ), el CFQ-VA obtuvo una consistencia interna similar ( $\alpha = .89$ ). Lo mismo se observa si se comparan los datos obtenidos acerca de la confiabilidad test-retest para la escala original ( $r = .80, p < .001$ ) y los obtenidos para la versión argentina ( $r = .76, p < .001$ ). Debe considerarse que el lapso transcurrido entre el test (T1) y el re-test (T2) ha sido de cuatro semanas en ambos estudios. Si bien la sub-muestra del estudio original para el re-test ( $n = 82$ ) duplica la utilizada en el estudio de validación argentina ( $n = 38$ ) en ambos casos es altamente significativa indicando buena estabilidad temporal.

Los resultados indicaron que todos los ítems aportan a la confiabilidad de la escala, señalando que el instrumento posee excelentes evidencias de confiabilidad.

### 7.3. Validez de Constructo

De manera consistente con los resultados obtenidos en los estudios de la escala original del CFQ (Gillanders et al., 2014) y realizando un análisis factorial confirmatorio, los resultados arrojan que la versión argentina del CFQ presenta una estructura unifactorial, mostrando el modelo unidimensional un buen ajuste a través de los índices informados.

Los índices de ajuste elegidos para evaluar la adecuación de los datos al modelo propuesto fueron seleccionados considerando la sensibilidad al tamaño de la muestra que presenta el estadístico chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) y se siguieron las soluciones aplicadas al desarrollo de la escala original. Considerando los resultados obtenidos, los valores de los índices de ajuste para la versión argentina coinciden con los hallados para la escala original.

El análisis factorial era relevante ya que los cuestionarios pueden producir diferentes estructuras factoriales con diferentes tipos de muestras (Bolderston, 2013). La primer ventaja de confirmar la estructura unifactorial para la versión argentina es que la escala podrá puntuarse con un único puntaje total, al igual que la escala original, señalando esto que la escala se comporta de manera consistente en poblaciones diversas.

Más aún, y considerando que el CFQ consiste en un intento de construir una medida amplia del constructo de fusión cognitiva –en contraste con medidas anteriores que focalizaban en un solo aspecto- el hecho de que una estructura unifactorial sea la que mejor se ajuste a los datos tiene implicaciones importantes ya que provee soporte inicial a la conceptualización de la fusión cognitiva como un proceso diferenciado, tal como es propuesto por el modelo teórico de ACT.

Podemos entonces concluir que la versión argentina del CFQ presenta una estructura unifactorial coherente, simple y teóricamente consistente.

#### **7.4. Validez externa**

La validez externa de la versión argentina del CFQ fue establecida a través de determinadas relaciones previstas con otros constructos relevantes. Estas relaciones serán discutidas a continuación respecto a los tres dominios propuestos con anterioridad: a) la relación del CFQ-VA con otras medidas dentro del modelo ACT, como lo es la inflexibilidad psicológica; b) su relación con constructos relacionados, como la preocupación y la rumiación y c) su relación con condiciones más amplias, como el estado mindfulness y el bienestar psicológico. A continuación se presentan en dicho orden informando los puntos a y b la validez *convergente* (ver puntos 7.4.1. y 7.4.2) y el punto c, la validez *divergente* (ver punto 7.4.3.) del instrumento.

##### **7.4.1. Correlación del CFQ-VA y la inflexibilidad psicológica**

El CFQ-VA y el AAQ-II como medida de inflexibilidad psicológica dentro del modelo ACT mostraron una correlación positiva estadísticamente significativa ( $r = .74, p < .001$ ). Este resultado es consistente con el hallado para la escala original ( $r = .72$  a  $.87, p < .001$ , a través de diferentes muestras) y también para otros estudios de validación del CFQ en diferentes poblaciones (véase: Bolderston, 2013; Mccracken, Dasilva, Skillicorn, & Doherty, 2014; Romero-Moreno et al., 2014).

Esta alta correlación puede deberse a diferentes factores. El AAQ II mide flexibilidad/inflexibilidad psicológica, lo cual a nivel teórico involucra todos los procesos

psicológicos del modelo de flexibilidad tal como los presentamos en el capítulo 2 del presente trabajo. En esta dirección, la fusión cognitiva es uno de dichos procesos por lo cual estaría implicada en las medidas más generales de inflexibilidad. El AAQ II estaría midiendo en este sentido una variable compleja, compuesta por diferentes procesos siendo uno de ellos el de fusión cognitiva, por lo cual correlaciones fuertes son esperables.

Lo planteado anteriormente puede ser manifestado a nivel psicométrico por la superposición de ítems que puede estar sucediendo entre ambas escalas. De hecho, el AAQ II presenta algunos ítems que podrían ser referidos a la fusión cognitiva, como es el caso del ítem: “Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir”.

Otra posibilidad a considerar es que ambas medidas (el CFQ y el AAQ-II) estén midiendo en realidad el mismo constructo, estando una diseñada para un tipo particular de experiencia interna –pensamientos- y la otra referida a un rango más amplio de experiencias –pensamientos, emociones, sensaciones corporales, etc.-. En este sentido, algunos autores sugieren que correlaciones altas por encima de .80 entre dos variables podrían indicar la posibilidad de colinealidad (Field, 2005). Si bien no es el caso particular del coeficiente de correlación para el CFQ-VA y el AAQ-II, este fue elevado y es algo a tener en cuenta ya que otros estudios han hallado coeficientes por encima de .80 para algunos tipos de muestra (Gillanders et al., 2014).

Como mencionamos antes, el modelo ACT propone que ambos constructos se relacionan jerárquicamente (la inflexibilidad psicológica conteniendo a la fusión cognitiva) pero los presenta como dos constructos que pueden definirse de forma separada. Sin embargo serán necesarias más investigaciones para clarificar estas relaciones, en particular en vistas a que algunos autores sostienen que ambos constructos pueden estudiarse por separado (J.

Blackledge, 2007) mientras que otros sugieren que se trata de un único gran proceso, el de flexibilidad/inflexibilidad psicológica y que los procesos involucrados (como por ejemplo la defusión/fusión cognitiva y la aceptación/evitación experiencial) representan simplemente diferentes modos de manifestación de dicho proceso (Wilson & DuFrene, 2008).

Gillanders (2014) al respecto refiere que aún en el caso de que ambas escalas estén midiendo el mismo constructo esto no es necesariamente un obstáculo ya que podrían tener utilidad diferencial en contextos diferentes. Este autor sugiere que el CFQ podría constituir un mejor predictor que el AAQ-II en investigaciones que refieren a inflexibilidad psicológica respecto de cogniciones. Los estudios de regresión múltiple realizados para la escala original podrían apoyar esta posición, ya que el CFQ mostró tener validez incremental como predictor de ánimo depresivo cuando fue sumado a predictores bien establecidos como es el caso de la rumiación, esto es, la fusión cognitiva mejoró significativamente la predicción de ánimo depresivo.

Finalmente, una posibilidad alternativa debe ser considerada y podría sugerir que esta elevada correlación no sería el resultado necesariamente de que ambas escalas miden la misma variable sino del diseño y el uso que se ha dado del AAQ desde sus inicios hasta la actualidad. Podría suceder que alguna de las dos medidas no esté midiendo el constructo que dice medir y hay chances de que ese sea el caso del AAQ, tema que es en parte considerado en el trabajo de Bond sobre la elaboración del AAQ II (Bond et al., 2011).

El AAQ ha resultado una medida controversial y ha dado lugar a diversos intercambios entre miembros de la comunidad científica de ACT. Gran parte de las investigaciones realizadas sobre ACT se han focalizado en la *evitación experiencial*, y la mayoría de estas investigaciones se han servido del AAQ (Hayes et al., 2004) para medir esta

variable. La controversia comienza a ocurrir desde la publicación del primer artículo del 2004 en donde el AAQ es presentado como una medida de evitación experiencial (el título del artículo así lo explicita: “Midiendo evitación experiencial: un testeo preliminar del modelo”). Sin embargo, en 2006, Hayes y colaboradores sugirieron que si bien el AAQ fue descrito inicialmente como una medida de evitación experiencial sus ítems reflejarían fusión con pensamientos, evitación emocional e incapacidad para actuar en presencia de experiencias privadas difíciles (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006), lo cual estaría reflejando un constructo mucho más amplio que sólo la evitación experiencial. De hecho, la versión revisada el AAQ, el AAQ-II desarrollado por Bond (2011), se describe como una medida de *inflexibilidad psicológica* y ya no como una medida de evitación experiencial, si bien el título del artículo de 2011 la presenta como “una medida revisada de inflexibilidad psicológica y evitación experiencial”.

El asunto está aún lejos de haber sido clarificado, y continuamos encontrando investigaciones que utilizan el AAQ-II como medida de evitación experiencial (vease por ejemplo: Bardeen & Fergus, 2016), bien como medida de inflexibilidad (véase por ejemplo: Gillanders et al., 2014) o bien como medida de ambas variables a la vez (véase por ejemplo: Barraca, 2004; Ruiz et al., 2013).

También el AAQ ha recibido críticas por sus dificultades para distinguir con claridad entre procesos y resultados (Chawla & Ostafin, 2007) y su validez de constructo también ha sido discutida (para una revisión ver: Wolgast, 2014), incluyendo el cuestionamiento de que presenta sólo una dimensión cuando la teoría atribuye a la inflexibilidad psicológica seis dimensiones (Rolffs, Rogge & Wilson, 2016).

En el caso de que consideremos el AAQ-II como medida de inflexibilidad psicológica posibles interpretaciones de la alta correlación de esta medida con el CFQ ya han sido aportadas al comienzo de este apartado. En el caso de que el AAQ-II esté midiendo evitación experiencial, la teoría sugiere que la evitación experiencial y la fusión cognitiva son procesos particularmente interrelacionados. Se ha sugerido que poseen un efecto interactivo en el desarrollo del malestar psicológico (Bardeen & Fergus, 2016). También, que la evitación experiencial está basada en la fusión cognitiva (Hayes, Wilson, Gifford, Follette & Strosahl, 1996), es decir que la evitación sería el resultado de la fusión con algunos eventos cognitivos, sin la cual la evitación no necesariamente debería producirse. Además, ambos procesos han sido propuestos en conjunto como la piedra angular de la psicopatología (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2011), por lo cual altas correlaciones serían esperables entre medidas de ambos procesos.

Por otra lado, ya han tenido lugar nuevos desarrollos de instrumentos de evaluación de evitación experiencial para corregir los déficit del AAQ-II, como es el caso del MEAQ (Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire, Gámez, Chmielewski, Kotov, Ruggero & Watson, 2011) y sus versiones abreviadas (BEAQ, Brief Experiential Avoidance Questionnaire, (Gámez et al., 2014); MEAQ-30 (Sahdra, Ciarrochi, Parker & Scrucca, 2016). También se han desarrollado nuevas medidas de flexibilidad psicológica como el Inventario multidimensional de flexibilidad psicológica (Multidimensional Psychological Flexibility Inventory MPFI, Rolffs, Rogge, & Wilson, 2016) que evalúa las 12 dimensiones del modelo hexaflex (6 procesos de flexibilidad y 6 procesos de inflexibilidad psicológica). En este sentido, el desarrollo de instrumentos que midan la variable fusión cognitiva por separado y el estudio de sus correlaciones con el AAQ-II o con nuevas medidas de

flexibilidad psicológica y evitación experiencial podrían arrojar más luz sobre este aspecto de la teoría.

#### **7.4.2. Correlación del CFQ-VA con medidas de rumiación y preocupación**

El CFQ-VA y la subescala de Rumiación del CECRE mostraron una correlación positiva significativa a nivel estadístico ( $r = .44, p < .001$ ). Correlaciones similares fueron halladas en otros estudios de validación del CFQ (Romero-Moreno et al., 2014).

Para la escala original la correlación hallada fue más elevada ( $r = .84, p < .001$ , en muestra clínica). Este resultado en parte puede explicarse por la muestra que se utilizó para testear esta relación, ya que no consistió en una muestra de población general sino en una de personas con síntomas depresivos. La rumiación ha sido propuesta como un mecanismo de gran importancia para el surgimiento y mantenimiento de la depresión, por un amplio cuerpo de investigaciones (Kanter, Busch & Rusch, 2009; Nolen-Hoeksema & Harrell, 2002; Nolen-Hoeksema & Jackson, 2001; Segal, Williams & Teasdale, 2002; Teasdale et al., 2001). A su vez, la fusión cognitiva es propuesta como un mecanismo central en el desarrollo de la depresión (R. Zettle & Hayes, 1986), en donde el comportamiento es predominantemente guiado por reglas verbales resultando en patrones disfuncionales de acción. De esta forma, los datos de correlación obtenidos para la escala original en una muestra de pacientes deprimidos son consistentes con dicha propuesta teórica (Gillanders et al., 2014).

Aún para muestras no clínicas, la correlación entre el CFQ y el estilo de respuesta rumiativa mostró correlaciones positivas significativas, como en el caso del estudio de la versión argentina. La *rumiación* involucra el pensar repetitivamente sobre las emociones negativas focalizándose en los síntomas de malestar y preocupándose por sus posibles

significados (Nolen-Hoeksema, 2000). La rumiación ha sido asociada no solamente a síntomas depresivos sino también a cuadros de ansiedad, trastorno por atracción, alcoholismo y conductas auto-lesivas (Nolen-Hoeksema, Wisco & Lyubomirsky, 2008). Desde un punto teórico, la rumiación constituye una respuesta cognitiva a la presencia de malestar y podría reflejar intentos de control de estas experiencias difíciles (Nolen-Hoeksema, 2000). Intentos de control de este estilo, son denominados en ACT *evitación experiencial*, por lo cual podría considerarse a la rumiación como una forma particular de evitación de la experiencia.

