

Theoretical and Review Articles // Artículos teóricos y de revisión

- Indah Mulia Sari 5-16 AI Induced Technostress: A Systematic Review of Risks and Opportunities.
A. Malek Mohd Dahlan Hj
Fachry Arsyad
Gumgum Gumelar Fajar Rakhman
Selfiyani Lestari
Siti Vania Khoerunnisa
- CI Onyemaechi 17-37 The Paradox of Pleasure and Protection: A Theoretical Exploration of Sex, Condom Use and Human Flourishing.
RC Ibekwe
CJ Isreal
PO Philip
LA Chibueze
- Danilo Andrés Rodríguez Lizana 39-53 Qualitative Research on the psychotic experience within the Schizophrenia Spectrum from the Perspective of Phenomenological Psychopathology: A Systematic Review.
Diego Francisco Moreno Cortez
Mauro Senatore
Félix Mario Cova Solar

Research Articles // Artículos de investigación

- Fabián O. Olaz 55-77 Aproximación desde el análisis discriminante al rol de la fusión, la evitación experiencial, el pensamiento negativo repetitivo y los valores en la predicción de problemas clínicos. [An Approach from Discriminant Analysis to the Role of Fusion, Experiential Avoidance, Repetitive Negative Thinking, and Values in Predicting Clinical Problems.]
Valeria E. Morán
María E. Caruso
Martín R. Palma
- Jaime Yáñez Lizana 79-92 The Mediating Role of Psychological Inflexibility between Psychotic Experiences and Mental Well-being in University Students.
Reiner Fuentes Ferrada
Daniel Núñez
Vania Martínez
Jorge Gaete
Scarlett Mac-Ginty
Alvaro I. Langer
- Nisrine El Kabbaj 93-103 Post-stroke Depression, Anxiety, and Adjustment Disorder: One-Year Follow-Up Study.
Loubna El Ghalib
Aicha Raoui
Intissar Fikri
Rayaane Likram
Asmae Sikkal
Zineb Serhier
Mohammed Abdoh Rafai
Mohamed Agoub
- Öznur Çınar 105-118 Psychometric Validation Turkish Version Personalized Psychological Flexibility Index (T-PPFI) in Disaster Search and Rescue Volunteers.
Ekrem Cengiz
- Veronika Duci 119-128 Stress, Anxiety and Depression in Adolescents and School Climate.
- María M. Montoya Rodríguez 129-141 Promoting Perspective-Taking in Adults with Intellectual Disabilities through Naturalistic Conditional Discrimination Training.
Vanessa A. de Souza Franco
Beatriz Harana Lahera
Eduardo Polín
David Lobato
Francisco J. Molina Cobos

Notes and Editorial Information // Avisos e información editorial

- Editorial Office 145-148 Normas de publicación-Instructions to Authors.
Editorial Office 149 Cobertura e indexación de IJP&PT. [IJP&PT Abstracting and Indexing.]

ISSN 1577-7057
© 2025 Asociación de Análisis del Comportamiento, Madrid, España
Printed in Spain

IJP&PT

INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHOLOGY & PSYCHOLOGICAL THERAPY

EDITOR

Francisco Javier Molina Cobos
Universidad de Almería, España

REVIEWING EDITORS

Mónica Hernández López
Universidad de Jaén
España

Francisco Ruiz Jiménez
Fundación Universitaria Konrad Lorenz
Colombia

ASSOCIATE EDITORS

Dermot Barnes-Holmes
Ulster University
UK

J. Francisco Morales
UNED-Madrid
España

Mauricio Papini
Christian Texas University
USA

Miguel Ángel Vallejo Pareja
UNED-Madrid
España

Kelly Wilson
University of Mississippi
USA

ASSISTANT EDITORS

Francisco Cabello Luque
Adolfo J. Cangas Díaz

Universidad de Murcia, España
Universidad de Almería, España

<https://www.ijpsy.com>

THE STATEMENTS, OPINIONS, AND RESULTS OF STUDIES PUBLISHED IN *IJP&PT* ARE THOSE OF THE AUTHORS AND DO NOT REFLECT THE POLICY OR POSITION OF THE EDITOR, THE EDITORIAL TEAM, THE *IJP&PT* EDITORIAL BOARD, OR THE AAC; AS TO ITS ACCURACY OR RELIABILITY, NO OTHER GUARANTEE CAN BE OFFERED THAN THAT THE PROVIDED BY THE AUTHORS THEMSELVES.

