



DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y CIENCIAS SOCIALES

Adaptación y validación al español del Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica

Doctoranda: Lic. Prozzillo, Paola Alejandra

Legajo: 33771

Director: Dr. Simkin, Hugo

Tesis de Doctorado presentada para acceder al título de Dra. en Psicología

2024

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

RIUFLO - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del RIUFLO. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial - compartir igual 4-0 internacional y siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

Autorizo la publicación de la obra:

Desde la fecha []

Dentro de los 6 meses posteriores a su aceptación []

Otro plazo mayor detallar/justificar:

Lugar y fecha: Ciudad autónoma de Buenos Aires, noviembre 2024

Firma y aclaración del autor: Paola Alejandra Prozzillo

Resumen

El trabajo presenta la adaptación y validación al español del Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica (MPFI) en población general residente en Argentina.

Se evaluaron las propiedades psicométricas y la consistencia interna de la versión en español, a partir de una muestra conformada por 866 participantes con edades comprendidas entre los 18 y 84 años ($M = 47.33$; $DE = 17.26$) y de ambos sexos (Hombres = 40.9%; Mujeres = 59.1%).

El MPFI-60 se encuentra conformado por 60 reactivos, organizados en 12 subdimensiones, seis de ellas corresponden a la dimensión Flexibilidad Psicológica (FP), y seis subdimensiones corresponden a Inflexibilidad Psicológica (IP). Cada ítem cuenta con 5 anclajes de respuesta.

Los hallazgos señalan que el modelo de orden superior de dos factores presenta índices de ajuste aceptables ($NFI = .97$; $NNFI = .98$; $CFI = .98$; $IFI = .98$; $RMSEA .41$).

La versión del MPFI adaptada y validada al español demuestra una invarianza de factor débil (configural) y fuerte (métrica) en comparación con el MPFI en inglés proporcionado a una muestra de Estados Unidos ($N = 1630$; 18 a 85 años, $M = 50.1$, $DE = 18.7$; 77.0% identificados como mujeres).

Los resultados indican una consistencia interna aceptable en todos los factores ($\omega > .74$). La adaptación al español del MPFI presenta 60 y 24 ítems similares a los propuestos por los autores originales, y propiedades psicométricas adecuadas en la muestra del estudio. En cuanto a sus limitaciones, se debe señalar que los resultados solo informan sobre la estructura factorial -validez factorial- y la consistencia interna -fiabilidad- del MPFI, lo cual constituye solo un primer enfoque exploratorio en la adaptación de la escala al contexto local. Futuras investigaciones deberían continuar explorando las propiedades psicométricas del MPFI en Argentina.

Palabras Clave: Flexibilidad Psicológica, Adaptación, Validación, Propiedades Psicométricas, Terapia de Aceptación y Compromiso.

Abstract

This study presents the adaptation and validation of the Multidimensional Psychological Flexibility Inventory (MPFI) into Spanish for a general population residing in Argentina.

The psychometric properties and internal consistency of the Spanish version were evaluated using a sample of 866 participants aged between 18 and 84 years ($M = 47.33$; $SD = 17.26$), comprising both men (40.9%) and women (59.1%).

The MPFI-60 consists of 60 items organized into 12 subdimensions. Six of these subdimensions correspond to the Psychological Flexibility (PF) dimension, and six correspond to Psychological Inflexibility (PI). Each item is rated on a 5-point Likert scale.

Findings indicate that the two-factor higher-order model demonstrates acceptable fit indices ($NFI = .97$; $NNFI = .98$; $CFI = .98$; $IFI = .98$; $RMSEA = .41$). The Spanish-adapted and validated version of the MPFI exhibits weak (configural) and strong (metric) factorial invariance compared to the English version administered to a U.S. sample ($N = 1630$; ages 18 to 85, $M = 50.1$, $SD = 18.7$; 77.0% identified as women).

Results show acceptable internal consistency across all factors ($\omega > .74$). The Spanish MPFI adaptation retains 60 and 24 items similar to those proposed by the original authors, demonstrating adequate psychometric properties within the study sample.

Limitations: This study only addresses factorial structure (factorial validity) and internal consistency (reliability), representing an initial exploratory approach to adapting the scale to the local context. Future research should continue to explore the psychometric properties of the MPFI in Argentina.

Keywords: Psychological Flexibility, Adaptation, Validation, Psychometric Properties, Acceptance and Commitment Therapy.

Agradecimientos

En primer lugar, quiero expresar mi más sincero agradecimiento a la Universidad de Flores, institución en la que me he formado, y que me ha otorgado la beca para llevar a cabo mis estudios doctorales. Su apoyo financiero y académico ha sido fundamental para la realización de esta Tesis.

Agradezco de corazón a las autoridades de la Institución, por su constante respaldo y guía, a la Decana, Beatriz Labrit, cuya dedicación y compromiso con la excelencia académica han sido una fuente de inspiración constante; a la Vicerrectora, la Dra. Analía Losada, por su liderazgo y apoyo incondicional a lo largo de este proceso, al Director del Doctorado, Dr. Marcelo Ceberio, por haber enriquecido mi formación académica, y al ex Director de la Licenciatura en Psicología, el Dr. Marcelo Godoy, quien impulsó desde sus inicios mi formación profesional y académica.

A mi director de Tesis, el Dr. Hugo Simkin, quien con su vasto conocimiento, paciencia y guía, ha sido un pilar fundamental en la realización de este trabajo. Sus valiosas sugerencias y correcciones han mejorado significativamente la calidad de esta tesis.

Agradezco a Kelly Willson, Ronald Rogge por el asesoramiento, a Agustín Freiberg Hoffmann por su invaluable orientación, y a Gabriela Caselli por sus aportes. A Manuela O'Connell, Fabián Olaz y Marisa Páez Blarrina por sus contribuciones.

Quiero mencionar también a mis colegas y amigas, Mercedes Olivera -mi gran apoyo-, Gisela Matrangolo y Cecilia Yaccarini, cuya colaboración, amistad y apoyo incondicional han sido invaluable en este recorrido. Su espíritu de equipo me ha motivado y acompañado en cada paso de este viaje académico.

Finalmente, quiero expresar mi más profundo agradecimiento a mis hijos, María del Mar, Agustina y Osvaldo. Su apoyo emocional, amor y comprensión han sido una

fuerza de fortaleza y motivación durante todo este proceso. Su presencia en mi vida ha sido un constante recordatorio de lo que es verdaderamente importante.

A todos ustedes, les debo una gran parte de este logro y les estoy profundamente agradecida.

Índice de contenido

Resumen	3
1- Introducción.....	10
1.1. Planteamiento del Problema	10
1.2. Estructura Interna del Estudio	14
2- Marco teórico	17
2.1. Evolución de las Terapias Cognitivo-Conductuales: De la Primera a la Tercera Ola	17
2.2. Terapia de Aceptación y Compromiso	20
2.2.1. <i>Modelo Cognitivo y Terapia de Aceptación y Compromiso</i>	23
2.2.2. <i>Terapia de Aceptación y Compromiso: Divergencias y Convergencias con el Modelo Constructivista y Sistémico</i>	25
2.2.3. <i>Neurociencias Aplicadas a los Procesos de Cambio en Terapia de Aceptación y Compromiso</i>	28
2.2.4. <i>Perspectiva Transdiagnóstica</i>	32
2.3. Flexibilidad Psicológica	35
2.3.1. <i>Los Doce Procesos</i>	37
3- Antecedentes	45
3.1. Medidas de Evaluación	45
3.1.1. <i>Mediciones de Evitación Experiencial</i>	46
3.1.2. <i>Mediciones de Flexibilidad Psicológica</i>	53
3.1.3. <i>Medidas de Flexibilidad o Inflexibilidad Psicológica Específicas del Problema</i> ..	58
3.2. Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica	63
3.3. Adaptaciones y Validaciones del Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica	66
3.3.1. <i>Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica (MPFI-24). Inglés y Francés</i>	68
3.3.2. <i>Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica (MPFI-60). Chino y Japonés</i>	70
3.3.3. <i>Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica (MPFI-60). Turco</i>	71
3.3.4. <i>Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica (MPFI-60). Italiano</i> ...	72
3.3.5. <i>Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica (MPFI-60). Persa</i>	73
3.3.6. <i>Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica (MPFI-60). Sueco</i>	74
3.3.7. <i>Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica (MPFI-24). Portugués</i> ..	75
4- Objetivos.....	78
4.1. Objetivo General	78

4.2. Objetivos Específicos.....	78
5- Método.....	79
5.1. Diseño	79
5.2. Participantes.....	80
5.2.1. <i>Muestra de Hispanohablantes</i>	80
5.2.2. <i>Muestra de angloparlantes</i>	81
5.3. Instrumento de Evaluación.....	81
5.4. Procedimiento.....	83
5.5. Análisis de Datos.....	84
6- Resultados	87
6.1. Traducción de la Escala.....	87
6.2. Análisis Factorial Confirmatorio	87
6.3. Coeficientes de determinación	88
6.4. Consistencia interna.....	90
6.5. Invarianza de Medición.....	90
7- Discusión.....	92
8- Limitaciones del Estudio	95
9- Referencias.....	96
Anexos	118
Anexo I.....	118
Anexo II	119

Índice de tablas

Tabla 1. Instrumentos de medición: Evitación experiencial.....	51
Tabla 2. Medidas de Flexibilidad Psicológica	57
Tabla 3. Adaptaciones y validaciones del MPFI.....	66
Tabla 4. Adaptaciones y validaciones del MPFI: Propiedades psicométricas	76
Tabla 5. MPFI. Análisis Factorial Confirmatorio	87
Tabla 6. Coeficientes de la versión larga	88
Tabla 7. Coeficientes de la versión breve	89
Tabla 8. Consistencia interna.....	90

1- Introducción

1.1.Planteamiento del Problema

La Terapia de Aceptación y Compromiso (en adelante, ACT) fue desarrollada principalmente por Steven Hayes, profesor de psicología en la Universidad de Nevada en Reno, junto con sus colegas Kelly Wilson y Kirk Strosahl, hacia fines de 1980 e inicios de la década de 1990.

ACT es una forma de terapia cognitivo-conductual que se centra en la aceptación de las experiencias internas, la atención plena, los valores y la acción comprometida, con el objetivo de promover el bienestar psicológico y emocional (Hayes et al., 2023). Su propósito consiste en incrementar la flexibilidad psicológica y reducir la influencia de ciertos eventos sobre el comportamiento, especialmente cuando los esfuerzos para controlar o evitar estas experiencias resultan disfuncionales (Hayes et al, 2004; Zhang et al., 2018).

Desde sus orígenes, ACT fue concebida como un enfoque transdiagnóstico, fundamentado en los procesos comunes que permitían la explicación del sufrimiento psíquico. Este modelo enfatiza el ajuste dinámico entre contexto, experiencias privadas y acciones valiosas. En su formulación adquieren relieve los constructos teóricos flexibilidad e inflexibilidad psicológica (Gil Roales-Nieto et al., 2016).

Por flexibilidad psicológica se entiende la habilidad para conectarse con el presente, con los pensamientos y sentimientos sin necesidad de adoptar una conducta defensiva, y de acuerdo a la situación, persistir o cambiar la conducta en concordancia con los valores personales y las metas propuestas (Hayes et al., 2006). La flexibilidad psicológica se caracteriza por la disposición para enfrentar de manera plena y consciente

experiencias y eventos personales que generan malestar, al mismo tiempo que se orienta el comportamiento hacia metas y direcciones valiosas (Flujas-Contreras, 2021).

Por el contrario, la inflexibilidad psicológica implica rigidez, de modo que las reacciones psicológicas predominan sobre los valores. Esto suele ocurrir cuando las personas se fusionan con pensamientos evaluativos y autodescriptivos, e intentan evitar experimentar eventos internos no deseados, lo cual genera paradójicamente un aumento de su malestar (Bond et al., 2011).

La inflexibilidad psicológica se define como la inhabilidad para orientar la conducta en base a las contingencias, inhibiendo la función reguladora que estas deberían tener, ante los eventos privados aversivos, es decir, pensamientos, sentimientos, emociones y/o sensaciones. En consecuencia, la conducta se enfoca en la eliminación o reducción de dichos eventos privados, lo cual se traduce en limitaciones significativas en la vida cotidiana (Hayes et al., 2006; Marín Romero & García-Lecumberri, 2023).

Los elementos iniciales de ACT están constituidos por el “hexaflex”, un hexágono cuyos vértices señalan los seis focos de intervención interconectados (aceptación, contacto con el momento presente, defusión, yo como contexto, valores, y acción comprometida), relacionados con la flexibilidad (Rogge et al., 2019). El modelo proporciona un conjunto de mecanismos potenciales de cambio, mediante las doce dimensiones que funcionan como posibles moderadoras de la respuesta al tratamiento.

El avance y la efectividad de las intervenciones cognitivo-conductuales ante distintas problemáticas psicológicas (Castillo Gonzales & Osorio Vizcaino, 2023; Lorenzo-Díaz et al., 2021; Samaniego Luna et al., 2020; Valdivieso-Jiménez, 2023) alentó el diseño de diversos instrumentos para evaluar los constructos teóricos vinculados a las terapias de tercera ola -o tercera generación-, entre ellas, ACT, una de

las terapias con mayor apoyo empírico (Barbero-Rubio, 2022) . Sin embargo, uno de los problemas con los que se ha enfrentado la disciplina, es la dificultad para emplear las escalas y cuestionarios que permitan indagar sus preceptos, ya que la mayor parte de los instrumentos existentes no se encuentran adaptados ni validados al contexto local.

Resulta evidente, por lo tanto, la necesidad de contar con un instrumento en español que permita evaluar las doce dimensiones del modelo hexaflex, y sus correspondientes subescalas.

En la actualidad, el Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica (en adelante, MPFI) permite establecer una medida sobre la forma en las que los individuos pueden alterar la función de las experiencias internas al responder de manera flexible ante pensamientos, sentimientos y eventos negativos. La flexibilidad psicológica ayuda a las personas a abrirse a esas experiencias, sin dejar de tomar decisiones en función de aquello que consideran valioso en sus vidas (Rolffs et al., 2018).

Las medidas de evaluación más utilizadas hasta la fecha han sido el Cuestionario de Aceptación y Acción -AAQ- (Hayes, & Strosahl, 2004), adaptado al español (Barraca Mairal, 2004), el Cuestionario de Aceptación y Acción-II -AAQ-II- (Bond et al., 2011) y el Cuestionario Fusión para Jóvenes -AFQ-Y- (Greco et al., 2008). Otros instrumentos han considerado algunos de los componentes individuales, por ejemplo, la Escala de Consciencia de Atención Consciente -MAAS- (Brown & Ryan, 2003).

Si bien estos instrumentos presentan un enorme valor, consideran la flexibilidad psicológica como una única dimensión, a pesar de que la teoría postula doce esferas diferentes. Sin embargo, el MPFI diseñado por Rolffs et al. (2018) consiste en una medida integral de flexibilidad/inflexibilidad psicológica que permite evaluar las doce dimensiones del modelo hexaflex y sus correspondientes subescalas. Este instrumento ha sido adaptado y validado en Canadá y Francia (Grégoire et al., 2020), China y Japón

(Lin et al., 2020), Turquía (Ulubay, 2020), Italia (Landi et al., 2021), Suecia (Tabrizi et al., 2023), Persia (Azadfar et al., 2022), y Portugal (Pereira et al., 2023).

En síntesis, en la actualidad no existe una escala en español que permita evaluar las doce dimensiones del modelo, por lo que resulta de interés científico y clínico la adaptación y validación del instrumento en el ámbito local.

El presente trabajo se propone adaptar y validar el MPFI diseñado por Rolffs et al. (2018), una escala que constituye medida integral de flexibilidad/inflexibilidad psicológica, y permite evaluar las doce dimensiones del modelo hexaflex y sus correspondientes subescalas.

El trabajo reviste interés clínico, dado que facilita determinar qué personas tienen mayor probabilidad de beneficiarse con la ACT y elevar sus niveles de bienestar, y científico, al proveer un instrumento de evaluación para futuras investigaciones en el campo.

1.2. Estructura Interna del Estudio

El presente estudio tuvo como objetivo la adaptación y validación del MPFI en una muestra de población argentina. En primer lugar, se presenta una breve reseña histórica de la Flexibilidad Psicológica y su relevancia en el campo de la psicología, así como la explicación y fundamentación acerca de la necesidad de contar con instrumentos válidos y confiables para medir esta variable en el ámbito local.

El Marco Teórico expone la evolución de las Terapias Cognitivo-Conductuales (TCC), desde la Primera Ola (o Primera Generación), centrada en el condicionamiento clásico y operante, hasta la Segunda Ola, que incorpora el enfoque cognitivo. Finalmente, se describen las características de la Tercera Generación en Terapias, se detallan los principales fundamentos teóricos, y su contribución al desarrollo de la psicoterapia contemporánea.

El siguiente capítulo aborda el surgimiento de la Terapia de Aceptación y Compromiso y su relación teórica con otros modelos psicoterapéuticos. Se explora cómo la ACT se integra con el Modelo Cognitivo, con el Modelo Constructivista, y el Modelo Sistémico. Además, se analiza el anclaje de la ACT en las Neurociencias, destacando estudios neurobiológicos que apoyan sus principios teóricos y terapéuticos. Finalmente, se aborda la perspectiva transdiagnóstica, se revisan estudios que han proporcionado evidencia empírica sobre la eficacia de la ACT y la importancia de la flexibilidad psicológica.

La sección siguiente describe la variable Flexibilidad Psicológica, constructo teórico central en el modelo teórico de la ACT. Se presenta el modelo hexaflex, con los seis procesos esenciales para la flexibilidad psicológica: aceptación, defusión cognitiva, contacto con el momento presente, yo como contexto, valores y acción comprometida. Asimismo, se exploran los procesos involucrados en la inflexibilidad psicológica: fusión

cognitiva, falta de contacto con el momento presente, yo como contenido, falta de contacto con los valores e inacción, proporcionando una descripción de cada uno de los factores.

En la sección denominada Antecedentes, inicialmente se recogen las medidas de evaluación de evitación experiencial y de flexibilidad psicológica, y se presenta una revisión exhaustiva de las principales escalas empleadas en el contexto internacional. Se incluyen instrumentos ampliamente reconocidos, como el Acceptance and Action Questionnaire (AAQ; Hayes, 2004) y el Comprehensive Assessment of Acceptance and Commitment Therapy Processes (CompACT; Francis et al., 2016). Se discuten las características psicométricas de cada medida, así como sus ventajas y limitaciones

En segundo lugar, se describen instrumentos diseñados específicamente para evaluar la flexibilidad e inflexibilidad psicológica en contextos particulares, como por ejemplo, el Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ; Bailey et al., 2016). Se analiza cómo estos instrumentos han sido adaptados y validados para medir procesos específicos de flexibilidad psicológica en diversas poblaciones o situaciones clínicas.

El siguiente apartado se centra en la creación y desarrollo del MPFI por Rolffs et al., (2018) y se explica la estructura del inventario, que permite evaluar las dimensiones de la flexibilidad e inflexibilidad psicológica a través de una serie de subescalas. Se describen los procesos teóricos subyacentes a cada dimensión y la forma en que el MPFI proporciona una evaluación integral de la flexibilidad psicológica.

Finalmente, se detalla cada una de las adaptaciones y validaciones que se han realizado del MPFI en distintos idiomas y países. Se revisan estudios que han adaptado el inventario para contextos culturales específicos, discutiendo las metodologías empleadas, las modificaciones realizadas y los resultados obtenidos en términos de validez y confiabilidad.

En el apartado siguiente se describe el objetivo general del estudio, se detallan los objetivos específicos. A continuación, se mencionan las hipótesis del presente trabajo.

En la sección metodológica, se hace referencia al diseño, se describe la población, los procedimientos de adaptación y validación del MPFI, y los métodos de análisis de datos. Se explican los criterios de selección de la muestra, los pasos seguidos para la traducción y adaptación cultural del inventario, y las pruebas estadísticas utilizadas para evaluar la validez y confiabilidad del instrumento.

Luego se presentan los resultados del análisis de los datos. Se incluyen tablas y gráficos que ilustran la estructura factorial del MPFI, su consistencia interna y otras medidas de validez y confiabilidad.

Finalmente, en el apartado destinado a la discusión se analizan los resultados en el contexto de la literatura existente, destacando las contribuciones y limitaciones del estudio. Se discuten las implicaciones teóricas y prácticas de los hallazgos, así como las posibles aplicaciones del MPFI en el contexto clínico argentino. También se proponen futuras líneas de investigación para continuar explorando la flexibilidad psicológica y su medición.

2- Marco teórico

2.1. Evolución de las Terapias Cognitivo-Conductuales: De la Primera a la Tercera Ola

Las terapias cognitivo-conductuales (en adelante, TCC) se refieren a un grupo de intervenciones ampliamente reconocidas por tener el respaldo empírico más sólido entre los tratamientos psicológicos. No obstante, las TCC no son uniformes y han evolucionado a través de varias eras, generaciones o "olas" (Hayes & Hofmann, 2017). Se define "ola" al "conjunto o formulación de supuestos, métodos y metas dominantes, algunas implícitas, que ayudan a reorganizar la investigación, la teoría y la práctica" (Hayes, 2016, p. 4).

La primera generación fue la terapia conductual, que aplicaba principios de aprendizaje para modificar el comportamiento observable. Surge a mediados del siglo XX, como respuesta ante la dominancia de las propuestas psicoanalíticas. Estuvo caracterizada por un enfoque conductual, basado en principios de aprendizaje, que jugaron un rol fundamental en el establecimiento de métodos terapéuticos empíricamente validados. Estas terapias, influenciadas por el conductismo de Skinner (1957), se enfocaban en la modificación de comportamientos observables a través de principios de aprendizaje, empleando métodos que fueron empleados con éxito en una variedad de problemáticas, como la desensibilización sistemática, el refuerzo positivo y negativo, y la extinción de respuestas (Carona, 2023).

Si bien las terapias conductuales demostraron ser efectivas en muchos contextos, también fueron criticadas por su enfoque limitado (David et al., 2018), y su aparente desconsideración de los procesos cognitivos y emocionales. Sin embargo, la primera generación de terapias conductuales sentó las bases para desarrollos posteriores en el

campo de la psicología clínica, allanando el camino para la segunda ola de terapias cognitivo conductuales (Hayes & Hofmann, 2021).

A finales de la década de 1970, la terapia conductual evolucionó hacia una nueva generación de métodos que se centraban en los patrones de pensamiento desadaptativos y su influencia en las emociones y el comportamiento, utilizando técnicas y métodos para identificar y modificar estos patrones. El avance de la terapia cognitiva, desarrollada por Beck (1979, Beck & Greenberg, 1985), puso un menor énfasis en lo conductual, postulando que las respuestas desadaptativas ante los eventos se encuentran mediatizadas por patrones de pensamiento distorsionados y rígidos (creencias disfuncionales, distorsiones cognitivas, pensamientos automáticos negativos), los cuales deben ser abordados en la terapia para reducir los síntomas y mejorar el funcionamiento flexible (Carona, 2023).

En paralelo al modelo clásico de terapia de Beck, surgen otros enfoques cognitivo-conductuales que se desarrollaron desde la década de 1960, como la terapia racional emotiva de Ellis (Caro Gabalda, 2020), que respaldó la afirmación de que las creencias irracionales sobre uno mismo y el mundo mediatizan el vínculo entre los eventos desencadenantes y los síntomas psicopatológicos. La terapia cognitivo-conductual postula que las cogniciones (creencias, pensamientos, expectativas y atribuciones) son la raíz de los problemas emocionales y conductuales, considera que cada trastorno tiene asociada una disfunción cognitiva específica, en lugar de un déficit.

En síntesis, la terapia de la conducta avanzó hacia una modalidad cognitivo-conductual, lo que resultó en la pérdida de su enfoque contextual e ideográfico original, que destacaba las influencias del entorno o contexto y la singularidad del caso individual (Pérez Álvarez, 2006).

Si bien los modelos teóricos de la terapia cognitivo conductual de primer y segunda generación presentan algunas similitudes, los respectivos paradigmas portan diferencias significativas, es decir, no coinciden en cuanto a su explicación sobre el ser humano, y el origen de la psicopatología.

A inicios de la década de 1980, surge llamada tercera generación de terapias, las cuales fueron ganando terreno en los últimos años. La "tercera ola" implicó un cambio en los supuestos orientativos de la terapia, introduciendo nuevos enfoques conductuales y cognitivos basados en conceptos contextuales (Hayes & Hofmann, 2017).

Esta tercera ola reformula e integra generaciones anteriores de la TCC, siendo particularmente sensible al contexto y las funciones de los fenómenos psicológicos, enfatizando estrategias que posibiliten la construcción de repertorios de comportamientos amplios y flexibles (Hayes et al. 2003, 2014; Hayes et al., 2004).

Estos nuevos métodos ponen su centro de gravedad en la relación de la persona con sus emociones y pensamientos (Hayes & Hofmann, 2017), se orientan más en el contexto y la función de los eventos psicológicos, que en su contenido, y tienden a enfocarse en la construcción de repertorios conductuales más amplios y flexibles (Hofmann & Asmundson, 2008).

En suma, la tercera ola enfatizó los cambios contextuales y experienciales, incluyendo la aceptación, la conciencia plena, los valores, las relaciones, la espiritualidad y el contacto con el momento presente. Las más reconocidas han sido la Terapia de Aceptación y Compromiso, la Terapia Dialéctico Comportamental, la Terapia de Activación Conductual, la Psicoterapia Analítico Funcional, entre otras (Carona, 2023).