Considerando que definimos fusión cognitiva como la excesiva regulación de la conducta por parte de procesos cognitivo-verbales según la cual la experiencia es dominada por el contenido de los pensamientos perdiéndose contacto con otras fuentes de regulación conductual (Coyne & Wilson, 2004), podríamos argumentar que niveles altos de rumiación implicarían niveles altos de fusión cognitiva, lo cual podría dar cuenta de la correlación hallada entre ambas variables. En este sentido McCracken y colaboradores ha destacado que así como el descentramiento constituye un proceso similar al de defusión cognitiva, la rumiación constituye un proceso similar a fusión cognitiva y la evitación experiencial (McCracken, Barker & Chilcot, 2014). Será necesaria más investigación para explorar la relación entre la fusión cognitiva y la rumiación y como ambas afectan otras variables como el estado de ánimo y el comportamiento.

Con respecto a la relación entre *fusión cognitiva* y *preocupación patológica*, el CFQ-VA y el PSQW mostraron una correlación positiva significativa a nivel estadístico ( $r = .58$ ,  $p < .001$ ).

Estos resultados no pueden compararse con los de la escala original ya que la variable preocupación no fue estudiada en sus relaciones con fusión cognitiva en tal estudio, en donde

en su lugar se ha considerado la relación del CFQ con el TCQ (The Thought Control Questionnaire, Wells & Davis, 1994). Si bien el Cuestionario de Control de Pensamientos presenta como una de sus cinco dimensiones a la preocupación, en el estudio original estas dimensiones no han sido estudiadas por separado. La correlación del CFQ con el TCQ para el estudio original fue moderada pero significativa ( $r = .26, p < .001$ ).

En principio es importante destacar que la preocupación patológica y la rumiación han sido conceptos relacionados teóricamente ya que ambos hacen referencia a la presencia de pensamientos disfóricos repetitivos que son experimentados como incontrolables (Fresco, Frankel, Mennin, Turk, & Heimberg, 2002). Si bien han sido dos variables altamente correlacionadas en varias investigaciones (véase por ejemplo: Hervás, 2008), Fresco y colaboradores sugieren que se trata de dos procesos cognitivos relacionados pero distintivos.

Cabe mencionar que tanto la preocupación como la fusión cognitiva son dos fenómenos habituales de la experiencia humana y que es su grado lo que define sus implicancias problemáticas. Borkovec define a la preocupación como una cadena de pensamientos e imágenes cargados de emociones negativas y relativamente incontrolables que ensayan potenciales eventos negativos en el futuro y sus consecuencias e involucran esfuerzos mentales de resolución de problemas (Borkovec, Robinson, Pruzinsky & DePree, 1983). Este autor propone que la preocupación cumple una función evitativa de la ansiedad y otras experiencias displacenteras. En la misma línea, Roemer y Orsillo (Lizabeth Roemer & Orsillo, 2002) postulan a la preocupación como una forma de evitación experiencial, lo cual es compatible con la propuesta de Dugas, quien le atribuye funciones de reducción de la incertidumbre, la cual aparece como intolerable (Dugas, Gagnon, Ladouceur, & Freeston, 1998). Irónicamente, la preocupación puede volverse un motivo de preocupación, es decir,

el preocuparse puede experimentarse como una experiencia interna desagradable (Roemer, Orsillo & Salters-Pedneault, 2008), lo cual fue conceptualizado por Wells como *metapreocupación* (Wells, 1994, 1999).

Es evidente la naturaleza verbal de la preocupación y su relativa independencia de las contingencias de la experiencia presente. Como todo comportamiento guiado por reglas verbales es particularmente resistente al *feedback* que pueda provenir del ambiente e ignora las evidencias, aun cuando puedan resultar contrarias a lo especificado por la regla verbal (Hayes & Ju, 1998). Una interpretación plausible de la alta correlación hallada entre preocupación y fusión cognitiva es que la fusión cognitiva, entendida como el apego al contenido literal de los pensamientos al punto de considerarlos como “hechos” en lugar de como meros pensamientos, es necesaria para involucrarse en el proceso de resolución de problemas “verbal” que implica la preocupación. En otras palabras, podríamos pensar que si no existiera fusión a los contenidos de los pensamientos de preocupación ésta no se perpetuaría al punto de volverse en sí misma aversiva.

Más investigación será necesaria para explorar en profundidad la relación entre estas dos variables. Un primer paso en esta dirección lo constituyó el *análisis de regresión* realizado en la presente investigación. El rol de la fusión cognitiva como predictor de preocupación patológica fue evaluado y arrojó que un 34% de la varianza de la variable preocupación patológica es explicada por la fusión cognitiva, lo cual aporta apoyo a la hipótesis mencionada anteriormente: que el nivel de fusión cognitiva –medida a través del CFQ-VA- es un buen predictor de preocupación patológica. Futuras investigaciones podrán replicar y/o ampliar estas relaciones.

En suma, los resultados obtenidos representan buenas evidencias de la validez convergente que posee el instrumento.

#### **7.4.3. Correlación entre el CFQ-VA y bienestar psicológico y mindfulness**

El *bienestar* es un concepto complejo y podemos encontrar diferentes líneas de investigación al respecto. En la literatura sobre el tema en general se encuentra acuerdo respecto a que la satisfacción es un constructo que incluye estados emocionales y cognitivos. El componente cognitivo, el cual ha mostrado mayor estabilidad en el tiempo que el componente emocional, es denominado *bienestar* (Casullo & Castro Solano, 2000).

Sin embargo, podemos notar en esta área de estudio que han demarcado dos líneas de investigación sobre el tema: el enfoque *hedónico* –más enfocado en la felicidad y las experiencias emocionales positivas- y el enfoque *eudaimónico* –más enfocado en el bienestar como sentido de vida y auto-realización- (Ryan & Deci, 2001).

Siguiendo la línea de algunos autores (Pychyl & Little, 1998; Reker, Peacock & Wong, 1987) hemos considerado la perspectiva del constructo que liga el bienestar psicológico a la presencia de un proyecto de vida, de un sentido de vida y de consistencia con metas personales –enfoque eudaimónico-, a la hora de seleccionar una escala para la presente investigación que midiera bienestar en la dirección deseada. La BIEPS-A (Casullo & Castro Solano, 2000) fue construida bajo esta perspectiva multidimensional del bienestar psicológico en donde se plasman aspectos de definiciones más amplias del concepto como la de Ryff y Keyes (1995), según la cual el bienestar está compuesto por dimensiones de sentido vital, sentido de crecimiento personal y de auto-aceptación de uno mismo.

La selección del instrumento estuvo guiada por la conceptualización del bienestar psicológico que se sostiene en ACT, la cual también proviene del enfoque eudaimónico. Una vida rica y satisfactoria, desde el punto de vista de ACT, es una vida orientada por valores personales (Harris, 2006). Para este modelo, el seguimiento de reglas guiadas por valores personales y la adopción de una postura conciente y de observación y distancia respecto de las experiencias privadas son precursores del bienestar psicológico (Hayes et al., 2011).

Los obstáculos para una vida valiosa de acuerdo a esta conceptualización son los procesos que forman parte del modelo psicopatológico, entre ellos, la fusión cognitiva. Si la fusión cognitiva es un problema, lo es sólo en tanto constituya un obstáculo para moverse en direcciones valoradas. Este planteo puede dar cuenta de la correlación negativa hallada entre fusión cognitiva y bienestar psicológico ( $r = -.40, p < .001$ ) la cual resultó significativa. Es esperable que la conducta gobernada por contenidos verbales poco sensibles a las contingencias presentes, sea una conducta desconectada de patrones conductuales orientados por valores –acción comprometida- y por lo tanto que resulte en un patrón de evitación experiencial que se aleja de conductas dirigidas a reforzadores positivos intrínsecos, como son los valores (Hayes & Wilson, 1994). Resultados similares respecto a la correlación del CFQ como medida de fusión cognitiva y medidas de bienestar y satisfacción con la vida (DLSS, Deiner's Life Satisfaction Scale, Diener et al., 1985), fueron hallados en los estudios de desarrollo de la escala original ( $r = -.39, p < .001$ ) (Gillanders et al., 2014).

Como mencionamos en el capítulo uno del presente trabajo el concepto de *mindfulness* se superpone en ciertos aspectos con el de *defusión cognitiva*. Desde la perspectiva de ACT *mindfulness* es considerada como una habilidad psicológica que puede ser desarrollada (Hayes & Wilson, 2003) e involucra cuatro de los seis procesos de

flexibilidad psicológica: aceptación, defusión cognitiva y atención a la experiencia del momento presente tomando la posición del observador o yo-como-contexto (Hayes & Shenk, 2004). Es esperable por lo tanto, que medidas de fusión cognitiva correlacionen significativa y negativamente con medidas de mindfulness, como fue el caso de las correlaciones halladas para el CFQ-VA ( $r = -.39, p < .001$ ).

Mindfulness incluye cualidades que involucran la ausencia de evaluaciones y juicios respecto de la experiencia presente. La dominancia de los aspectos evaluativos del lenguaje, en este sentido, constituiría sus antípodas. Cuando el contenido literal y evaluativo del lenguaje domina (fusión cognitiva) ocurre un estrechamiento de las funciones de estímulo relevantes en la situación del momento presente. Esto es: ocurre una pérdida de contacto con otras fuentes de regulación conductual presentes en el aquí y ahora. De manera opuesta, a medida que el control de estímulo ejercido por la literalidad del lenguaje se debilita (defusión cognitiva) otros eventos del momento presente se encuentran disponibles para funcionar como estímulos (Hayes & Shenk, 2004).

La correlación negativa significativa hallada entre el CFQ-VA y medidas de mindfulness es consistente con las relaciones halladas en el estudio de la escala original ( $r = -.50, p < .001$ ).

En suma, los resultados obtenidos representan buenos indicadores respecto de la validez divergente del instrumento. De esta forma, los resultados obtenidos para ambos tipos de validez (convergente y divergente) representan adecuada evidencia de la validez externa que posee el CFQ-VA.

### 7.5. Diferencia de medias por sexo

Un dato interesante del presente trabajo para discutir, es el resultado que arrojó el análisis de la diferencia de medias entre hombres y mujeres y es por este motivo que se ha decidido discutirlo por separado.

Utilizando la prueba  $t$  ( $t(316) = 2.452, p < .05$ ), los resultados indicaron que las mujeres ( $M = 23.57; DT = 8.75$ ) obtuvieron puntuaciones medias superiores en relación con los hombres ( $M = 20.95; DT = 9.04$ ). Estos datos no son consistentes con los del estudio original (Gillanders et al., 2014), según el cual no se hallaron diferencias significativas de acuerdo al sexo.

Una posible explicación de esta diferencia requiere considerar, en primer lugar, el hecho de los hombres estuvieron sub-representados en la presente investigación, ya que constituyeron el 32.3% ( $n = 107$ ) de la muestra, mientras que el 67.7% de los participantes eran mujeres ( $n = 224$ ), por lo cual es necesaria cierta precaución a la hora de generalizar estos resultados.

Un segundo factor a considerar es que es posible que la *deseabilidad social* -entendida como la necesidad de obtener aprobación respondiendo de un modo aceptable culturalmente- haya generado un sesgo en las respuestas por parte de los hombres. Culturalmente el preocuparse es visto como un rasgo femenino (Robichaud, Dugas & Conway, 2003), por ejemplo, y podría ocurrir que los hombres tengan dificultades en reportar este tipo de influencias de sus pensamientos sobre sus conductas manifiestas a la hora de responder al CFQ.

Sin embargo, estudios previos sobre el CFQ han mostrado hallazgos que podrían ir en la línea de los encontrados para la versión argentina. Bolderston (2013), en una serie de estudios realizados con el CFQ en muestras clínicas (cuando la escala original no se había publicado aún), trabajó con una versión previa del CFQ de 13 ítems y 2 dimensiones (fusión y defusión). Si bien en su investigación no encontró diferencias significativas entre ambos sexos para el puntaje total de la escala ( $t(175) = 1.29, p = .20$ ), los resultados para la subescala defusión estuvieron cerca de ser significativos ( $t(175) = -1.80, p = .07$ ), con los hombres, en promedio, puntuando como más defusionados que las mujeres.

En los estudios de validación del CFQ en catalán (Solé et al., 2015) en una muestra de adolescentes y adultos jóvenes, encontramos resultados similares a los obtenidos para la versión argentina, obteniéndose una diferencia de medias significativa (mujeres:  $M = 25.81$ ;  $DT = 8.63$ ; y hombres:  $M = 21.50$ ;  $DT = 8.00$ ), puntuando las mujeres como más fusionadas que los hombres.

Asimismo, en los estudios de validación del CFQ en español (Romero-Moreno et al., 2014) en una muestra de cuidadores de personas con demencia, encontraron que los síntomas depresivos correlacionaron positivamente con fusión cognitiva pero sólo en la muestra de cuidadoras mujeres y no en la de varones. Y en un estudio anterior del mismo grupo de investigadores hallaron que dentro de una muestra de personas con puntajes altos cercanos a depresión clínica, sólo las mujeres presentaron puntajes altos en la frecuencia de pensamientos disfuncionales (Losada, Montorio, Izal & Márquez-González, 2006). Nuevas investigaciones serán necesarias para estudiar estas relaciones a la luz de las diferencias de sexo.