LAS DECLARACIONES, OPINIONES Y RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS PUBLICADOS EN *IJP&PT* PERTENECEN EN EXCLUSIVA A LOS AUTORES, Y NO REFLEJAN LA POLÍTICA O POSICIÓN DEL EDITOR, DEL EQUIPO EDITORIAL, NI DEL CONSEJO EDITORIAL DE *IJP&PT*, NI DE LA AAC; EN CUANTO A SU EXACTITUD O FIABILIDAD, NO PUEDE OFRECERSE NINGUNA OTRA GARANTÍA QUE NO SEA LA APORTADA POR LOS PROPIOS AUTORES.

***IJP&PT* IS INCLUDED IN THE FOLLOWING INDEXING AND DOCUMENTATION CENTERS:**



Aproximación desde el análisis discriminante al rol de la fusión, la evitación experiencial, el pensamiento negativo repetitivo y los valores en la predicción de problemas clínicos

Fabián O. Olaz*

Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

Valeria E. Morán

Instituto de Investigaciones Sociales, Territoriales y Educativas (CONICET-UNRC), Argentina

María E. Caruso, Martín R. Palma*

Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

ABSTRACT

An Approach from Discriminant Analysis to the Role of Fusion, Experiential Avoidance, Repetitive Negative Thinking, and Values in Predicting Clinical Problems. The aim of the study was to assess the role of four interrelated core behavioral patterns related to psychological distress, framed under the term psychological inflexibility by the principles of Acceptance and Commitment Therapy, in predicting clinical problems related to anxiety, depression and stress. To attempt said purpose a study based on discriminant analysis was conducted using a total sample of 372 participants. A series of psychometric instruments were employed to subdivide the total sample in clinical and non-clinical groups, and to assess each pattern. Depression, Anxiety and Stress Scale, Cognitive Fusion Questionnaire Argentine Version, Acceptance and Action Questionnaire -Argentina Version, Pennsylvania State Worry Questionnaire, and Valuing Questionnaire. The results suggest a complex inflexibility pattern in the case of depression, in which every measure of core behavioral pattern proved relevant in the task of discriminating clinical from non-clinical cases, with strong emphasis on the role of Experiential avoidance and values measures. On the other hand, strong similarities were found in the stress and anxiety models, characterized by a similar pattern in which Cognitive fusion and Worry measures demonstrated greater relevance, leaving the rest of the measures out of the discriminant function.

Key words: psychological inflexibility, discriminant analysis, depression, anxiety, stress.

How to cite this paper: Olaz FO, Morán VE, Caruso ME & Palma MR (2026). Aproximación desde el análisis discriminante al rol de la fusión, la evitación experiencial, el pensamiento negativo repetitivo y los valores en la predicción de problemas clínicos [An Approach from Discriminant Analysis to the Role of Fusion, Experiential Avoidance, Repetitive Negative Thinking, and Values in Predicting Clinical Problems]. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 26, 1, 57-77.

Novelty and Relevance

What is known about the topic?

- The term psychological inflexibility arises from contextual behavioral perspective and constitutes a core process in addressing psychological distress.
- Several studies report high rates of comorbidity among clinical conditions related to anxiety, depression, and stress, with overlapping symptomatology that may be associated with shared underlying dimensions.
- Conceptualizing psychological problems as core behavioral patterns of inflexibility that contribute to the persistence of psychological suffering, and studying them from a process-based approach, is an alternative to the prevailing psychiatric models.

What does this article contribute?

- This study aims to identify the variables that best discriminate between different clinical presentations within a process-based framework.
- It highlights differences across clinical conditions based on core behavioral patterns of inflexibility, such as cognitive fusion, repetitive negative thinking, and experiential avoidance.
- It highlights differences across clinical conditions based on core behavioral patterns of inflexibility, such as cognitive fusion, repetitive negative thinking, and experiential avoidance.