2.2. Terapia de Aceptación y Compromiso

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) fue desarrollada principalmente por Steven Hayes junto con sus colegas Kelly Wilson y Kirk Strosahl, a finales de la década de 1980 e inicios de la década de 1990. Es una forma de terapia cognitivo-conductual que se centra en la aceptación de las experiencias internas, la atención plena, los valores y la acción comprometida para promover el bienestar psicológico y emocional (Hayes, 2004, 2016; Hayes et al., 1999). ACT promueve intervenciones tanto conductuales como cognitivas, es explícitamente contextualista, y se basa en el análisis experimental básico del lenguaje y la cognición humanos, la Teoría del Marco Relacional (en adelante, RFT).

La RFT plantea que la capacidad simbólica de los seres humanos permite establecer marcos de equivalencia entre distintos estímulos y/o eventos externos o internos, como imágenes, percepciones, emociones, pensamientos o sentimientos (Mello & Almeida, 2021). Es decir, una persona puede reaccionar de igual forma ante distintos eventos equivalentes una vez que se ha producido un aprendizaje que vincula dos o más estímulos de forma arbitraria. El fundamento de la RFT permite justificar el empleo de distintas técnicas de ACT dirigidas hacia la desliteralización, deshaciendo la fusión cognitiva entre la palabra y su referente. Esta estrategia permite debilitar el comportamiento regido por reglas para avanzar hacia la aceptación (Barraca Mairal, 2007).

ACT hunde sus raíces filosóficas en el Contextualismo Funcional (en adelante, CF), desde este posicionamiento epistémico se considera que el individuo interactúa con el ambiente de manera indivisible (Granados Salazar & Ruiz, 2024). Es decir, un terapeuta contextual aborda el problema de un paciente prestando atención a los

antecedentes asociados a la conducta, considerando las distintas formas en que la persona responde ante los pensamientos, y las consecuencias de sus acciones.

El término “contexto” tiene un carácter funcional, se emplea para representar una variación de acontecimientos que pueden ejercer una influencia organizativa sobre la conducta. El contexto incluye no solo el abanico de situaciones que tienen relación con una determinada conducta, sino también la historia de esa conducta (Rodríguez-Riesco et al., 2022).

Por su parte, Skinner (1957), intentó crear una epistemología para la psicología, al fundamentar su teoría desde una base pragmática. El propósito del conductismo radical era predecir y controlar la conducta, considerándola como la variable dependiente, mientras que las variables contextuales se trataban como variables independientes. Una explicación válida de la conducta debería ser capaz de predecirla correctamente y especificar las variables contextuales que la controlan, permitiendo al terapeuta influir sobre ellas. Skinner rechazó explicaciones mentalistas porque no revelan las variables contextuales involucradas en estas conductas. En cambio, consideraba posible identificar las historias de interacciones y las variables presentes que controlan determinadas conductas (Granados Salazar & Ruiz, 2024).

El pensamiento de Skinner fue evolucionando en el tiempo, desde una postura más mecanicista de sus primeros escritos, hacia una posición más pragmática. El CF surge, precisamente, como una manera de reconocer la evolución del pensamiento skinneriano, y hacer más clara la posición pragmática y contextualista que el conductismo radical terminó desarrollando (Vegas Rocha, 2023).

Como se mencionó anteriormente, ACT se conecta filosóficamente con RFT, que explica cómo los seres humanos aprenden y utilizan el lenguaje a través de la formación de relaciones entre estímulos. Se funda en la premisa de que tanto el lenguaje como las

capacidades simbólicas desempeñan un papel decisivo en el sufrimiento humano (Maero, 2022), ya que permiten anticipar y predecir eventos aversivos, creando conexiones entre pasado y presente. Aunque estas habilidades simbólicas han sido esenciales para el desarrollo humano, también pueden ser potencialmente generadoras de malestar psicológico, al traer a la conciencia experiencias dolorosas (Hayes et al., 2015).

La RFT sostiene que las asociaciones que se generan son el resultado de la conducta de relacionar. Es decir, un estímulo provoca una respuesta en función de la similitud con otro estímulo, estas similitudes pueden ser físicas (color, forma, tamaño, textura, etc.) o formales (Törneke, 2016). La respuesta relacional no es arbitraria, incluso se ha demostrado que algunas especies animales también pueden ser entrenadas para responder relacionalmente a las propiedades físicas de los estímulos. Esta respuesta puede estar bajo el control de señales susceptibles de ser modificadas sobre la base de una convención social denominada Respuesta Relacional Aplicada Arbitrariamente (AARR), y se sostiene en una indicación contextual que especifica la relación entre los estímulos, es decir, mediante una relación de transitividad. La respuesta ya no depende de las propiedades físicas reales de los estímulos, sino que se sostiene de manera central en el lenguaje y la cognición (Fryling et al., 2023).

Skinner (1957) realizó el primer análisis de la conducta del lenguaje, definiéndolo como una conducta operante -reforzada a través de la mediación de un oyente entrenado para proveer reforzamiento al hablante-. No obstante, RFT ofrece una explicación funcional del lenguaje y la cognición humana. Bajo esta perspectiva de análisis, el repertorio verbal de un individuo es el resultado de una respuesta relacional en presencia de una señal contextual que controla ese patrón de respuesta a estímulos, por fuera de las propiedades físicas o formales (Fryling et al., 2023).

La RFT permite explicar los procesos de fusión cognitiva y evitación experiencial (Maero, 2022; Törneke, 2016), en esta dirección ACT proporciona datos de apoyo tanto a nivel de proceso como de resultado. Los tratamientos de la tercera ola se caracterizan por la apertura a tradiciones clínicas más antiguas, un enfoque en el segundo orden y el contexto (Hayes 2004, 2016).

2.2.1. Modelo Cognitivo y Terapia de Aceptación y Compromiso

Las ciencias cognitivas emergen en el año 1955 (Kerman & Aloe, 2015; Caro Gabalda, 2020) desde postulados vinculados con la filosofía, las neurociencias y la cibernética (Arias Gallegos, 2021). Los tratamientos basados en la evidencia, como la terapia cognitivo-conductual (en adelante, TCC), han demostrado su eficacia en el tratamiento de diversos trastornos psicológicos, especialmente la depresión (Domènech & Odriozola, 2016).

Caro Gabalda (2020) formula que las terapias cognitivas emergen post Segunda Guerra Mundial, desde mediados de la década de los años 50 hacia inicios de la década de 1960, durante la "revolución cognitiva" en las ciencias humanas. Los pioneros de este enfoque han sido Aaron Beck y Albert Ellis, quienes desarrollaron procedimientos centrados en el papel de las creencias y otras variables cognitivas en los trastornos emocionales (Garay et al., 2015).

El modelo de Beck (1983) supone una teoría de la personalidad, al plantear una vulnerabilidad de tipo cognitivo, es decir, ciertas estructuras cognitivas idiosincráticas (esquemas) se presentan durante la depresión, dominan el pensamiento y conducen a distorsiones cognitivas. Esta vulnerabilidad cognitiva, en forma de trastorno de pensamiento, es común a todos los tipos de psicopatología. La vulnerabilidad se relaciona con actitudes negativas permanentes sobre uno mismo, el mundo y el futuro, que pueden

estar de manera latente y se expresan ante determinadas condiciones (Caro Gabalda, 2013).

El principio fundamental de la teoría cognitiva que propone Beck (1976) sostiene que los pensamientos o las creencias de las personas ejercen una influencia causal sobre las emociones y las conductas. Su propuesta teórica plantea que el comportamiento y las reacciones emocionales están mediados por la forma en la que cada persona representa o estructura el mundo. Por lo tanto, estas creencias o suposiciones determinan cómo percibe, evalúa, etiqueta y reacciona una persona ante un evento actual, mediante esquemas interpretativos. La atribución de un significado específico ante experiencias, basada en creencias y esquemas preestablecidos, puede llevar a interpretaciones sesgadas y distorsionadas de la realidad (Nieto et al., 2020).

Esta forma de procesamiento de la información tiene un impacto etiológico en la psicopatología, al reactivar las creencias disfuncionales y los estilos sesgados de procesamiento de la información. En estas condiciones, la información que la persona interpreta se asume como verdadera sin considerar explicaciones alternativas (Domènech & Odriozola, 2016).

Hayes (2004) niega que la cognición tenga un papel causal en el mantenimiento de los trastornos mentales. ACT y otros enfoques contextuales emergen como una respuesta a las limitaciones de los modelos cognitivos clásicos, que se centran en el contenido de los pensamientos y las creencias, y en su modificación. Caro Gabalda (2013, 2020) plantea que ACT critica a estos modelos por ofrecer una visión limitada de la enfermedad y salud mental, argumentando que no abordan la condición humana en su totalidad, particularmente en lo que respecta a nuestra naturaleza como seres verbales.

Si bien Caro Gabalda (2020) sostiene que no existe convergencia entre ACT y las terapias de reestructuración cognitiva, Mias (2020) incluye la Terapia de Aceptación y

Compromiso (Hayes et al., 1999) como uno de los principales modelos de terapia cognitiva de la tercera ola, al igual que la Terapia Dialéctica Conductual (DBT; Linehan, 1993), la Terapia Metacognitiva (MCT; Wells, 2009), y la Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena (MBCT; Segal et al., 2002; Garay et al., 2015).

Mias (2020) señala que las terapias contextuales ponen énfasis en la funcionalidad de la conducta, las contingencias y el contexto en que se manifiestan. Se centran en procesos como la creación de significados vitales, la regulación de las emociones y la conciencia plena; se enfocan más en la función de los pensamientos que en su contenido, incentivando al paciente a comprometerse profundamente en superar su situación.

2.2.2. Terapia de Aceptación y Compromiso: Divergencias y Convergencias con el Modelo Constructivista y Sistémico

Desde un posicionamiento epistémico, Celis Pacheco & Rodríguez Ceberio (2016) afirman que, a diferencia del pensamiento moderno, que plantea la existencia de una realidad objetiva por fuera del observador, la posmodernidad concibe el conocimiento como una construcción subjetiva que se produce en el entramado de relaciones entre personas. Bajo esta concepción, el constructivismo constituye un paradigma que concibe al lenguaje como constructor de realidades (Ceberio & Watzlawick, 1998). Los referentes teóricos pioneros de este pensamiento han sido Bateson, Watzlawick, Maturana, White, Gergen, entre otros (González-Fernández & García-González, 2012).

Tanto los modelos constructivistas como los contextuales conciben al sujeto postmoderno como un sujeto activo en la construcción de la realidad (Celis Pacheco & Rodríguez Ceberio, 2016), un sujeto fragmentado, socialmente construido (Caro Gabalda, 2020).

Gonçalves (2023) sostiene que ACT tiene claros solapamientos con terapias de tradición sistémica del Mental Research Institute (en adelante, MRI). Asegura que la explicación acerca del sufrimiento humano y el cambio que propone Watzlawick (2012) es semejante a las formulaciones que sostiene ACT. Según este modelo, el sufrimiento humano es inevitable, pero intentar evitarlo crea una situación paradójica en la que se genera mayor padecimiento. El MRI se basa en la idea de que las dificultades psicológicas, al menos de naturaleza repetitiva, descansan en una estructura paradójica, en la que los esfuerzos que se realizan para resolver el problema a partir de la misma fórmula, conducen a un ciclo interminable, a través de un mecanismo de retroalimentación positiva, por el cual la solución se convierte en el problema. La forma en la cual MRI y ACT proponen interrumpir ese patrón, no es mostrar a la persona que está pensando de manera irracional (como en la terapia cognitiva tradicional), sino utilizando metáforas (Arboleda Guacané & Urbina Forero, 2021), tareas que clarifiquen el patrón o creando experiencias alternativas (Queraltó, 2006).

Las terapias constructivistas, la mayoría de las cuales han evolucionado en la tradición sistémica, consideran el papel del lenguaje de manera muy similar a ACT (Hayes et al., 2012). La perspectiva constructivista sobre el lenguaje y la realidad se remonta a la teoría de los constructos personales de Kelly (Gonçalves, 2023).

Hayes et al. (2012) sostienen que la naturaleza del lenguaje es arbitraria y, como tal, no representa una realidad existente, sino que crea nuevas realidades internas. Si bien el lenguaje es una herramienta importante para la supervivencia y la adaptación (Maero, 2022), a la vez constituye un vehículo deficiente para lidiar con las realidades mentales al crear conexiones arbitrarias entre símbolos. La naturaleza del lenguaje -en gran parte responsable del sufrimiento humano- se enmarca en la RFT (Paliza Olivares, 2023).

Es decir, el sufrimiento surge a partir de procesos psicológicos en los que se encuentra implicado el lenguaje y el pensamiento auto-reflexivo, y ambos procesos pueden amplificar las dificultades asociadas a patologías (Hayes, 2015). Bajo esta concepción, la terapia debe cuestionar la validez y veracidad de las palabras, dado que el ser humano es capaz no solo de desarrollar actividades simbólicas, sino también de anticipar y predecir sucesos aversivos, y establecer semejanzas y diferencias entre los acontecimientos del pasado y del presente. Por lo tanto, la naturaleza verbal del ser humano favorece la emergencia de cogniciones vinculadas a las emociones (Luciano Soriano & Valdivia Salas, 2006).

Como se mencionó anteriormente, desde el constructivismo, el lenguaje no representa la realidad, sino que tiene un efecto constitutivo en la manera en que se construyen los significados, moldeando la realidad subjetiva (Gonçalves, 2023). Se reconoce la interdependencia entre el sujeto y el contexto evolutivo, histórico, social y afectivo, y a la vez se asume su individualidad, sus procesos internos y su lugar en la construcción de la realidad (Celis Pacheco & Rodríguez Ceberio, 2016).

A diferencia las terapias cognitivas convencionales, que se basan en el racionalismo, y las terapias de tercera ola, que se fundamentan en el funcionalismo, las terapias narrativas se apoyan en un relativismo de tipo constructivista, lo que les confiere un enfoque distintivo. Desde esta perspectiva, lo que otorga significado al conocimiento es la construcción que realiza el sujeto, se pone el acento en el proceso de construcción del conocimiento, más que en el contenido (García-Martínez, 2014).

Si bien el constructivismo y ACT presentan convergencias en cuanto al estilo terapéutico o el enfoque sobre las emociones (Caro Gabalda, 2020), ambos enfoques exhiben diferencias en cuanto a sus objetivos, las técnicas que emplean y el foco de atención.

Desde un enfoque contextual se evita darle relevancia a los pensamientos y emociones, y se cuestiona la idea de que los eventos privados son la causa mecánica y lineal de la conducta. Por lo tanto, a diferencia de las terapias afines al constructivismo, no se apunta a cambiar el contenido de los pensamientos, sino su función, es decir, la relación que las personas establecen con los pensamientos y sentimientos (de los Santos, 2022).

2.2.3. Neurociencias Aplicadas a los Procesos de Cambio en Terapia de Aceptación y Compromiso

El componente clave de ACT es la flexibilidad psicológica, es decir, la capacidad de las personas para estar en contacto con el momento presente, y cambiar o persistir en comportamientos consistentes con sus valores personales, a pesar de experiencias internas adversas (Doorley et al., 2020; Hayes, 2014).

Las investigaciones en neurociencias han aportado evidencia sobre los mecanismos cerebrales subyacentes a la flexibilidad psicológica, que se asocian con la actividad y conectividad en ciertas áreas del cerebro, como la corteza prefrontal y la amígdala. Estas regiones están implicadas en la regulación emocional, la toma de decisiones y la adaptación a nuevas situaciones, fundamentales para la práctica de ACT (Lowe et al., 2021).

La neurociencia cognitiva ha evolucionado desde un enfoque en el que se relacionaban áreas cerebrales específicas con funciones particulares, hacia el estudio de redes de regiones cerebrales interconectadas (Larraín - Valenzuela et al., 2022), que llevan a cabo una variedad de funciones conductuales o psicológicas. Bajo esta concepción, un trastorno se concibe no sólo como la actividad o inactividad de un

circuito neuronal, sino también como una anomalía de comunicación entre regiones o circuitos neuronales del cerebro (Hofmann & Hayes, 2022).

En vinculación con lo anterior, es importante señalar que los procesos de cambio en psicoterapia se relacionan con la modificación neuronal, es decir, aquello que se identifica como plasticidad (Branchi, 2022). Por lo tanto, la comprensión acerca de las relaciones entre los componentes del cambio neuronal influye en las decisiones que los profesionales toman sobre las intervenciones, permitiendo la adopción de métodos científicamente comprobados a medida que se avanza en el conocimiento (Gelfo, 2023).

Estos hallazgos neurocientíficos apoyan los principios de ACT, especialmente en relación al mindfulness -la capacidad de estar atento al momento presente- (Sarmiento-Bolaños & Gómez-Acosta, 2013). La práctica, de origen en la cultura budista, facilita la capacidad de enfocar la atención de manera imparcial en las experiencias del momento presente, reduciendo el procesamiento autorreferencial y la anticipación de eventos futuros (Ruiz-Ruano García et al., 2022). Observar el flujo de la conciencia implica una actitud de apatía, desapego o distanciamiento (defusión), que facilita la emergencia y desaparición de pensamientos, resaltando la naturaleza transitoria y fluida de la mente (Errasti-Pérez et al., 2022).

Los hallazgos de Kong et al. (2016) realizados mediante imágenes de resonancia magnética funcional en estado de reposo, demuestran que la atención plena disposicional se asocia positivamente con la homogeneidad regional (en adelante, ReHo) en la corteza orbitofrontal izquierda (en adelante, OFC), el giro parahipocampal izquierdo (en adelante, PHG) y la ínsula derecha, implicadas en el procesamiento emocional, la conciencia corporal y el procesamiento autorreferencial. La ReHo constituye una medida utilizada para evaluar la sincronización local de la actividad cerebral espontánea, es decir, permite identificar áreas del cerebro que actúan de manera sincronizada en estado de reposo. Una

alta ReHo indica que las neuronas en una región se activan de manera coordinada, lo que podría reflejar una mayor integración o funcionalidad en esa área específica del cerebro. Esta medida se utiliza para explorar las bases neuronales de diferentes estados mentales, rasgos de personalidad o condiciones psicológicas (Zang et al., 2004).

Asimismo, el estudio de Kong et al. (2016) establece asociaciones neuronales con el bienestar hedónico y el eudaimónico. Específicamente, la ReHo en el giro frontal inferior (IFG) permite predecir el bienestar eudaimónico, mientras que la OFC predice el afecto positivo, ambos mediados por la atención plena disposicional. El estudio proporciona evidencia que vincula las diferencias individuales en la atención plena disposicional con la actividad cerebral espontánea, y demuestra que la atención plena disposicional involucra múltiples mecanismos cerebrales que influyen de manera diferenciada en el bienestar hedónico y eudaimónico.

Las regiones corticales que consistentemente se han identificado en diversos estudios como involucradas en la práctica de mindfulness son las mismas que están relacionadas con los factores de regulación y control, análisis y síntesis cinestésica, análisis y síntesis espacial simultánea, y el factor energético o de activación-inactivación -zonas parietales, prefrontales, insulares, amígdala y cíngulo anterior- (Sarmiento-Bolaños & Gómez-Acosta, 2013).

En esta misma dirección, el trabajo de Peláez Lopez et al. (2021) emplea neuroimágenes y electroencefalografía para demostrar que durante el entrenamiento en atención plena se producen cambios estructurales y funcionales en áreas como la corteza prefrontal, la ínsula, el hipocampo, el giro del cíngulo, la corteza visual primaria y el estriado. Es decir, se ha observado un incremento en la actividad de las regiones cerebrales relacionadas con otras redes neuronales funcionales, las cuales están más asociadas con estados de tarea específicos. Estas regiones incluyen el área frontal del

campo ocular -parte de la red de atención dorsal-, la corteza visual primaria -parte de la red visual-, la corteza prefrontal dorsolateral -parte de la red frontoparietal o ejecutiva central- y la región anterior de la ínsula -parte de la red de saliencia/atención ventral-. Durante la práctica de la atención plena, cuando los meditadores reconocen que están divagando mentalmente, se activan la ínsula anterior, la región anterior del giro del cíngulo, la corteza prefrontal dorsolateral y el núcleo caudado; mientras que la actividad de la corteza prefrontal ventromedial disminuye.

Existen pruebas científicas que sugieren que las intervenciones terapéuticas dirigidas a potenciar las respuestas de recompensa activarán la red de recompensa (Vanyukov et al., 2016), y estas conexiones pueden ser utilizadas para generar un cambio psicológico en los pacientes.

Los estudios en neuroimágenes han registrado la activación de redes ejecutivas y de saliencia ante procesos de aceptación psicológica (Messina et al., 2015). Otras investigaciones, sin embargo, han reportado que la aceptación de las emociones ocurre en ausencia de aumentos detectables en las áreas corticales prefrontales (Messina et al., 2021). Incluso se ha sugerido que la interrupción del procesamiento rumiativo que caracteriza a las estrategias de regulación emocional basadas en la atención plena puede modular la actividad de la Default Mode Network (Ellard et al., 2017), es decir, el conjunto de regiones del cerebro que muestran un nivel de actividad neuronal alto cuando una persona está en reposo, red es fundamental en procesos internos como la autorreflexión, la memoria autobiográfica y la planificación futura.

. En base a esta evidencia, Hofmann & Hayes (2022) sugieren que las intervenciones en atención plena activan redes cerebrales consistentes con un incremento en el control atencional, y la concentración en sensaciones corporales internas.

2.2.4. *Perspectiva Transdiagnóstica*

Las investigaciones en el campo de la psicopatología han identificado la existencia de procesos psicológicos que son relevantes en una amplia gama de trastornos mentales descritos por el DSM (Sauer-Zavala et al., 2017). Surge, por lo tanto, el reconocimiento de que los enfoques tradicionales, centrados en diagnósticos específicos, no son capaces de capturar la complejidad de los trastornos mentales (Shah et al., 2020). En respuesta a esta limitación, la perspectiva transdiagnóstica se orienta a identificar procesos subyacentes que son comunes a múltiples trastornos. Este enfoque propone una comprensión más integradora de la salud mental, y promueve el desarrollo de intervenciones más efectivas. Un ejemplo destacado de este cambio de paradigma es el proyecto impulsado por el National Institute of Mental Health (NIMH) (Cuthbert, 2015).

El Proyecto del National Institute of Mental Health de EEUU, a través de Research Domain Criteria (RDoC; Cuthbert, 2015), ha promovido un enfoque dimensional transdiagnóstico, orientado a construir una literatura que informe nuevas concepciones de la enfermedad mental y futuras revisiones de los manuales diagnósticos (Cuthbert, 2022).

Bajo esta perspectiva, se propone la necesidad de adoptar un nuevo marco para la clasificación de trastornos mentales, mediante investigaciones que contribuyan a mejorar la precisión en el diagnóstico, y definir la eficacia de las intervenciones a nivel clínico, identificando mecanismos comunes a diversos trastornos psiquiátricos (Faustino et al., 2023). En esta línea, los modelos transdiagnósticos se centran en reconocer los procesos causales comunes a diferentes categorías diagnósticas que comparten una etiología común en distintos tipos de categorías observadas (Vizioli, 2022), es decir, la

presencia de elementos compartidos entre diversos trastornos, ha llevado a considerar la existencia de un sustrato común entre ellos.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, actualmente en su quinta edición (DSM; American Psychiatric Association, 2013) conserva categorías de trastornos definidas principalmente por conjuntos de signos y síntomas. Si bien el DSM se desarrolló para optimizar la fiabilidad del diagnóstico, su validez ha sido cuestionada como resultado de hallazgos provenientes de metodologías de investigación como la neuroimagen, las ciencias del comportamiento y la genética (Cuthbert, 2022).

El objetivo de la mirada transdiagnóstica es, por lo tanto, comprender la interacción entre los procesos causales, en lugar de verificar una teoría específica (Rodríguez Sarmiento, 2018). Este cambio de perspectiva pretende mejorar la comprensión de la relación entre posibles factores de riesgo y el desarrollo de trastornos del comportamiento, y aborda la dificultad actual en la atención de la patología dual y la aplicación de tratamientos integrales (Marín Romero & García-Lecumberri, 2023).

En cuanto al tratamiento, la TCC transdiagnóstica refiere a una forma de terapia dirigida a personas que presentan múltiples diagnósticos; se caracteriza por focalizarse en procesos cognitivos, conductuales y fisiológicos que son compartidos por diferentes trastornos, y por la adopción de un enfoque científico integrador (Sandín et al., 2012).

Como se mencionó anteriormente, el CF es la filosofía de la ciencia que sustenta tanto la Terapia de Aceptación y Compromiso como la Teoría de los Marcos Relacionales (TMR), y en términos generales, la ciencia conductual contextual (Egusquiza Vásquez, 2017). El análisis funcional de la conducta intenta identificar las topografías conductuales que cuentan con antecedentes y consecuentes comunes, y cumplan la misma función, por lo tanto no se asume la preexistencia de categorías diagnósticas (Granados Salazar & Ruiz, 2024). El modelo de Análisis Funcional parte

de los supuestos de la teoría conductual, que considera que toda conducta es aprendida y, por lo tanto, sujeta a modificación. Llevar a cabo una evaluación conductual permite hacer un análisis singular del problema, y a partir de ahí, plantear posibilidades de intervención, en vez de establecer una etiqueta diagnóstica del problema y sugerir la solución. A diferencia del modelo médico, los problemas psicológicos no pueden generalizarse (Ibañez Reyes et al., 2020).

En este contexto, la Terapia de Aceptación y Compromiso presenta un abordaje del sufrimiento humano a través de un modelo transdiagnóstico. Su enfoque busca tratar factores comunes a distintos trastornos como la ansiedad, la depresión o los trastornos de alimentación mediante el abordaje de procesos subyacentes a una amplia gama de afecciones (Maero, 2022). La inflexibilidad psicológica, una de las dimensiones del hexaflex, ha sido sugerida como un potencial factor transdiagnóstico relevante en la patología dual, ya que se identifica en una amplia variedad de trastornos, como la depresión, ansiedad, trastornos alimentarios, adicciones, entre otros, y se ha establecido como un objetivo central en el diseño de las intervenciones (Levin et al., 2014). Este enfoque se ha extendido también al estudio y tratamiento de trastornos adictivos, tanto en el ámbito clínico como en investigaciones experimentales con modelos animales (Marín Romero & García-Lecumberri, 2023).