En esta misma dirección, es interesante resaltar las diferencias según sexo estudiadas para dos variables que han correlacionado positiva y significativamente con fusión cognitiva: *rumiación* y *preocupación*. Varios estudios han encontrado que la rumiación como estrategia de afrontamiento es más frecuentemente utilizada por mujeres que por hombres (Nolen-Hoeksema & Jackson, 2001). Se ha sugerido que algunas de estas diferencias podrían explicarse en parte porque las mujeres presentan menores niveles de asertividad, de afrontamiento activo y de agresividad (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994).

De igual modo, la investigación ha demostrado una diferencia según sexo significativa en los reportes de preocupación patológica, reportando las mujeres mayores niveles de preocupación que los hombres (Dugas, Freeston & Ladouceur, 1997). En una investigación sobre *preocupación* y diferencias según sexo (Robichaud, Dugas & Conway, 2003), estudiaron las variables cognitivas asociadas a la preocupación tanto en hombres como en mujeres y encontraron que las mujeres no sólo presentaron mayores niveles de preocupación sino que también presentaron mayores puntajes en “orientación negativa a los problemas y “supresión del pensamiento”; los autores sugieren que estas dos variables podrían explicar en parte las diferencias según sexo respecto a la preocupación patológica debido a que ambas variables mostraron contribuir de manera significativa a la predicción de los niveles de preocupación y cuando ambas fueron controladas, las diferencias según sexo desaparecieron.

Vistas en conjunto, estas evidencias sugieren que fenómenos relacionados con el incremento de la frecuencia de pensamientos “negativos” o disfuncionales y estrategias para disminuirlos (como lo son la rumiación, la supresión del pensamiento y la preocupación patológica) afectan más a mujeres que a hombres en determinados contextos. En este sentido,

que las mujeres aparezcan como más fusionadas que los hombres no resulta llamativo. Si consideramos la hipótesis de que la fusión cognitiva es un proceso necesariamente involucrado en los fenómenos de rumiación y preocupación e investigaciones previas sobre estos fenómenos hallaron diferencias según el sexo, entonces sería esperable hallar diferencias también para la variable fusión cognitiva. Este resultado visto a la luz de las investigaciones previas, podría sugerir a modo de hipótesis que las mujeres podrían ser más vulnerables al excesivo control de las cogniciones sobre la conducta, esto es, a los efectos de la literalidad del lenguaje y su prevalencia sobre otras fuentes de regulación conductual. Será necesaria más investigación para testear estas hipótesis.

En suma, los resultados sugieren que la versión argentina del CFQ posee una adecuada validez externa, mostrando asociaciones consistentes y en las direcciones esperadas con un amplio rango de constructos.

## **7.6. Limitaciones del presente estudio**

En relación con la *composición de la muestra*, una de sus fortalezas es que los participantes fueron reclutados de un rango amplio de contextos y de edades. Sin embargo, una de sus limitaciones consiste en que el porcentaje de mujeres fue mayor al de los hombres, con lo cual los hombres pueden considerarse como sub-representados en la muestra utilizada. Otra limitación en este sentido la constituye el hecho de que la muestra incluyó sólo personas adultas mayores de 18 años, no incluyendo población adolescente por lo cual desconocemos cómo funciona la escala con esta población. Asimismo debe considerarse que la muestra

estaba compuesta por participantes residentes de Ciudad de Buenos Aires y del conurbano bonaerense, no incluyendo participantes de otras regiones de Argentina.

También es importante mencionar que un alto porcentaje de los participantes presentaba niveles educativos altos (52.6 % de la muestra contaba con nivel terciario o universitario completo) y es posible que esto pueda haber afectado los resultados. Por un lado podríamos pensar que los ítems fueron probablemente bien comprendidos y por lo tanto las opciones elegidas más confiables. Sin embargo sería interesante investigar el comportamiento del CFQ-VA en muestras con mayor porcentaje de participantes con menor nivel educativo.

Con respecto a la exploración de las relaciones del CFQ-VA con *otros constructos*, una de las limitaciones es que en el presente estudio no se incluyeron medidas de variables clínicas, tales como *depresión* y *ansiedad* -que sí fueron incluidas en el desarrollo de la escala original-, por lo tanto desconocemos las relaciones del CFQ-VA con medidas de tales variables para la población local. Esto podría constituir una posible dirección para futuras investigaciones.

En este mismo sentido, no se ha explorado en este estudio la relación del CFQ-VA con medidas de constructos similares, como lo son del *descentramiento* (Fresco et al., 2007) o el *modo metacognitivo* (Wells, 2009). Esto constituye una posible limitación ya que si bien contamos en el presente estudio con evidencia preliminar respecto al rol predictor de la fusión cognitiva en los niveles de preocupación patológica, no permite evaluar el poder predictivo del CFQ-VA en comparación con el que puedan aportar otras medidas de constructos relacionados.

### 7.7. Recomendaciones para futuras investigaciones

El CFQ-VA puede convertirse en un instrumento de importancia en futuras investigaciones. Habiéndose propuesto la fusión cognitiva como un mediador clave entre las cogniciones y la acción, el CFQ-VA puede constituir una herramienta fundamental para testear esta hipótesis en diferentes poblaciones clínicas y en diferentes contextos dentro de nuestro país.

Si bien ya han sido mencionadas algunas recomendaciones al respecto en apartados anteriores, a continuación se sugieren líneas adicionales posibles de investigación futura, en particular considerando el estudio y aplicabilidad del CFQ en nuestro contexto local:

- Sería recomendable que el CFQ-VA sea evaluado en su capacidad para distinguir muestras clínicas de muestras no clínicas, ya que existe evidencia preliminar aportada por el estudio de la escala original (Gillanders et al., 2014) de que el CFQ puede discriminar entre personas que presentan trastornos psicológicos y personas que no los presentan.
- La fusión cognitiva ha sido propuesta como un proceso psicopatológico transdiagnóstico. Es necesaria más investigación para conocer su potencial rol causal de psicopatología, para lo cual podrían diseñarse estudios mediacionales en diferentes muestras clínicas específicas, tales como en depresión, ansiedad, psicosis, trastornos de personalidad, etc. Asimismo, la utilidad del CFQ-VA explorada en diferentes muestras clínicas puede sumar evidencia respecto de la amplia aplicabilidad de esta medida.
- El CFQ-VA puede ser estudiado en población adolescente, objetivo que estuvo más allá del alcance de este estudio. Contamos con evidencia preliminar de que puede

constituir una herramienta útil para aplicarse en esta población (Solé et al., 2015). En este sentido, el CFQ-VA podría constituir una herramienta útil de exploración del rol de la fusión cognitiva en el funcionamiento de los adolescentes y su relación con otras variables.

- Otra línea de investigación importante sería explorar la sensibilidad de la versión argentina del CFQ al cambio terapéutico, es decir, evaluar si luego de determinadas intervenciones terapéuticas los cambios se reflejan en cambios en los puntajes del CFQ-VA. Contamos con evidencia preliminar al respecto en relación a la versión original del instrumento (Gillanders et al., 2014).
- Relacionado con el punto anterior, contar con el CFQ-VA, permitirá investigar el impacto de intervenciones basadas puntualmente en defusión cognitiva y su relación con cambios en otras variables relevantes. Esto dará oportunidad también a explorar si los puntajes del CFQ-VA cambian en el mismo grado -o de lo hacen de manera distintiva- frente a intervenciones focalizadas en defusión y frente a intervenciones clínicas no específicas de defusión, como pueden ser algunas típicas de la terapia cognitivo-conductual de segunda ola. En este sentido, el estudio de las posibles técnicas que puedan afectar a los niveles de fusión cognitiva, sean pertenecientes al modelo ACT o no, puede contribuir al avance de los enfoques transdiagnósticos y al diseño de tratamientos de acuerdo a los procesos psicopatológicos involucrados.
- Finalmente, sería de interés explorar más en detalle las relaciones entre la fusión cognitiva y la preocupación patológica, replicar resultados que se hallaron en el presente estudio, y evaluar el impacto de intervenciones basadas en defusión

cognitiva sobre los niveles de preocupación. El CFQ-VA puede constituir una herramienta adecuada para dicha evaluación junto a otras medidas relevantes.

## 7.8. Conclusiones

Al contener una operacionalización amplia de fusión cognitiva, en lugar de las conceptualizaciones restringidas a *credibilidad en pensamientos*, el CFQ permite evaluar esta variable en detalle considerando sus diferentes componentes. Al medir fusión con cogniciones de contenido general, en lugar de con contenidos específicos para ciertas poblaciones, el instrumento permite evaluar esta variable en una amplia gama de poblaciones, clínicas y no clínicas. Al incluir ítems que sólo refieren a la variable *fusión cognitiva*, en lugar de incluir también otras variables como sucede con otras escalas que hemos mencionado, el CFQ permite evaluar esta variable de manera aislada, lo cual es sumamente útil a la hora de testear hipótesis respecto a su rol específico dentro de la psicopatología y a su relación con otras variables relevantes.

De esta manera el CFQ aporta una respuesta a las dificultades encontradas hasta ahora al momento de medir fusión cognitiva. Su versión argentina nos permite contar con este instrumento para ser utilizado en nuestra población y puede ser considerada una herramienta útil tanto para *investigadores* como para *clínicos* interesados en evaluar este proceso psicológico.

Para investigadores, es aplicable a una amplia variedad de contextos, no sólo clínicos sino también de población general, contextos laborales e incluso contextos de capacitación y entrenamiento dentro y fuera del área específica de salud mental. Dentro de la investigación

en área clínica, ya hemos mencionado la potencialidad del CFQ tanto para asistir en estudios mediacionales, en estudios de desmantelamiento de componentes así como en estudios de efectividad e impacto de intervenciones clínicas específicas o más generales. También puede constituir una herramienta útil para explorar relaciones entre procesos psicopatológicos relevantes propuestos por la literatura científica.

Para clínicos, al ser un instrumento breve puede utilizarse para evaluar este proceso al comienzo y luego para evaluar cambios a través del tratamiento global. También puede ser de utilidad para evaluar el impacto particular de determinadas intervenciones, tanto en formato individual como grupal. Por último, en este sentido, puede servir para guiar al terapeuta respecto a qué intervenciones resultan más adecuadas en un proceso terapéutico particular.

En suma, los resultados de la presente investigación aportan evidencias sólidas para considerar que la versión argentina del CFQ muestra muy buenas propiedades psicométricas y, por lo tanto, que constituye un instrumento útil para medir fusión cognitiva en nuestra población.

## Referencias

- Abramowitz, J. S. (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments of obsessive-compulsive disorder: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 44–52.
- Aiken, L. R. (1980). Content Validity and Reliability of Single Items or Questionnaires. *Educational and Psychological Measurement, 40*(4), 955–959.  
<http://doi.org/10.1177/001316448004000419>
- Arch, J. J., Wolitzky-Taylor, K. B., Eifert, G. H., & Craske, M. G. (2012). Longitudinal treatment mediation of traditional cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy, 50*(7–8), 469–78. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2012.04.007>
- Bach, P., & Hayes, S. C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the re-hospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 1129–1139.
- Baer, R.A., Smith, G.T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment, 13*, 27–45.
- Baer, R.A., Smith, G.T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: the kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment, 11*(3), 191–206.
- Barajas, S., & Garra, L. (2014). Mindfulness and psychopathology: Adaptation of the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) in a Spanish sample. *Clínica Y Salud, 25*(1), 49–56. [http://doi.org/10.1016/S1130-5274\(14\)70026-X](http://doi.org/10.1016/S1130-5274(14)70026-X)

- Barber, J.P., & DeRubeis, R. J. (1989). On second thought: where the action is in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, *13*(5), 441–457.
- Bardeen, J. R., & Fergus, T. A. (2016). The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *5*(1), 1–6.  
<http://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.02.002>
- Barke, A., Riecke, J., Rief, W., & Glombiewski, J. (2015). The Psychological Inflexibility in Pain Scale (PIPS) – validation, factor structure and comparison to the Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) and other validated measures in German chronic back pain patients. *BMC Musculoskeletal Disorders*, *16*(1), 171.  
<http://doi.org/10.1186/s12891-015-0641-z>
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Barnes-Holmes, D., Hayes, S. C., Dymond, S., & O’Hora, D. (2001). Multiple stimulus relations and the transformation of stimulus functions. In & B. R. (Eds. . S. H ayes, D. Barnes-Holmes (Ed.), *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition* (pp. 51–72). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., Power, P., Hayden, E., Milne, R., & Stewart, I. (2006). Do you really know what you believe? Developing the Implicit Relational Assessment Procedure (IRAP) as a direct measure of implicit beliefs. *The Irish Psychologist*, *32*(7), 169–177. <http://doi.org/10.1007/s10508-012-9920-z>

- Barraca, J. (2004). Spanish Adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(3), 505–515.
- Batchelor, S. (1997). *Buddhism without beliefs: a contemporary guide to awakening*. New York: Riverhead Books.
- Batink, T., & De Mey, H. R. A. (2011). Dutch CFQ13. Retrieved from [https://contextualscience.org/cognitive\\_fusion\\_questionnaire\\_dutch\\_translation](https://contextualscience.org/cognitive_fusion_questionnaire_dutch_translation)
- Batten, S. V., & Hayes, S.C. (2005). Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of Comorbid Substance Abuse and Post-Traumatic Stress Disorder: A Case Study. *Clinical Case Studies*, 4(3), 246–262.  
<http://doi.org/10.1177/1534650103259689>
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine*, 25(24), 3186–3191. <http://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
- Beck, A., Steer, R., & Carbin, M. (1988). Psychometric properties of the beck depression inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77–100.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. (Second Edi). San Antonio: Psychological Corporation.

- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford.
- Beck, A. T. (1993). Cognitive therapy: past, present, and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*(2), 194–198.
- Belloch, A., Morillo, C., Lucero, M., Cabedo, E., & Carrió, C. (2004). Intrusive thoughts in non-clinical subjects: the role of frequency and unpleasantness on appraisal ratings and control strategies. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 11*, 100–110.
- Bentler, P. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin, 107*, 238–246.
- Bickman, L. (2006). Peabody Treatment Progress Battery manual [Electronic version].
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*(3), 230–241.  
<http://doi.org/10.1093/clipsy/bph077>
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., A., Carmody, J., ... Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*, 230–241.
- Blackledge, J. (2007). Disrupting Verbal Processes: Cognitive Defusion in Acceptance and Commitment Therapy and Other Mindfulness-Based Psychotherapies. *The Psychological Record, 57*(4), 555–577. Retrieved from  
<http://opensiuc.lib.siu.edu/tpr/vol57/iss4/6/>

- Blackledge, J. T. (2015). *Cognitive defusion in Practice*. Oakland: Context Press, An Imprint of New Harbinger Publications, Inc.
- Bolderston, H. (2013). Acceptance and commitment therapy: cognitive fusion and personality functioning. Doctoral Thesis, University of Southampton.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, *42*(4), 676–88.  
<http://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Borkovec, T. D., Alcaine, O. M., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In D. S. Heimberg, R.G., Turk, C.L. Mennin (Ed.), *Generalized anxiety disorders: Advances in research and practice* (pp. 77–108). New York: Guilford Press.
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, *21*, 9–16.
- Brislin, R., Lonner, W., & Thorndike, R. (1973). *Cross-cultural research methods*. New York: NY: Wiley.
- Brown, K.W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*, 822–848.

- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York: The Guildford Press.
- Burns, D. D., & Spangler, D. L. (2001). Do changes in dysfunctional attitudes mediate changes in depression and anxiety in cognitive behavioral therapy? *Behavior Therapy*, 32, 337–369.
- Byrne, B. M. (2010). *Structural equation modelling with AMOS*. New York: Routledge.
- Casullo, M., & Castro Solano, A. (2000). Evaluación del bienestar psicológico en estudiantes adolescentes argentinos. *Revista de Psicología de La PUCP*, XVll. Retrieved from <http://ezproxybib.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/6840>
- Chawla, N., & Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of Clinical Psychology*, 63(9), 871–890. <http://doi.org/10.1002/jclp.20400>
- Cioffi, D., & Holloway, J. (1993). Delayed costs of suppressed pain. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 274–282.
- Clark, D. A., & Rhyno, S. (2005). Unwanted intrusive thoughts in nonclinical individuals. Implications for clinical disorders. In D. A. Clark (Ed.), *Intrusive thoughts in clinical disorders: Theory, research, and treatment* (pp. 1–29). New York: Guilford Publications.
- Conze, E. (1967). *Thirty years of Buddhist Studies*. Oxford: Bruno Cassirer Publishers.
- Conze, E. (1993). *Buddhism: A Short History*. London: Oneworld Publications.
- Conze, E. (2004). *Buddhism: Its Essence and Development*. Windhorse Publications.

- Coyne, L., & Wilson, K. (2004). The role of cognitive fusion in impaired parenting: An RFT analysis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(3), 469–486. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1050185>
- Dalrymple, K. L., & Herbert, J. D. (2007). Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder: a pilot study. *Behavior Modification*, 31(5), 543–68. <http://doi.org/10.1177/0145445507302037>
- Dell'Orco F., Prevedini A., Oppo A., Presti, G.B., & Moderato, P. (2012). Validation study of the Italian version of the Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ). Poster presentation, Poster presentation at ACBS Annual World Conference X Washington 22-25 July 2012.
- Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis: MN: National Computer Systems Inc.
- Dhamma, R., & Sumedho, A. (1997). *The first discourse of the Buddha: Turning the Wheel of Dhamma*. Boston: Wisdom Publications.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71–75.
- Duff, H., Larsson, A., & McHugh, L. (2015). Evaluations of self-referential thoughts and their association with components of Acceptance and Commitment Therapy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1–10. <http://doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.11.003>
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1997). Intolerance of Uncertainty and Problem Orientation in Worry. *Cognitive Therapy and Research*, 21(6), 593–606. <http://doi.org/10.1023/A:1021890322153>

- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: a preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36(2), 215–26. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9613027>
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and value-based behavior change strategies*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Eifert, G.H., Forsyth, J.P., Arch, J., Espejo, E., Keller, M., & Langer, D. (2009). Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 368–385.
- Eifert, G.H., & Forsyth, J. P. (2011). The application of acceptance and commitment therapy to problem anger. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 241–250.
- Escurra, L. M. (1988). Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. *Revista de Psicología Pontificia Universidad Católica Del Perú*, 6(1–2), 103–111.
- Fergus, T.A., Valentiner, D.P., Gillen, M.J., Hiraoka, R., & Twohig, M. P. (2012). Assessing psychological inflexibility: the psychometric properties of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth in two adult samples. *Psychological Assessment*, 24, 402–408.
- Field, A. P. (2005). *Discovering Statistics Using SPSS*. London: Sage.
- Flaxman, P. E., & Bond, F. W. (2006). Acceptance and commitment therapy in the workplace. In R. A. Baer (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches*. San Diego: Elsevier.

- Foa, E. B., & Franklin, M. E. (2001). Obsessive-compulsive disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (3rd ed., pp. 209–263). New York: The Guilford Press.
- Foa, E. B., Franklin, M. E., & Kozak, M. J. (1998). Psychosocial treatments for obsessive-compulsive disorder: Literature review. In & A. R. (Eds. . R. P. Swinson, M. M. Anthony, S. Rachman (Ed.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research, and treatment* (p. 258–276). New York: The Guilford Press.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Juarascio, A. S., Yeomans, P. D., Zebell, J. a., Goetter, E. M., & Moitra, E. (2012). The Drexel defusion scale: A new measure of experiential distancing. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *1*(1–2), 55–65.  
<http://doi.org/10.1016/j.jcbs.2012.09.001>
- Frankl, V. E. (2004). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.
- Fresco, D.M., Moore, M.T., vanDulmen, M.H.M., Segal, Z. V., Ma, S. H., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G. (2007). Initial psychometric properties of the experiences questionnaire: validation of a self-report measure of decentering. *Behavior Therapy*, *38*, 234–246.
- Fresco, D. M., Frankel, A. N., Mennin, D. S., Turk, C. L., & Heimberg, R. G. (2002). Distinct and Overlapping Features of Rumination and Worry: The Relationship of Cognitive Production to Negative Affective States. *Cognitive Therapy and Research*, *26*(2), 179–188. <http://doi.org/10.1023/A:1014517718949>
- Freud, S. (1914). Recordar, Repetir y Reelaborar. En *Obras Completas Sigmund Freud*. Editorial Amorrotu.

- Frisch, M.B., Cornell, J., Villanueva, M., & Retzlaff, P. J. (1992). Clinical validation of the Quality of Life Inventory: A measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 4*, 92–101.
- Frisch, M. B. (1994). *Quality of life inventory: manual and treatment guide*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., Suzuki, N., & Watson, D. (2014). The Brief Experiential Avoidance Questionnaire: Development and initial validation. *Psychological Assessment, 26*(1), 35–45. <http://doi.org/10.1037/a0034473>
- Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., & Watson, D. (2011). Development of a measure of experiential avoidance: The Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire. *Psychological Assessment, 23*(3), 692–713. <http://doi.org/10.1037/a0023242>
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire – development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences, 41*(6), 1045–1053. <http://doi.org/10.1016/j.paid.2006.04.010>
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment, 23*(3), 141–149. <http://doi.org/10.1027/1015-5759.23.3.141>
- Gaudiano, B. a, Herbert, J. D., & Hayes, S. C. (2010). Is it the symptom or the relation to it? Investigating potential mediators of change in acceptance and commitment therapy for psychosis. *Behavior Therapy, 41*(4), 543–54.

<http://doi.org/10.1016/j.beth.2010.03.001>

Gaudio, B., & Herbert, J. (2006). Believability of hallucinations as a potential mediator of their frequency and associated distress in psychotic inpatients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *34*, 497–502. Retrieved from

<http://journals.cambridge.org/production/action/cjoGetFulltext?fulltextid=465673>

Gifford, E., Kohlenberg, B., Hayes, S., Antonuccio, D., Piasecki, M., Rasmussenhall, M., & Palm, K. (2004). Acceptance-based treatment for smoking cessation. *Behavior Therapy*, *35*(4), 689–705. [http://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80015-7](http://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80015-7)

Gifford, E. V., & Hayes, S. C. (1999). Functional contextualism: A pragmatic philosophy for behavioral science. In W. O'Donohue & R. Kitchener (Eds.), *Handbook of behaviorism* (pp. 285–327). San Diego: Academic Press.

Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., ... Remington, B. (2014). The Development and Initial Validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, *45*, 83–101.

<http://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001>

Gird, S. Zettle, R., Webster, B., Wagener, A., & Burdsal, C. (2010). The Automatic Thoughts Questionnaire-Believability Scale as a Measure of Cognitive Fusion. Poster Presentation, ACBS World Congress, Parma, Italy.

Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., & Charney, D. S. (1989). The Yale–Brown Obsessive Compulsive Scale: Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, *46*, 1006–1011.

- Greco, L., Lambert, W., & Baer, R. (2008). Psychological inflexibility in childhood and adolescence: development and evaluation of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth. *Psychological Assessment, 20*(2), 93–102. <http://doi.org/10.1037/1040-3590.20.2.93>
- Greco, L. A., & Baer, R. A. (2006). Child Acceptance and Mindfulness Measure (CAMM). Unpublished measure, University of Missouri—St. Louis.
- Gresham, F. M., & Elliot, S. N. (1990). *Social Skills Rating System*. Circle Pines: American Guidance Service.
- Gross, J.J., & Levenson, R. W. (1993). Emotional suppression: Physiology, self-report, and expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology, 64*, 970–986.
- Gutiérrez, O., Luciano, M.C., Rodríguez, M., & Fink, B. (2004). Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control-based protocol for coping with pain. *Behavior Therapy, 35*, 767–783.
- Hair, J., Black, W., Babin, B., & Anderson, R. (2010). *Multivariate Data Analysis* (7th editio). Pearson Prentice Hall.
- Hall, G. S. (1918). Morale in war and after. *Psychological Bulletin, 15*(11), 361–426.
- Harris, R. (2006). Embracing your demons: An overview of acceptance and commitment therapy. *Psychotherapy in Australia, 12*(4), 2–8.
- Hart, W. (1987). *The art of living: Vipassana meditation as taught by S.N. Goenka*. (Harper, Ed.). San Francisco.

- Hayes, S. C., & Barnes-Holmes, D., R. B. (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. (& B. R. (Eds. . S. Hayes, D. Barnes-Holmes, Ed.). New York: New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S.C., & Hayes, L. J. (1992). Verbal relations and the evolution of behavior analysis. *American Psychologist*, *47*, 1383–1395.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S. C., Bissett, R., Roget, N., Padilla, M., Kohlenberg, B. S., Fisher, G., Masuda, A., Pistorello, J., Rye, A. K., Berry, K. & Niccolls, R. (2004). The impact of acceptance and commitment training and multicultural training on the stigmatizing attitudes and professional burnout of substance abuse counselors. *Behavior Therapy*, *35*, 821–835.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, *44*(2), 180–198.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 1–25.
- Hayes, S. C., & Shenk, C. (2004). Operationalizing Mindfulness Without Unnecessary Attachments. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *11*(3), 249–254.  
<http://doi.org/10.1093/clipsy/bph079>

- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M. A., Dykstra, T. A., Batten, S. V., Bergan, J., Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., Bond, F. W., Forsyth, J. P., Karekla, M., McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record, 54*, 553–578.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1152–1168.
- Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (2003). Mindfulness: Method and Process. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 161–165.  
<http://doi.org/10.1093/clipsy/bpg018>
- Hayes, S.C., & Hayes, L. J. (1992). Some clinical implications of contextualistic behaviorism: The example of cognition. *Behavior Therapy, 23*, 225–249. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005789405803831>
- Hayes, S.C., & Ju, W. (1998). The applied implications of rule-governed behavior. In W. T. O'Donohue (Ed.), *Learning and behavior therapy* (pp. 374–391). Needham: Allyn & Bacon.
- Hayes, S.C., & Wilson, K. G. (1995). The role of cognition in complex human behavior: A contextualistic perspective. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 26*, 241–248. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/000579169500024T>

- Hayes, S. C. (1987). Language and the incompatibility of evolutionary and psychological continuity. *Behavior Analysis*, 22, 49–54. Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Language+and+the+incompatibility+of+evolutionary+and+psychological+continuity#0>
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639–665. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005789404800133>
- Hayes, S. C. (1996). AAQ acceptance and action questionnaire. Nevada: University of Nevada.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment therapy and the new behavior therapies. In M. Hayes, S. C., Follette, V. M., Linehan (Ed.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy* (2nd editio). New York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (1994). Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst / MABA*, 17(2), 289–303. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2733476&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V, Byrd, M., & Gregg, J. (2004). A Preliminary Trial of Twelve-Step Facilitation and Acceptance and Commitment Therapy With Opiate Addicts. *Behavior Therapy*, 35, 667–688.