La investigación en psicología clínica no solo mejora la calidad del servicio que se ofrece (p.ej., Mckeon, Alexander, Brodaty, Ferris, Frazer, & Little, 2013), sino que también puede mejorar los resultados de las intervenciones (p.ej., Nickerson, Liddell, Maccallum, Steel, Silove, & Bryan, 2014; Ozdemir *et alii*, 2015; Rochon, du Bois & Lange, 2014). Frente al recurrente foco sobre la eficacia de las intervenciones protocolizadas,

* **Correspondencia:** Dr. Fabián O. Olaz, Laboratorio de Comportamiento Interpersonal, Instituto de Investigaciones Psicológicas, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba, c/ Enfermera Gordillo y E. Barros S/N, Ciudad Universitaria, Córdoba, CP 5000, Argentina. Email: fabian.olaz@unc.edu.ar

en los últimos años ha surgido un renovado interés por los procesos o mecanismos de cambio terapéutico. Es decir, ya no solamente interesa que una intervención funcione, sino también que se pueda explicar por qué funciona.

La filosofía de la Psicoterapia basada en Procesos (PBT) apunta a determinar cuáles son los procesos activos en el cambio terapéutico con el propósito de diseñar intervenciones ajustadas y específicas para cada consultante en particular, considerando siempre el contexto del mismo (Hayes & Hofmann, 2018). Para Hayes y Hofmann, (2018) los procesos se definen como un conjunto de cambios de carácter dinámico, progresivo, de múltiples niveles y basados en la teoría, los cuales ocurren en forma de secuencias predecibles, empíricamente establecidas y orientadas hacia el resultado deseado. Una filosofía de la PBT supone aportar evidencia que permita determinar las dimensiones centrales del sufrimiento humano, para a partir de allí escoger el tratamiento que incluya los procesos fundamentales del cambio terapéutico, los cuales a su vez explicarían el cumplimiento de los objetivos psicoterapéuticos deseados. La utilidad de las dimensiones centrales radica en que las mismas reflejan aquellos aspectos subyacentes a la conducta que contribuyen al mantenimiento de un problema psicológico, sin necesidad de pensar a dicho problema como psicopatológico (Hayes & Hofmann, 2018). De esta manera, en lugar de que la intervención se base en el diagnóstico categorial a partir de los síntomas y desde un enfoque nomotético centrado en la reducción de estos, se propone una intervención basada en procesos. Así, la salud mental se asocia a procesos básicos que permiten a las personas llevar a cabo acciones que potencian sus posibilidades de vivir vidas valiosas, y se apunta a influir en estos procesos (p.ej., Pérez Álvarez, 2006). Este cambio supone además una modificación de los métodos, objetivos y filosofía del tratamiento psicoterapéutico como así también del rol del terapeuta.

Más allá de las virtudes de esta filosofía en psicoterapia en relación a un cambio paradigmático en la forma de conceptualizar y abordar el sufrimiento humano, es importante señalar que esta propuesta no está exenta de dificultades, ya que aún existen divergencias filosóficas, metodológicas y conceptuales que dificultan alcanzar consensos claros respecto de la definición y delimitación de los procesos involucrados en el cambio psicológico e incluso en relación con la definición precisa del término proceso. Esto es visible en el caso de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, Hayes, Strosahl & Wilson, 1999), uno de los modelos más reconocidos dentro de las Terapias de Conducta Contextual.

Así, uno de los modelos más reconocidos en ACT es el denominado Hexaflex, el cual se organiza en torno al proceso central de flexibilidad psicológica y se nutre, a su vez, de seis subprocesos: momento presente, aceptación, defusión, yo-como-contexto, valores y acción comprometida (Hayes, Strosahl & Wilson, 2014). Desde la perspectiva de ACT, la interacción de estos procesos da lugar al bienestar psicológico. Por otra parte, la inflexibilidad psicológica se vincularía a seis dimensiones centrales del sufrimiento humano, que incluye la contracara de los seis procesos (Hayes, Villatte, Levin & Hildebrandt, 2011). También se han propuesto otros modelos que han intentado simplificar esta propuesta utilizando otros términos de nivel medio tales como el yo-como-proceso, hasta nociones más amplias, como “abierto, centrado y activo” (Hayes *et alii*, 2011), entre otros. Sin embargo, existen muchos interrogantes respecto de la diferenciación funcional de los términos de nivel medio en ACT. En particular, surge la cuestión de cuáles son las condiciones límite necesarias para distinguir un término de otro, y para plantear un número específico de procesos.