La fusión cognitiva, como componente de la inflexibilidad psicológica, es considerada una variable transdiagnóstica central en la salud mental (Faustino et al., 2023). El modelo de evitación experiencial e inflexibilidad psicológica de ACT, propone la fusión cognitiva como un componente central de los trastornos psicológicos, presente también en la población no clínica.

En conclusión, el enfoque transdiagnóstico de los procesos psicopatológicos resalta la importancia de la flexibilidad psicológica, y subraya la necesidad de contar

con medidas fiables y válidas para su evaluación y tratamiento eficaz (Tabrizi et al., 2023).

2.3. Flexibilidad Psicológica

El origen de la flexibilidad psicológica como constructo pueden situarse a mediados del siglo XX, antes de que se popularizara su sentido teórico de la mano de la ACT.

Cherry et al. (2021) efectuaron una revisión bibliográfica con el propósito de avanzar sobre el conocimiento del término, y de organizar la información existente. Los autores encontraron veintitrés definiciones de flexibilidad distribuidos en 220 artículos, que la delimitaban desde distintas perspectivas. Señalan la necesidad de llegar a un consenso definicional, señalando que los problemas de terminología, definiciones y medidas de evaluación representan una amenaza para el conocimiento y el avance de la ciencia.

En la misma dirección, Kashdan & Rottenberg, (2010) refieren la dificultad que conlleva la definición el constructo, lo cual se debe a su asociación semántica con otros procesos similares, como la flexibilidad cognitiva, la flexibilidad de afrontamiento, la flexibilidad explicativa, variaciones que provienen de otras tradiciones teóricas. Los autores realizaron una revisión de la literatura integrando trabajos sobre neuropsicología, regulación emocional, personalidad, atención plena, aceptación y psicología social con el objetivo de clarificar el constructo. Definen la flexibilidad psicológica como el modo en el que la persona se adapta a las demandas situacionales fluctuantes, reconfigura los recursos mentales, modificando su perspectiva y equilibrando sus necesidades, deseos y prioridades.

En el campo de las neurociencias, más precisamente, la neuropsicología, el estudio de la flexibilidad de los procesos psicológicos se remonta a mediados del siglo XX (Berg, 1948, Grant & Berg, 1948). Desde esta perspectiva, la flexibilidad del pensamiento se define como la capacidad del individuo para modificar criterios de clasificación en virtud de las instrucciones o el feedback recibido, lo cual se asocia a la adaptabilidad cognitiva de la persona.

Desde ACT, la flexibilidad psicológica se enmarca en la Teoría del Marco Relacional (RFT; Hayes et al., 2001), un programa de investigación conductual en el campo del lenguaje y la cognición (Hayes et al., 2011). Es conceptualizada como la capacidad para alterar la función de las experiencias internas y responder de manera flexible a pensamientos, sentimientos y eventos negativos, mejorando el bienestar y ayudando a las personas a abrirse a estas experiencias, al tiempo que continúan tomando decisiones en servicio de lo que consideran valioso en sus vidas (Hayes et al., 1999; Rolffs et al., 2018). Se encuentra vinculada a una amplia gama de habilidades personales y sociales: adaptación a demandas situacionales, modificación del repertorio de comportamientos disfuncionales, mantenimiento del equilibrio entre los dominios importantes de la vida y una actitud consciente, abierta y comprometida a través de comportamientos que expresan congruencia con los valores sostenidos por el individuo (Kashdan et al., 2020; Kashdan & Rottenberg, 2010).

Si bien la flexibilidad cognitiva y la flexibilidad psicológica constituyen constructos teóricos diferentes, las intervenciones centradas en ACT se vinculan de manera positiva con el funcionamiento cognitivo y el bienestar general, es decir, se ha comprobado la aplicación exitosa de ACT en trastornos del estado del ánimo, trastornos de ansiedad, dolor crónico y otros problemas de salud mental permiten a las personas aceptar y gestionar sus emociones negativas (Liu et al., 2023).

El modelo constituye la operacionalización de los procesos de flexibilidad y rigidez psicológica en dimensiones clínicamente relevantes, se presenta como un modelo unificado de psicopatología, de salud e intervención (Hayes et al., 2011). Es de naturaleza inductiva y se vincula a los procesos humanos básicos que se derivan, fundamentalmente, de la ciencia experimental (Hayes et al., 2014). Los seis procesos esenciales de la flexibilidad psicológica surgen a lo largo de casi tres décadas de investigación, lo cual posibilitó la identificación de seis dimensiones de flexibilidad psicológica consideradas fundamentales para el bienestar (Hayes et al., 2012; Doorley et al., 2020; Rolffs et al., 2018; Stabbe et al., 2019).

Si bien cada proceso se relaciona con los demás, algunos se encuentran vinculados más profundamente con otros. Hayes et al. (2014) proponen agrupar en tríadas los procesos aceptación, defusión; consciencia del presente, yo-como-contexto y valores, compromiso de acción, como estilos de respuestas. Describe estas tríadas de procesos como “abierto”, “centrado” y “comprometido”, a modo de pilares o columnas que se sostienen mutuamente.

2.3.1. *Los Doce Procesos*

La Terapia de Aceptación y Compromiso surge en la década del 80 como un modelo terapéutico transdiagnóstico (Hayes et al., 2014; Keulen et al., 2023). A lo largo del tiempo ha demostrado su eficacia, mediante intervenciones que se proponen aumentar la flexibilidad psicológica (Pang et al., 2022).

ACT se fundamenta en la premisa de que las capacidades simbólicas, especialmente el lenguaje, desempeñan un papel fundamental en el sufrimiento y el malestar de las personas (Hayes & Smith, 2013; Maero, 2022). En el reino animal, ante un estímulo aversivo, los individuos exhiben patrones de comportamientos predecibles,

como la evitación, la inmovilización, o la emisión de vocalizaciones que expresan temor. Estos comportamientos, vinculados al malestar, retornan a niveles normales una vez que el estímulo aversivo desaparece, y la activación del sistema nervioso autónomo disminuye. Sin embargo, los seres humanos, mediante la actividad simbólica, tienen la capacidad de anticipar y predecir sucesos aversivos, crear semejanzas y disimilitudes entre acontecimientos y establecer relaciones entre acontecimientos del pasado y del presente (Maero, 2022).

Si bien el lenguaje y el pensamiento han sido destrezas cognitivas fundamentales para el progreso y el desarrollo de la humanidad, también tienen el potencial de producir malestar psíquico (García-Haro et al., 2024). La reflexión, las capacidades introspectivas y las habilidades verbales (la mente, la conciencia) alertan sobre estados psicológicos pasados y futuros. Sin embargo, el dolor y el sufrimiento son inevitables, debido a la naturaleza simbólica del ser humano, y a la capacidad de llevar al plano de la conciencia los estímulos dolorosos (Hayes et al., 2014).

Por lo tanto, a pesar de las ventajas evolutivas que ofrecen el lenguaje y el pensamiento, estas capacidades también exponen a los individuos a un sufrimiento psicológico considerable (García-Haro et al., 2024). En este contexto, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) emerge como una respuesta para gestionar dicho sufrimiento, reconociendo que el dolor es una parte inevitable de la experiencia humana (Hayes et al., 2014; Paliza Olivares, 2023). Mediante el modelo del hexaflex, ACT proporciona un marco para transformar la relación con esos pensamientos y emociones.

El hexaflex presenta una comprensión holística de los procesos psicológicos fundamentales que subyacen a la salud emocional y el bienestar psicológico. La construcción conceptual, desarrollada por Hayes et al. (2012), identifica y organiza doce procesos interrelacionados que constituyen los pilares fundamentales de ACT, y permiten

explicar la organización de la flexibilidad o la rigidez psicológica (inflexibilidad), como causa de la desadaptación y sufrimiento humanos. La aceptación, la defusión, la atención flexible al momento presente, los valores, el compromiso con la acción y el “yo como contexto” cumplen un rol esencial en la adaptación a las circunstancias cambiantes.

Si bien todos los procesos se encuentran relacionados entre sí, es posible plantear diadas que funcionan como estilos de respuesta: aceptación / defusión, conciencia del presente / “yo-como-contexto” y valores / compromiso con la acción (Maero, 2022).

El proceso de aceptación implica permanecer en contacto con experiencias privadas dolorosas sin intentar alterar su forma o frecuencia, y a la vez sostener los valores personales (Barraca Mairal, 2004; Hayes et al., 2012; Ruiz et al., 2013). Implica aceptar plenamente la propia experiencia, permitir la ocurrencia de eventos privados, sin la intención de eliminarlos o atenuarlos. Es el proceso opuesto a la evitación experiencial (León-Wong et al., 2022). Al aceptar las experiencias tal como son, se promueve una mayor apertura emocional y una disminución del malestar asociado con la lucha contra las emociones negativas (O’Connell, 2018).

Prestar atención, de manera intencional a las experiencias privadas, contrarrestando la tendencia a evitar o retirarse de pensamientos, sentimientos y circunstancias dolorosas, es el proceso “conexión con el momento presente”. La atención pasa de manera flexible hacia elementos relevantes y acordes con los valores del individuo (Hayes & Smith, 2013; Hayes et al., 2014; León-Wong et al., 2022).

La atención plena, atención conciente o mindfulness, implica la capacidad de observar y experimentar plenamente el momento presente, sin juzgar ni reaccionar ante las experiencias internas y externas. Este proceso promueve una mayor conciencia y aceptación de las experiencias presentes, permitiendo una mayor flexibilidad y adaptación (Karayannis et al., 2023).

El proceso denominado “yo como contexto”, “yo trascendente”, “yo espiritual”, “yo vacío” o “yo observador” no se encuentra fundamentado en contenidos ni en relaciones verbales. Sin embargo, desde la perspectiva que sustenta ACT, el “yo observador” surge como resultado del empleo del lenguaje y resulta esencial para la salud psíquica (Hayes & Smith, 2013). Este proceso consiste en un sentido del Yo que es capaz de diferenciarse de los contenidos de la consciencia (Paliza Olivares, 2023).

El proceso “acción comprometida” invita a actuar en la dirección de los valores considerados importantes; valores – direcciones para la acción intencional- que pueden dar nuevo significado, propósito y vitalidad a una variedad de comportamientos (Forsyth & Eifert, 2008; Kashdan et al., 2020). La acción comprometida se vincula a la búsqueda de una vida significativa, en coherencia con los propios valores, implica una persistencia flexible a lo largo del tiempo (Bailey et al., 2016).

La defusión se refiere al proceso de crear contextos no literales en los que el lenguaje pueda ser visto como un proceso activo, continuo y relacional, de naturaleza histórica, presente en el momento actual (Luoma et al., 2007). Hofmann & Hayes (2022) señalan que el término defusión surge de ACT, y originalmente se lo denominó “deliteralización”. Actualmente, se encuentra relacionada con otros procesos, como el de atención plena.

La defusión cognitiva permite modificar los contextos que apoyan funciones perjudiciales que se dan a través del aprendizaje relacional. Es decir, a medida que se establecen las habilidades de defusión, el lenguaje literal se somete a un mejor control contextual (Hayes & Strosahl, 2005). Implica aprender a ser “conscientemente consciente” del propio pensamiento, mientras sucede. De un modo metafórico, equivale a separar al humano, como “oyente” del producto de sus pensamientos, de la mente. Esto no implica eliminar el significado verbal, sino reducir su efecto automático en el

comportamiento, de modo que otras fuentes de regulación conductual puedan participar mejor en el momento (Hayes et al., 2015). Este proceso refiere a la capacidad de distanciarse de los pensamientos y emociones, reconociéndolos como eventos mentales transitorios, en lugar de realidades objetivas. Cuando las personas se encuentran fusionadas con sus pensamientos, tienden a responder a ellos como si fueran hechos, o representarían la verdad, lo que desencadena estrategias de evitación experimental, y favorece que estas experiencias internas resulten más dolorosas (Fang et al., 2022).

Las estrategias psicológicas que promueven la defusión tienen como propósito reducir las emociones y conductas automáticas derivadas de los pensamientos problemáticos o disfuncionales. Permite reducir el malestar a corto plazo, y su utilización junto al empleo de herramientas de tratamiento basadas en valores, favorece la búsqueda de significado por parte del paciente, cuando los pensamientos automáticos se interponen (Hofmann & Hayes, 2022).

Las técnicas que favorecen la defusión han sido diseñadas para aumentar la flexibilidad, cuentan con apoyo empírico, y han demostrado su eficacia en distintas investigaciones (Álvarez García, 2020; Assaz et al., 2016; Fang et al., 2022).

ACT sostiene que los valores se alcanzan a partir de la conducta (Páez-Blarrina et al., 2006), son cualidades intencionales, se definen como la dirección hacia la que se dirigen acciones, se encuentran relacionados con las metas vitales (Hayes & Smith, 2013) y se construyen verbalmente. Clarificar la dirección de los valores permite discernir el motivo de las elecciones, detectar las áreas de la vida importantes, y situar a la persona como responsable de sus acciones (Luciano Soriano & Valdivia Salas, 2006).

Los valores constituyen el sustrato que direcciona los comportamientos intencionales, no se encuentran vinculados a la moralidad, sino que son dominios que abarcan acciones vinculadas al bienestar, con aquello que las personas identifican como

lo más importante y significativo para sus vidas (Gentili et al., 2024). Clarificar y comprometerse con los valores personales promueve una dirección que guía la toma de decisiones y el comportamiento. Por el contrario, la falta de claridad en los valores dificulta la capacidad para actuar (Coletti & Teti, 2015), las personas se sienten estancadas, y sus comportamientos se automatizan. Cuando las personas abandonan la lucha interna, se genera el espacio para considerar lo que desean para sus vidas, con sus valores como guía.

El hexágono propone, a su vez, seis procesos que comprenden la Inflexibilidad Psicológica (Rolffs et al., 2018): evitación experiencial –definida como la falta de disposición para entrar en contacto con experiencias internas desagradables-; falta de contacto con el momento presente – se refiere a la dificultad para prestar atención a las experiencias presentes; fusión - implica la incapacidad para detectar el proceso de pensamiento actual como diferente del producto del pensamiento; Yo concepto - la creencia de que existe una identidad entre pensamientos, emociones y el self, en vez de considerarlos como sucesos o experiencias (O’Connell, 2018)-; Falta de contacto con valores -dificultad para conectarse con lo que es valioso y significativo en la vida (Coletti & Teti, 2015); Inacción – como una tendencia a evitar eventos dolorosos que puede llevar a perder el contacto con los valores, con la acción efectiva y el momento presente (Hayes et al., 2006; Kashdan et al., 2020).

La fusión cognitiva y la evitación experiencial se vinculan directamente con el sufrimiento humano. La fusión es el proceso en el cual las personas reaccionan a sus pensamientos de forma literal (Zapata-Téllez et al., 2020), y los acontecimientos verbales ejercen un fuerte control en las respuestas, con exclusión de otras variables contextuales. Es un constructo vinculado a la rigidez psicológica (Paliza Olivares, 2023). Se encuentra en el vértice opuesto a la defusión cognitiva, el proceso que posibilita observar los

productos y procesos de pensamiento, pudiendo establecer una distinción entre esa actividad, y el observador de esa actividad (Zapata-Téllez et al., 2021).

La defusión posibilita una contextualización valorativa más funcional (Mellado-Pastor et al., 2023), permite crear un espacio entre la persona y el discurso mental. La capacidad de establecer esta diferencia permite a los pacientes comprender que ellos no son sus pensamientos (Hayes et al., 2012).

La evitación experiencial constituye una tendencia desadaptativa asociada a algunos trastornos mentales (Hayes et al., 1996; Ruiz-Ruano et al., 2020) Desde esta perspectiva, se considera que existen patrones persistentes centrados en evitar experiencias internas negativas que conducen al malestar y al desarrollo de trastornos psicológicos. Este modo de funcionamiento ineficaz se funda en procesos de regulación verbal (Ruiz-Ruano et al., 2020). Se relaciona con los esfuerzos que realizan las personas para eludir los recuerdos, pensamientos, sentimientos, emociones, eventos privados desagradables, y todas aquellas situaciones que pudieran ocasionarlos.

Es importante señalar que la evitación experiencial se distingue del neuroticismo o emocionalidad negativa. Es decir, modificar conductas de evitación experiencial podrían conducir a un mejor funcionamiento, incluso en presencia de emociones negativas (Gámez et al., 2011; Hayes et al., 1999).

Como se mencionó anteriormente, el proceso denominado “yo como contexto” consiste en la adopción de una perspectiva del yo como observador. Refiere a la capacidad de adoptar una visión más amplia y desapegada de uno mismo, reconociendo el papel del “yo” como un narrador de historias que puede ser separado de la experiencia directa (Vergara Pacheco y Ballesteros de Valderrama, 2021). Esta habilidad promueve una mayor flexibilidad y adaptación ante las experiencias internas y externas.

A diferencia de el “yo concepto” -que implica la fusión con el concepto de sí mismo, e involucra las historias que las personas crean sobre sí mismas, que los hacen definir quienes son-, la fusión con el yo conceptualizado se expresa en la tendencia a quedar inmerso en esas historias que confirman una determinada autoimagen construida, y que lo dejan por fuera del contacto con la realidad de su entorno. En un estado de fusión con el yo conceptualizado, la persona sigue pautas de plegamiento inculcadas socialmente, lo que conduce a una pérdida de contacto con sus verdaderos valores (Hayes et al., 2014).

El resultado de la fusión, la evitación y la desconexión con los valores conduce a un patrón rígido de respuestas ineficaces. Esta rigidez conductual se manifiesta tanto en forma de evitación (como la inacción, la pasividad o la evitación) como a través de conductas excesivas o impulsivas (Hayes et al., 2014).

Los patrones de inacción, pasividad, impulsividad o evitación son comunes en situaciones donde la conducta ha estado sometida de forma crónica a un control aversivo. (Maero, 2022).

En síntesis, el modelo hexaflex proporciona un marco integrador que permite comprender los procesos psicológicos que subyacen a la salud mental.

3- Antecedentes

3.1. Medidas de Evaluación

En el campo de la psicología, la flexibilidad psicológica emerge como un constructo central para comprender y promover el bienestar mental desde el modelo teórico de ACT.

La flexibilidad psicológica se define como la habilidad para adaptarse a las situaciones cambiantes, mantener el equilibrio entre diversas demandas de la vida y persistir en acciones coherentes con los valores personales a pesar de la presencia de obstáculos (Hayes et al., 1999; Rolffs et al., 2018). Sin embargo, constructos similares han existido desde mediados del siglo XX, lo que ha resultado en diferentes términos, definiciones y medidas de flexibilidad, obstaculizando el avance del campo (Cherry et al., 2021).

El presente apartado revisa los antecedentes vinculados al desarrollo de instrumentos diseñados para evaluar la flexibilidad psicológica y sus componentes clave. Se analizan los inventarios, sus bases teóricas y metodológicas, su evolución, fiabilidad y validez, y su aplicación en diferentes contextos clínicos y de investigación. Además, se discuten las ventajas y limitaciones de las diferentes escalas, proporcionando una visión crítica.

Desde los primeros intentos de conceptualizar y medir los componentes de la flexibilidad psicológica, las escalas han pasado por diversas fases de desarrollo (Carretero-Dios & Pérez, 2005). Estas herramientas no solo han mejorado en precisión y alcance, sino que también han contribuido a la comprensión acerca del modo en el que la flexibilidad psicológica se relaciona con la salud mental y el bienestar (Kashdan & Rottenberg, 2010).

En los últimos años se han empleado distintos instrumentos de medición para evaluar algunos componentes de la flexibilidad psicológica. En este trabajo se ha tomado como referencia la publicación de los instrumentos reconocidos por la Association for Contextual Behavioral Science (ACBS) en su página web oficial, dentro del apartado de recursos. Allí se describen las medidas más ampliamente utilizadas: el Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ; Hayes et al., 2004), el Cuestionario de Aceptación y Acción-II (AAQ-II; Bond et al., 2011), el Cuestionario de Evitación Experiencial Multidimensional -MEAQ- (Gámez et al., 2011), el Cuestionario Breve de Evitación Experiencial (BEAQ, Gámez et al., 2014), la Prueba de Índice de Flexibilidad (FIT-60, Batink et al., 2012), el CompACT (Francis et al., 2016), el Listado de Verificación de Inflexibilidad Psicológica Cotidiana (EPIC; Thompson et al., 2019), el Índice Personalizado de Flexibilidad Psicológica (PPFI; Kashdan et al., 2020), el cuestionario Psicoflexión (Gloster et al., 2021). Ninguna de estas escalas consideran las doce dimensiones de la flexibilidad psicológica, como sí lo propone el MPFI (Rolffs et al., 2018).

Asimismo, se han desarrollado diversos instrumentos empleando los componentes individuales del modelo hexaflex, por ejemplo, la Escala de Conciencia de Atención Conciente (MAAS; Brown & Ryan, 2003), o inventarios que se aplican a grupos poblacionales específicos, como la escala Parent Psychological Flexibility in Pediatric Chronic Pain (PPFQ-17).

3.1.1. Mediciones de Evitación Experiencial

Como se mencionó anteriormente, uno de los instrumentos más utilizados en la medición de los componentes de la flexibilidad psicológica es el Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ; Hayes et al., 2004). Consiste en una medida general para

evaluar la evitación experiencial y algunos de los procesos claves dentro de la Terapia de Aceptación y Compromiso. El instrumento se diseñó a partir de una serie de ítems que tomaron elementos conceptuales de la teoría de la evitación experiencial, que subyace al ACT. En principio se elaboraron 32 ítems, diseñados para evaluar la necesidad de control emocional y cognitivo, evitación de eventos negativos, incapacidad para tomar decisiones frente a eventos privados, evaluaciones negativas de experiencias privadas, o autorreferencias negativas.

El modelo de 9 ítems fue sometido un análisis factorial confirmatorio (CFA) con una segunda muestra de 407 participantes (población clínica). La solución de un solo factor obtuvo un buen ajuste ($\chi^2(27) = 47.61$, $p = .0085$; GFI = .98; AGFI = .97; RMR = .054), y adecuada consistencia interna adecuada ($\alpha = .70$). Los ítems abarcan varios aspectos de la evitación experiencial, como la capacidad para actuar frente a pensamientos inhibitorios, presencia de preocupación, ansiedad y esfuerzos de control, lo cual concuerda con el modelo subyacente.

El AAQ (Hayes et al., 2004) fue adaptado al español por Barraca Mairal (2004) mediante una muestra de 114 participantes (43,9 % hombres, 56,1 % mujeres). Las propiedades psicométricas de la escala se contrastaron tanto en una muestra clínica (42,1 %) como en una muestra no clínica (57.9%). El índice de consistencia interna resultó aceptable (alfa de Cronbach $\alpha = .74$), obteniendo una puntuación cercana a la del instrumento original ($\alpha = .70$). Para efectuar el cálculo test - retest, se empleó una submuestra de 42 sujetos, que completaron el instrumento nuevamente una vez transcurridas las 5-6 semanas de la primera administración. Los resultados mostraron una confiabilidad aceptable ($r = .71$; $p < .001$), a diferencia del instrumento elaborado por Hayes et al. (2004) que no ofrecen ningún dato sobre la estabilidad temporal del AAQ.

Bond et al. (2011) concibieron posteriormente una segunda versión del AAQ, el AAQ-II, instrumento que evalúa evitación experiencial e inflexibilidad psicológica, con mejores propiedades psicométricas que su antecesor. El instrumento se construyó a partir de la administración a 2.816 participantes, distribuidos en seis muestras diferentes. La muestra 1 fue empleada en el desarrollo inicial de los ítems del cuestionario, incluyendo análisis exploratorios y cálculo de estadísticas descriptivas para validar su estructura básica y consistencia interna. Las muestras 5 y 6 se emplearon para establecer validez concurrente

Los análisis señalan que el AAQ-II presenta una estructura, confiabilidad y validez satisfactorias, con un alfa de Cronbach $\alpha = .84$, y una confiabilidad test-retest, a los 3 y 12 meses, de $\alpha = .81$ y $\alpha = .79$, respectivamente. Las muestras analizadas presentaron valores de CFI = .96 - .98, RMSEA = .04 - .06, y SRMR = .03 - .04.

Los resultados de las puntuaciones del AAQ-II predicen concurrente, longitudinal e incrementalmente una variedad de resultados, desde la salud mental hasta la tasa de ausencia laboral, consistentes con la teoría subyacente.

Si bien el AAQ-II demuestra una validez discriminante adecuada, el instrumento ha recibido algunas críticas sobre sus propiedades psicométricas, postulando que no constituye una medida de flexibilidad psicológica con sus seis procesos interrelacionados, sino que la considera como una medida unidimensional que evalúa el afecto negativo (Cherry et al., 2021; Gámez et al., 2011).

Una de las críticas más contundentes señala que tanto el AAQ-I (Hayes et al., 2004) como el AAQ-II (Bond et al., 2011) evalúan la evitación experiencial y la inflexibilidad, en lugar de evaluar la flexibilidad psicológica. En este sentido, el problema radica en que la interpretación de los resultados del AAQ-II parecen inferir la

presencia de flexibilidad psicológica a través de la ausencia de inflexibilidad psicológica (Cherry et al., 2021).