- Healy, H. A., Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., Keogh, C., Luciano, C. & Wilson, K. (2008). An Experimental Test of Cognitive Defusion Exercise: Coping With Negative and Positive Self-Statements. *The Psychological Record*, 58, 623–640.  
Retrieved from <http://opensiuc.lib.siu.edu/tpr/vol58/iss4/8/>
- Hervás, G. (2008). Adaptación al castellano de un instrumento para evaluar el estilo rumiativo: la escala de respuestas rumiativas. *Revista de Psicopatología Y Psicología Clínica*, 13(2), 111–121.
- Herzberg, K. N., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., Credé, M., Earleywine, M., & Eifert, G. H. (2012). The Believability of Anxious Feelings and Thoughts Questionnaire (BAFT): a psychometric evaluation of cognitive fusion in a nonclinical and highly anxious community sample. *Psychological Assessment*, 24(4), 877–91.  
<http://doi.org/10.1037/a0027782>
- Hinton, M. J., & Gaynor, S. T. (2008). Cognitive Defusion for Psychological Distress , Dysphoria , and Low Self-Esteem : A Randomized Technique Evaluation Trial of Vocalizing Strategies. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 6(3), 164–185.
- Hollon, S. D., & Beck, A. T. (1979). Cognitive therapy of depression. In I. P. C. K. & S. D. B. (Eds.) (Ed.), *Cognitive-behavioral intervention: Theory, research and procedures* (pp. 153–203). New York: NY: Academic Press.
- Hollon, S. D., & Kendall, P. C. (1980). Cognitive selfstatements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 383–395.

- Hooper, N., & McHugh, L. (2013). Cognitive defusion versus thought distraction in the mitigation of learned helplessness. *Psychological Record, 63*(1), 209–218.  
<http://doi.org/10.11133/j.tpr.2013.63.1.016>
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modelling: sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods, 3*, 424–453.
- Hyer, S. E. (1994). *Personality Questionnaire, PDQ-4+*. New York: New York State Psychiatric Institute.
- INDEC, I. N. de E. y C. (2009). *Recomendaciones para el procedimiento y elaboración de procedimientos para la medición del nivel de ingresos*. Buenos Aires.
- Ingram, R.E., & Hollon, S. D. (1986). Cognitive therapy of depression from an information processing perspective. In R.E.Ingram (Ed.), *Information processing approaches to clinical psychology* (pp. 261–284). Orlando: FL:AcademicPress.
- Ishiyama, F. I. (1983). A case of severe test anxiety treated in morita therapy: Acceptance of anxiety and not fighting it. *Canadian Counsellor, 17*(4), 172–174.
- Jacobson, N. S., & Christensen, A. (1996). *Integrative couple therapy: Promoting acceptance and change*. New York: Norton.
- Jacobson, N., & Dobson, K. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(2), 295–304. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/journals/ccp/64/2/295/>

- Kabat-Zinn, J., Massion, A.O., Kristeller, J., Peterson, L.G., Fletcher, K.E., & Pbert, L. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*, *149*(7), 936.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Kanter, J. W., Busch, A. M., & Rusch, L. C. (2009). *Behavioral Activation*. New York: Routledge.
- Kapleau, P. (1989). *The three pillars of zen*. New York: Anchor.
- Kishita, N., Muto, T., Ohtsuki, T., & Barnes-Holmes, D. (2013). Measuring the Effect of Cognitive Defusion using the Implicit Relational Assessment Procedure: An Experimental Analysis with a Highly Socially Anxious Sample. *Journal of Contextual Behavioral Science*. <http://doi.org/10.1016/j.jcbs.2013.12.001>
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum.
- Kopleston, F. (1943). *Historia de la filosofía. Vol I. Grecia y Roma*. Retrieved from <http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=cn4JT0H7Y3sC&oi=fnd&pg=PA7&dq=Historia+de+la+filosofia&ots=wQI9zrEgFV&sig=tBMgnInKPEGnIsFrj0HpPncrvV0>
- Kornfield, J. (1993). *Teachings of the Buddha*. Boston: MA: Shambhala.
- Kuzminski, A. (2008). *Pyrrhonism: How the Ancient Greeks Reinvented Buddhism. Studies in Comparative Philosophy and Religion*. (Lexington). Lanham.

- Lambert, M.J., Burlingame, G.M., Umphress, V.H., Vermeersch, N.B., Clouse, D.A., & Yanchar, G. C. (1996). The reliability and validity of the outcome questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3(4), 249–258.
- Larsson, A., Hooper, N., Osborne, L. A., Bennett, P., & McHugh, L. (2015). Using Brief Cognitive Restructuring and Cognitive Defusion Techniques to Cope With Negative Thoughts. *Behavior Modification*, 1–44. <http://doi.org/10.1177/0145445515621488>
- Lee, J. K., & Orsillo, S. M. (2014). Investigating cognitive flexibility as a potential mechanism of mindfulness in Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(1), 208–16. <http://doi.org/10.1016/j.jbtep.2013.10.008>
- Lijoi, E., Ristè, N., Melchiorri, E., Rossi, E., Violini, P., & Panzera, A. (2014). Avoidance and cognitive fusion in mental suffering: Adaptation and validation study of an Italian version of the Psychological Inflexibility in Pain Scale (PIPS) in Italian adolescents with psychological distress 17-22, 2014. Poster Session, Minneapolis, Minnesota: Poster presented at ACBS World Conference 12.
- Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., & Comtois, K. A. (1999). Dialectical Behavior Therapy for patients with borderline personality disorder and drugdependence. *American Journal on Addictions*, 8, 279–292.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: NY: Guilford Press.

- Losada, A., Montorio, I., Izal, M., & Márquez-González, M. (2006). Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia: El papel de los pensamientos disfuncionales. IMSERSO: Colección Estudios Serie Dependencia, Madrid.: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Lovibond, S.H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2nd. ed. ). Sydney: Psychology Foundation.
- Luciano, C., Valdivia-Salas, S., & Ruiz, F. (2012). The self as the context for rule-governed behavior. In L. M. & I. S. (Eds.) (Ed.), *The self and perspective taking: Research and applications* (pp. 143–160). Oakland, CA: Context Press.
- Luciano, M.C., & Hayes, S. C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *Revista Internacional de Psicología Y de La Salud, 1*, 109–157.
- Luciano Soriano, M., & Salas, M. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT): Fundamentos, características y evidencia. *Papeles Del Psicólogo, 27*(2), 79–91.  
Retrieved from <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1339.pdf>
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An acceptance & commitment therapy skills-training manual for therapists*. Oakland CA: New Harbinger & Reno: NV: Context Press.
- Malicki, S. (2014). Cognitive Fusion Questionnaire - Polish Version. Retrieved from [https://contextualscience.org/cognitive\\_fusion\\_questionnaire\\_polish\\_version](https://contextualscience.org/cognitive_fusion_questionnaire_polish_version)
- Mandavia, A., Masuda, A., Moore, M., Mendoza, H., Donati, M. R., & Cohen, L. L. (2015). The application of a cognitive defusion technique to negative body image thoughts: A preliminary analogue investigation. *Journal of Contextual Behavioral*

*Science*. <http://doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.02.003>

- Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de Psicología*, *40*, 26–43. Retrieved from <http://www.thesauro.com/imagenes/39884-11.pdf>
- March, J. S., Parker, J. D. A., Sullivan, K., Stallings, P., & Conners, C. K. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): Factor structure, reliability, and validity. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36*, 554–565.
- Marcks, B. A., & Woods, D. W. (2005). A comparison of thought suppression to an acceptance-based technique in the management of personal intrusive thoughts: a controlled evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, *43*(4), 433–445. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2004.03.005>
- Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: W. W. Norton.
- Masuda, A., Boone, M. S., & Timko, C. A. (2011). The role of psychological flexibility in the relationship between self-concealment and disordered eating symptoms. *Eating Behaviors*, *12*(2), 131–135.
- Masuda, A., Feinstein, A. B., Wendell, J. W., & Sheehan, S. T. (2010). Cognitive defusion versus thought distraction: A clinical rationale, training, and experiential exercise in altering psychological impacts of negative self-referential thoughts. *Behavior Modification*, *34*, 520–538.

Masuda, A., Hayes, S. C., Sackett, C. F., & Twohig, M. P. (2004). Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: examining the impact of a ninety year old technique.

*Behaviour Research and Therapy*, 42(4), 477–85.

<http://doi.org/10.1016/j.brat.2003.10.008>

Masuda, A., Hayes, S. C., Twohig, M. P., Drossel, C., Lillis, J., & Washio, Y. (2009). A

parametric study of cognitive defusion and the believability and discomfort of negative self-relevant thoughts. *Behavior Modification*, 33(2), 250–262.

<http://doi.org/10.1177/0145445508326259>

McCracken, L., Vowles, K., & Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain:

component analysis and a revised assessment method. *Pain*, 107, 159–166.

McCracken, L. M. (2006). Toward a fully functional, flexible, and defused approach to

pain in young people. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13, 182–184. Retrieved from

<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Toward+a+Fully+Functional,+Flexible,+and+Defused+Approach+to+Pain+in+Young+People#0>

McCracken, L. M., Barker, E., & Chilcot, J. (2014). Decentering, rumination, cognitive

defusion, and psychological flexibility in people with chronic pain. *Journal of*

*Behavioral Medicine*, 1215–1225. <http://doi.org/10.1007/s10865-014-9570-9>

Mccracken, L. M., Dasilva, P., Skillicorn, B., & Doherty, R. (2014). The Cognitive Fusion

Questionnaire: A Preliminary Study of Psychometric Properties and Prediction of Functioning in Chronic Pain. *Clinical Journal of Pain*, 30(June), 894–901.

<http://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000047>

- McCracken, L. M., Gutiérrez-Martínez, O., & Smyth, C. (2013). “Decentering” Reflects Psychological Flexibility in People With Chronic Pain and Correlates With Their Quality of Functioning. *Health Psychology, 32*(7), 820–823.  
<http://doi.org/10.1037/a0028093>
- McEwen, B. (2003). Mood disorders and allostatic load. *Biological Psychiatry, 54*(3), 200–207.
- Medrano, L. A., Moretti, L., & Ortiz, Á. (2013). Validación del Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva en Universitarios de Córdoba. *Psykhé, 22*(1), 83–96.  
<http://doi.org/10.7764/psykhe.2013.22.09>
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 1281–1310.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy, 28*, 487–495.
- Miller, N. S., & Gold, M. S. (1991). The disease and adaptive models of addiction: A re-evaluation. *Journal of Drug Issues, 20*, 29–35.
- Miller, R., Kori, S., & Todd, D. (1991). The Tampa Scale: a measure of kinesiophobia. *Clinical Journal of Pain, 7*(1), 51–52.
- Montero, I., & León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 7*, 847–862.

- Morgenstern, J., & Longabaugh, R. (2000). Cognitive-behavioral treatment for alcohol dependence: A review of evidence for its hypothesized mechanisms of action. *Addiction, 95*, 1475–1490.
- Muñiz, J. (1998). *Fiabilidad. Teoría clásica de los tests*. (5ª edición). Madrid: Pirámide.
- Muñiz, J., Elosua, P., & Hambleton, R. K. (2013). International Test Commission Guidelines for test translation and adaptation: second edition. *Psicothema, 25*(2), 151–7. <http://doi.org/10.7334/psicothema2013.24>
- Neff, K. D. (2003). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self Identity, 2*, 223–250.
- Neofotistou, E. (2014). Cognitive Fusion Questionnaire: Greek translation. Retrieved from [https://contextualscience.org/cognitive\\_fusion\\_questionnaire\\_greek\\_translation](https://contextualscience.org/cognitive_fusion_questionnaire_greek_translation)
- Newcomb, M. D., Chou, C., Bentler, P. M., & Huba, G. (1988). Cognitive motivations for drug use among adolescents: Longitudinal tests of gender differences and predictors of change in drug use. *Journal of Counseling Psychology, 35*(4), 426–438.
- Nolen-Hoeksema, S., & Girgus, J. S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin, 115*(3), 424–43. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8016286>
- Nolen-Hoeksema, S., & Harrell, Z. A. (2002). Rumination, depression, and alcohol use: Tests of gender differences. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 16*, 391–403.
- Nolen-Hoeksema, S., & Jackson, S. (2001). Mediators of the gender difference in rumination. *Psychology of Women Quarterly, 25*, 37–47.

- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 109*(3), 504–11. <http://doi.org/10.1037/0021-843X.109.3.504>
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science, 3*(5), 400–424. <http://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>
- Patrick, D. L., Edwards, T. C., & Topolski, T. D. (2002). Adolescent quality of life, part II: Initial validation of a new instrument. *Journal of Adolescence, 25*, 287–300.
- Perls, F. S., Hefferline, R. F., & Goodman, P. (2002). *Terapia Gestalt: Excitación y Crecimiento de la Personalidad Humana*. Sociedad de Cultura Valle-Inclán.
- Peterson, R. A., & Reiss, S. (1993). *Anxiety Sensitivity Index Revised test manual*. Worthington: IDS Publishing Corporation.
- Pilecki, B. C., & McKay, D. (2012). An Experimental Investigation of Cognitive Defusion. *The Psychological Record, 62*, 19–40.
- Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology, 53*, 187–213. <http://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135103>
- Potts, S. A., Haeger, J. A., & Levin, M. E. (2014). Examining Cognitive Fusion and Psychological Inflexibility as Predictors of Binge Eating.
- Psiquiatría, A. A. de. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5<sup>a</sup> ed. ). Arlington: American Psychiatric Publishing.