Los términos de nivel medio han sido y siguen siendo un recurso habitual de la mayoría de los modelos psicoterapéuticos, debido a su amplitud conceptual y su utilidad explicativa y resulta innegable su valor práctico para los clínicos en ACT, ya que operan como herramientas orientadoras para profesionales sin formación conductual, y como guías para todo terapeuta que busque implementar esta terapia de un modo coherente y eficaz (De Houwer & Moors, 2010).

En relación con la definición misma del término proceso, es un aspecto que resulta especialmente relevante en el contexto de las psicoterapias basadas en procesos, ya que esta dificultad puede dar lugar a formulaciones teóricas basadas en este razonamiento circular: el proceso que supuestamente explica un fenómeno se define por la presencia del mismo fenómeno que intenta explicar (Barnes-Holmes, Hussey, McEnteggart, Barnes-Holmes & Foody 2016). Esta dificultad es especialmente notoria cuando se emplean constructos o categorías descriptivas sin un análisis funcional claro.

Desde nuestra perspectiva, y coincidiendo con Barnes-Holmes *et alii* (2016) y con Assaz, Tyndall, Oshiro y Roche (2023) los seis procesos propuestos por ACT se refieren más a procedimientos y resultados que a procesos. Desde una perspectiva contextual conductual enraizada en los principios del análisis de la conducta, la claridad conceptual y la precisión operacional son necesarias para evitar este problema. Una alternativa en este sentido es partir de una definición de Flexibilidad Psicológica más cercana a los principios del Análisis de la Conducta. Desde este marco, es importante señalar que el abordaje de eventos psicológicos basado en procesos ha sido durante mucho tiempo el sello distintivo de la ciencia del comportamiento (Barnes-Holmes & McEnteggart, 2024).

Desde esta perspectiva, un proceso no puede ser abordado más que desde el nivel conductual, por lo cual se definiría como un cambio en la interacción entre un organismo y su contexto (Assaz, Tyndall, Oshiro, & Roche, 2023). Consistentemente, desde la perspectiva de la Teoría de los Marcos Relacionales (RFT), la flexibilidad psicológica puede entenderse como un repertorio de interacción verbal con la propia conducta la cual permite enmarcar los eventos privados en curso dentro de una red relacional jerárquica organizada en torno a una perspectiva deíctica del yo (esto es, Yo-Aquí-Ahora). Este tipo de enmarcado tiende a reducir las funciones discriminativas derivadas asociadas a experiencias privadas aversivas y, de forma complementaria, potencia la influencia de funciones aumentadas de carácter apetitivo, particularmente aquellas vinculadas a valores y a los repertorios conductuales que las sostienen. Definir la flexibilidad psicológica en términos coherentes con RFT permite caracterizar con mayor precisión el proceso central de ACT (una forma de interacción flexible con la propia conducta) como así también permite una concepción alternativa de las diferentes dimensiones centrales del sufrimiento humano desde este modelo.

En este sentido, puede argumentarse que las dimensiones centrales del sufrimiento psicológico no son otra cosa que diferentes patrones comportamentales de interacción problemática con la propia conducta agrupadas bajo el término inflexibilidad psicológica (Luciano, 2016). Dicho patrón involucra un seguimiento de auto reglas que resulta ineficaz en la medida en que, a pesar de los efectos en el corto plazo, implica un malestar prolongado a largo plazo y una disminución en las acciones orientadas hacia los valores personales de cada consultante (Blackledge, 2007). Este patrón de control verbal problemático influye en la manera en la cual interactuamos con nuestras experiencias (Törneke, Luciano & Salas, 2008). A partir de esto, ACT plantea que los problemas de las personas están centrados en su historia de aprendizaje, en torno a cómo han aprendido a derivar pensamientos y emociones, y a relacionarse con los mismos (Luciano, 2016).