Con la finalidad de resolver los problemas asociados a las mediciones con débil consistencia interna, se ideó el Cuestionario de Evitación Experiencial Multidimensional -MEAQ- (Gámez et al., 2011). La evitación experiencial constituye un constructo teórico de relieve para la psicopatología y la psicoterapia, se define como la tendencia a evitar experiencias internas negativas. Los autores desarrollaron un cuestionario de autoinforme que evalúa una amplia gama de contenidos de evitación experiencial. Se procedió a la administración de un conjunto de 170 ítems a un grupo de estudiantes universitarios ($n=312$) para establecer una estructura mediante un análisis factorial exploratorio. A partir de una revisión de los ítems, se administró posteriormente la escala a otra muestra de estudiantes universitarios ($n = 314$) y a una muestra de pacientes ambulatorios psiquiátricos ($n = 201$). Luego se realizó una segunda ronda de evaluación de ítems, lo que resultó en una medida final de 62 ítems que componen 6 subescalas. Finalmente, se recopilaron datos de validación cruzada en 3 muestras nuevas e independientes (estudiantes, $n = 363$; pacientes, $n = 265$; adultos de la comunidad, $n = 215$). El Cuestionario de Evitación Experiencial Multidimensional (MEAQ) mostró una buena consistencia interna (alfa de Cronbach $\alpha = .83 - .87$), y asociaciones con otras medidas.

En relación a los instrumentos precedentes, el AAQ (Hayes et al., 2004) y AAQ-II (Bond et al., 2011), el MEAQ parece proporcionar más poder incremental para explicar el contenido de evitación.

La construcción del MEAQ (Gámez et al., 2011) posibilitó la creación del Cuestionario Breve de Evitación Experiencial (BEAQ, Gámez et al., 2014), una escala de 15 ítems que aborda el contenido de cada una de las seis dimensiones del

instrumento original. Los ítems fueron seleccionados a partir de 3 muestras: estudiantes universitarios (n = 363), pacientes ambulatorios psiquiátricos (n = 265) y adultos de la comunidad (n = 215). Estos ítems fueron luego evaluados utilizando 2 muestras adicionales (314 estudiantes universitarios y 201 pacientes ambulatorios psiquiátricos), y validados cruzadamente en dos muestras nuevas e independientes (283 estudiantes universitarios y 295 adultos de la comunidad). La medida resultante, el BEAQ (Gámez et al., 2014) demostró una buena consistencia interna (alfa de Chronbach α = .80 - .89) y una fuerte convergencia con respecto a cada una de las 6 dimensiones del MEAQ.

Si bien el MEAQ (Gámez et al., 2011) fue diseñado para medir la evitación experiencial de manera más integral, el BEAQ (Gámez et al., 2014) incluye contenido de cada una de las seis subescalas del MEAQ. Su principal limitación es que no es un instrumento adecuado para medir subdimensiones de evitación experiencial.

El Listado de Control de Inflexibilidad Psicológica Cotidiana (EPIC; Thompson et al., 2019) se diseñó con el propósito de construir una medida breve de inflexibilidad psicológica que permita describir el modo en el que un individuo enfrenta los eventos internos, privados e interacciones sociales de manera inflexible.

Si bien los ítems del listado fueron diseñados para evaluar la inflexibilidad general en el comportamiento, no hacen referencia explícita al dolor, el miedo y la preocupación. Los ítems relacionados con el primer factor, la evitación, describen ocasiones en las que se evitan, bloquean o distraen pensamientos, recuerdos o eventos. El segundo factor, la rigidez conductual, contiene ítems relacionados con un patrón rígido en el comportamiento.

En el estudio del EPIC fueron evaluados distintos modelos factoriales para determinar la mejor estructura del instrumento. El modelo de 11 ítems exploró la estructura de dos factores, Evitación y Rigidez conductual. Si bien los 11 ítems iniciales

se distribuyeron en estos dos factores, los resultados mostraron que el ajuste no era óptimo debido a los valores de RMSEA elevados.

El modelo revisado, de 7 ítems fue ajustado eliminando 4 ítems del cuestionario original, seleccionando aquellos que mejor representaban los factores Evitación y Rigidez conductual. La reducción de ítems mejoró significativamente los índices de ajuste, indicando que este modelo representaba mejor la estructura factorial.

El modelo de 7 ítems revisado mostró un excelente ajuste, confirmando una estructura de dos factores que evalúan la inflexibilidad psicológica cotidiana.

En conclusión, los instrumentos revisados en este apartado reflejan la evolución de la medición de la flexibilidad e inflexibilidad psicológica en el marco de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y sus conceptos subyacentes. En la tabla 1, se resumen las principales características de cada uno de ellos.

Tabla 1

Instrumentos de medición: Evitación experiencial

Escala	Descripción	α de Cronbach
AAQ (Acceptance and Action Questionnaire) (Hayes et al., 2004)	9 ítems Diseñada para medir la evitación experiencial.	.70
AAQ-II (Acceptance and Action Questionnaire II) (Bond et al., 2011)	7 ítems. Versión revisada del AAQ. Más enfocada en la inflexibilidad psicológica, y menos en los síntomas específicos.	.78 - .88

MEAQ (Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire) (Gómez et al., 2011).	62 ítems. Evalúa la evitación experiential de manera multidimensional.	.83 - .86
BEAQ (Brief Experiential Avoidance Questionnaire) (Gómez et al., 2014).	15 ítems. Versión breve del MEAQ, diseñada para evaluar la evitación experiential.	.80 - .89
EPIC (Everyday Psychological Inflexibility Checklist) (Thompson et al., 2019)	7 ítems Mide aspectos específicos de la inflexibilidad psicológica en un contexto cotidiano, evitando referencias explícitas al dolor, miedo y preocupación en su contenido.	.86

Desde la creación del Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ; Hayes et al., 2004) hasta el desarrollo de escalas más específicas como el MEAQ (Gómez et al., 2011) y el BEAQ (Gómez et al., 2014), se advierte el esfuerzo por capturar de manera precisa los matices de la flexibilidad psicológica y su relación con distintos procesos.

3.1.2. Mediciones de Flexibilidad Psicológica

En las dos últimas décadas se han desarrollado diversas escalas de evaluación que buscan captar diferentes aspectos de la flexibilidad psicológica, constructo central en ACT. El presente capítulo ofrece una descripción detallada de las principales herramientas de medición utilizadas para evaluar flexibilidad psicológica, analizando sus propiedades psicométricas, alcances, y limitaciones, así como los contextos en los que cada escala ha mostrado mayor utilidad.

La Prueba de Índice de Flexibilidad (Flexibility Index Test, FIT-60; Batink et al., 2012), consiste en un cuestionario compuesto por 60 afirmaciones -10 por subescala-, con respuestas tipo Likert de 7 anclajes, que integra todos los componentes del ACT, y permite obtener un puntaje total de flexibilidad psicológica, y un puntaje para cada una de las seis subescalas. El instrumento se diseñó a partir de un conjunto de 150 ítems basados en la literatura de ACT y las escalas disponibles (AAQ-II, Bond et al., 2011; FFMQ, Baer et al., 2008).

Se efectuó una primera selección de los 15 ítems más representativos de cada uno de los seis componentes de flexibilidad psicológica. Así se obtuvo la versión inicial de la Prueba de Índice de Flexibilidad con 90 preguntas, que posteriormente se redujeron a 60 ítems. La FIT-60 surge tras una selección de los 10 ítems más confiables por cada uno de los componentes de flexibilidad psicológica.

El cuestionario fue socializado en línea, y se administró a una muestra de 529 holandeses, estudiantes de la Universidad Radboud de Nimega (M= 21,8 años, 86% mujeres) y un grupo de participantes de un curso en línea de la revista *Psychologie Magazine* (M= 42,7 años, 90% mujeres).

La consistencia interna de la escala se determinó a partir del alfa de Cronbach $\alpha=.95$. Las seis subescalas presentan valores de confiabilidad aceptables: Aceptación

($\alpha=.84$), Defusión ($\alpha=.87$), Yo como contexto ($\alpha=.69$), Contacto con el momento presente ($\alpha=.78$), Valores ($\alpha=.78$), y Acción Comprometida ($\alpha=.84$).

La correlación inter-ítem para la escala total de flexibilidad psicológica presentó los siguientes valores en las subescalas: Aceptación $r=.33$, Defusión $r=.42$, Yo contexto $r=.19$, Contacto con el momento presente $r=.26$, Valores $r=.28$, y Acción Comprometida $r=.34$. Estos valores se encuentran dentro de los márgenes deseados ($.15 \leq r \leq .50$).

El CompACT (Francis et al., 2016) consiste en una escala de 23 ítems que evalúan flexibilidad psicológica. El instrumento ha demostrado una mayor validez aparente y de contenido que el AAQ- II (Fang et al., 2023), y una consistencia interna adecuada en la (alfa de Cronbach $\alpha = .90$) para la escala de 23 ítems. Consta de tres subescalas:

Apertura a la Experiencia (OE) y distanciamiento de la literalidad -en correspondencia con los procesos de aceptación y defusión de ACT-; Conciencia Conductual (BA), o autoconciencia y perspectiva -evalúa los procesos de conciencia del momento presente y del yo como contexto-; y Acción Valorada (VA) -captura los procesos de valores y acción comprometida-. Cada uno de los 23 ítems que conforman el instrumento se califican en una escala Likert de 7 puntos.

La Psy-Flex (Gloster et al., 2021) consiste en un cuestionario autoadministrable, compuesto por seis ítems que evalúa flexibilidad psicológica. Esta escala presenta la virtud de ser sensible al contexto, es decir, evalúa la flexibilidad psicológica en un marco temporal limitado. Psy-Flex pondera los seis procesos nucleares de la Terapia de Aceptación y Compromiso: aceptación, defusión cognitiva, yo como contexto, contacto con el momento presente, clarificación de valores y acción comprometida. Los ítems puntúan en una escala Likert de 1 a 5 puntos, con respuestas que van desde "casi nunca"

(1) hasta “casi siempre” (5). El puntaje total se obtiene sumando todos los ítems, las puntuaciones más altas representan una mayor flexibilidad psicológica.

En la versión original, la Psy-Flex (Gloster et al., 2021) mostró una buena consistencia interna (alfa de Cronbach $\alpha = .91$). La escala se administró en cuatro muestras separadas ($n = 744$), que incluyeron población general ($n = 346$), muestras no clínicas ($n = 188$) y dos muestras clínicas ($n = 163$ de pacientes internos y externos, y $n = 47$ de pacientes internados en un hospital psiquiátrico). El análisis factorial confirmatorio reveló una estructura de un solo factor con una excelente confiabilidad (r de Raykov = 0,91). El Psy-Flex diferenció entre muestras clínicas y no clínicas y predijo una varianza única en el bienestar.

Sin embargo, las herramientas de medición descriptas no consideran los objetivos personales que proporcionan el contexto y la motivación de las personas para gestionar el malestar. Por esta razón, se desarrolló el Índice Personalizado de Flexibilidad Psicológica (Personalized Psychological Flexibility Index, PPFi; Kashdan et al., 2020). El instrumento evalúa la tendencia a aceptar el malestar durante la búsqueda de las metas valoradas, examina el papel de la flexibilidad psicológica en el bienestar, la búsqueda de objetivos y el funcionamiento diario. Es decir, permite examinar la flexibilidad psicológica hacia objetivos significativos y cómo las personas responden al malestar y a los obstáculos externos durante la búsqueda de metas valiosas (Fang et al., 2023). A diferencia de otras medidas de evaluación, el PPFi está asociado con metas diarias efectivas y respuestas emocionales y regulatorias adaptativas ante eventos estresantes de la vida (Kashdan et al., 2020).

El PPFi consta de tres factores: evitación, aceptación, y aprovechamiento (es decir, utilizar emociones negativas e incomodidades para motivar la búsqueda de metas valoradas). El instrumento ha demostrado la validez y confiabilidad del PPFi en

diversas muestras. El alfa de Cronbach $\alpha = .78$ en la muestra de profesionales adultos ($n = 276$) y los índices de ajuste del modelo indicaron que la correspondencia entre el modelo de tres factores y la matriz de covarianza de la muestra fue satisfactoria: $\chi^2(87) = 277.08, p < .000, RMSEA = .09, SRMR = .07, TLI = .88, CFI = .90$.

En la muestra general de 303 adultos residentes en Estados Unidos, se obtuvo un alfa de Cronbach $\alpha = .84$, mientras que los índices de ajuste fueron satisfactorios: $\chi^2(87) = 222.99, p < .001, RMSEA = .07, SRMR = .07, TLI = .90, CFI = .92$.

El PFFI logró una buena validez incremental para la emoción negativa (depresión, ansiedad y estrés) en comparación con el BEAQ o el AAQ-II. El instrumento constituye la única medida que ha intentado combinar explícitamente la flexibilidad psicológica con los valores de una persona y los comportamientos orientados a metas (Fang et al., 2023).

Asimismo, el contenido de los ítems del PFFI se alinea mejor con las definiciones conceptuales del constructo de flexibilidad psicológica, es decir, amplía la perspectiva propuesta por ACT (Cherry et al., 2021).

Recientemente Fang et al. (2024) desarrollaron una herramienta de evaluación concisa, la Escala de Flexibilidad Psicológica de 6 ítems (C-Psy-Flex) diseñada para evaluar la flexibilidad psicológica de manera integral. El estudio se realizó a través de una muestra compuesta por 1511 estudiantes universitarios y profesores chinos. El análisis factorial confirmatorio demostró un buen ajuste para una estructura de un solo factor ($\chi^2(8) = 21.17, p < 0.001, CFI = 0.989, TLI = 0.980, RMSEA = 0.047, RMSEA 90\% IC 0.023 - 0.071, SRMR = 0.020$), y una buena consistencia interna, con un coeficiente alfa de Cronbach $\alpha = .82, IC del 95\% (.81, .84)$ y un coeficiente ω de McDonald $\omega = .83, IC del 95\% (.81, .84)$.

En síntesis, el presente capítulo expone las distintas herramientas creadas para medir la flexibilidad psicológica, el constructo central de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Las principales características de cada una de ellas se resumen en la tabla 2.

Tabla 2

Medidas de Flexibilidad Psicológica

Escala	Ítems	α de Cronbach	Estructura	Población
FIT-60 (Batink et al., 2012)	60	.95	Aceptación, Defusión, Yo como contexto, Contacto con el momento presente, Acción comprometida, Valores.	Estudiantes universitarios
Comp ACT (Quan-Haase et al., 2017)	23	.90	Apertura a la experiencia y distanciamiento de la literalidad, Conciencia conductual, Acción valorada.	Población clínica y no clínica
Psy-Flex (Francis et al., 2016)	6	.91	Aceptación, Defusión, Yo como contexto, Contacto con el momento presente, Acción comprometida, Clarificación de valores.	Población general, muestras no clínicas, muestras clínicas
PPFI (Kashdan et al., 2020)	15	.77- .84	Evitación, Aceptación, Aprovechamiento	Cuatro muestras independientes y tres muestras de seguimiento.
C-Psy-Flex (Fang et al., 2024)	6	.82	Flexibilidad psicológica	Estudiantes y profesores universitarios

A través de la revisión de los instrumentos se hace evidente que cada escala representa avances importantes en cuanto a precisión psicométrica y especificidad en la

medición de los procesos subyacentes de ACT, aunque también revelan la necesidad de crear nuevas herramientas que incorporen el contexto personal y los valores individuales.

3.1.3. Medidas de Flexibilidad o Inflexibilidad Psicológica Específicas del Problema

A lo largo de las últimas dos décadas se han desarrollado diversos instrumentos que evalúan la flexibilidad e inflexibilidad psicológica, algunos de ellos son adaptaciones de escalas ante problemáticas específicas.

Si bien el Cuestionario de Aceptación y Acción II (Bond et al., 2011), presenta objeciones, al proponer la FP como un constructo unidimensional (Cherry et al., 2021), y por su validez y fiabilidad discriminante variables (Gámez et al., 2011; Kashdan et al., 2020), el instrumento ha sido ampliamente aceptado por la comunidad científica, lo cual dio lugar a su traducción y adaptación en distintos idiomas y contextos, y a su empleo para problemas y poblaciones específicas. Por ejemplo, el Cuestionario de Aceptación y Acción - Estigma (AAQ-S, Levin et al., 2014) consiste en una medida de flexibilidad psicológica relacionada con pensamientos estigmatizantes. Su adaptación se efectuó en un estudio sobre una muestra de 604 estudiantes de la Universidad de Nevada, Reno. El instrumento incluyó inicialmente 43 ítems relacionados con flexibilidad psicológica y estigma. El análisis factorial permitió la identificación de dos subescalas: flexibilidad psicológica, e inflexibilidad psicológica relacionadas con pensamientos estigmatizantes. Los análisis indicaron que las subescalas de flexibilidad e inflexibilidad psicológica del AAQ-S (Levin et al., 2014), y el puntaje total, correlacionan con otras medidas de flexibilidad psicológica y estigma de manera esperada, y son más predictivas del estigma que una medida general de flexibilidad psicológica, como el AAQ (Hayes et al., 2004).

Otra medida específica consiste en el Cuestionario de Aceptación y Acción para dificultades relacionadas con el peso (AAQW; Lillis & Hayes, 2008). Se trata de un instrumento que evalúa la evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica en relación a pensamientos, sentimientos y acciones relacionados con el peso. Los análisis estadísticos efectuados sobre una muestra de 84 participantes inscriptos en un estudio de mantenimiento de peso corporal, demostraron buena consistencia interna (alfa de Cronbach $\alpha = .88$). Asimismo, se correlacionó con otras medidas, como el Cuestionario de Aceptación y Acción original (AAQ, Hayes et al., 2004).

Con el propósito de evaluar la aceptación al dolor se creó el Cuestionario de Aceptación del Dolor Crónico (CPAQ, McCracken et al., 2004). La aceptación del dolor crónico implica la capacidad de anular los pensamientos que intentan evitar o controlar el dolor. Las investigaciones sugieren que la aceptación relacionada con el dolor conduce a una mejora en el funcionamiento emocional y físico en pacientes con padecimiento crónico. Los 20 ítems seleccionados para la construcción de la escala generaron una estructura de cuatro factores: participación en actividades, disposición al dolor, control de pensamientos y cronicidad. El instrumento cuenta con una adecuada consistencia interna (alfa de Cronbach $\alpha = .85$), y correlaciona con otras medidas de angustia psicosocial y funcionamiento físico.

El Cuestionario de Aceptación del Dolor Crónico (CPAQ, Vowles & McCracken, 2008), dio lugar a la creación del Cuestionario de Aceptación del Tinnitus Crónico (CTAQ, Weise et al., 2013).

Otra de las medidas que evalúan el dolor, es la Escala de Inflexibilidad Psicológica en el Dolor (The Psychological Inflexibility in Pain Scale -PIPS-, Wicksell et al., 2010). La misma consta de un conjunto de 12 ítems distribuidos en dos subescalas: la subescala de evitación mide la tendencia a participar en comportamientos

que conducen a evadir el dolor y la angustia, mientras que la subescala de fusión evalúa la frecuencia de pensamientos que conducen a comportamientos de evitación. La PIPS (Wicksell et al., 2010) fue traducida y adaptada al español. Al igual que la versión original, el instrumento se encuentra compuesto por 12 reactivos que miden dos componentes de inflexibilidad psicológica: evitación (8 ítems) y fusión cognitiva (4 ítems). Cuenta con una elevada consistencia interna ($\alpha = .90$), así como adecuados niveles de confiabilidad test-re test (correlación intra-clase $r = .97$) y validez interna (Rodero et al., 2013).

En la misma dirección, es estudio de la flexibilidad psicológica en presencia de síntomas somáticos fue examinada por Koppert et al. (2024), quienes crearon la FIT-18 a partir del Flexibility Index Test (FIT-60; Batink et al., 2012). En primer lugar, se seleccionaron los 18 ítems que mejor representaban las dimensiones atención plena y aceptación (M&A) y compromiso y cambio de comportamiento (C&BC). La escala se administró sobre una muestra de 2060 participantes neerlandeses con y sin síntomas somáticos persistentes. Los análisis efectuados permitieron determinar que la dimensión M&A ($\beta = 0.33$, $p < 0.001$) y la dimensión C&BC ($\beta = 0.09$, $p < 0.001$) estaban asociadas de manera positiva con el bienestar mental, pero no con el funcionamiento físico. Asimismo, los hallazgos determinaron que la dimensión M&A funciona como indicador de bienestar mental ante la presencia de síntomas somáticos más severos ($\beta = 0.11$, $p < 0.001$).

En el campo de la psicología clínica, la flexibilidad psicológica ha sido medida a través de diversos instrumentos adaptados a contextos y poblaciones específicas. Cada uno de estos instrumentos busca capturar aspectos únicos y fundamentales de la flexibilidad, ajustándose a las necesidades de cada grupo. En el caso de los padres de niños con dolor crónico el Parent Psychological Flexibility in Pediatric Chronic Pain -

PPFQ-17- (Lipsker et al., 2016) consiste en un cuestionario que evalúa flexibilidad psicológica en padres de niños con dolor crónico. El instrumento cuenta con 17 ítems (PPFQ-17) administrados a una muestra de padres ($n = 263$) de niños con dolor crónico. La estructura factorial y la fiabilidad interna se evaluaron mediante el análisis factorial confirmatorio y la estimación del coeficiente alfa de Cronbach $\alpha = .86$. La validez concurrente de criterio se examinó mediante análisis de regresión múltiple jerárquica con ansiedad y depresión de los padres como resultados. Los análisis respaldaron una solución de tres factores con 10 ítems que explicaban el 69.5% de la varianza total.

Por otro lado, el Cuestionario de Aceptación de Pérdida de Audición (Hearing Acceptance Questionnaire -HAQ-, Molander et al., 2022) se administró en una muestra de personas con problemas de audición ($N=1351$). El análisis factorial confirmatorio respaldó un modelo de dos factores con una subescala de 9 ítems que mide evitación ($\alpha = .84$) y otra subescala de 3 ítems de participación en actividades (alfa de Cronbach $\alpha = .76$). Ambas subescalas del HAQ explicaron una varianza única en la discapacidad después de tener en cuenta estadísticamente la capacidad auditiva, los síntomas de depresión y ansiedad.

La flexibilidad psicológica también ha sido estudiada en niños y adolescentes mediante el Cuestionario de Evitación y Fusión para niños y adolescentes (AFQ-Y; Greco et al., 2008) consiste en una medida de inflexibilidad psicológica generada por niveles altos de fusión cognitiva y evitación experiencial. Los autores desarrollaron una escala de 17 ítems (AFQ-Y), y una versión breve, de 8 ítems (AFQ-Y8). El enfoque psicométrico proporcionó apoyo preliminar para la confiabilidad y validez del AFQ-Y y AFQ-Y8.

En un esfuerzo por clarificar el papel de la inflexibilidad psicológica en la perturbación de la imagen corporal, se creó una medida basada en los principios teóricos

de la ACT, con la finalidad de entender cómo la aceptación puede influir en la calidad de vida y el bienestar. La inflexibilidad psicológica, o la evitación de los propios estados cognitivos, es un constructo clave para entender estos problemas. La Escala de Inflexibilidad Psicológica de la Imagen Corporal (The body image psychological inflexibility scale -BIPIS-, Callaghan et al., 2015) se desarrolló generando 16 ítems para representar el constructo, y revisando los reactivos de una escala existente que medía aspectos de la inflexibilidad psicológica de la imagen corporal. El estudio se realizó con una población universitaria étnicamente diversa, utilizando tres muestras durante el proceso de validación. Los hallazgos señalan que la escala presenta una buena consistencia interna (alfa de Cronbach $\alpha = .93$), una solución de factor único, validez convergente y fiabilidad test-retest ($r = .90$).

De manera similar, Burket et al. (2021) desarrollaron el Cuestionario de Flexibilidad Psicológica en Epilepsia (Psychological Flexibility in Epilepsy Questionnaire -PFEQ-), con la finalidad de medir la flexibilidad psicológica en pacientes con epilepsia. La escala consta de 12 ítems, y se construyó a partir de una muestra de 81 participantes. Los análisis arrojan una solución de un solo factor, y una confiabilidad satisfactoria (alfa de Cronbach $\alpha = .92$). La validez de criterio del instrumento fue respaldada por correlaciones moderadas con resultados que predicen la calidad de vida, la FP en la población general, los síntomas depresivos y los síntomas de ansiedad. El número de convulsiones en los últimos tres y doce meses se correlacionó positivamente con las puntuaciones en el PFEQ.

En conclusión, el desarrollo de las herramientas presentadas en este capítulo, permiten una evaluación más precisa de algunos de los procesos fundamentales de ACT. Estas medidas han demostrado confiabilidad y validez psicométrica, lo que respalda su

uso en la investigación y la práctica clínica, al posibilitar la identificación de patrones de comportamiento que pueden influir en el bienestar.

3.2. Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica

El presente capítulo se centra en la descripción del Inventario de Flexibilidad Psicológica Multidimensional (Multidimensional Psychological Flexibility Inventory - MPFI-) diseñada por Rolffs et al. (2018). Se trata de una herramienta elaborada para evaluar la flexibilidad psicológica, el constructo central de la terapia de aceptación y compromiso (ACT).

El inventario ha sido desarrollado con el propósito de superar las limitaciones de los otros instrumentos, la escala representa un avance significativo en la medición de la flexibilidad psicológica, al proporcionar una herramienta robusta para la investigación y la práctica clínica.

Si bien el Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ; Hayes, Strosahl, et al., 2004) y su versión revisada, el AAQ-II (Bond et al., 2011) han sido los instrumentos más utilizados para evaluar la flexibilidad, estos cuestionarios presentan sus limitaciones, al condensar el modelo en una sola dimensión (Lin et al., 2020).

Por el contrario, el MPFI (Rolffs et al., 2018) constituye una medida integral y multidimensional de flexibilidad psicológica que permite evaluar las 12 dimensiones clave del modelo Hexaflex como subescalas separadas.