- Pychyl, T., & Little, B. (1998). Dimensional specificity in the prediction of subjective well-being: personal projects in the pursuit of the Phd. *Social Indicator Research*, 45, 423–473.
- Reker, G., Peacock, E., & Wong, P. (1987). Meaning and purpose in life and well-being: a life span perspective. *Journal of Gerontology*, 42(1), 44–49.
- Robichaud, M., Dugas, M. J., & Conway, M. (2003). Gender differences in worry and associated cognitive-behavioral variables. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(5), 501–16. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12941362>
- Rodero, B., Pereira, J. P., Pérez-Yus, M. C., Casanueva, B., Serrano-Blanco, A., Rodrigues da Cunha Ribeiro, M. J., ... Garcia-Campayo, J. (2013). Validation of a Spanish version of the psychological inflexibility in pain scale (PIPS) and an evaluation of its relation with acceptance of pain and mindfulness in sample of persons with fibromyalgia. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11(1), 62.  
<http://doi.org/10.1186/1477-7525-11-62>
- Rodríguez-Biglieri, R., & Vetere, G. L. (2011). Psychometric characteristics of the Penn State Worry Questionnaire in an Argentinean sample: a cross-cultural contribution. *The Spanish Journal of Psychology*, 14(1), 452–463.  
[http://doi.org/10.5209/rev\\_SJOP.2011.v14.n1.41](http://doi.org/10.5209/rev_SJOP.2011.v14.n1.41)
- Roemer, L., & Orsillo, S. (2009). *Mindfulness-and acceptance-based behavioral therapies in practice*. Retrieved from  
<http://journals.cambridge.org/production/action/cjoGetFulltext?fulltextid=7926212>

- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2002). Expanding Our Conceptualization of and Treatment for Generalized Anxiety Disorder : Integrating Mindfulness / Acceptance-Based Approaches With Existing Cognitive- Behavioral Models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 54–68. <http://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.54>
- Roemer, L., Orsillo, S. M., & Salters-Pedneault, K. (2008). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 1083–1089. <http://doi.org/10.1037/a0012720>
- 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*, 1073191116645905-. <http://doi.org/10.1177/1073191116645905>
- Román, B. (n.d.). Nuevas Perspectivas de la Educación Moral: Epicureos y Estoicos. *Universidad Ramon Llull, Universidad de Barcelona*.
- Romero-Moreno, R., Márquez-González, M., Losada, A., Gillanders, D. T., & Fernández-Fernández, V. (2014). Fusión cognitiva en el cuidado familiar de personas con demencia: propiedades psicométricas de la versión española del Cuestionario de fusión cognitiva. *Psicología Conductual= Behavioral Psychology: Revista Internacional de Psicología Clínica Y de La Salud*, 22(1), 117–132.
- Ruiz, F. J. Langer Herrera, A. I. Luciano, C., Cangas, A. J., & Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire - II. *Psicothema*, 25(1), 123–9.

<http://doi.org/10.7334/psicothema2011.239>

Ruiz, F. J., Odriozola-González, P., & Suárez-Falcón, J. C. (2014). The Spanish version of the Believability of Anxious Feelings and Thoughts Questionnaire. *Psicothema*, *26*(3), 308–13. <http://doi.org/10.7334/psicothema2013.221>

Russo, A., & Forsyth, J. (n.d.). A Primer on Acceptance and Commitment Therapy. inedito, University at Albany, State University of New York.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Review of Psychology*, *52*(1), 141–166. <http://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>

Ryff, C., & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, *69*(4), 719–727.

Sahdra, B. K., Ciarrochi, J., Parker, P., & Scrucca, L. (2016). Using Genetic Algorithms in a Large Nationally Representative American Sample to Abbreviate the Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire. *Frontiers in Psychology*, *7*, 189. Retrieved from <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00189>

Sakarya, D. (n.d.). Cognitive Fusion Questionnaire - Turkish Translation. Retrieved from [https://contextualscience.org/cognitive\\_fusion\\_questionnaire\\_turkish\\_translation](https://contextualscience.org/cognitive_fusion_questionnaire_turkish_translation)

Sampieri, R., Collado, C., Lucio, P., & Pérez, M. (1998). *Metodología de la investigación*. Retrieved from [http://www.univo.edu.sv:8081/tesis/021552/021552\\_Cap3.pdf](http://www.univo.edu.sv:8081/tesis/021552/021552_Cap3.pdf)

- Schmalz, J. E., & Murrell, A. R. (2010). Measuring experiential avoidance in adults: The Avoidance and Fusion Questionnaire. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 6*, 198–213.
- Segal, Z., Williams, J., & Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Press.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. San Francisco: Freeman.
- Sevilla Rodriguez, M. (Ed.). (1991). *Antología de los primeros estoicos griegos*. Madrid: Akal.
- Shafran, R., Teachman, B., Kerry, S., & Rachman, S. (1999). A cognitive distortion associated with eating disorders: Thought-shape fusion. *British Journal of Clinical Psychology, 38*, 167–179.
- Shafran, R., Thordarson, D., & Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 10*(5), 379–391.
- Shawyer, F., Ratcliff, K., Mackinnon, A., Farhall, J., Hayes, S., & Copolov, D. (2007). The voices acceptance and action scale (VAAS): Pilot data. *Journal of Clinical Psychology, 63*, 593–606.
- Solé, E., Racine, M., Castarlenas, E., de la Vega, R., Tomé-Pires, C., Jensen, M., & Miró, J. (2015). The Psychometric Properties of the Cognitive Fusion Questionnaire in Adolescents. *European Journal of Psychological Assessment, 1–6*.  
<http://doi.org/10.1027/1015-5759/a000244>

- Soltani, E., Momenzadeh, S., Hoseini, Z., & Bahrainian, S. A. (2016). Reliability and Validity of the Cognitive Fusion Questionnaire in Iranian University Students. *Pejouhandeh*, (under review). Retrieved from [https://contextualscience.org/cognitive\\_fusion\\_questionnaire\\_persianfarsi\\_transl](https://contextualscience.org/cognitive_fusion_questionnaire_persianfarsi_transl)
- Stephens, R. S., Babor, T. F., Kadden, R., & Miller, M. (2002). The marijuana treatment project: Rationale, design, and participant characteristics. *Addiction*, *97*, 109–124.
- Striegel-Moore, R. H., Rosselli, F., Perrin, N., DeBar, L., Wilson, G. T., May, A., & Kraemer, H., & C. (2009). Gender difference in the prevalence of eating disorder symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, *42*(5), 471–474.  
<http://doi.org/10.1002/eat.v42:510.1002/eat.20625>
- Tabachnick, B. J., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics*. Needham Heights: Allyn & Bacon.
- Tallis, F., Davey, G. C. L., & Bond, A. (1994). The Worry Domains Questionnaire. In D. & Tallis (Ed.), *Worrying: Perspectives on theory, assessment, and treatment* (pp. 285–297). New York: Wiley.
- Tallis, F., Eysenck, M. W., & Mathews, A. (1992). A questionnaire for the measurement of nonpathological worry. *Personality and Individual Differences*, *13*, 161–168.
- Teasdale, J. D., & Fogarty, S. J. (1979). Differential effects of induced mood on retrieval of pleasant and unpleasant events from episodic memory. *Journal of Abnormal Psychology*, *88*, 248–257.

- Teasdale, J.D., Scott, J., Moore, R.G., Hayhurst, H., Pope, M., & Paykel, E. S. (2001). How does cognitive therapy prevent relapse in residual depression? Evidence from a controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(3), 347–357.
- Titchener, E. B. (1916). *A text-book of psychology*. New York: New York: MacMillan.
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy, (37)*, 3–13.
- Twohig, M. P., Shoenberger, D., & Hayes, S. C. (2007). A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy as a treatment for marijuana dependence in adults. *Journal of Applied Behavior Analysis, 40*(4), 619–632.  
<http://doi.org/10.1901/jaba.2007.619>
- Twohig, M. P. (2009a). Acceptance and Commitment Therapy for Treatment-Resistant Posttraumatic Stress Disorder: A Case Study. *Cognitive and Behavioral Practice, 16*(3), 243–252. <http://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.10.002>
- Twohig, M. P. (2009b). The Application of Acceptance and Commitment Therapy to Obsessive-Compulsive Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice, 16*(1), 18–28.  
<http://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.02.008>
- Twohig, M. P., Abramowitz, J. S., Bluett, E. J., Fabricant, L. E., Jacoby, R. J., Morrison, K. L., ... Smith, B. M. (2014). Exposure therapy for OCD from an acceptance and commitment therapy (ACT) framework. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 1*–7. <http://doi.org/10.1016/j.jocrd.2014.12.007>

- Twohig, M. P., Hayes, S. C., Plumb, J. C., Pruitt, L. D., Collins, A. B., Hazlett-Stevens, H., & Woidneck, M. R. (2010). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(5), 705–716.  
<http://doi.org/10.1037/a0020508>
- Twohig, M., & Woods, D. (2004). A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy and habit reversal as a treatment for trichotillomania. *Behavior Therapy, 35*(4), 803–820. [http://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80021-2](http://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80021-2)
- Van de Vijver, F., & Tanzer, N. K. (2004). Bias and equivalence in cross-cultural assessment: an overview. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology, 54*(2), 119–135.  
<http://doi.org/10.1016/j.erap.2003.12.004>
- Walker, L. S., & Garber, J. (2001). *Manual for the Children's Somatization Inventory*. Nashville: Vanderbilt University, Department of Pediatrics.
- Watkins, E., & Moulds, M. (2005). Positive beliefs about rumination in depression—a replication and extension. *Personality and Individual Differences, 39*(1), 73–82.  
<http://doi.org/10.1016/j.paid.2004.12.006>
- Watzlawick, P., Weakland, J., & Fisch, R. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. Editorial Herder. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1974-23618-000>
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*, 5–13.

- Wegner, D. M., & Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality, 62*, 615–640.
- Wegner, D.M., & Erber, R. (1992). The hyperaccessibility of suppressed thoughts. *Journal of Personality and Social Psychology, 63*, 903–912.
- Wells, A., & Davis, M. I. (1994). The Thought Control Questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behaviour Research and Therapy, 32*(8), 871–878.
- Wells, A. (1994). Attention and the control of worry. In F. Davey, G.C., Tallis (Ed.), *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment* (pp. 91–114). Oxford, England: Wiley.
- Wells, A. (1999). A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavior Modification, 23*(4), 526–555.
- Wells, A. (2007). Cognition about cognition: metacognitive therapy and change in generalized anxiety disorder and socialphobia. *Cognitive and Behavioral Practice, 14*, 18–25.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press.
- Wicksell, R., Dahl, J., Magnusson, B., & Olsson, G. L. (2005). Using Acceptance and Commitment Therapy in the rehabilitation of an adolescent female with chronic pain: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice, 12*, 415–423.

- Wicksell, R., Lekander, M., Sorjonen, K., & Olsson, G. (2010). The Psychological Inflexibility in Pain Scale (PIPS) statistical properties and model fit of an instrument to assess change processes in pain related disability. *European Journal of Pain, 14*, 771.e1–771.e14.
- Wicksell, R. K., Renöfält, J., Olsson, G. L., Bond, F. W., & Melin, L. (2008). Avoidance and cognitive fusion - Central components in pain related disability? Development and preliminary validation of the Psychological Inflexibility in Pain Scale (PIPS). *European Journal of Pain, 12*(4), 491–500. <http://doi.org/10.1016/j.ejpain.2007.08.003>
- Williams, J. C., & Lynn, S. J. (2010). Acceptance: An Historical and Conceptual Review. *Imagination, Cognition and Personality, 30*(1), 5–56. <http://doi.org/10.2190/IC.30.1.c>
- Wilson, K. G., & DuFrene, T. (2008). *Mindfulness for two: An acceptance and commitment therapy approach to mindfulness in psychotherapy*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Wilson, K. G., Sandoz, E. K., Kitchens, J., & Roberts, M. (2010). The Valued Living Questionnaire: Defining and measuring valued action within a behavioral framework. *The Psychological Record, 60*(2), 249–272.
- Wolgast, M. (2014). What does the acceptance and action questionnaire (AAQ-II) really measure? *Behavior Therapy, 45*(6), 831–839. <http://doi.org/10.1016/j.beth.2014.07.002>
- World Health Organisation (1998). *The WHOQOL user manual*. Geneva.
- Zettle, R. D., & Rains, J. C. (1989). Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression. *Journal of Clinical Psychology, 45*, 438–445.