Tal como se señaló, la utilidad de una perspectiva PBT es la posibilidad de pensar los problemas psicológicos atendiendo a aquellos aspectos subyacentes a la conducta que contribuyen al mantenimiento de un problema psicológico, sin necesidad de pensar a dicho problema como psicopatológico (Hayes & Hofmann, 2018). Atendiendo a la importancia de conocer los patrones conductuales que contribuyen al mantenimiento del malestar, o que de algún modo bloquean las conductas que acercarían al consultante a una vida valiosa, es que surge el interés por poder identificar algunos de estos patrones de inflexibilidad que están presentes en algunos de los cuadros propuestos desde una perspectiva diagnóstica. Creemos que, a partir de este aporte, se pueden orientar las intervenciones en la clínica de manera que se dé prioridad al trabajo focalizado en patrones de inflexibilidad, a partir de intervenciones basadas en una perspectiva funcional e ideográfica. Atendiendo a ese propósito, en esta investigación nos hemos focalizado en tres cuadros de gran prevalencia: ansiedad, depresión y estrés.

El solapamiento clínico entre ansiedad, depresión y estrés ha sido ampliamente documentado en la literatura, evidenciando las dificultades para establecer categorías diagnósticas que sean simultáneamente exhaustivas y excluyentes, es decir, homogéneas dentro de cada clase y heterogéneas entre clases (Clark & Watson, 1991; Lovibond & Lovibond, 1995a). Esta superposición sintomática plantea desafíos en la delimitación de los cuadros clínicos, especialmente cuando ciertos comportamientos se expresan de manera transversal en distintas condiciones. En coincidencia, Ruiz, Luciano, Flórez, Suárez Falcón y Cardona Betancourt (2020) han señalado que la alta comorbilidad entre ansiedad y depresión podría explicarse por la presencia de dimensiones compartidas como la fusión, la preocupación, la rumia y la evitación experiencial. Asimismo, considerando la elevada comorbilidad entre ansiedad y estrés, es razonable suponer que también en este caso intervienen patrones de comportamiento problemáticos comunes, lo que refuerza la necesidad de abordajes dimensionales y transdiagnósticos.

Desde una perspectiva genérica, se utiliza el término fusión para referirse a contextos donde una persona responde casi exclusivamente a las funciones derivadas de un estímulo, en detrimento de otros controles de estímulo no arbitrarios (Hayes *et alii*, 2014). Un punto importante es que desde la RFT la fusión cognitiva no es inherentemente perjudicial para la persona, ya que es un subproducto natural del lenguaje que involucra el control de la conducta por parte de las funciones derivadas de auto reglas verbales (Törneke *et alii*, 2008). Desde ACT, se considera que esta manera de responder se vuelve problemática cuando conduce a patrones conductuales rígidos y desadaptativos. En estos casos, las transformaciones de funciones que ocurren no son sensibles a otros aspectos del contexto actual y su influencia sobre la conducta se volverá más generalizada a diferentes situaciones, aumentando aún más la probabilidad de respuestas influidas por estas funciones. Cuando este tipo de contexto influye en nuestras interacciones con nuestro comportamiento privado, las funciones autoinstructivas derivadas agregadas a nuestras experiencias internas pasan a controlar otros comportamientos, disminuyendo la flexibilidad, evocando conductas de evitación de eventos privados y/o de impulsividad, debilitando el control de otras funciones verbales útiles, tales como los valores personales (Blackledge, 2007). La persona simplemente reacciona al contenido de estas relaciones verbales, aun cuando es consciente de que este patrón rígido no es lo mejor para su bienestar y conduce a consecuencias problemáticas.