El proceso de construcción del inventario se efectuó mediante la administración de una encuesta en línea a una muestra de 3040 personas, residentes en EEUU (59% mujeres, 41% hombres, $M= 33,5$, $DT=14,4$).

Se llevaron a cabo distintos estudios que permitieron la creación del inventario. El primero de ellos consistió en la administración en línea del cuestionario de 494 ítems

potenciales, en una muestra de 372 personas. Algunos de los reactivos se tomaron de las 22 escalas existentes en ACT y mindfulness, y otros 84 ítems fueron elaborados por los autores.

Posteriormente se refinó la escala, hasta reducirla a un conjunto parsimonioso de ítems y dimensiones que representan el modelo de flexibilidad psicológica creado por Hayes, et al. (2014).

El segundo estudio consistió en la administración de un conjunto de 288 ítems, 214 reactivos fueron tomados del primer estudio, y otros 74 ítems fueron escritos por los autores, para asegurar que cada dimensión prospectiva del MPFI tuviera un conjunto de aproximadamente 20 a 30 ítems prototípicos.

Los encuestados que proveyeron sus direcciones de correo electrónico (n = 970) fueron invitados a participar en una evaluación de seguimiento de cuatro meses, mediante preguntas que evaluaban las percepciones del cambio global.

El tercer estudio consistió en una encuesta en línea administrada a 518 personas, y se centró en evaluar la validez discriminante de las subescalas del MPFI, examinando sus asociaciones con una serie de escalas de referencia sobre flexibilidad psicológica.

Los ítems potenciales se formularon en tiempo pasado y se centraron específicamente en las últimas 2 semanas, y se calificaron en una escala Likert de 6 puntos, desde “nunca” hasta “siempre”.

Se agruparon los reactivos en 12 subescalas que representaban cada una de las dimensiones del modelo Hexaflex. El análisis factorial exploratorio permitió la identificación de 12 dimensiones, compuestas por los 5 ítems que ofrecían los niveles más altos de información en el rango más amplio de funcionamiento dentro de cada uno de los análisis de TRI.

Para verificar la estructura dimensional del MPFI, se ejecutaron modelos de análisis factorial confirmatorio en los 60 ítems del MPFI en la segunda mitad de la muestra del segundo estudio, utilizando Mplus 7.11. El modelo de 12 subescalas cargadas sobre 2 factores de orden superior demostró un ajuste excelente, $\chi^2(1697) = 4.617$, RMSEA = .040, CFI = .946, SRMR = .060. Los análisis de confiabilidad realizados para evaluar la consistencia interna arrojaron coeficientes alfa de Cronbach $\alpha = .94 - .96$ en la versión de 60 ítems, y alfa de Cronbach $\alpha = .88 - .91$ en la versión de 24 ítems, lo cual indica niveles adecuados de confiabilidad.

La replicabilidad de la estructura factorial del MPFI (Rolffs et al., 2018) fue apoyada por Seidler et al. (2020) a partir del análisis de los datos proporcionados por una muestra de 314 estudiantes universitarios. Los autores concluyen que, si bien la flexibilidad y la inflexibilidad psicológica se encuentran relacionadas, corresponden a repertorios de respuestas diferentes. Esto sugiere que la flexibilidad y la inflexibilidad no forman parte de una única dimensión común, ya que muestran patrones distintos de resultados, pueden cambiar de manera independiente a lo largo del tiempo y muestran correlaciones negativas débiles a moderadas. Es decir, una puntuación baja en flexibilidad psicológica no necesariamente corresponde a un alto nivel de inflexibilidad.

Los autores sugieren refinar los ítems correspondientes a la subescala de defusión para capturar solo la variabilidad de la flexibilidad psicológica, en lugar de abarcar tanto la flexibilidad como la inflexibilidad, en función de mejorar las propiedades psicométricas del instrumento (Seidler et al., 2020).

3.3. Adaptaciones y Validaciones del Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica

La adaptación y validación de medidas de evaluación psicológica posibilita que los instrumentos resulten relevantes, mejora la precisión diagnóstica y favorece el desarrollo de intervenciones más efectivas. La validación de la escala en diferentes entornos asegura que las variaciones culturales y contextuales sean consideradas, lo cual es fundamental para obtener datos confiables y comparables a nivel internacional (Mikulic & Muños, 2004). El presente apartado aborda los trabajos realizados en distintos contextos.

El MPFI (Rolffs et al., 2018) ha sido adaptado y validado tanto en su versión larga (60 ítems), como en su versión breve (24 ítems). El inventario ha demostrado propiedades psicométricas adecuadas en diferentes países como Canadá y Francia (Grégoire et al., 2020), China y Japón (Lin et al., 2020), Turquía (Ulubay, 2020), Italia (Landi et al., 2021), Suecia (Tabrizi et al., 2023), Persia (Azadfar et al., 2022), y Portugal (Pereira et al., 2023). En la tabla 3 se presentan las características muestrales y de consistencia reportadas por cada una de ellas.

Tabla 3

Adaptaciones y validaciones del MPFI

Versión/Idioma (Autor, Año)	Muestra	Consistencia Interna
MPFI-24 Inglés y Francés. (Grégoire et al., 2020)	EE.UU (2668). Canadá y Francia (728). Estudiantes y trabajadores	Alfa de Cronbach $\alpha = .83$

MPFI-60 Chino y Japonés (Lin et al., 2020)	China, Japón, Taiwán, EE.UU (2091). Asiáticos americanos y caucásicos.	Alfa de Cronbach $\alpha = .87-.94$
MPFI-60 Turco. (Ulubay, 2020)	Turquía (430). Población general.	Alfa de Cronbach $\alpha = .95$
MPFI-60 Italiano. (Landi et al., 2021)	Italia (1542). Muestra en línea.	Alfa de Cronbach $\alpha = .85 -.94$
MPFI-60 Persa (Azadfar et al., 2022)	Irán (307) Muestra en línea.	Alfa de Cronbach $\alpha = .87-.97$
MPFI-60 Sueco (Tabrizi et al., 2023)	Suecia (670). Población general.	Alfa de Cronbach $\alpha = .803-.933$
MPFI-24 Portugués (Pereira et al., 2023)	Portugal (650) Muestra en línea	Alfa de Cronbach $\alpha > .70$

La información presentada en la tabla evidencia la amplia adaptación y validación del MPFI en diferentes contextos culturales y lingüísticos, lo que subraya su relevancia como herramienta de evaluación.

Las diversas versiones del cuestionario, tanto en su forma completa (MPFI-60) como en su versión breve (MPFI-24), han demostrado propiedades psicométricas robustas, con buenos índices de confiabilidad y validez en cada una de las poblaciones analizadas. Estas adaptaciones reflejan la versatilidad del instrumento y su capacidad para

capturar las particularidades culturales y lingüísticas de las diferentes muestras estudiadas.

3.3.1. *Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica (MPFI-24). Inglés y Francés*

Grégoire et al. (2020) examinaron las propiedades psicométricas de la versión breve del Inventario de Flexibilidad Psicológica Multidimensional (MPFI-24), con el objetivo de validar las versiones cortas en inglés y francés del MPFI-24 en diferentes países (Estados Unidos, Canadá, Francia) y con diferentes poblaciones (estudiantes y trabajadores).

Los autores efectuaron un primer estudio con una muestra representativa de 2668 participantes residentes en Estados Unidos. Se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio para evaluar la estructura factorial de la escala y la consistencia interna de las 12 subescalas (compuesta por dos ítems cada una de ellas), y de los dos puntajes compuestos globales (12 ítems para flexibilidad psicológica y 12 ítems de inflexibilidad psicológica). Los puntajes compuestos demostraron buena consistencia interna, evaluada mediante los coeficientes de alfa de Cronbach medio $\alpha = .83$, que osciló entre .71 y .92.

El CFA reflejó los siguientes valores en los índices de bondad de ajuste: $\chi^2 = 239$, $p < .001$; RMSEA = .057; SRMR = .054; CFI = .947; TLI = .938.

Los valores de CFI y TLI $> .90$, valores de RMSEA y SRMR $\leq .06$ son indicadores de un buen ajuste del modelo. A su vez, las correlaciones test-retest en un intervalo de dos semanas mostraron una adecuada estabilidad temporal para los puntajes compuestos globales.

El segundo estudio efectuado por Grégoire et al. (2020) tradujo el MPFI-24 al idioma francés, siguiendo las directrices de la International Test Commission (ITC). Se administró el inventario en una muestra de 728 estudiantes universitarios francófonos residentes en Canadá (53%) y Francia (47%), con edades comprendidas entre los 16 y 62 años ($M=22.32$, $DE=6.06$).

Si bien los puntajes compuestos globales demostraron buenos niveles de consistencia interna, algunas subescalas (aceptación, conciencia del momento presente, yo como contexto, inacción) mostraron alfas de Cronbach $\alpha < .70$, sugiriendo la necesidad de una mayor validación.

El análisis factorial confirmatorio reflejó los siguientes valores en los índices de bondad de ajuste: $\chi^2 = 239$, $p < .001$; RMSEA = .056; SRMR= .058; CFI= .921; TLI= .909.

Para establecer la validez convergente del MPFI-24, se examinaron las asociaciones entre las subescalas del MPFI-24 y otras medidas de flexibilidad psicológica (Mindfulness -MAAS-, Committed Action -CAQ-, Cognitive Fusion -CFQ-, Psychological Inflexibility -AAQ-II-, Clarity of Values -SVQ-, Coherence of Values -SVQ-). Grégoire et al. (2020) señalan que si bien los resultados ofrecen un respaldo inicial a la validez convergente del MPFI-24 francés, algunas de las subescalas no están vinculadas directamente con las otras medidas de flexibilidad.

El tercer estudio tuvo como objetivo probar la validez concurrente de la versión en francés y explorar el patrón de correlaciones con indicadores de salud mental. Se administró el inventario en una muestra de 450 trabajadores francófonos residentes en Canadá (45%), Francia (41%), Bélgica (10%), Suiza y Luxemburgo (4%). La muestra fue reclutada a través de redes sociales, y estuvo compuesta por mujeres (78%) y hombres (22%) con edades comprendidas entre los 19 y los 64 años ($M = 41.91$, $DE = 9.71$).

La subescala MPFI-Flex se correlacionó con los indicadores de salud mental positivos utilizados en este estudio (bienestar psicológico y satisfacción laboral), mientras que la subescala MPFI-Inflex se correlacionó con los indicadores de salud mental negativos (agotamiento y distrés psicológico).

Grégoire et al., (2020) concluyen que el análisis factorial confirmatorio demostró que la versión el MPFI-24 en inglés y en francés se basan en una estructura de factores de segundo orden, de seis factores de flexibilidad y seis factores de inflexibilidad.

Ambas versiones muestran una buena consistencia interna, así como validez convergente y concurrente. Estos hallazgos revelan que la adaptación y validación el MPFI-24 en inglés y en francés son herramientas fiables y válidas para medir la flexibilidad psicológica y la inflexibilidad en diversos contextos.

3.3.2. Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica (MPFI-60). Chino y Japonés

En el contexto asiático, Lin et al. (2020) desarrollaron la validación del MPFI, empleando una muestra transcultural a gran escala para validar tres nuevas traducciones del MPFI (Mandarín Tradicional, Mandarín Simplificado y Japonés),

En primer lugar, se efectuó un proceso de retrotraducción para asegurar la fidelidad de las traducciones. La adaptación se llevó a cabo en una muestra de 2091 personas (69% mujeres, 31% hombres, $M = 32.4$ años, $DE = 10.2$ años) distribuidas en cinco submuestras culturales: residentes en China, Japón, Taiwán, asiáticos americanos y caucásicos americanos.

Los autores reportaron que las 12 subescalas del MPFI presentaron un alfa de Cronbach elevado ($.87 \leq \alpha \leq .94$), demostrando una excelente consistencia interna en

todos los grupos culturales evaluados. El análisis factorial confirmatorio reflejó los siguientes valores en los índices de bondad de ajuste: $\chi^2= 10426$, $p < .001$; CFI = 0.925; TLI = .922; RMSEA = .051.

Las subescalas exhibieron patrones convergentes de correlación con índices de bienestar y malestar psicológico en todos los idiomas, lo cual permite su empleo tanto en la clínica como en investigaciones transculturales.

3.3.3. *Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica (MPFI-60). Turco*

La adaptación y validación del MPFI al contexto turco fue realizada por Ulubay (2020) mediante una muestra compuesta por 430 personas entre 15 y 65 años.

El análisis factorial exploratorio realizado permitió la obtención de un inventario compuesto por 55 ítems (se eliminaron 5 ítems que se superponían) y 2 factores (flexibilidad psicológica e inflexibilidad psicológica), que explican el 50,8% de la varianza.

El análisis factorial confirmatorio reflejó los siguientes valores en los índices de bondad de ajuste: χ^2/df (2.34), RMSEA= .07, NFI=.93, NNFI= .90, CFI= .97, IFI= 0.95. Estos valores demostraron la validez de la estructura bifactorial del inventario.

El análisis de confiabilidad indicó un coeficiente de consistencia interna de alfa de Cronbach $\alpha= .95$, y una correlación test-retest de $r= .94$ después de un intervalo de 3 semanas.

Para determinar la validez de criterio, se emplearon el Cuestionario de Aceptación y Acción-II y la Escala de Conciencia de Filadelfia, determinando la validez y fiabilidad de la adaptación del instrumento al idioma y la cultura turca.

3.3.4. *Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica (MPFI-60). Italiano*

En el contexto italiano, Landi et al. (2021) desarrollaron la adaptación y validación del MPFI, a través de un estudio conformado por 1.542 participantes (71% mujeres, 29 % hombres, M = 38,6 años, DE = 15,0 años). Los encuestados completaron un formulario en línea que incluía el MPFI y otras medidas de flexibilidad psicológica como el Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II), el Comprehensive Assessment of Acceptance and Commitment Therapy (CompACT), y medidas de salud mental, como ansiedad (General Anxiety Disorder Scale (GAD-7), depresión (Patient Health Questionnaire-9 -PHQ-) y bienestar (Mental Health Continuum - Short Form - MHC-SF-).

Se analizó la estructura factorial, a través del análisis factorial confirmatorio sobre los 60 ítems. Esto permitió determinar que la flexibilidad psicológica global constituye una variable latente de segundo orden, mientras que las variables aceptación, conciencia del momento presente, el yo como contexto, defusión, valores y acción comprometida constituyeron las variables latentes de primer orden. La inflexibilidad psicológica global formó una variable latente de segundo orden (con evitación experiencial, falta de contacto con el momento presente, el yo como contenido, fusión, falta de contacto con valores e inacción como variables latentes de primer orden). Por lo tanto, la estructura jerárquica de segundo orden del MPFI en inglés (Rolffs et al., 2018) se reproduce en la versión italiana del MPFI.

Los índices de ajuste para el CFA de segundo orden fueron excelentes: χ^2 (1694) = 6014, $p < .001$; CFI = 0.916; TLI = 0.912; RMSEA = 0.041; RMSEA CI = [.040, .042]; SRMR = 0.073.

El MPFI italiano reproduce la estructura factorial original del MPFI, mostrando una excelente validez de constructo y evidencia de invarianza de medición para sexo,

edad y estado clínico. A su vez, el inventario revela una buena consistencia interna (alfa de Cronbach $\alpha = .91 - .94$) y validez convergente y concurrente.

3.3.5. *Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica (MPFI-60). Persa*

La versión persa del MPFI-60 se efectuó a partir de la traducción y validación semántica de los ítems de la escala. Luego se procedió a la administración del instrumento en una muestra de 307 adultos iraníes que respondieron los cuestionarios a través de un enlace en línea (Azadfar et al., 2022).

El Análisis Factorial Confirmatorio reveló una estructura de segundo orden, con seis factores de primer orden para la flexibilidad psicológica (aceptación, conciencia del momento presente, yo como contexto, defusión, valores y acción comprometida), y seis factores de primer orden para la inflexibilidad psicológica (evitación experiencial, falta de contacto con el momento presente, yo como contenido, fusión, falta de contacto con los valores e inacción). Los subcomponentes del MPFI mostraron excelente consistencia interna, con valores de alfa de Cronbach $\alpha = .87$ y $.94$.

Los autores señalan que la flexibilidad psicológica y sus subescalas se asociaron negativamente con ansiedad, estrés y síntomas depresivos, y positivamente con autocompasión. La inflexibilidad psicológica se vinculó de manera negativa con esas mismas variables, lo cual indica la validez convergente y divergente de los constructos.

El MPFI-60 adaptado al contexto iraní muestra una excelente consistencia interna, coeficientes alfa de Cronbach $\alpha = .87 - .97$, RMSEA = $.06$, lo cual indica un buen ajuste del modelo. Los valores de TLI = $.92$, CFI = $.93$ y GFI = $.92$, confirman la validez de la estructura factorial de las doce escalas. Las puntuaciones de las cargas factoriales fueron superiores a 0.5 (entre $.51$ y $.89$), lo que evidencia una adecuada calidad de los ítems del constructo. El índice CMIN/df = 4.81 , $p < 0.01$, respalda la

validez del modelo (Azadfar et al., 2022). Las seis subescalas de flexibilidad presentan correlaciones moderadas ($.38 \leq r \leq .57$) con una varianza común promedio de 0.21, similar a las reportadas por Rolffs et al. (2018).

3.3.6. *Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica (MPFI-60). Sueco*

Tabrizi et al. (2023) realizaron la validación sueca del Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica (MPFI) a partir de una muestra compuesta por 670 participantes mayores de 18 años con buen dominio del idioma sueco (59.5% mujeres, 40.5% hombres, $M = 39.78$, $DE = 15.61$) que se reclutó a través de anuncios en redes sociales.

En primer lugar, se tradujo al sueco la escala original por distintos grupos de expertos. Posteriormente se combinaron las versiones, que fueron revisadas y retrotraducidas para asegurar precisión. Los ítems problemáticos se retradujeron hasta alcanzar consenso entre los autores.

Se probaron tres modelos, a través de análisis factoriales confirmatorios, que revelaron que el modelo de 12 factores ofrecía mejor ajuste ($\chi^2 = 2596.15$, $p < .001$; CFI=.955; TLI=.952; RMSEA=.029; SRMR=.047). Las 12 subescalas mostraron una fiabilidad adecuada ($.803 \leq \alpha \leq .933$), y la estructura factorial resultó similar en los diferentes grupos de edad y género, demostrando propiedades que la convierten en un instrumento fiable para evaluar la flexibilidad/inflexibilidad psicológica.

Las subescalas del MPFI mostraron correlaciones esperadas con instrumentos relacionados como el AAQ-II y el AFQ-Y, apoyando la validez convergente del instrumento. Asimismo, correlacionaron con medidas de salud psicológica, regulación emocional y calidad de vida, lo que sugiere que el instrumento puede proporcionar una medición detallada de la flexibilidad/inflexibilidad psicológica.

Los resultados revelan que la versión sueca del MPFI presenta una estructura de 12 factores y un respaldo satisfactorio en un modelo jerárquico de dos factores comparable a los hallazgos de Grégoire et al., (2020) y Landi et al. (2021).

3.3.7. Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica (MPFI-24). Portugués

La versión breve del Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica (MPFI-24) en población portuguesa fue traducida y validada por Pereira et al. (2023)

A través de un formulario en línea se evaluó una muestra de 650 participantes residentes en Portugal, 437 mujeres y 211 hombres, entre los 18 y los 74 años, con una trayectoria educativa en promedio de 15 años. El 81,1 % de los participantes informaron no estar recibiendo apoyo psicológico de manera regular.

Los participantes respondieron un cuestionario sociodemográfico, el Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica-24 (MPFI-24), el Psy-Flex, el Cuestionario de Salud del Paciente-4 (PHQ-4) y el Continuo de Salud Mental-Forma Corta (MHC-SF).

El análisis factorial confirmatorio del MPFI-24 mostró la plausibilidad del modelo de dos factores de orden superior con seis factores de primer orden de Flexibilidad Psicológica, y seis factores de primer orden de Inflexibilidad Psicológica.

El MPFI-24 mostró una fiabilidad adecuada (alfa de Chronbach $\alpha > .70$) en los índices generales y en todos los factores, a la vez que demostró una buena estabilidad temporal. La Psy-Flex mostró una asociación positiva con la flexibilidad psicológica, y con la percepción de salud mental (MHC-SF), y una asociación negativa con estados emocionales negativos (PHQ-4). La inflexibilidad psicológica reveló el patrón opuesto, con correlaciones moderadas y significativas. La edad mostró una asociación positiva

con flexibilidad psicológica, y una asociación negativa con inflexibilidad psicológica.

No se encontraron diferencias de género para los dos indicadores globales.

Se probaron tres modelos, los resultados del segundo modelo mostraron mejor ajuste, reflejando los siguientes valores: $\chi^2(186) = 469,58$; $p < 0,001$; TLI = .98, CFI = .98, SRMR = .037; RMSEA = .050 (IC90%; .044– .055)

En la tabla 4 se resumen los estadísticos de ajuste del modelo para cada una de las validaciones reportadas.

Tabla 4

Adaptaciones y validaciones del MPFI: Propiedades psicométricas.

Versión/Idioma (Autor, Año)	χ^2	RMSEA	SRMR	CFI	TLI
MPFI-24 Inglés. (Grégoire et al., 2020).	$\chi^2(df=239) = 2305,$ $p < 0.001$	.057	.054	.947	.938
MPFI-24 Francés (Grégoire et al., 2020).	$\chi^2(df=239) = 775,$ $p < 0.001$	.056	.058	.921	.909
MPFI-60 Turco (Ulubay, 2020).	$\chi^2(df=1429) = 3349,$ $p < 0.001$	.070	.021	.97	0.90 (NNFI)
MPFI-60 Italiano (Landi et al., 2021)	$\chi^2(1694) = 6014,$ $p < .001$	.041	.073	.916	.912
MPFI-60 Sueco (Tabrizi et al., 2023)	$\chi^2(df=1644) = 2596.15,$ $p < 0.001$	.029	.047	.955	.952

MPFI-60 Persa. (Azadfar et al., 2022)	$\chi^2(df=1644) = 7906.44,$ $p < 0.001$	.060	No reportado	.93	.92
MPFI-24 Portugués. (Pereira et al., 2023)	$\chi^2 (186) = 469,58,$ $p < 0,001$	.050	.037	.98	.98

Nota: χ^2 = Chi-Cuadrado; CFI= Índice de Ajuste Comparativo; TLI= Índice Tucker-Lewis, RMSEA= Error Cuadrático Medio de Aproximación; SRMR= Residual Cuadrático Medio Estandarizado (SRMR== 0.073.). Valores de CFI y TLI > 0.90, valores de RMSEA \leq 0.08, valores de SRMR \leq 0.09 indican un buen ajuste del modelo.

En conclusión, el inventario MPFI representa un logro significativo en la medición de la flexibilidad psicológica, superando limitaciones de herramientas anteriores, al ofrecer una evaluación multidimensional que abarca las 12 subescalas del modelo Hexaflex. La adaptación y validación de sus versiones en diversos contextos demuestra la capacidad del instrumento para proporcionar datos precisos en contextos clínicos y de investigación. La replicabilidad de la estructura factorial subraya su robustez teórica y metodológica, destacando su relevancia para medir la flexibilidad e inflexibilidad psicológica.

4- Objetivos

4.1. Objetivo General

Adaptar y validar el instrumento de evaluación Multidimensional Psychological Flexibility Inventory (Rolffs et al., 2018) en una población de personas mayores de 18 años, de ambos sexos, residentes en Argentina.

4.2. Objetivos Específicos

- Adaptar lingüísticamente el Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica (MPFI) al español.
- Analizar evidencias de validez de constructo del Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica (MPFI).
- Analizar la confiabilidad del Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica (MPFI).

5- Método

5.1. Diseño

Con el propósito de adaptar y validar el Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica (MPFI; Rolffs et al., 2016) al contexto argentino, se desarrolló un estudio instrumental (Montero & León, 2007). Los estudios instrumentales se consideran dentro de la categoría de trabajos empíricos con metodología cuantitativa, de diseño no experimental, transversal (Hernández Sampieri et al., 2010).

El diseño instrumental constituye una categoría independiente en los estudios de investigación, consiste en “el desarrollo de nuevos procedimientos, aparatos, instrumentos o pruebas, así como sus propiedades psicométricas” (Montero & León, 2007, pg. 124). En esta categoría se sitúan los trabajos que analizan las propiedades psicométricas de los instrumentos de evaluación psicológica (Ato et al., 2013).

Los estudios instrumentales de autoinforme, con respuesta tipo Likert para los ítems, tienen como objetivo evaluar los constructos psicológicos y evidenciar las diferencias interindividuales del rasgo que se proponen medir. Los ítems constituyen la materia prima a partir de la cual se conforma un instrumento de evaluación (Muñiz & Fonseca-Pedrero, 2019).

Los datos del presente estudio fueron recolectados a través de un cuestionario on line en el que se recogieron variables sociodemográficas. Se solicitó a los participantes información acerca del sexo, edad y lugar de residencia.

Para efectuar los análisis estadísticos e inferenciales se empleó el software SPSS 25 y el programa Lisrel 8.80.

5.2. Participantes

Con la finalidad de explorar la validez interna y la varianza factorial del Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica (MPFI), se emplearon dos muestras de participantes: una muestra de sujetos hispanohablantes residentes en Argentina, y una muestra de sujetos angloparlantes residentes en EEUU.

5.2.1. Muestra de Hispanohablantes

Se siguieron las pautas éticas para la investigación con personas, en la primera página se presentó a los participantes una hoja de información para obtener el consentimiento informado antes de recoger las respuestas. Los datos se recopilaron de manera completamente anónima con la finalidad de proteger la privacidad de los participantes.