- Zettle, R. (2005). The Evolution of a Contextual Approach to Therapy: From Comprehensive Distancing to ACT. ... *Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 1(2), 77–89. Retrieved from <http://www.eric.ed.gov/ERICWebPortal/recordDetail?accno=EJ844315>
- Zettle, R. D. (2012). Acceptance and commitment therapy (ACT) vs. systematic desensitization in treatment of mathematics anxiety. *The Psychological Record*, 53(2), 197–215. Retrieved from <http://opensiuc.lib.siu.edu/tpr/vol53/iss2/3/>
- Zettle, R. D., Rains, J. C., & Hayes, S. C. (2011). Processes of Change in Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy for Depression: A Mediation Reanalysis of Zettle and Rains. *Behavior Modification*, 35(3), 265–283. <http://doi.org/10.1177/0145445511398344>
- Zettle, R., & Hayes, S. (1986). Dysfunctional control by client verbal behavior: The context of reason-giving. *The Analysis of Verbal Behavior*, 4, 30–38. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2748463/>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361–370.

## **Anexo A: Protocolos Etapa 1**

- Protocolo de jueces bilingües
- Protocolo de jueces expertos
- Protocolos de retro-traducción

**Protocolo de evaluación por parte de Juez Bilingüe**

Nombre y Tel.....

A continuación se presentan una serie de ítems pertenecientes a la Escala de Fusión Cognitiva (Gillanders et al., 2013), en su versión original en inglés y en su versión traducida al español argentino. Se le solicita que evalúe ambas versiones puntuando su equivalencia lingüística, siendo 5 el mayor nivel de equivalencia y 1 el menor nivel de equivalencia. A continuación puede aportar si lo desea otra versión con modificaciones.

| <b>Ítem original en inglés</b>   | <b>Ítem en español argentino</b>  | <b>Equivalencia lingüística (0-5)</b> | <b>Modificaciones (opcional)</b> |
|--|---|---------------------------------------|----------------------------------|
| My thoughts cause me distress or emotional pain  | Mis pensamientos me provocan malestar o dolor emocional   |                                       |                                  |
| I get so caught up in my thoughts that I am unable to do the things that I most want to do             | Me siento tan atrapado/a en mis pensamientos que soy incapaz de hacer las cosas que realmente quiero hacer  |                                       |                                  |
| I over-analyse situations to the point where it's unhelpful to me                                      | Tiendo a analizar demasiado las situaciones hasta el punto en que me resulta de poca ayuda o inútil         |                                       |                                  |
| I struggle with my thoughts  | Suelo luchar contra mis pensamientos  |                                       |                                  |
| I get upset with myself for having certain thoughts  | Me enojo conmigo mismo/a por tener determinados pensamientos  |                                       |                                  |
| I tend to get very entangled in my thoughts  | Tiendo a enredarme mucho en mis propios pensamientos  |                                       |                                  |
| It's such a struggle to let go of upsetting thoughts even when I know that letting go would be helpful | Me resulta muy difícil dejar pasar los pensamientos desagradables, aun cuando sé que eso sería útil para mí |                                       |                                  |

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| I tell myself I shouldn't be thinking the way I'm thinking              | Suelo decirme a mí mismo/a que no debería pensar del modo en que estoy pensando                                   |  |  |
| I find myself preoccupied with the future or past                       | Me encuentro con frecuencia preocupado/a por el pasado o el futuro  |  |  |
| I feel like my thoughts need to change before I can have a good life    | Siento que mis pensamientos deben cambiar para poder tener una buena vida   |  |  |
| I think some of my thoughts are bad or inappropriate                    | Pienso que algunos de mis pensamientos son malos o inapropiados   |  |  |
| I get so caught up in my thoughts that I forget what I'm actually doing | Tiendo a quedar tan atrapado/a en mis pensamientos que con frecuencia olvido lo que estoy haciendo en ese momento |  |  |
| I need to control the thoughts that come into my head                   | Necesito controlar los pensamientos que entran en mi mente  |  |  |
| If I think I can not do something then I will not try to do it          | Si pienso que no puedo hacer algo, entonces no intento hacerlo  |  |  |
| I tend to react very strongly to my thoughts                            | Tiendo a tener reacciones muy intensas frente a mis pensamientos  |  |  |

# **Adaptación Argentina de la Escala de Fusión Cognitiva**

## **Juicio de Expertos**

Estimada/o,

A continuación se presenta la Escala de Fusión Cognitiva (Gillanders et al., 2013). El instrumento evalúa el nivel de fusión cognitiva con cogniciones en general. La *fusión cognitiva* se refiere a la *relación* que la persona tiene con sus propios eventos cognitivos; en lugar de notar el proceso de pensar y sentir a medida que sucede, la fusión involucra un apego al contenido de los eventos cognitivos y una respuesta a este contenido como si fuera literalmente verdad (Luoma & Hayes, 2003). De esta forma, alimenta la tendencia a que el comportamiento sea excesivamente regulado y controlado por la cognición.

La escala está compuesta por diferentes afirmaciones sobre las cuales la persona que responde debe indicar, utilizando una escala de 1 a 7, el grado en que dicho enunciado es cierto para ella.

Este cuestionario es una adaptación del instrumento original, por lo cual el objetivo es el de obtener su apreciación experta sobre el instrumento que se está adaptando a nuestro país. Por este motivo le solicitamos siga los siguientes pasos:

1. Lea cada uno de los ítems que se encuentran en la primera columna del cuadro.
2. Marque con una X la opción que le parece pertinente de acuerdo a si considera al ítem como aceptable, inaceptable o aceptable con modificaciones.
3. Se le solicita que indique sugerencias para la mejora de los ítems en caso de que considere que requieren modificación.

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

## Protocolo de evaluación por parte de Juez Experto

Nombre y Tel.....

Marque con una X la opción seleccionada e incluya modificaciones si lo considera necesario.

| <b>Ítem</b>   | El ítem es <b>aceptable</b><br>-refleja una<br>operacionalización<br>del constructo | El ítem es aceptable con<br><b>modificaciones</b> –incluir<br>modificación | El ítem <b>no es</b><br><b>aceptable</b> –no<br>refleja una<br>operacionalización<br>del constructo |
|---|---|--|---|
| Mis pensamientos me provocan malestar o dolor emocional   |   |  |   |
| Me siento tan atrapado/a en mis pensamientos que soy incapaz de hacer las cosas que realmente quiero hacer  |   |  |   |
| Tiendo a analizar demasiado las situaciones hasta el punto en que me resulta de poca ayuda                  |   |  |   |
| Suelo luchar contra mis pensamientos  |   |  |   |
| Me enojo conmigo mismo/a por tener determinados pensamientos  |   |  |   |
| Tiendo a enredarme mucho en mis propios pensamientos  |   |  |   |
| Me resulta muy difícil dejar pasar los pensamientos desagradables, aun cuando sé que eso sería útil para mí |   |  |   |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| Suelo decirme a mí mismo/a que no debería pensar del modo en que estoy pensando                                   |  |  |  |
| Me encuentro con frecuencia preocupado/a por el pasado o el futuro  |  |  |  |
| Siento que mis pensamientos deben cambiar para poder tener una buena vida   |  |  |  |
| Pienso que algunos de mis pensamientos son malos o inapropiados   |  |  |  |
| Tiendo a quedar tan atrapado/a en mis pensamientos que con frecuencia olvido lo que estoy haciendo en ese momento |  |  |  |
| Necesito controlar los pensamientos que entran en mi mente  |  |  |  |
| Si pienso que no puedo hacer algo, entonces no intento hacerlo  |  |  |  |
| Tiendo a reaccionar intensamente frente a mis pensamientos  |  |  |  |

## Protocolo de evaluación por parte de Juez Bilingüe: Back Translation

Nombre *Corrine Rhesa Stoewsand, Ph.D*

A continuación se presentan una serie de ítems pertenecientes a la Escala de Fusión Cognitiva (Gillanders et al., 2013), en su versión español argentino. Se le solicita que traduzca los ítems al inglés.

| Ítem en español argentino   | Ítem traducido al inglés   |
|---|--|
| Mis pensamientos me provocan malestar o dolor emocional   | My thoughts provoke me distress or emotional pain  |
| Me siento tan atrapado/a en mis pensamientos que soy incapaz de hacer las cosas que realmente quiero hacer  | I feel trapped in my thoughts and I am incapable of doing the things that I really want to do.         |
| Analizo demasiado las situaciones hasta el punto en que me resulta de poca ayuda                            | I analyze situations too much, to the point that it is unhelpful                                       |
| Suelo luchar contra mis pensamientos  | I regularly fight against my thoughts.   |
| Me enojo conmigo mismo/a por tener determinados pensamientos  | I get angry at myself for having certain thoughts  |
| Tiendo a enredarme mucho en mis propios pensamientos  | I tend to get all tied up in my own thoughts.  |
| Me resulta muy difícil dejar pasar los pensamientos desagradables, aun cuando sé que eso sería útil para mí | It is very difficult to let go of unpleasant thoughts even when I know that it would be useful for me. |

|   |   |
|---|---|
| Suelo decirme a mí mismo/a que no debería pensar del modo en que estoy pensando | I regularly say to myself that I should not think the way that I am thinking. |
| Me encuentro con frecuencia preocupado/a por el pasado o el futuro              | I find myself frequently worried about the past or the future.                |

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
|  | Siento que mis pensamientos deben cambiar para poder tener una buena vida   | I feel that my thoughts should change to be able to have a good life.                           |  |
|  | Pienso que algunos de mis pensamientos son malos o inapropiados   | I think that some of my thought are bad or inappropriate.                                       |  |
|  | Tiendo a quedar tan atrapado/a en mis pensamientos que con frecuencia olvido lo que estoy haciendo en ese momento | I tend to be so trapped in my thoughts that I frequently forget what I am doing in that moment. |  |
|  | Necesito controlar los pensamientos que entran en mi mente  | I need to control the thoughts that enter in my mind.   |  |
|  | Si pienso que no puedo hacer algo, entonces no intento hacerlo  | If I think that I can't do something, then I don't try to do it.                                |  |
|  | Tiendo a reaccionar intensamente frente a mis pensamientos  | I tent to react intensely to my thoughts.   |  |

## Protocolo de evaluación Back Translation

Nombre *David Gillanders* (autor de la escala original)

The aim of this process is to achieve a Spanish version of the CFQ that is conceptually equivalent with the original. Please check each item and establish the conceptual equivalence (1=non equivalent – 5=equivalent).

|  | <b>Original ítem in english</b>  | <b>Ítem back-translated</b>  | <b>Conceptual Equivalence (1-5)</b> |
|--|--|--|-------------------------------------|
|  | My thoughts cause me distress or emotional pain  | My thoughts provoke me distress or emotional pain  | 5                                   |
|  | I get so caught up in my thoughts that I am unable to do the things that I most want to do             | I feel trapped in my thoughts and I am incapable of doing the things that I really want to do.         | 5                                   |
|  | I over-analyse situations to the point where it's unhelpful to me                                      | I analyze situations too much, to the point that it is unhelpful                                       | 5                                   |
|  | I struggle with my thoughts  | I regularly fight against my thoughts.   | 5                                   |
|  | I get upset with myself for having certain thoughts  | I get angry at myself for having certain thoughts  | 5                                   |
|  | I tend to get very entangled in my thoughts  | I tend to get all tied up in my own thoughts.  | 5                                   |
|  | It's such a struggle to let go of upsetting thoughts even when I know that letting go would be helpful | It is very difficult to let go of unpleasant thoughts even when I know that it would be useful for me. | 5                                   |

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
|  | I tell myself I shouldn't be thinking the way I'm thinking              | I regularly say to myself that I should not think the way that I am thinking                    | 5 |
|  | I find myself preoccupied with the future or past                       | I find myself frequently worried about the past or the future.                                  | 5 |
|  | I feel like my thoughts need to change before I can have a good life    | I feel that my thoughts should change to be able to have a good life.                           | 5 |
|  | I think some of my thoughts are bad or inappropriate                    | I think that some of my thought are bad or inappropriate.                                       | 5 |
|  | I get so caught up in my thoughts that I forget what I'm actually doing | I tend to be so trapped in my thoughts that I frequently forget what I am doing in that moment. | 5 |
|  | I need to control the thoughts that come into my head                   | I need to control the thoughts that enter in my mind.   | 5 |
|  | If I think I can not do something then I will not try to do it          | If I think that I can't do something, then I don't try to do it.                                | 5 |
|  | I tend to react very strongly to my thoughts                            | I tend to react intensely to my thoughts.   | 5 |

## **Anexo B: Protocolo etapa 2**

Estamos efectuando una investigación que se desarrolla en el marco del doctorado de psicología de la UFLO que trata sobre la relación entre los pensamientos y la conducta.

Con la firma de la presente declaras que estás de acuerdo en participar respondiendo el cuestionario que sigue, considerando que en el momento que lo decidas, te puedes retirar del estudio, sin necesidad de brindar razones para ello.

De la misma manera declaras que tu participación es voluntaria y que das tu autorización para que los datos que surjan de este proyecto sean analizados estadísticamente y en su caso publicados, protegiendo siempre tu identidad, conforme a la ley 25.326.

Te pedimos por favor, que respondas con sinceridad todas las preguntas.

Te reiteramos que toda la información es de carácter confidencial.

Firma .....

¡Gracias por tu colaboración!