ACT también ha dado un lugar fundamental a la evitación experiencial como un patrón problemático presente en muchos problemas clínicos. La misma se define funcionalmente como una clase de comportamiento de evitación, alejamiento o supresión

de experiencias privadas como también de los eventos que las controlan (Friman, Hayes & Wilson, 1998; Hayes, Kohlenberg & Melancon 1989; Hayes, Wilson, Gifford, Follette & Strosahl, 1996; Hayes *et alii*, 1999; Luciano & Hayes, 2001; Wilson & Luciano, 2002). Este patrón de comportamiento es evocado por las funciones autoinstructivas de estas mismas experiencias. Si bien la evitación cumple con una función básica para la supervivencia, cuando estos patrones se generalizan y se tornan rígidos pueden resultar en aún más sufrimiento (Pérez Álvarez, 2014). Así, los intentos de evitación de las experiencias privadas generan un efecto paradójico, ya que fortalecen las funciones aversivas de los mismos lo que terminaría “atrapando” a las personas en círculos viciosos de evitación obstaculizando la acción o movimiento hacia las cosas valiosas en su vida (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lills, 2006).

Entre las estrategias de evitación experiencial, se destaca una clase de comportamiento en particular: el Pensamiento Negativo Repetitivo (PNR) tanto en forma de rumiación como en forma de preocupación generalizada (McEvoy *et alii*, 2013). El PNR se define como pensamientos repetitivos sobre uno o más temas valorados como negativos. Dichos pensamientos se experimentan como incontrolables e implican una orientación rígida, perseverante, y frecuente que se centra en aspectos negativos del yo y el mundo (Enhring & Watkins, 2008). De acuerdo con Ruiz, Riaño Hernández, Suárez Falcón y Luciano (2016) tanto la preocupación como la rumiación pueden ser utilizadas como estrategias de resolución de problemas que pueden tener funciones adaptativas. Entre las principales consecuencias constructivas del pensamiento repetitivo encontramos la recuperación de eventos angustiantes, la preparación adaptativa y la anticipación (Watkins & Roberts, 2020). Sin embargo, como se ha señalado previamente, la función de este comportamiento puede verse alterada si ocurre en contextos verbales de fusión y evitación experiencial. Cuando la persona experimenta el PNR como una manera de reducir el malestar causado por pensamientos y emociones vividas como displacenteras dicha conducta se supone más probable de repetirse en contextos similares por refuerzo negativo. De esta manera la repetición de ciclos de PNR genera progresivamente que la conducta comience a enfocarse más en PNR y en estrategias de evitación asociadas, y menos en valores.

Los valores pueden ser entendidos como cualidades de acción estables y amplias (ser un padre presente, por ejemplo) o como objetivos amplios (ayudar a las personas) que, cuando son enmarcadas en jerarquía con acciones específicas, funcionan como auto reglas con funciones augmental, cumpliendo de esta manera un rol motivacional. Los valores son horizontes que dan sentido, dirección y significado a la vida (Olaz & Polk, 2021). Desde esta perspectiva, una persona puede cultivar una vida valorada o valiosa, si está dispuesta a moverse hacia aquello que es más importante para ella, aún en presencia de experiencias internas difíciles.

Con el propósito de esclarecer el rol de estos patrones ya mencionados en el malestar psicológico y, a partir de estos resultados, contribuir al diseño de intervenciones más precisas y adecuadas a cada consultante, se planteó como propósito de este estudio evaluar el rol de la fusión, evitación experiencial, PNR y los valores en la discriminación de población clínica y no clínica en relación con las variables depresión, ansiedad y estrés. La finalidad de este estudio es contribuir a la práctica psicoterapéutica basada en procesos aportando evidencia de utilidad no solo para aumentar la eficacia de las intervenciones, sino también su utilidad clínica y eficiencia.

En esta línea, al conceptualizar las dimensiones centrales del sufrimiento humano desde un análisis funcional del lenguaje y la cognición se posibilita el diseño de

estrategias terapéuticas orientadas a debilitar el control verbal desadaptativo y fortalecer patrones conductuales regulados por funciones augmental coherentes con los valores del individuo. Esta aproximación no solo favorece una mayor precisión teórica, sino que también contribuye a una práctica clínica más eficaz y alineada con los principios fundacionales del contextualismo funcional.