Se invitó a los sujetos a participar voluntariamente en el estudio, y se solicitó su consentimiento informado (Losada, 2014), cumpliendo con los códigos de conducta ética establecidos por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) (Res. D N ° 2857/06). Se informó que los resultados serían anónimos, y utilizados exclusivamente con fines académico-científicos de acuerdo con la Ley Nacional 25.326 sobre la protección de datos personales.

Se indicó a los participantes que en el caso de que deseen interrumpir la administración del cuestionario, podrían suspenderlo en el acto. Complementariamente, se consignó en el formulario un mail de contacto a fin de que los participantes tengan acceso a comunicarse con la doctoranda, en el caso de que desearan manifestarse sobre el instrumento.

Se obtuvo una muestra incidental no probabilística que incluyó a 866 participantes de la población general, residentes en Argentina, con edades comprendidas entre los 18 y 84 años ($M = 47,33$; $DE = 17,26$) y de ambos sexos (Hombres = 40,9%; Mujeres = 59,1%).

5.2.2. Muestra de angloparlantes

Para efectuar el estudio comparativo, se utilizó una muestra por conveniencia de 1630 participantes angloparlantes, recolectada de manera on line (88.5%), mediante el empleo del sistema ResearchMatch, un método de reclutamiento en línea, diseñado para conectar investigadores con voluntarios interesados en participar en estudios de investigación (Harris et al., 2012).

La edad de los participantes osciló entre 18 y 85 años ($M = 50.1$; $DE = 18.7$). El 77.0 % de la muestra fueron mujeres, el 20.6% hombres y el 2.4% se identificó como minoría de género.

5.3. Instrumento de Evaluación

El Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica (MPFI) (Rolffs et al., 2018) consiste en un cuestionario autoadministrable de 60 ítems con un formato tipo Likert de seis puntos de respuesta, donde 1 representa "Nunca" y 6 "Siempre", que evalúa las doce dimensiones del modelo hexaflex.

La variable Flexibilidad Psicológica incluye seis subdimensiones:

(1) Aceptación (5 ítems; e. g., "Me permití tener pensamientos y emociones negativas aceptándolos en lugar de rechazarlos").

(2) Conexión con el Momento Presente (5 ítems; e. g., "Presté mucha atención a lo que estaba pensando y sintiendo").

(3) Yo Contexto (5 ítems; e. g., “Traté de mantenerme centrado incluso cuando la vida me derrumbó”).

(4) Defusión Cognitiva (5 ítems; e. g., "Pude dejar que las emociones negativas vayan y vengan sin quedar atrapado en ellas").

(5) Conexión con Valores (5 ítems; e. g., "Estuve muy conectado con lo que es importante para mí y para mi vida").

(6) Acción Comprometida (5 ítems; e. g., “Incluso ante el fracaso no dejé de perseguir aquello que es importante para mí”).

Por su parte, la Inflexibilidad Psicológica se compone de seis subdimensiones:

(7) Evitación experiencial (5 ítems; e. g., “cuando tuve un mal recuerdo, traté de distraerme para que desapareciera”).

(8) Falta de contacto con el momento presente (5 ítems; e. g., “hice la mayoría de las cosas de forma automática sin prestar mucha atención a lo que estaba haciendo”).

(9) Ser como Contenido (5 ítems; e. g., “pensé que algunas de mis emociones eran malas o inapropiadas y que no debería tenerlas”).

(10) Fusión Cognitiva (5 ítems; e. g., "mis pensamientos y emociones negativas me acompañaron por mucho tiempo").

(11) Falta de Contacto con Valores (5 ítems; e. g., “a menudo mis prioridades y valores quedaron postergados en mi vida cotidiana”).

(12) Inacción (5 ítems; e. g., "a menudo las emociones negativas me paralizaron y me impidieron actuar").

El cuestionario de la versión abreviada del MPFI respeta las doce dimensiones de la escala original y está compuesto por 12 ítems que se agrupan en los seis factores de Flexibilidad Psicológica, los ítems 3 y 4 componen la subescala "Aceptación"; los ítems 7 y 9 representan el "Contacto con el Momento Presente"; ítems 13 y 15

corresponden al factor "Yo como Contexto"; ítems 16 y 17 componen la "Defusión Cognitiva"; ítems 21 y 23 en "Valores"; ítems 26 y 27 comprenden la subescala "Acción Comprometida"). Asimismo, los factores de Inflexibilidad Psicológica se agrupan en seis dimensiones; los ítems 31 y 33 componen la subdimensión "Evitación Experiencial"; los ítems 36 y 39 "Falta de Contacto con el Momento Presente"; ítems 41 y 45 "Ser como Contenido"; ítems 46 y 47 "Fusión"; ítems 51 y 53 "Falta de Contacto con los Valores"; y los ítems 56 y 58 componen el factor "Inacción".

5.4. Procedimiento

Para la adaptación del MPFI, en primer lugar, se solicitó autorización a los autores del instrumento, Jaci Rolffs, Ronald Rogge y Kelly Wilson, quienes brindaron su aval a través de notificación por correo electrónico.

Se realizó una traducción al idioma castellano de los 60 ítems correspondientes a cada uno de los factores que componen el inventario. Para la adaptación del instrumento del contexto idiomático original al contexto argentino se siguieron los estándares metodológicos internacionales sugeridos por la International Test Commission (ITC) (Hernández et al., 2020).

Se empleó el procedimiento de enfoque en equipo (Douglas & Craig, 2007), el mismo consistió en solicitar a dos profesionales expertos independientes que tradujeran los ítems que componen el instrumento original, manteniendo el sentido psicológico de cada término. Posteriormente, se comparó la traducción con la finalidad de ubicar las áreas problemáticas. Se consideraron las definiciones de cada dimensión de la escala, y luego se tradujeron los ítems englobados en cada uno de los factores de flexibilidad e inflexibilidad psicológica.

En una segunda instancia, se discutieron ambas versiones, y a partir de convergencias y divergencias se acordó una única versión final (Bolaños-Medina & González-Ruiz, 2013; Douglas & Craig, 2007), en la cual se procuró mantener el significado psicológico de cada término.

El estudio se realizó sobre una población de personas residentes en Argentina, la participación fue voluntaria y no se recibió ningún tipo de compensación económica por colaborar con el estudio. Los cuestionarios se administraron a través de un formulario digital, en línea, garantizando el anonimato de los participantes. El tiempo de ejecución del cuestionario llevó 20 minutos, aproximadamente.

5.5. Análisis de Datos

Para la adaptación y validación del MPFI, se emplearon análisis estadísticos descriptivos e inferenciales, con el respaldo del software estadístico SPSS 22 y Lisrel 22.

Se procedió al análisis de datos mediante la aplicación de una matriz de correlación policórica, considerando la naturaleza ordinal de los ítems (Freiberg Hoffmann et al., 2013).

En primer lugar, se analizó la validez de constructo mediante un análisis factorial confirmatorio. Este tipo de análisis permite verificar si los datos recopilados se ajustan a la estructura factorial y al modelo teórico propuesto por el autor (Medrano & Muñoz-Navarro, 2017; Weston & Gore, 2006). Para este fin, se utilizó el método de Estimación de Máxima Verosimilitud Robusta (Holgado-Tello et al., 2018; Ruiz et al., 2010)

La bondad de ajuste del modelo se evaluó considerando el chi-cuadrado (χ^2), el Índice de Ajuste Incremental o Incremental (IFI), el Índice de Ajuste Normalizado (NFI), el Índice de Ajuste No Normalizado (NNFI), el Índice de Ajuste Comparativo

(CFI) y el Error de Aproximación de la Raíz Cuadrada Media (RMSEA), por ser los indicadores más robustos para estimar modelos factoriales (Izquierdo et al., 2014; Medrano & Muñoz-Navarro, 2017). Se consideraron valores de los índices IFI, NNFI y CFI superiores a .90 y valores de RMSEA inferiores a .05 como indicadores de un buen ajuste (Jordán Muiños, 2021; Kline, 2005).

Posteriormente, se evaluó la confiabilidad del MPFI a través del análisis de consistencia interna, teniendo en cuenta el coeficiente Omega de McDonald, siguiendo las recomendaciones de la literatura (Zhang & Yuan, 2016). Se consideraron valores superiores a .70 como indicadores de un buen ajuste (Martínez Arias et al., 2006; Raykov & Marcoulides, 2011).

Con la finalidad de evaluar la invarianza de la medición del MPFI español en comparación con el MPFI en inglés, se utilizó el análisis de factores de correlación múltiples (CFA multi-group), siguiendo el procedimiento descrito por van de Schoot et al. (2012). Se especificó la escala de las variables latentes estableciendo sus interceptos (es decir, medias) en cero y sus varianzas en 1, lo que permitió estimar las cargas factoriales de todos los ítems. En línea con la estructura factorial del MPFI original, se ejecutaron modelos en los cuales 12 subescalas cargaban en dos factores de orden superior.

El primer modelo de grupos múltiples permitió que las cargas de los ítems variaran libremente entre las muestras de hablantes de español y de habla inglesa. Un ajuste adecuado de ese modelo demuestra invarianza configuracional (es decir, invarianza factorial débil), ya que sugiere que ambas formas del MPFI tienen la misma estructura factorial básica.

En el segundo modelo de grupos múltiples se restringieron las cargas de los ítems para que fueran idénticas entre las dos formas del MPFI. Un ajuste adecuado de

ese modelo demuestra invarianza métrica (es decir, invarianza factorial fuerte), ya que sugiere que los ítems cargan en sus respectivos factores en el mismo grado entre las dos formas del MPFI.

6- Resultados

6.1. Traducción de la Escala

En primera instancia, los expertos efectuaron la traducción de los ítems del MPFI al español de manera independiente. Posteriormente, se revisaron las traducciones y luego de discutir las diferencias entre las dos versiones, se llegó a un acuerdo entre los expertos (Bolaños-Medina & González-Ruiz, 2013).

Para evaluar la versión preliminar en español del MPFI y asegurar su claridad y comprensión, se administró a un grupo de 30 participantes de población general y posteriormente se introdujeron las modificaciones adicionales.

6.2. Análisis Factorial Confirmatorio

Con el fin de validar el MPFI, en primer lugar, se efectuó un análisis factorial confirmatorio. En la Tabla 5 se observa que el análisis confirma que el modelo propuesto se ajusta a los datos recopilados (Hair et al., 2010).

Tabla 5

MPFI. Análisis Factorial Confirmatorio.

	$X^2_{(gl)}$	NFI	NNFI	CFI	IFI	RMSEA
MPFIvl	4033.096 (1697)	.97	.98	.98	.98	.041
MPFIvc	630.945 (239)	.97	.98	.98	.98	.044

Nota: MPFIvl= Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica versión larga; MPFIvb= Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica versión breve; IFI= Índice de Ajuste Incremental, NFI= Índice de Ajuste Normado, NNFI= Índice de Ajuste No Normado, CFI= Índice de Ajuste Comparado SRMR= Residuo Estandarizado Cuadrático Medio, IFI= *Incremental Fit Index*; NNFI = *Non-Normed Fit Index*; CFI= *Comparative fit index*.

6.3. Coeficientes de determinación

Se probaron los coeficientes de determinación para la forma extensa de 60 ítems de MPFI (ver Tabla 6).

Tabla 6

Coeficientes de la Versión Larga

ITEM	R ²	<i>A</i>	ITEM	R ²	<i>A</i>	ITEM	R ²	λ
MPFI1-A	.352	.594	MPFI21-V	.664	.815	MPFI41-T	.837	.915
MPFI2-A	.535	.732	MPFI22-V	.698	.836	MPFI42-T	.877	.937
MPFI3-A	.408	.639	MPFI23-V	.702	.838	MPFI43-T	.574	.758
MPFI4-A	.585	.765	MPFI24-V	.609	.781	MPFI44-T	.605	.778
MPFI5-A	.407	.638	MPFI25-V	.491	.701	MPFI45-T	.494	.703
MPFI6-P	.712	.844	MPFI26-C	.755	.869	MPFI46-F	.736	.858
MPFI7-P	.786	.887	MPFI27-C	.806	.898	MPFI47-F	.839	.916
MPFI8-P	.743	.862	MPFI28-C	.806	.898	MPFI48-F	.866	.931
MPFI9-P	.606	.779	MPFI29-C	.758	.871	MPFI49-F	.715	.846
MPFI10-P	.430	.656	MPFI30-C	.649	.806	MPFI50-F	.582	.763
MPFI11-S	.627	.792	MPFI31-E	.755	.869	MPFI51-W	.580	.762
MPFI12-S	.819	.905	MPFI32-E	.802	.896	MPFI52-W	.724	.851
MPFI13-S	.822	.907	MPFI33-E	.813	.902	MPFI53-W	.790	.889
MPFI14-S	.685	.828	MPFI34-E	.628	.793	MPFI54-W	.700	.837
MPFI15-S	.648	.805	MPFI35-E	.574	.758	MPFI55-W	.737	.859
MPFI16-D	.672	.820	MPFI36-L	.595	.772	MPFI56-I	.797	.893
MPFI17-D	.669	.818	MPFI37-L	.784	.886	MPFI57-I	.762	.873
MPFI18-D	.641	.801	MPFI38-L	.891	.944	MPFI58-I	.826	.909
MPFI19-D	.519	.721	MPFI39-L	.894	.946	MPFI59-I	.813	.902
MPFI20-D	.627	.792	MPFI40-L	.893	.945	MPFI60-I	.707	.841

Nota: A=Aceptación; P=Contacto con el momento presente; S=Yo como contexto; D=Defusión; V=Valores; C=Acción comprometida; E=Evitación experiencial; L=Contacto con el momento presente; T=Yo como contenido; F=Fusión; W=Falta de contacto con los valores I=Inacción

Asimismo, se probaron los coeficientes de determinación para la versión breve de 24 ítems del MPFI (ver Tabla 7).

Tabla 7

Coefficientes de la Versión Breve

ITEM	R^2	λ	ITEM	R^2	λ
MPFI3—A	.221	0.471	MPFI31—E	.436	0.661
MPFI4—A	.839	0.916	MPFI33—E	.902	0.950
MPFI7—P	.624	0.790	MPFI36—L	.521	0.722
MPFI9—P	.731	0.855	MPFI39—L	.952	0.979
MPFI13—S	.674	0.821	MPFI41—T	.546	0.739
MPFI15—S	.749	0.866	MPFI45—T	.700	0.837
MPFI16—D	.783	0.885	MPFI46—F	.826	0.909
MPFI17—D	.654	0.809	MPFI47—F	.813	0.902
MPFI21—V	.678	0.824	MPFI51—W	.532	0.730
MPFI23—V	.624	0.790	MPFI53—W	.797	0.893
MPFI26—C	.774	0.880	MPFI56—I	.767	0.876
MPFI27—C	.883	0.940	MPFI58—I	.874	0.935

Nota: A=Aceptación; P=Contacto con el momento presente; S=Yo como contexto; D=Defusión; V=Valores; C=Acción comprometida; E=Evitación experiencial; L=Contacto con el momento presente; T=Yo como contenido; F=Fusión; W=Falta de contacto con los valores I=Inacción

6.4. Consistencia interna

La consistencia interna se evaluó mediante McDonald's Omega (Ventura León & Caycho Rodriguez, 2017), obteniendo valores aceptables (Martínez Arias et al., 2006; Raykov & Marcoulides, 2011) (ver Tabla 8).

Tabla 8

Consistencia interna

		Larga [IC 95%]	Breve [IC 95%]	X^2	<i>df</i>	<i>P</i>
A	ω	.807 [.786-.826]	.672 [.626-.712]	29.109	1	.000
P	ω	.904 [.894-.914]	.808 [.781-.832]	50.206.	1	.000
S	ω	.928 [.920-.935]	.832 [.808-.853]	75.536	1	.000
D	ω	.893 [.881-.904]	.836 [.813-.856]	18.737	1	.000
V	ω	.896 [.885-.906]	.789 [.759-.815]	52.340	1	.000
C	ω	.939 [.932-.945]	.906 [.893-.918]	19.220	1	.000
E	ω	.926 [.918-.933]	.797 [.768-.822]	107.666	1	.000
L	ω	.956 [.951-.960]	.848 [.827-.867]	162.918	1	.000
T	ω	.912 [.903-.921]	.767 [.734-.796]	100.152	1	.000
F	ω	.948 [.942-.953]	.901 [.887-.913]	43.208	1	.000
W	ω	.923 [.915-.931]	.797 [.768-.822]	99.258	1	.000
I	ω	.947 [.941-.952]	.901 [.887-.913]	40.645	1	.000

Nota: A=Aceptación; P=Contacto con el momento presente; S=Yo como contexto; D=Defusión; V=Valores; C=Acción comprometida; E=Evitación experiencial; L=Contacto con el momento presente; T=Yo como contenido; F=Fusión; W=Falta de contacto con los valores I=Inacción

6.5. Invarianza de Medición

La invarianza de la estructura factorial del MPFI se probó en la muestra principal de hablantes de español y en la muestra de angloparlantes mediante modelos de Análisis Factorial Confirmatorio de grupos múltiples.

El modelo que permitió que las cargas de los ítems variaran libremente entre los dos grupos demostró un ajuste adecuado ($\chi^2(3290) = 9758.4$; CFI = .946; SRMR = .044; RMSEA = .039, IC del 90%: LL = .039, UL = .040), lo que sugiere invarianza factorial débil (es decir, invarianza configuracional). Además, el modelo que restringió las cargas de los ítems para que fueran idénticas entre los grupos también demostró un ajuste adecuado ($\chi^2(3350) = 10531.9$; CFI = .941; SRMR = .070; RMSEA = .041, IC del 90%: LL = .040, UL = .042) con solo desplazamientos nominales en los índices de ajuste CFI y RMSEA, muy por debajo de los umbrales que indican falta de invarianza (Chen, 2007), respaldando así la invarianza factorial fuerte (es decir, invarianza métrica).

En conjunto, estos resultados sugieren que la adaptación al español del MPFI tiene una estructura factorial muy similar a la versión original en inglés de la escala.

7- Discusión

El presente estudio se propuso proporcionar una versión en español del Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica (MPFI). Los resultados señalan que los 60 ítems de la versión adaptada son similares a los propuestos por Rolffs et al. (2018).

Los resultados del análisis factorial confirmatorio evidenciaron un ajuste adecuado de los datos al modelo propuesto por los autores, similar a los informados en Portugal (Pereira et al., 2023), Irán (Azadfar et al., 2022), Suecia (Tabrizi et al., 2023), Italia (Landi, et al., 2021), Estados Unidos (Seidler et al., 2020), Canadá (Grégoire et al., 2020), Turquía (Ulubay, 2020), China, Japón (Lin et al., 2020), Francia (Grégoire et al., 2020), ($RMSEA \leq .08$; $CFI \geq .90$). Los análisis de invarianza sugirieron invarianza factorial métrica del MPFI en español al compararlo con el MPFI en inglés, en análisis multigrupo.

Por otro lado, es importante destacar que los valores de los parámetros estimados son adecuados ($\geq .50$), considerando que las cargas factoriales tienden a oscilar alrededor de .50 en la mayoría de los estudios psicológicos (Beauducel & Herzberg, 2006).

Los análisis estadísticos efectuados aportan datos empíricos al modelo teórico, que sostiene la independencia factorial de la flexibilidad e inflexibilidad psicológica.

En relación a la consistencia interna del MPFI, los análisis revelaron que el valor de Omega de McDonald resulta adecuado, tanto en la versión extensa de 60 ítems, como en la forma corta de 24 reactivos. Al comparar los índices de consistencia interna de ambas versiones -larga vs. breve-, se observaron diferencias estadísticamente significativas en todas las dimensiones. Esto indica que la homogeneidad de cada dimensión se vio afectada por la reducción de ítems. Si bien es frecuente obtener índices

de consistencia menores al reducir el número de ítems (Tavakol & Dennick, 2011), es importante asegurar que esto no afecte su homogeneidad (Robinson, 2018). Se podría revisar el conjunto de ítems de la versión larga en el futuro para hacer una nueva selección de ítems que resulte en una versión breve que garantice índices de homogeneidad equivalentes.

Por lo expuesto, se recomienda el empleo de la versión extensa del MPFI como la opción más confiable para el uso clínico. Dado que el modelo de flexibilidad psicológica es central en intervenciones dirigidas a una variedad de trastornos mentales (Liu et al., 2023), como ansiedad, depresión y dolor crónico (Lipsker et al., 2016; McCracken, 2024; Weise et al., 2013; Wicksell et al., 2010), la capacidad de evaluar de manera más integral los procesos del modelo hexaflex resulta fundamental. Este enfoque no solo permite diseñar intervenciones más ajustadas a las necesidades individuales de los pacientes, sino que también fortalece la aplicabilidad clínica de ACT en el contexto argentino.

La construcción y validación de escalas de medición rigurosas, como el MPFI, es esencial para avanzar en el conocimiento científico y en la comprensión de los fenómenos psicológicos. Sin instrumentos adaptados y validados, la evaluación de constructos psicológicos carece de precisión y objetividad. En este sentido, la adaptación y validación del MPFI al español no solo contribuye al desarrollo de un instrumento de medición en contextos hispanohablantes, sino que también consolida los fundamentos teóricos y empíricos de ACT.

En síntesis, la adaptación y validación de instrumentos de evaluación psicológica que cumplan criterios de validez y confiabilidad en diferentes contextos culturales es un proceso que permite garantizar la precisión y relevancia de las evaluaciones. Esto resulta esencial para asegurar que los instrumentos mantengan su validez y

confiabilidad cuando se utilizan en diversas poblaciones, permitiendo una comprensión más precisa de los constructos psicológicos en distintas culturas.

8- Limitaciones del Estudio

Cabe señalar, en relación a las limitaciones del presente estudio, que los resultados reportados se refieren exclusivamente a la estructura factorial -validez factorial- y la consistencia interna -fiabilidad- del MPFI, lo que implica solo un primer enfoque exploratorio en la tarea de validar el instrumento al entorno local. En este sentido, futuras investigaciones deberían continuar explorando las propiedades psicométricas del MPFI en Argentina.

En próximos estudios, resultaría conveniente evaluar la validez convergente del MPFI mediante el estudio de las correlaciones con constructos psicológicos relacionados en la literatura especializada relacionada con la Terapia de Aceptación y Compromiso, como el Cuestionario de Aceptación y Acción-II (AAQ-II, (Bond et al., 2011), la Evaluación Integral de Procesos de Terapia de Aceptación y Compromiso (COMPACT, Francis et al., 2016), el Cuestionario Multidimensional de Evitación Experiencial (MEAQ, Gámez et al., 2011), o el Cuestionario Breve de Evitación Experiencial (BEAQ, Gámez et al., 2014).

Asimismo, se podría validar el MPFI en muestras clínicas para lograr establecer umbrales clínicos, e identificar las dimensiones de flexibilidad e inflexibilidad más estrechamente vinculadas al cambio terapéutico dentro de esas poblaciones específicas.

9- Referencias

- Álvarez García, H. B. (2020). Intervención contextual en un caso de problemas emocionales tras ruptura de pareja . Contextual intervention in a case of emotional problems after a relationship breaku. *Revista de Casos Clínicos En Salud Mental*, 8(1), 37–53.
- American Psychiatric Association. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®. In *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425657>
- Arboleda Guacané, M. A., & Urbina Forero, I. A. (2021). Terapia de Aceptación y Compromiso y uso de metáforas para promover flexibilidad psicológica. *Indagare*, 9, 24–34. <https://doi.org/10.35707/indagare/902>
- Arias Gallegos, W. L. (2021). Antecedentes, desarrollo y consolidación de la psicología cognitiva: un análisis histórico. *Tesis Psicológica*, 16(2), 1–38. <https://doi.org/10.37511/tesis.v16n2a9>
- Assaz, D. A., Tyndall, I., Oshiro, C. K., & Roche, B. (2016). A process-based analysis of cognitive defusion in acceptance and commitment therapy. *Behavior Therapy*, 54(6), 1020-1035.
- Ato, M., López-García, J. J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038–1059. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Azadfar, Z., Abdollahi, A., Patra, I., Chang, Y. P., Alghazali, T., & Talib, S. G. (2022). The Iranian form of psychometric properties of the Multidimensional Psychological Flexibility Inventory. *Psicologia: Reflexao e Critica*, 35(1). <https://doi.org/10.1186/s41155-022-00236-w>
- Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., Walsh, E., Duggan, D., & Williams, J. M. G. (2008). Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, 15(3), 329–342. <https://doi.org/10.1177/1073191107313003>
- Bailey, R. W., Vowles, K. E., Witkiewitz, K., Sowden, G., & Ashworth, J. (2016).