### Datos socio-demográficos

**Edad:** .....

Marcar con una cruz las opciones que correspondan

- Mujer  
 Hombre

**Estado Civil:**

- Soltero                       Casado/Concubinato  
 Divorciado/separado       Viudo

|                          |
|--------------------------|
| <b>Cantidad de hijos</b> |
|                          |

**Educación** (sólo indicar el máximo nivel alcanzado):

- Primario incompleto       Secundario incompleto       Terciario incompleto  
 Primario completo         Secundario completo         Terciario/universitario completo

**Nivel de Actividad:**

- Trabajador autónomo       Trabajador en relación de dependencia       Desempleado

(CFQ) A continuación se presentan algunas afirmaciones. Por favor, indique hasta qué punto se aplican a usted o lo definen utilizando la siguiente escala.

| <b>1</b>   | <b>2</b>            | <b>3</b>        | <b>4</b>          | <b>5</b>              | <b>6</b>            | <b>7</b>       |
|--|---------------------|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------|----------------|
| <b>Nunca</b>   | <b>Muy rara vez</b> | <b>Rara vez</b> | <b>Alguna vez</b> | <b>Con frecuencia</b> | <b>Casi siempre</b> | <b>Siempre</b> |
| <b>1. Mis pensamientos me provocan malestar o dolor emocional</b>  | <b>1</b>            | <b>2</b>        | <b>3</b>          | <b>4</b>              | <b>5</b>            | <b>6 7</b>     |
| <b>2. Me siento tan atrapado/a en mis pensamientos que soy incapaz de hacer las cosas que realmente quiero hacer</b>         | <b>1</b>            | <b>2</b>        | <b>3</b>          | <b>4</b>              | <b>5</b>            | <b>6 7</b>     |
| <b>3. Tiendo a analizar demasiado las situaciones hasta el punto en que me resulta de poca ayuda</b>                         | <b>1</b>            | <b>2</b>        | <b>3</b>          | <b>4</b>              | <b>5</b>            | <b>6 7</b>     |
| <b>4. Suelo luchar contra mis pensamientos</b>   | <b>1</b>            | <b>2</b>        | <b>3</b>          | <b>4</b>              | <b>5</b>            | <b>6 7</b>     |
| <b>5. Me enojo conmigo mismo/a por tener determinados pensamientos</b>   | <b>1</b>            | <b>2</b>        | <b>3</b>          | <b>4</b>              | <b>5</b>            | <b>6 7</b>     |
| <b>6. Tiendo a enredarme mucho en mis propios pensamientos</b>   | <b>1</b>            | <b>2</b>        | <b>3</b>          | <b>4</b>              | <b>5</b>            | <b>6 7</b>     |
| <b>7. Me resulta muy difícil dejar pasar los pensamientos desagradables, aun cuando sé que eso sería útil para mí</b>        | <b>1</b>            | <b>2</b>        | <b>3</b>          | <b>4</b>              | <b>5</b>            | <b>6 7</b>     |
| <b>8. Suelo decirme a mí mismo/a que no debería pensar del modo en que estoy pensando</b>                                    | <b>1</b>            | <b>2</b>        | <b>3</b>          | <b>4</b>              | <b>5</b>            | <b>6 7</b>     |
| <b>9. Me encuentro con frecuencia preocupado/a por el pasado o el futuro</b>   | <b>1</b>            | <b>2</b>        | <b>3</b>          | <b>4</b>              | <b>5</b>            | <b>6 7</b>     |
| <b>10. Siento que mis pensamientos deben cambiar para poder tener una buena vida</b>   | <b>1</b>            | <b>2</b>        | <b>3</b>          | <b>4</b>              | <b>5</b>            | <b>6 7</b>     |
| <b>11. Pienso que algunos de mis pensamientos son malos o inapropiados</b>   | <b>1</b>            | <b>2</b>        | <b>3</b>          | <b>4</b>              | <b>5</b>            | <b>6 7</b>     |
| <b>12. Tiendo a quedar tan atrapado/a en mis pensamientos que con frecuencia olvido lo que estoy haciendo en ese momento</b> | <b>1</b>            | <b>2</b>        | <b>3</b>          | <b>4</b>              | <b>5</b>            | <b>6 7</b>     |
| <b>13. Necesito controlar los pensamientos que entran en mi mente</b>  | <b>1</b>            | <b>2</b>        | <b>3</b>          | <b>4</b>              | <b>5</b>            | <b>6 7</b>     |
| <b>14. Si pienso que no puedo hacer algo, entonces no intento hacerlo</b>  | <b>1</b>            | <b>2</b>        | <b>3</b>          | <b>4</b>              | <b>5</b>            | <b>6 7</b>     |
| <b>15. Tiendo a reaccionar intensamente frente a mis pensamientos</b>  | <b>1</b>            | <b>2</b>        | <b>3</b>          | <b>4</b>              | <b>5</b>            | <b>6 7</b>     |

(CECRE) Todos nos enfrentamos en algún momento con acontecimientos que resultan negativos o desagradables y cada uno de nosotros responde ante ellos de un modo personal. En las siguientes frases le pedimos que *indique lo que usted piensa o hace habitualmente cuando experimenta situaciones negativas o desagradables.*

|   | (Casi) nunca | A veces | Regular-mente | A menudo | (Casi) siempre |
|---|--------------|---------|---------------|----------|----------------|
| 1. Pienso a menudo en cómo me siento en relación con lo que me ha pasado        | 1            | 2       | 3             | 4        | 5              |
| 2. Me preocupa lo que piense y sienta sobre lo que me ha pasado                 | 1            | 2       | 3             | 4        | 5              |
| 3. Quiero entender por qué la experiencia que he tenido me hace sentir así      | 1            | 2       | 3             | 4        | 5              |
| 4. Pienso continuamente en los sentimientos que la situación ha provocado en mí | 1            | 2       | 3             | 4        | 5              |

**AAQ II.** Debajo encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, puntúe en qué grado cada afirmación ES VERDAD PARA USTED. Use 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 |

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| <b>1. Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría</b> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <b>2. Tengo miedo de mis sentimientos</b>   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <b>3. Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos</b>                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <b>4. Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena</b>                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <b>5. Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida</b>                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <b>6. Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo</b>                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <b>7. Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir</b>                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

(Biops-A) Le pedimos que lea con atención las frases siguientes. Marque su respuesta con una cruz en cada una de ellas sobre la base de lo que pensó y sintió durante el último mes. Las alternativas de respuesta son: **-ESTOY DE ACUERDO- NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO -ESTOY EN DESACUERDO-** No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder. Marque su respuesta con una cruz en uno de los tres espacios.

|  | <b>De acuerdo</b> | <b>Ni de acuerdo<br/>ni en<br/>desacuerdo</b> | <b>En<br/>desacuerdo</b> |
|--|-------------------|---|--------------------------|
| 1. Creo que sé lo que quiero hacer con mi vida.                  |                   |   |                          |
| 2. Si algo me sale mal puedo aceptarlo, admitirlo.               |                   |   |                          |
| 3. Me importa pensar que haré en el futuro.                      |                   |   |                          |
| 4. Puedo decir lo que pienso sin mayores problemas               |                   |   |                          |
| 5. Generalmente le caigo bien a la gente.                        |                   |   |                          |
| 6. Siento que podré lograr las metas que me proponga.            |                   |   |                          |
| 7. Cuento con personas que me ayudan si lo necesito.             |                   |   |                          |
| 8. Creo que en general me llevo bien con la gente.               |                   |   |                          |
| 9. En general hago lo que quiero, soy poco influenciable.        |                   |   |                          |
| 10. Soy una persona capaz de pensar en un proyecto para mi vida. |                   |   |                          |
| 11. Puedo aceptar mis equivocaciones y tratar de mejorar.        |                   |   |                          |
| 12. Puedo tomar decisiones sin dudar mucho.                      |                   |   |                          |
| 13. Encaro sin mayores problemas mis obligaciones diarias.       |                   |   |                          |

**(PSWQ-A)** A continuación encontrará una lista con 11 afirmaciones. Lea cada una de ellas y señale que tan típico o característico de Ud. es cada una. Al hacerlo, circule el número que corresponda según la siguiente escala:

| Para nada típico de mí | Poco típico de mí | Relativamente típico de mí | Bastante típico de mí | Es muy típico de mí |
|------------------------|-------------------|----------------------------|-----------------------|---------------------|
| 1                      | 2                 | 3                          | 4                     | 5                   |

|   |          |          |          |          |          |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|
| <b>1. Mis preocupaciones me agobian</b>   | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
| <b>2. Me preocupan muchas situaciones</b>   | 1        | 2        | 3        | 4        | 5        |
| <b>3. Sé que no debería estar tan preocupado por las cosas pero no puedo evitarlo</b>                                 | 1        | 2        | 3        | 4        | 5        |
| <b>4. Cuando estoy bajo presión me preocupo demasiado</b>   | 1        | 2        | 3        | 4        | 5        |
| <b>5. Siempre estoy preocupándome por algo</b>  | 1        | 2        | 3        | 4        | 5        |
| <b>6. Tan pronto como termino una tarea, enseguida empiezo a preocuparme por alguna otra cosa que tengo que hacer</b> | 1        | 2        | 3        | 4        | 5        |
| <b>7. Toda mi vida he sido una persona que se preocupa demasiado</b>  | 1        | 2        | 3        | 4        | 5        |
| <b>8. Noto que he estado preocupado por varias cosas</b>  | 1        | 2        | 3        | 4        | 5        |
| <b>9. Una vez que comienzo a preocuparme no puedo parar</b>   | 1        | 2        | 3        | 4        | 5        |
| <b>10. Estoy constantemente preocupado</b>  | 1        | 2        | 3        | 4        | 5        |
| <b>11. Cuando tengo algún proyecto no dejo de preocuparme hasta haberlo terminado</b>                                 | 1        | 2        | 3        | 4        | 5        |

**(MAAS)** A continuación aparece un conjunto de afirmaciones sobre su experiencia diaria. Utilizando la escala del 1 al 6 mostrada más abajo, indique con qué frecuencia tiene usted dichas experiencias. Por favor, responda según su experiencia real, en vez de lo que usted cree que su experiencia debería ser. Por favor, considere por separado cada una de las cuestiones.

| 1            | 2                    | 3                     | 4                   | 5                       | 6          |
|--------------|----------------------|-----------------------|---------------------|-------------------------|------------|
| Casi siempre | Con mucha frecuencia | Con cierta frecuencia | Con poca frecuencia | Con muy poca frecuencia | Casi nunca |

|   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| <b>1. Puedo estar experimentando una emoción y no ser consciente de ello hasta algo más tarde.</b>                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| <b>2. Rompo o derramo cosas por descuido, por no prestar atención o por estar pensando en otra cosa.</b>                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| <b>3. Me es difícil permanecer centrado en lo que ocurre en el momento actual.</b>  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| <b>4. Tiendo a caminar deprisa hacia donde me dirijo sin prestar atención a lo que voy experimentando por el camino.</b>      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| <b>5. Tiendo a no darme cuenta de las sensaciones de tensión física o malestar hasta que realmente me llaman la atención.</b> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| <b>6. Se me olvida el nombre de una persona casi tan pronto como me lo dicen por primera vez.</b>                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| <b>7. Parece que voy “con el piloto automático puesto”, sin ser muy consciente de lo que estoy haciendo.</b>                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| <b>8. Hago las cosas deprisa y corriendo sin estar muy atento a lo que hago.</b>  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| <b>9. Me centro tanto en el objetivo que quiero alcanzar que pierdo la noción de lo que estoy haciendo para conseguirlo.</b>  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| <b>10. Hago trabajos o tareas de forma automática, sin ser consciente de lo que estoy haciendo.</b>                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| <b>11. Me sorprendo escuchando a medias a alguien, mientras hago otra cosa al mismo tiempo.</b>                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| <b>12. Voy conduciendo a los sitios “con el piloto automático puesto” y después me pregunto qué hago allí.</b>                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| <b>13. Me sorprendo preocupado por el futuro o el pasado.</b>   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| <b>14. Me sorprendo haciendo cosas sin prestar atención.</b>  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| <b>15. Pico cosas de comer sin darme cuenta de que estoy comiendo.</b>  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

¡Muchas gracias!

**Anexo C: Versión final del CFQ- VA**

## *Versión Argentina del Cuestionario de Fusión Cognitiva*

A continuación se presentan algunas afirmaciones. Por favor, indique hasta qué punto se aplican a usted o lo definen utilizando la siguiente escala.

| <b>1</b>     | <b>2</b>            | <b>3</b>        | <b>4</b>          | <b>5</b>              | <b>6</b>            | <b>7</b>       |
|--------------|---------------------|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------|----------------|
| <b>Nunca</b> | <b>Muy rara vez</b> | <b>Rara vez</b> | <b>Alguna vez</b> | <b>Con frecuencia</b> | <b>Casi siempre</b> | <b>Siempre</b> |

|   |          |          |          |          |          |          |          |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| <b>1. Mis pensamientos me provocan malestar o dolor emocional</b>   | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> | <b>6</b> | <b>7</b> |
| <b>2. Me siento tan atrapado/a en mis pensamientos que soy incapaz de hacer las cosas que realmente quiero hacer</b>  | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> | <b>6</b> | <b>7</b> |
| <b>3. Tiendo a analizar demasiado las situaciones hasta el punto en que me resulta de poca ayuda</b>                  | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> | <b>6</b> | <b>7</b> |
| <b>4. Suelo luchar contra mis pensamientos</b>  | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> | <b>6</b> | <b>7</b> |
| <b>5. Me enojo conmigo mismo/a por tener determinados pensamientos</b>  | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> | <b>6</b> | <b>7</b> |
| <b>6. Tiendo a enredarme mucho en mis propios pensamientos</b>  | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> | <b>6</b> | <b>7</b> |
| <b>7. Me resulta muy difícil dejar pasar los pensamientos desagradables, aun cuando sé que eso sería útil para mí</b> | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> | <b>6</b> | <b>7</b> |