MÉTODO

Participantes

Para el establecimiento de los criterios muestrales y la modalidad de recolección de datos, se consideraron aspectos de accesibilidad, antecedentes demográficos y de prevalencia, y criterios metodológicos. Tomando en consideración datos epidemiológicos de salud mental en población general de la República Argentina y datos de prevalencia por rango etario (Stagnaro *et alii*, 2018; Torrente *et alii*, 2021) se utilizó como criterio de inclusión ser argentino y con edad comprendida entre los 18 y 60 años. En la definición del tamaño muestral se consideraron criterios estadísticos propios del análisis discriminante, los cuales establecen que se debe trabajar con al menos 5 casos por variable independiente y un total de al menos 20 casos por cada grupo. Dado que la literatura recomienda la validación del análisis discriminante dividiendo la muestra en dos submuestras (una para la estimación de la función discriminante y la otra para su validación o puesta a prueba, (Hair, Black, Babin & Anderson, 2010) el tamaño mínimo de la muestra para análisis discriminante se estableció en 120 casos.

Atendiendo al criterio de accesibilidad, se optó por una modalidad mixta de recolección de datos, de manera que una parte de la muestra fue convocada de forma presencial y la otra virtual. Respecto a la convocatoria presencial, se decidió llevarlo a cabo en población universitaria, específicamente en estudiantes de psicología de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Los participantes fueron invitados a participar en espacios de la Facultad de Psicología de la UNC. Para la administración en modalidad virtual los participantes fueron convocados a través de la difusión de un panfleto digital vía redes sociales. Para ningún caso se ofreció compensación y en todos los casos se enfatizó el carácter voluntario de la participación.

La muestra total se constituyó con 372 participantes (rango de edad 18-56 años, $M= 28$ y $DT= 6$) de los cuales un 76% fueron mujeres y 24% varones, de los cuales el 35, 75% estuvo bajo tratamiento psicológico, pero no se encontraba en tratamiento al momento del estudio, el 35,22% se encontraba bajo tratamiento psicológico y el 29,3% nunca había recibido tratamiento psicológico. Respecto a la ocupación un 42% se encontraba en situación de "Empleado" en su trabajo, un 28% como Estudiante, un 21% como Trabajador/a independiente, un 5% como "Otro" y un 1% como Dedicado/a a tareas del hogar.

El presente estudio fue aprobado por el comité de ética del instituto de investigaciones psicológicas (CONICET-UNC) Facultad de Psicología, de la Universidad Nacional de Córdoba. Para cada caso y previa a la administración de los instrumentos, se solicitó a los participantes dar consentimiento informado, teniendo como guía principal los principios deontológicos que regulan el accionar del psicólogo, de acuerdo con el *Código* de la Federación de Psicólogos de Argentina (2013). Se garantizó en todo momento el anonimato y plena evitación de referencias que permitían deducir la identidad de los participantes.

Instrumentos y Medidas

Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ; Gillanders *et alii*, 2014). En este estudio se utilizó la versión argentina del CFQ (*Cuestionario de Fusión Cognitiva, Versión Argentina -CFQ-VA-*, elaborada por Quintero, Rodríguez Biglieri, Etchezahar & Gillanders, 2022). El CFQ-VA se creó a fin de estudiar la fusión cognitiva como un proceso independiente y para determinar el impacto que tienen las intervenciones desde ACT en la fusión. El cuestionario mide el nivel de fusión cognitiva que muestra una persona en una variedad de situaciones propuestas. Se trata de una medida de autoinforme de siete ítems, en la que se pide a los participantes que señalen el grado en el que están de acuerdo con cada ítem propuesto, que va desde 1= nunca, hasta 7= siempre. Un ejemplo es “Mis pensamientos me provocan malestar o dolor emocional”. Los resultados del análisis factorial confirmatorio respaldaron una estructura unifactorial, con un coeficiente alfa de Cronbach de .89 para el total de la muestra (Quintero *et alii*, 2022). Las correlaciones ítem-total oscilaron entre .58 y .78 (Quintero *et alii*, 2022), lo que indica que todos los ítems contribuyeron de manera consistente a la escala, evidenciando un adecuado poder discriminativo.

Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II; Bond *et alii*, 2011). En este estudio se utilizó la versión argentina del AAQ-II (*Cuestionario de Aceptación y Acción- VA*; García Díaz, Olaz & Morán, 2015). El AAQ-II evalúa la aceptación psicológica. Cuenta con siete ítems que solicitan señalar el grado de acuerdo con cada afirmación propuesta sobre una escala tipo Likert desde 1= completamente falso, hasta 7= completamente cierto. Un ejemplo es: “Mis recuerdos y experiencias dolorosas me dificultan poder vivir una vida valiosa”. En cuanto a las propiedades psicométricas, son similares a su versión original, se confirmó una estructura unifactorial, acompañada de una adecuada consistencia interna, reflejada en una fiabilidad compuesta de .85 (García *et alii*, 2015).