- Examining Committed Action in Chronic Pain: Further Validation and Clinical Utility of the Committed Action Questionnaire. *Journal of Pain*, 17(10), 1095–1104. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.06.011>
- Barbero-Rubio, A. (2022). Editorial. Monográfico sobre la Terapia Contextual: Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *Revista de Psicoterapia*, 33(122), 1–4. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i122.1152>
- Barraca Mairal, J. (2004). Spanish adaptation of the acceptance and action questionnaire (AAQ). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(3), 505–515.
- Barraca Mairal, J. (2007). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Fundamentos, Aplicación en el contexto clínico y Áreas de desarrollo. *Miscelánea Comillas*, 65(127), 761–781.
- Batink, T., Jansen, G., & de Mey, H. (2012). De Flexibiliteits Index Test (FIT-60): Een beknopte beschrijving. *GZ - Psychologie*, 4(5), 18–21. <https://doi.org/10.1007/s41480-012-0043-x>
- Beauducel, A., & Herzberg, P. Y. (2006). On the Performance of Maximum Likelihood Versus Means and Variance Adjusted Weighted Least Squares Estimation in CFA. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 13(2), 186–203. https://doi.org/10.1207/s15328007sem1302_2
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Internatio.
- Beck, A., & Greenberg, E. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York Basic Books.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Beck, A. T. (1983). *Cognitive therapy of depression: New perspectives. Treatment of depression: Old controversies and new approaches*. Raven Press.
- Benoy, C., Knitter, B., Knellwolf, L., Doering, S., Klotsche, J., & Gloster, A. T. (2019). Assessing psychological flexibility: Validation of the Open and Engaged State Questionnaire. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 253–260. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.08.005>

- Berg, E. A. (1948). A simple objective technique for measuring flexibility in thinking. *Journal of General Psychology*, *39*(1), 15–22.
<https://doi.org/10.1080/00221309.1948.9918159>
- Bolaños-Medina, A., & González-Ruiz, V. (2013). Deconstructing the Translation of Psychological Tests. *Meta*, *57*(3), 715–739. <https://doi.org/10.7202/1017088ar>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A Revised Measure of Psychological Inflexibility and Experiential Avoidance. *Behavior Therapy*, *42*(4), 676–688.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Branchi, I. (2022). Plasticity in mental health: A network theory. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *138*. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104691>
- 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*(4), 822–848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Burket, L., Parling, T., Jansson-Fröjmark, M., Reuterskiöld, L., Ahlqvist, J., Shanavazh, S., Reinebo, G., Vinnars, B., Beckman, M., Bohman, B., Rozenhal, A., Larsson, C., Lindgren, A., Linde, J., Bonnert, M., & Lundgren, T. (2021). Development and preliminary evaluation of the psychometric properties of the psychological flexibility in epilepsy questionnaire (PFEQ). *Epilepsy and Behavior*, *115*, 107685.
<https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2020.107685>
- Callaghan, G. M., Sandoz, E. K., Darrow, S. M., & Feeney, T. K. (2015). The Body Image Psychological Inflexibility Scale: Development and psychometric properties. *Psychiatry Research*, *226*(1), 45–52.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.039>
- Caro Gabalda, I. (2013). El estudio de la personalidad en el modelo cognitivo de Beck. *Boletín de Psicología*, *109*(109), 19–49.
- Caro Gabalda, I. (2020). Constructivismo, psicoterapias cognitivas de reestructuración y enfoques contextuales. *Revista de Psicoterapia*, *31*(116), 115–131.
<https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.410>

- Carona, C. (2023). The philosophical assumptions across the ‘three waves’ of cognitive–behavioural therapy: how compatible are they? *BJPsych Advances*, 29(3), 213–217. <https://doi.org/10.1192/bja.2022.12>
- Carretero-Dios, H., & Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales = Norms to development and to review instrumental studies. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 521–551. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=2005-11958-007&site=ehost-live%0Ahugocd@ugr.es>
- Castillo Gonzales, M. E., & Osorio Vizcaino, G. E. (2023). Efectividad de la terapia cognitivo conductual en mujeres víctimas de abuso sexual. Una revisión sistemática. *Polo Del Conocimiento*, 9(10), 1545–1565. <https://doi.org/10.23857/pc.v8i5.5564>
- Ceberio, M. R., & Watzlawick, P. (1998). *La construcción del universo*. Herder.
- Celis Pacheco, R., & Rodríguez Ceberio, M. (2016). *Constructivismo y construccionismo social en psicoterapia. Una perspectiva crítica*. Manual Moderno.
- Cherry, K. M., Hoeven, E. Vander, Patterson, T. S., & Lumley, M. N. (2021). Defining and measuring “psychological flexibility”: A narrative scoping review of diverse flexibility and rigidity constructs and perspectives. *Clinical Psychology Review*, 84, 101973. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101973>
- Coletti, J. P., & Teti, G. L. (2015). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): conductismo, mindfulness y valores. *Vertex*, 26(119), 37–42.
- Cuthbert, B. N. (2015). Research Domain Criteria: Toward future psychiatric nosologies. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(1), 89–97. <https://doi.org/10.31887/dens.2015.17.1/bcuthbert>
- Cuthbert, B. N. (2022). Research Domain Criteria (RDoC): Progress and Potential. *Current Directions in Psychological Science*, 31(2), 107–114. <https://doi.org/10.1177/09637214211051363>
- David, D., Cristea, I., & Hofmann, S. G. (2018). Why Cognitive Behavioral Therapy Is the Current Gold Standard of Psychotherapy. *Frontiers in Psychology*, 9(4), 6–8.

<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00004>

- De los Santos, D. A. (2022). Regulación emocional y terapias psicológicas empíricamente apoyadas: Confluencias, complementariedades y divergencias. *Análisis y Modificación de Conducta*, 48(177), 3–17.
<https://doi.org/10.33776/amc.v48i177.5467>
- Domènech, J. G., & Odriozola, V. N. (2016). Cognitive therapies. *Psiquiatria Biologica*, 23, 40–45. [https://doi.org/10.1016/S1134-5934\(17\)30053-2](https://doi.org/10.1016/S1134-5934(17)30053-2)
- Doorley, J. D., Goodman, F. R., Kelso, K. C., & Kashdan, T. B. (2020). Psychological flexibility: What we know, what we do not know, and what we think we know. *Social and Personality Psychology Compass*, 14(12), 1–11.
<https://doi.org/10.1111/SPC3.12566>
- Douglas, S., & Craig, S. S. (2007). Collaborative and Iterative Translation: An Alternative Approach to Instrument Translation. *SSRN Electronic Journal*, 15(1), 30–43. <https://doi.org/10.2139/ssrn.946274>
- Egusquiza Vásquez, K. (2017). ACT : Una para transitar Reseña Bibliográfica. *Revista Argentina de Ciencias Del Comportamiento*, 9(2), 1–4.
https://books.google.com/books/about/Terapia_de_Aceptación_y_Compromiso.html?hl=es&id=IMjyDQAAQBAJ
- Ellard, K. K., Barlow, D. H., Whitfield-Gabrieli, S., Gabrieli, J. D. E., & Deckersbach, T. (2017). Neural correlates of emotion acceptance vs worry or suppression in generalized anxiety disorder. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 12(6), 1009–1021. <https://doi.org/10.1093/scan/nsx025>
- Errasti-Pérez, J., Al-Halabí, S., López-Navarro, E., & Pérez-Álvarez, M. (2022). Atención plena (mindfulness): por qué es posible que funcione y por qué es seguro que triunfe. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 30(1), 235–248.
<https://doi.org/10.51668/bp.8322112s>
- Fang, S., & Ding, D., Huang, M., & Zheng, Q. (2024). Chinese version of the Simplified Psychological Flexibility Scale-6 (C-Psy-Flex): study of its psychometric properties from the perspective of classical test theory and network analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 32, 100769.

- Fang, S., Ding, D., Ji, P., Huang, M., & Hu, K. (2022). Cognitive Defusion and Psychological Flexibility Predict Negative Body Image in the Chinese College Students: Evidence from Acceptance and Commitment Therapy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(24).
<https://doi.org/10.3390/ijerph192416519>
- Fang, S., Huang, M., & Wang, Y. (2023). Reliability and validity of the Chinese version of personalized psychological flexibility index (C-PPFI) in college students. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *28*, 23–32.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.03.008>
- Faustino, B., Vasco, A. B., Farinha-Fernandes, A., & Delgado, J. (2023). Psychological inflexibility as a transdiagnostic construct: relationships between cognitive fusion, psychological well-being and symptomatology. *Current Psychology*, *42*(8), 6056–6061. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01943-w>
- Flujas-Contreras, J. M. (2021). Protocolo de intervención en flexibilidad psicológica y regulación emocional con terapia contextual en familias: una serie de casos. *Revista de Psicología Clínica Con Niños y Adolescentes*, *8*(3), 50–58.
<https://doi.org/10.21134/rpcna.2021.08.3.6>
- Francis, A. W., Dawson, D. L., & Golijani-Moghaddam, N. (2016). The development and validation of the Comprehensive assessment of Acceptance and Commitment Therapy processes (CompACT). *Journal of Contextual Behavioral Science*, *5*(3), 134–145. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.05.003>
- Freiberg Hoffmann, A., Stover, J. B., De la Iglesia, G., & Fernández Liporace, M. (2013). Correlaciones Policóricas Y Tetracóricas En Estudios Factoriales Exploratorios Y Confirmatorios. *Ciencias Psicológicas*, *21*(2), 151–164.
<https://doi.org/10.22235/cp.v7i1.1057>
- Fryling, M., Rehfeldt, R., Tarbox, J., & Hayes, L. (2023). *Lenguaje y cognición desde el análisis aplicado de la conducta*. Psara.
- 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.
<https://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. <https://doi.org/10.1037/a0023242>
- Garay, C. J., Korman, G. P., & Keegan, E. G. (2015). Terapia Cognitiva basada en Atención Plena (mindfulness) y la <tercera ola> en Terapias Cognitivo-Conductuales. *Vertex, 26*(119), 49–56.
- García-Haro, J., Aranguren-Rico, P., & White-Friedrichs, D. Y. (2024). Aportaciones Críticas a la Terapia de Aceptación y Compromiso Desde la Filosofía de Ortega y Gasset. *Apuntes de Psicología, 42*(3), 237–249.
- García-Martínez, J. (2014). ¿Existe la Terapia Cognitiva? Una reflexión sobre los modelos de psicoterapia centrados en el trabajo con elementos de conocimiento. *Revista de Psicoterapia., 25*(99), 5–30.
- Gelfo, J. P. (2023). Neurobiología del automatismo y su aplicación en psicoterapia Una revisión bibliográfica Neurobiology of automatism and its psychotherapy application. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia., 10*(2), 1–29. https://www.psicociencias.com/pdf_noticias/Neurobiologia_del_automatismo.pdf
- Gentili, C., Rickardsson, J., Holmstr, L., Hesser, H., & Zetterqvist, V. (2024). Exploring psychological flexibility as in-treatment behaviour during internet-delivered acceptance and commitment therapy for paediatric chronic pain : Occurrence and relation to outcome. *Journal of Contextual Behavioral Science, 31*, 100725. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100725>
- Gil Roales-Nieto, J., Moreno San Pedro, E., Córdoba García, R., Martín Romero, B. M., Jiménez López, F. R., Gil Luciano, A., Silvano Arranz, A., Fernández Lao, I. R., Ginmez, G. G., & Hernández-López, M. (2016). Flexibilidad psicologica y autoabandono del tabaco. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 16*(2), 111–130. <https://doi.org/10.1007/s11786-012-0110-0>
- Gloster, A. T., Block, V. J., Klotsche, J., Villanueva, J., Rinner, M. T. B., Benoy, C., Walter, M., Karekla, M., & Bader, K. (2021). Psy-Flex: A contextually sensitive measure of psychological flexibility. *Journal of Contextual Behavioral Science,*

22, 13–23. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.09.001>

- Gonçalves, M. M. (2023). Acceptance and commitment therapy and its unacknowledged influences: Some old wine in a new bottle? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 30(1), 1–9. <https://doi.org/10.1002/cpp.2775>
- González-Fernández, N., & García-González, J. (2012). Metodologías participativas para la mejora del aprendizaje en educación superior. Un proyecto innovador con estudiantes de la facultad de Educación. *Revista Iberoamericana Para La Investigación y El Desarrollo Educativ*, 3(5), 80–93. <https://n9.cl/f3flk>
- Granados Salazar, D., & Ruiz, F. (2024). I Nternational J Ournal of. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 24(2), 171–189. http://ijee.ieefoundation.org/vol2/public_html/ijeeindex/vol2/issue4/IJEE_03_v2n4.pdf
- Grant, D. A., & Berg, E. (1948). A behavioral analysis of degree of reinforcement and ease of shifting to new responses in a Weigl-type card-sorting problem. *Journal of Experimental Psychology*, 38(4), 404–411. <https://doi.org/10.1037/h0059831>
- Greco, L. A., Lambert, W., & Baer, R. A. (2008). Psychological Inflexibility in Childhood and Adolescence: Development and Evaluation of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth. *Psychological Assessment*, 20(2), 93–102. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.20.2.93>
- Grégoire, S., Gagnon, J., Lachance, L., Shankland, R., Dionne, F., Kotsou, I., Monestès, J. L., Rolffs, J. L., & Rogge, R. D. (2020). Validation of the english and french versions of the multidimensional psychological flexibility inventory short form (MPFI-24). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18(December 2019), 99–110. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.06.004>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate Data Analysis*. Pearson Education Limited.
- Harris, P. A., Scott, K. W., Lebo, L., Hassan, N., Lightner, C., & Pulley, J. (2012). ResearchMatch: A national registry to recruit volunteers for clinical research. *Academic Medicine*, 87(1), 66–73. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31823ab7d2>

- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2005). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. Springer Science & Business Media.
- Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., & Guerrero, L. F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies?. *Behavior Therapy, 35*(1), 35–54.
- Hayes, S. C.; Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Desclée de Brouwer.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy, 35*, 639–665.
- Hayes, S. C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies – Republished Article. *Behavior Therapy, 47*(6), 869–885. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.006>
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational frame theory. A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Plenum.
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process- based care. *World Psychiatry, 16*(3), 245–246.
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2021). “Third-wave” cognitive and behavioral therapies and the emergence of a process-based approach to intervention in psychiatry. *World Psychiatry, 20*(3), 363–375. <https://doi.org/10.1002/wps.20884>
- Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Ciarrochi, J. (2023). The Idionomic Future of Cognitive Behavioral Therapy: What Stands Out From Criticisms of ACT Development. *Behavior Therapy, 54*(6), 1036–1063. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.07.011>
- Hayes, S. C., Law, S., Malady, M., Zhu, Z., & Bai, X. (2020). The centrality of sense of self in psychological flexibility processes: What the neurobiological and psychological correlates of psychedelics suggest. *Journal of Contextual Behavioral Science, 15*, 30–38. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.11.005>
- 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), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and Commitment Therapy as a Unified Model of Behavior Change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976–1002. <https://doi.org/10.1177/0011000012460836>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2003). *Acceptance and Commitment Therapy. An experiential Approach to behavior change*. The Guilford Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., & McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: a preliminary test of a working model. *The Psychological Record.*, 54, 553–578. <https://lib.unnes.ac.id/17153/1/1201408017.pdf>
- Hayes, S. C., Strosahl, S., & Wilson, K. G. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso*. Editorial Desclée de Brouwer. https://books.google.com.ar/books?hl=es&lr=lang_es&id=IMjyDQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT3&dq=terapia+de+aceptación+y+compromiso&ots=OWdmoBKybo&sig=BA5FU5rbq3GSLnrOfk41UV0U93s#v=onepage&q=terapia+de+aceptación+y+compromiso&f=false
- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M., & Hildebrandt, M. (2011). Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 141–168. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104449>
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Batten, S. V, Stewart, S. H., & Bond, F. W. (2004). Measuring experiential avoidance: a preliminary test of a working model. *Health (San Francisco)*, 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(6), 1152–1168. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Hayes, S., & Smith, S. (2013). *Sal de tu mente y entra a tu vida*. Desclée de Brouwer.

- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (2015). *Terapia de Aceptación y Compromiso*. Guilford Press. [https://doi.org/10.1016/0003-2697\(76\)90527-3](https://doi.org/10.1016/0003-2697(76)90527-3)
- Hernández, A., Hidalgo, M. D., Hambleton, R. K., & Gómez-Benito, J. (2020). International Test Commission guidelines for test adaptation : A criterion checklist. *Psicothema*, 32(3), 390–398. <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.306>
- Hernandez Sampieri, R., Fernandez Collado, C., & Baptista Lucio, M. del P. (2010). Metodología de la investigación. In *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill. <http://www.casadellibro.com/libro-metodologia-de-la-investigacion-5-ed-incluye-cd-rom/9786071502919/1960006>
- Hofmann, S. G., & Asmundson, G. J. G. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? *Clinical Psychology Review*, 28(1), 1–16. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.09.003>
- Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2022). *Hacia una terapia basada en procesos (TBP)*. Tres olas ediciones.
- Holgado-Tello, F. P., Morata-Ramirez, M. Á., & Barbero García, M. I. (2018). Confirmatory Factor Analysis of Ordinal Variables: A Simulation Study Comparing the Main Estimation Methods. *Avances En Psicología Latinoamericana*, 36(3), 601. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.4932>
- Ibañez Reyes, E. J., Vargas Flores, J. de J., & Mendoza Espinosa, M. A. (2020). Importancia Del Análisis Funcional Como Parte Integral De La Intervención. *Revista Electronica de Psicología Iztalca*, 23(4), 1699–1712.
- Izquierdo, I., Olea, J., & Abad, F. J. (2014). El análisis factorial exploratorio en estudios de validación: Usos y recomendaciones. *Psicothema*, 26(3), 395–400. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.349>
- Jordán Muiños, F. (2021). Valor de corte de los índices de ajuste en el análisis factorial confirmatorio. *Psocial*, 7(1), 66–71.
- Karayannis, N. V., Sturgeon, J. A., Kemani, M. K., Mackey, S. C., Greco, C. M., Wicksell, R. K., & McCracken, L. M. (2023). Pain acceptance and psychological inflexibility predict pain interference outcomes for persons with chronic pain

- receiving pain psychology. *Scandinavian Journal of Pain*, 23(3), 464–475.
<https://doi.org/10.1515/sjpain-2022-0107>
- Kashdan, T. B., Disabato, D. J., Goodman, F. R., Doorley, J. D., & McKnight, P. E. (2020). Understanding psychological flexibility: A multimethod exploration of pursuing valued goals despite the presence of distress. *Psychological Assessment*, 32(9), 829–850. <https://doi.org/10.1037/pas0000834>
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30(4), 467–480.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>
- Kerman, B., & Aloe, E. (2015). *Nuevas Ciencias de la Conducta. Las herramientas del cambio*. Universidad de Flores.
- Keulen, J., Matthijssen, D., Schraven, J., Deković, M., & Bodden, D. (2023). The effectiveness and cost-effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy as a transdiagnostic intervention for transitional-age youth: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 23(1), 1–16.
<https://doi.org/10.1186/s12888-023-04535-z>
- Kline, R. B. (2005). *Structural equation modeling*. The Guilford Press.
- Kong, F., Wang, X., Song, Y., & Liu, J. (2016). Brain regions involved in dispositional mindfulness during resting state and their relation with well-being. *Social Neuroscience*, 11(4), 331–343. <https://doi.org/10.1080/17470919.2015.1092469>
- Koppert, T. Y., van Hoek, R., & Geenen, R. (2024). Dimensions of psychological flexibility and their significance in people with somatic symptoms: The 18-item Flexibility Index Test (FIT-18). *Journal of Health Psychology*, 1–16.
<https://doi.org/10.1177/13591053241239129>
- Landi, G., Pakenham, K. I., Giovannetti, A. M., Presti, G., Boccolini, G., Cola, A., Grandi, S., & Tossani, E. (2021). Italian validation of the Italian multidimensional psychological flexibility inventory (MPFI). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 21, 57–65. <https://doi.org/10.1016/J.JCBS.2021.05.007>
- Landi, G., Pakenham, K. I., Mara, A., Presti, G., Boccolini, G., Cola, A., Grandi, S., & Tossani, E. (2021). Journal of Contextual Behavioral Science Italian validation of

- the Italian multidimensional psychological flexibility inventory (MPFI). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 21, 57–65.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.05.007>
- Larraín - Valenzuela, J., Herrera - Guzmán, Y., Mardones, F., Freire, Y., Kausel, L., & Aboitiz, F. (2022). Aportes históricos de la neurociencia cognitiva y su emergencia en Chile The development of cognitive neuroscience in Chile. *Revista Médica de Chile*, 150, 368–380. www.neurotree.org
- León-Wong, V. C., Heras-Benavides, D., & Polo-Martínez, M. (2022). Terapia breve centrada en soluciones y terapia de aceptación y compromiso para la depresión. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria Koinonía*, 7(1), 516.
<https://doi.org/10.35381/r.k.v7i1.1854>
- Levin, M. E., Luoma, J. B., Lillis, J., Hayes, S. C., & Vilardaga, R. (2014). The acceptance and action questionnaire - stigma (AAQ-S): Developing a measure of psychological flexibility with stigmatizing thoughts. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(1), 21–26. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2013.11.003>
- Levin, M. E., MacLane, C., Daflos, S., Seeley, J. R., Hayes, S. C., Biglan, A., & Pistorello, J. (2013). Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(3), 155–163. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.06.003>
- Lillis, J., & Hayes, S. C. (2008). Measuring avoidance and inflexibility in weight related problems. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 4(4), 348–354. <https://doi.org/10.1037/h0100865>
- Lin, Y. Y., Rogge, R. D., & Swanson, D. P. (2020). Cross-cultural flexibility: Validation of the traditional Mandarin, simplified Mandarin, and Japanese translations of the Multidimensional Psychological Flexibility Inventory. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15, 73–84.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.11.008>
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-Behavioral Therapy for Borderline Personality Disorder*. Guilford Press.
- Lipsker, C. W., Kanstrup, M., Holmström, L., Kemani, M., & Wicksell, R. K. (2016). The parent psychological flexibility questionnaire (Ppfq): Item reduction and

- validation in a clinical sample of swedish parents of children with chronic pain. *Children*, 3(4). <https://doi.org/10.3390/children3040032>
- Liu, H., Liu, N., Chong, S. T., Boon Yau, E. K., & Ahmad Badayai, A. R. (2023). Effects of acceptance and commitment therapy on cognitive function: A systematic review. *Heliyon*, 9(3), e14057. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e14057>
- Lorenzo-Díaz, J. C., Díaz-Alfonzo, H., Dayami Carrete-Friol, Z., Luis Hernández-Quiñones, O., Aimee Barrios-Licor, R., Cuervo Rubio Pinar del Río Cuba, L., & Dorta, M. H. (2021). Noviembre-Diciembre: e5311 Rev Ciencias Médicas. *Revista Ciencias Médicas de Pinar de Río*, 25(6), 5311.
- Losada, A. V. (2014). *En búsqueda de las ciencias de la mente*. (B. Kerman & M. R. Rodríguez Ceberio (eds.)). Universidad de Flores.
- Lowe, H., Toyang, N., Blair, S. 1, Henkel, V., Grant, J., Ali, A., Wilfred, N., & Gordon, L. (2021). Psilocybin-Assisted Supportive Psychotherapy in the Treatment of Major Depression - Quo Vadis? *JAMA Psychiatry*, 78(5), 476–478. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.2901>
- Luciano Soriano, M. C., & Valdivia Salas, M. S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencias. *Papeles Del Psicólogo*, 27(2). <https://doi.org/10.1002/cb>
- Luciano Soriano, M. C., & Valdivia Salas, S. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): fundamentos, características y evidencia. *Papeles Del Psicólogo*, 27(2), 79–91. [http://0-dialnet.unirioja.es.catalog.uoc.edu/servlet/articulo?codigo=2009007&orden=86760&info=link%5Cnhttp://0-dialnet.unirioja.es.catalog.uoc.edu/servlet/extart?codigo=2009007](http://0-dialnet.unirioja.es/catalog.uoc.edu/servlet/articulo?codigo=2009007&orden=86760&info=link%5Cnhttp://0-dialnet.unirioja.es/catalog.uoc.edu/servlet/extart?codigo=2009007)
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). Learning ACT: An Acceptance & Commitment Therapy Skills-Training Manual for Therapists. In *The Psychological Record*. New Harbinger Publications. <https://doi.org/10.1007/bf03395728>
- Maero, F. (2022). *Croquis. Una guía clínica de Terapia de Aceptación y Compromiso*. Editorial Dunken.
- Marín Romero, B., & García-Lecumberri, C. (2023). Psychological inflexibility and

- psychopathological profile in substance addicts: Sex differences. *Revista de Psicopatologia y Psicología Clínica*, 28(3), 167–186.
<https://doi.org/10.5944/rppc.37221>
- Martínez Arias, M. del R., Hernández, M. V. J. V., Lloreda, M. J. H., Martínez-Arias, M. R., Hernández, M. V. J. V., & Hernández, M. V. J. V. (2006). *Psicometría*. Alianza.
- McCracken, L. M., Vowles, K. E., & Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: Component analysis and a revised assessment method. *Pain*, 107(1–2), 159–166. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2003.10.012>
- McCracken, M. L. (2024). Psychological Flexibility, Chronic Pain, and Health. *Annual Review of Psychology*, 75(1). <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-020223-124335>
- Medrano, L. A., & Muñoz-Navarro, R. (2017). Conceptual and Practical Approach to Structural Equations Modeling. *Revista Digital En Investigación En Docencia Universitaria*, 11(1), 213–233.
- Medrano, L. A., & Muñoz-Navarro, R. (2017). Aproximación conceptual y práctica a los Modelos de Ecuaciones Estructurales. *Revista Digital de Investigación En Docencia Universitaria*, 11(1), 219–239. <https://doi.org/10.19083/ridu.11.486>
- Mellado-Pastor, S., Del-Río-Sánchez, C., & Pastor-Morales, J. (2023). La influencia de la evitación experiencial y la fusión cognitiva en personas con diagnóstico de trastorno de pánico y agorafobia y TOC. *Apuntes de Psicología*, 41(2), 69–75. <https://doi.org/10.55414/ap.v41i2.1548>
- Mello, M. H. S., & Almeida, P. E. M. (2021). Teoria das Molduras Relacionais e Desfusão Cognitiva: Discussões e direções para a pesquisa experimental. *Perspectivas Em Análise Do Comportamento*, 12(1), 105–124. <https://doi.org/10.18761/pac.2021.v12.rft.15>
- Messina, I., Bianco, S., Sambin, M., & Viviani, R. (2015). Executive and semantic processes in reappraisal of negative stimuli: Insights from a meta-analysis of neuroimaging studies. *Frontiers in Psychology*, 6, 974–983. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00956>

- Messina, I., Grecucci, A., & Viviani, R. (2021). Neurobiological models of emotion regulation: a meta-analysis of neuroimaging studies of acceptance as an emotion regulation strategy. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, *16*(3), 257–267. <https://doi.org/10.1093/scan/nsab007>
- Mias, C. D. (2020). *Integración de las Neurociencias con la Terapia Cognitivo Conductual y las tareas intersesiones* (D. Tolosa (ed.)). Akadia Editorial. <https://www.researchgate.net/publication/348630619>
- Mikulic, I., & Muños, R. (2004). La construcción y uso de instrumentos de evaluación en la investigación e intervención psicológica: el Inventario de Calidad de Vida Percibida (ICV). *XII Anuario de Investigaciones*, *12*, 193–202. <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v12/v12a19.pdf>
- Molander, P., Andersson, G., & Hesser, H. (2022). Aceptación psicológica en adultos con pérdida auditiva: evaluación psicométrica y validación del cuestionario de aceptación de la audición. *Oído y Audición*, *43*(6), 1752-1760. DOI: 10.1097/AUD.0000000000001245.
- Montero, I., & León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *7*(3), 847–862.
- Muñiz, J., & Fonseca-Pedrero, E. (2019). Ten steps for test development. *Psicothema*, *31*(1), 7–16. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.291>
- Nieto, I., Robles, E., & Vazquez, C. (2020). Self-reported cognitive biases in depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *82*, 101934. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101934>
- O'Connell, M. (2018). *Una vida valiosa. Los procesos de la terapia de aceptación y compromiso*. Ediciones B.
- Páez-Blarrina, M., Gutiérrez-Martínez, O., Valdivia-Salas, S., & Luciano-Soriano, C. (2006). Terapia de aceptación y compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *6*(1), 1–20.
- Paliza Olivares, V. F. (2023). Entendiendo la Terapia de Aceptación y Compromiso: Estado actual y Bases teóricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, *49*(180), 83–

99. <https://doi.org/10.33776/amc.v49i180.7614>
- Pang, N. T. P., Koh, E., Kassim, M. A. M., Shoesmith, W. D., Kamu, A., Ho, C. M., Ng, J. R., & Wider, W. (2022). Enhancing Final-Year Medical Students' Clinical Examinations Performance via a Transdiagnostic ACT-Based Intervention. *Sustainability (Switzerland)*, *14*(13), 1–11. <https://doi.org/10.3390/su14137522>
- Pelaez Lopez, M. A., Lozano Zuluaga, J. J., Narváez Andrade, M. J., & Becerra Hernández, L. V. (2021). El cerebro del meditador de atención plena: de la prospección a la tarea. *Universitas Médica*, *62*(4). <https://doi.org/10.11144/javeriana.umed62-4.brai>
- Pereira, C., Cunha, M., Massano-Cardoso, I., & Galhardo, A. (2023). Avaliação da (in)flexibilidade psicológica na população portuguesa: Validação da versão breve do Multidimensional Psychological Flexibility Inventory (MPFI-24). *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, *9*(1), 1–19. <https://doi.org/10.31211/rpics.2023.9.1.285>
- Pérez Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación= Third-generation behavior therapy /. *Edupsykhé. Revista de Psicología y Educación*, *5*(2), 159–172. <https://doi.org/10.57087/edupsykhe.v5i2.3781>
- Quan-Haase, A., Mo, G. Y., & Wellman, B. (2017). Connected seniors: how older adults in East York exchange social support online and offline. *Information Communication and Society*, *20*(7), 967–983. <https://doi.org/10.1080/1369118X.2017.1305428>
- Queraltó, J. M. (2006). Las metáforas en la psicología cognitivo-conductual. *Papeles Del Psicólogo*, *27*(2), 116–122.
- Raykov, T., & Marcoulides, George A. (2011). *Introduction to Psychometric Theory*. Taylor & Francis.
- Robinson, M. A. (2018). *Using multi-item psychometric scales for research and practice in human resource management*. 739–750. <https://doi.org/10.1002/hrm.21852>
- Rodero, B., Pereira, J. P., Pérez-Yus, M. C., Casanueva, B., Serrano-Blanco, A., Rodrigues da Cunha Ribeiro, M. J., Luciano, J. V., & 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), 1–10. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-62>
- Rodríguez-Riesco, L., Vivas, S., Herrera, A. M., Pérez-Calvo, C., & Ruiz-Duet, A. M. (2022). Behavior therapy: roots, evolution and reflection on the relevance of behaviorism in the clinical context. *Papeles Del Psicologo*, *43*(3), 209–217. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2994>
- Rodríguez Sarmiento, N. (2018). Más allá de los enfoques: tendencias en Psicología Clínica que trascienden las barreras teóricas. *Trans-Pasando Fronteras*, *11*. <https://doi.org/10.18046/retf.i11.2684>
- Rogge, R. D., Daks, J. S., Dubler, B. A., & Saint, K. J. (2019). It's all about the process: Examining the convergent validity, conceptual coverage, unique predictive validity, and clinical utility of ACT process measures. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *14*, 90–102. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.10.001>
- Rolffs, J. L., Rogge, R. D., & Wilson, K. G. (2018). Disentangling Components of Flexibility via the Hexaflex Model: Development and Validation of the Multidimensional Psychological Flexibility Inventory (MPFI). *Assessment*, *25*(4), 458–482. <https://doi.org/10.1177/1073191116645905>
- Ruiz-Ruano, A. M., López-Salmerón, M. D., & Puga, J. L. (2020). Evitación experiencial y uso abusivo del smartphone: un enfoque bayesiano. *Adicciones*, *32*(2), 116–127.
- Ruiz-Ruano García, A. M., García, M. S., José, F., Faz, M., & Puga, J. L. (2022). Propiedades psicométricas de la versión corta del Inventario Friburgo de Mindfulness. *Terapia Psicologica*, *40*(1), 71–92.
- Ruiz, F., Luciano, C., Cangas, A., Psicothema, I. B., & 2013, U. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psicothema*, *25*(1), 123–129. <https://www.unioviado.net/reunido/index.php/PST/article/view/9877>
- Ruiz, M. A., Pardo, A., & Martín, S. (2010). Modelos de ecuaciones estructurales. *Papeles Del Psicólogo*, *31*(1), 34–45.

- Samaniego Luna, N. I., Muñoz Vences, Z. M., & Samaniego Guzmán, E. V. (2020). Terapia cognitivo conductual (TCC) en el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. *Recimundo*, 4(4), 173–187. [https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(4\).noviembre.2020.173-187](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(4).noviembre.2020.173-187)
- Sandín, B., Chorot, P., & Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica = Transdiagnostic: A New frontier in clinical psychology. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11839>
- Sarmiento-Bolaños, M. J., & Gómez-Acosta, A. (2013). Mindfulness. Una propuesta de aplicación en rehabilitación neuropsicológica. *Avances En Psicología Latinoamericana*, 31(1), 140–155.
- Sauer-Zavala, S., Gutner, C. A., Farchione, T. J., Boettcher, H. T., Bullis, J. R., & Barlow, D. H. (2017). Current Definitions of “Transdiagnostic” in Treatment Development: A Search for Consensus. *Behavior Therapy*, 48(1), 128–138. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.004>
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*. Guilford Press.
- Seidler, D., Stone, B., Clark, B. E., Koran, J., & Drake, C. E. (2020). Evaluating the factor structure of the Multidimensional Psychological Flexibility Inventory: An independent replication and extension. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 17, 23–31. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.04.007>
- Shah, J. L., Scott, J., McGorry, P. D., Cross, S. P. M., Keshavan, M. S., Nelson, B., Wood, S. J., Marwaha, S., Yung, A. R., Scott, E. M., Öngür, D., Conus, P., Henry, C., & Hickie, I. B. (2020). Transdiagnostic clinical staging in youth mental health: a first international consensus statement. *World Psychiatry*, 19(2), 233–242. <https://doi.org/10.1002/wps.20745>
- Skinner, B. F. (1957). The experimental analysis of behavior. *American Scientist*, 45(4), 343–371.
- Tabrizi, F. F., Larsson, A. B., Grönvall, H., Söderstrand, L., Hallén, E., Champoux-Larsson, M. F., Lundgren, T., Sundström, F., Lavefjord, A., Buhrman, M., Sundin,

- Ö., McCracken, L., Åhs, F., & Jansson, B. (2023). Psychometric evaluation of the Swedish Multidimensional Psychological Flexibility Inventory (MPFI). *Cognitive Behaviour Therapy*, 52(4), 295–316.
<https://doi.org/10.1080/16506073.2022.2153077>
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach ' s alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53–55. <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>
- Thomas, K. N., Bardeen, J. R., Witte, T. K., Rogers, T. A., Benfer, N., & Clauss, K. (2021). An Examination of the Factor Structure of the Multidimensional Psychological Flexibility Inventory. *Assessment*, 29(8), 1714–1729.
<https://doi.org/10.1177/10731911211024353>
- Thompson, M., Bond, F. W., & Lloyd, J. (2019). Preliminary psychometric properties of the Everyday Psychological Inflexibility Checklist. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 243–252. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.08.004>
- Törneke, N. (2016). *Aprendiendo TMR: una introducción a la Teoría del Marco Relacional y sus aplicaciones clínicas*. Didacbook.
- Ulubay, G. (2020a). Çok boyutlu psikolojik esneklik envanterinin türkceye uyarlanması [BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ SOSYAL]. In *Tesis de Maestría*.
[http://dx.doi.org/10.1038/s41421-020-0164-](http://dx.doi.org/10.1038/s41421-020-0164-0)
[0%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.solener.2019.02.027%0Ahttps://www.golder.com/i](https://doi.org/10.1016/j.solener.2019.02.027)
[nsights/block-caving-a-viable-alternative/%0A???%0Ahttp://dx.doi.org/10.1038/s41467-020-15507-2%0Ahttp://dx.doi.org/10.1038/s41587-020-05](https://www.golder.com/insights/block-caving-a-viable-alternative/%0A???%0Ahttp://dx.doi.org/10.1038/s41467-020-15507-2%0Ahttp://dx.doi.org/10.1038/s41587-020-05)
- Ulubay, G. (2020b). Çok boyutlu psikolojik esneklik envanterinin Türkçeye uyarlanması. Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Valdivieso-Jiménez, G. (2023). Efficacy of Cognitive Behavioural Therapy for Bipolar Disorder: a Systematic Review. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 52(3), 213–224. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.05.006>
- van de Schoot, R., Lugtig, P., & Hox, J. (2012). A checklist for testing measurement invariance. *European Journal of Developmental Psychology*, 9(4), 486–492.
<https://doi.org/10.1080/17405629.2012.686740>

- Vanyukov, P. M., Szanto, K., Hallquist, M. N., Siegle, G. J., Reynolds, C. F., Forman, S. D., Aizenstein, H. J., & Dombrowski, A. Y. (2016). Paralimbic and lateral prefrontal encoding of reward value during intertemporal choice in attempted suicide. *Psychological Medicine, 46*(2), 381–391.
<https://doi.org/10.1017/S0033291715001890>
- Vegas Rocha, J. F. (2023). Aspectos ontológicos del contextualismo funcional: una evaluación epistemológica. *Tesis (Lima), 16*(23), 79–95.
<https://doi.org/10.15381/tesis.v14i18.20>
- Ventura León, J. L., & Caycho Rodriguez, T. (2017). El coeficiente Omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 15*(1), 625–627.
- Vergara Pacheco, A. M., & Ballesteros de Valderrama, B. P. (2021). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en tres víctimas del conflicto armado en Colombia. *Universitas Psychologica, 19*, 1–15.
<https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy19.tacv>
- Vizioli, N. A. (2022). Psychotherapy for emotional regulation from transdiagnostic approach: a review of randomized clinical trials. *Psicogente, 25*(47), 1–19.
<https://doi.org/10.17081/psico.25.47.4895>
- Wowles, K. E., & McCracken, L. M. (2008). Acceptance and values-based action in chronic pain: a study of treatment effectiveness and process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(3), 397.
- Watzlawick, P. (2012). *El lenguaje del cambio: nueva técnica de la comunicación terapéutica*. Herder Editorial.
- Weise, C., Kleinstäuber, M., Hesser, H., Westin, V. Z., & Andersson, G. (2013). Acceptance of Tinnitus: Validation of the Tinnitus Acceptance Questionnaire. *Cognitive Behaviour Therapy, 42*(2), 100–115.
<https://doi.org/10.1080/16506073.2013.781670>
- Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. Guilford.
- Weston, R., & Gore, P. A. (2006). A Brief Guide to Structural Equation Modeling. *The Counseling Psychologist, 34*(5), 719–751.

<https://doi.org/10.1177/0011000006286345>

- Wicksell, R., Lekander, M., & Pain, K. S.-E. J. of. (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*(7), 771-e14.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1090380109002651>
- Wicksell, R., Renöfält, J., Pain, G. O.-... J. of, & 2008, undefined. (n.d.). Avoidance and cognitive fusion—central components in pain related disability? Development and preliminary validation of the Psychological Inflexibility in Pain Scale. *Wiley Online Library*. Retrieved September 10, 2019, from
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/j.ejpain.2007.08.003>
- Zang, Y., Jiang, T., Lu, Y., He, Y., & Tian, L. (2004). Regional homogeneity approach to fMRI data analysis. *NeuroImage*, *22*(1), 394–400.
<https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2003.12.030>
- Zapata-Téllez, J., Ortega-Ortiz, H., Becerra-Palars, C., & Flores-Ramos, M. (2021). Dialnet-TeoriaDeLaMente-8044703. *Panamerican Journal of Neuropsychology*, *15*(1), 171–185. <https://doi.org/10.7714/CNPS/15.1.212>
- Zapata-Téllez, J., Reyes-Ortega, M. A., Somerstein-Heyman, J., & Marin-Nava, A. (2020). ¿Eres lo que piensas? Validación del Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ) en población mexicana. *Apuntes de Psicología*, *38*(3), 159–166.
- Zhang, C. Q., Leeming, E., Smith, P., Chung, P. K., Hagger, M. S., & Hayes, S. C. (2018). Acceptance and commitment therapy for health behavior change: A contextually-driven approach. *Frontiers in Psychology*, *8*, 2350.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02350>
- Zhang, Z., & Yuan, K. (2016). Robust Coefficients Alpha and Omega and Confidence Intervals With Outlying Observations and Missing Data. *Educational and Psychological Measurement*, *76*(3), 387–411.
<https://doi.org/10.1177/0013164415594658>

Anexos

Anexo I

Consentimiento informado

Acepto libre y voluntariamente, sin ningún tipo de coerción, participar en la investigación sobre Flexibilidad Psicológica, llevada adelante por la Lic. Paola Prozzillo.

La investigadora del presente estudio me ha explicado, y he comprendido, que está realizando un trabajo de investigación para su Tesis de Doctorado en Psicología en la Universidad de Flores. Acepto conocer que la finalidad de este estudio es indagar sobre Flexibilidad Psicológica, un constructo central de la Terapia de Aceptación y Compromiso.

Se me ha informado que los resultados serán utilizados para fines académico-científicos. La participación en la investigación no me beneficiará de modo directo, ni recibiré retribución como contrapartida.

Por medio del presente consentimiento declaro, además, que mi edad es igual o mayor a 18 años.

Ante cualquier consulta podrá contactarse al siguiente correo electrónico:

paolaprozzillo@gmail.com

Anexo II

Ítems Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica -MPFI-

Versión en inglés

Dimensiones de Flexibilidad Psicológica:

Acceptance

1. I made room to fully experience negative thoughts and emotions, breathing them in rather than pushing them away.
2. When I had an upsetting thought or emotion, I tried to give it space rather than ignoring it.
3. I was receptive to observing unpleasant thoughts and feelings without interfering with them.
4. I tried to make peace with my negative thoughts and feelings rather than resisting them.
5. I opened myself to all of my feelings, the good and the bad.

Present Moment Awareness

6. I paid close attention to what I was thinking and feeling.
7. I was attentive and aware of my emotions.
8. I was in touch with the ebb and flow of my thoughts and feelings.
9. I was in tune with my thoughts and feelings from moment to moment.
10. I strived to remain mindful and aware of my own thoughts and emotions.

Self as Context

11. I tried to keep perspective even when life knocked me down.
12. When I was scared or afraid, I still tried to see the larger picture.
13. Even when I felt hurt or upset, I tried to maintain a broader perspective.
14. When something painful happened, I tried to take a balanced view of the situation.
15. I carried myself through tough moments by seeing my life from a larger viewpoint.

Defusion

16. I was able to let negative feelings come and go without getting caught up in them.

17. When I was upset, I was able to let those negative feelings pass through me without clinging to them.
18. When I was scared or afraid, I was able to gently experience those feelings, allowing them to pass.
19. I was able to step back and notice negative thoughts and feelings without reacting to them.
20. In tough situations, I was able to notice my thoughts and feelings without getting overwhelmed by them.

Values

21. I was very in touch with what is important to me and my life.
22. I tried to connect with what is truly important to me on a daily basis.
23. I stuck to my deeper priorities in life.
24. Even when it meant making tough choices, I still tried to prioritize the things that were important to me.
25. My deeper values consistently gave direction to my life.

Committed Action

26. Even when I stumbled in my efforts, I didn't quit working toward what is important.
27. Even when times got tough, I was still able to take steps toward what I value in life.
28. Even when life got stressful and hectic, I still worked toward things that were important to me.
29. I didn't let setbacks slow me down in taking action toward what I really want in life.
30. I didn't let my own fears and doubts get in the way of taking action toward my goals.

Dimensiones de Inflexibilidad Psicológica:

Experiential Avoidance

31. When I had a bad memory, I tried to distract myself to make it go away.
32. When unpleasant memories came to me, I tried to put them out of my mind.
33. I tried to distract myself when I felt unpleasant emotions.
34. When something upsetting came up, I tried very hard to stop thinking about it.

35. If there was something I didn't want to think about, I would try many things to get it out of my mind.

Lack of Contact with the Present Moment

36. I did most things on "automatic" with little awareness of what I was doing.
37. I went through most days on autopilot without paying much attention to what I was thinking or feeling.
38. I floated through most days without paying much attention.
39. I did most things mindlessly without paying much attention.
40. Most of the time, I was just going through the motions without paying much attention.

Self as Content

41. I thought some of my emotions were bad or inappropriate and I shouldn't feel them.
42. I believed some of my thoughts are abnormal or bad and I shouldn't think that way.
43. I told myself that I shouldn't be feeling the way I'm feeling.
44. I told myself I shouldn't be thinking the way I was thinking.
45. I criticized myself for having irrational or inappropriate emotions.

Fusion

46. Negative thoughts and feelings tended to stick with me for a long time.
47. Distressing thoughts tended to spin around in my mind like a broken record.
48. It was very easy to get trapped into unwanted thoughts and feelings.
49. When I had negative thoughts or feelings, it was very hard to see past them.
50. When something bad happened, it was hard for me to stop thinking about it.

Lack of Contact with Values

51. My priorities and values often fell by the wayside in my day-to-day life.
52. The things that I value the most often fell off my priority list completely.
53. When life got hectic, I often lost touch with the things I value.
54. I didn't usually have time to focus on the things that are really important to me.
55. When times got tough, it was easy to forget about what I truly value.

Inaction

56. Negative feelings often trapped me in inaction.
57. Getting upset left me stuck and inactive.
58. Negative feelings easily stalled out my plans.
59. Negative experiences derailed me from what's really important.
60. Unpleasant thoughts and feelings easily overwhelmed my efforts to deepen my life.

Ítems Inventario Multidimensional de Flexibilidad Psicológica -MPFI-

Versión en español

Dimensiones de Flexibilidad Psicológica:

Aceptación (Acceptance)

1. Me permití tener pensamientos y emociones negativas aceptándolos en lugar de rechazarlos.
2. Cuando tuve un pensamiento o una emoción molesta, traté de aceptarlo en lugar de ignorarlo.
3. **Estuve dispuesto/a a observar pensamientos y emociones desagradables sin interferir con ellos. ***
4. **Traté de reconciliarme con mis pensamientos y emociones negativas en lugar de resistirlas. ***
5. Acepté todas mis emociones, las buenas y las malas.

Contacto con el momento presente (Contact with the Present Moment Awareness)

6. Presté mucha atención a lo que estaba pensando y sintiendo.
7. **Estuve atento/a y consciente a mis emociones. ***
8. Estuve en contacto con el ir y venir de mis pensamientos y emociones.
9. **Estuve en sintonía con mis pensamientos y emociones en cada momento. ***
10. Me esforcé por estar atento/a y conciente a mis pensamientos y emociones.

Yo como contexto (Self as Context)

11. Traté de mantenerme centrado incluso cuando la vida me derrumbó.
12. Incluso cuando me sentí asustado/a, o temeroso/a intenté mantener una mirada más amplia de lo que estaba ocurriendo.
13. **Incluso cuando me sentí herido/a o molesto/a traté de mantener una mirada más amplia. ***
14. Cuando me sucedió algo doloroso, traté de mantener una mirada equilibrada de la situación.
15. **Logré atravesar momentos difíciles viendo mi vida desde una mirada más amplia. ***

Defusión cognitiva (Cognitive Defusion)

- 16. Pude dejar que las emociones negativas vayan y vengan sin quedar atrapado/a en ellas. ***
- 17. Cuando estuve enojado/a pude dejar que las emociones negativas pasaran a través de mi sin aferrarme a ellas. ***
18. Cuando estuve asustado/a o con miedo, pude experimentar amablemente esas emociones dejándolas pasar.
19. Pude tomar distancia y notar mis pensamientos y emociones negativas sin reaccionar.
20. En situaciones difíciles pude notar mis pensamientos y emociones difíciles sin abrumarme.

Contacto con valores (Contact with Values)

- 21. Estuve muy conectado con lo que es importante para mí y para mi vida. ***
22. Intenté conectarme diariamente con lo que es verdaderamente importante para mí.
- 23. Me mantuve aferrado/a las prioridades más valiosas de mi vida. ***
24. Traté de priorizar las cosas que eran importantes para mí, aún cuando significara tomar decisiones difíciles.
25. Mis valores centrales orientaron la dirección de mi vida de forma constante.

Acción comprometida (Committed Action)

- 26. Incluso ante el fracaso no dejé de perseguir aquello que es importante para mí. ***
- 27. Aún en tiempos difíciles, pude perseguir aquello que valoro en la vida. ***
28. Incluso en tiempos difíciles continué trabajando para conseguir aquello que era importante para mí.
29. No permití que las adversidades me impidieran perseguir aquello que realmente quiero en la vida.
30. No deje que mis propios temores y dudas me impidieran perseguir mis objetivos.

Dimensiones de Inflexibilidad Psicológica:

Evitación experiencial (Experiential avoidance)

- 31. **Cuando tuve un mal recuerdo, traté de distraerme para que desapareciera.**
- 32. Cuando tuve recuerdos desagradables, traté de alejarlos de mi mente.
- 33. **Traté de distraerme cuando sentí emociones desagradables.**
- 34. Cuando algo me molestó, trate de esforzarme en dejar de pensar en ello.
- 35. Cuando apareció algo en lo que no quería pensar intenté muchas cosas para quitarlo de mi mente.

Falta de contacto con el momento presente (Lack of contact with the present moment).

- 36. **Hice la mayoría de las cosas de forma automática sin prestar mucha atención a lo que estaba haciendo.**
- 37. La mayoría de los días funcioné en "piloto automático" sin prestar mucha atención a lo que estaba pensando o sintiendo.
- 38. La mayoría de mis días transcurrieron sin que preste mucha atención.
- 39. **Hice la mayoría de las cosas sin pensar, sin prestar mucha atención.**
- 40. La mayoría de las veces, realicé mis actividades automáticamente, sin prestar mucha atención.

Yo como contenido (Self as Content)

- 41. **Pensé que algunas de mis emociones eran malas o inapropiadas y que no debería tenerlas.**
- 42. Creí que algunos de mis pensamientos eran malos o inapropiados y que no debería tenerlos.
- 43. Me dije a mi mismo/a que no debería sentirme de la manera en la que me sentía.
- 44. Me dije a mi mismo/a que no debería pensar de la manera en la que pensaba.
- 45. **Me critiqué por tener emociones irracionales o inapropiadas.**

Fusión cognitiva (Cognitive Fusion)

- 46. **Mis pensamientos y emociones negativas me acompañaron durante mucho tiempo.**
- 47. **Pensamientos angustiantes tendían a dar vueltas en mi mente todo el tiempo como un disco rayado.**
- 48. Quedé atrapado/a en pensamientos y emociones no deseadas con facilidad.
- 49. Cuando tuve pensamientos o emociones negativas fue muy difícil ver más allá de ellos.
- 50. Cuando sucedió algo malo, fue difícil dejar de pensar en ello.

Falta de contacto con valores (Lack of Contact with Values)

- 51. A menudo mis prioridades y valores quedaron postergados en mi vida cotidiana.**
- 52. Frecuentemente aquello que más valoro quedó completamente fuera de mi lista de prioridades.
- 53. En tiempos difíciles, en general, perdí contacto con aquello que era importante para mí.**
- 54. En general no he tenido tiempo para enfocarme en las cosas que son realmente importantes para mí.
- 55. En tiempos difíciles olvidé fácilmente aquello que verdaderamente valoro.

Inacción (Inaction).

- 56. A menudo las emociones negativas me paralizaron y me impidieron actuar.**
- 57. Sentirme molesto/a frecuentemente me dejó paralizado/a y sin poder reaccionar.
- 58. Mis emociones negativas usualmente obstaculizaron mis planes.**
- 59. Las experiencias negativas me desviaron de lo que considero importante.
- 60. Pensamientos y emociones desagradables fácilmente impidieron que pueda encontrarle un sentido más profundo a mi vida.