Penn State Worry Questionnaire (PSWQ-11; Meyer, Miller, Metzger & Borkovec, 1990). En este estudio se utilizó la versión argentina del PSWQ-11 (*Cuestionario de Preocupación del Estado de Pensilvania*; Caruso & Palma, 2023). El PSWQ-11 es una escala unifactorial compuesta por once ítems referidos al modo que tienen las personas de preocuparse. El instrumento posee una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos (de 0= nada, hasta 4= mucho) que indica hasta qué punto la persona se identifica con cada una de las situaciones representadas en cada ítem. Un ejemplo es “Me agobian mis preocupaciones”. Se considera que el PSWQ-11 posee excelentes propiedades psicométricas e incluso se la prefiere a la versión original como medida de evaluación de la preocupación clínicamente relevante (Sandín, Chorot, Valiente & Lostao, 2009). En su adaptación argentina el modelo unifactorial del PSWQ fue ratificado mediante análisis factorial confirmatorio y la consistencia interna de la escala presentó un .95 para el cuestionario total, considerado un valor aceptable (Caruso & Palma, 2023).

Valuing Questionnaire (VQ; Smout, Davies, Burns & Christie 2014). En este estudio se utilizó la versión argentina del VQ (*Cuestionario de valoración-VA*; Caruso & Palma, 2023). El VQ es un cuestionario de autoinforme de 10 ítems que fue diseñado para evaluar hasta qué punto la persona vivió de manera coherente con sus valores en la última semana. Los participantes deben responder por medio de una escala tipo Likert de 7 puntos (0= en absoluto verdad, hasta 6= completamente verdad) a los ítems que se distribuyen en dos subescalas: Progreso (comportamiento que la persona ha llevado a cabo para vivir de acuerdo a sus valores; por ejemplo: “Continué mejorando en ser el tipo de persona que deseo ser”) y Obstrucción (el grado en que las barreras interfirieron en el desarrollo de una vida valorada; por ejemplo: “Parecía como si estuviera comportándome de manera mecánica en vez de centrarme en lo que era importante para mí”). En su adaptación argentina para el presente estudio, el modelo bifactorial se comprobó mediante un análisis factorial confirmatorio y se observó que la consistencia interna de la escala fue .95 para la escala completa, $\omega = .88$ para el factor Progreso, y $\omega = .89$ para el factor Obstrucción (Caruso & Palma, 2023).

Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995b). En este estudio se utilizó la versión argentina del DASS-21 (*Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés*; Caruso & Palma, 2023). DASS-21 es una escala de 21 ítems que posee tres subescalas definidas desde un modelo tripartito de la emoción (Depresión, Ansiedad y Estrés). Los participantes deben responder a cada ítem por medio de una escala tipo

Likert de 4 puntos (0= no me ha ocurrido, hasta 3= me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo) en la cual la persona indica la frecuencia en la cual le ha ocurrido cada afirmación durante la última semana. Por ejemplo “He sentido que valía muy poco como persona” o “He sentido los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico”. Román, Santibáñez & Vinet (2016) han propuesto puntos de corte para la escala de Depresión de 6 (>5), para la escala de Ansiedad de 5 (>4) y para la de Estrés de 6 (>5). El modelo tri-factorial del DASS-21 fue confirmado en su adaptación argentina mediante análisis factorial con una consistencia interna de .95 para el cuestionario total, $\omega = .88$ para el factor depresión, $\omega = .89$ para el factor ansiedad, y $\omega = .88$ para el factor estrés (Caruso & Palma, 2023).

Diseño

Se utilizó un diseño no experimental, transversal y de tipo ex post facto prospectivo simple. La clasificación de los participantes en grupos clínicos y no clínicos se realizó posteriormente a la administración de los instrumentos, en función de los puntos de corte establecidos para la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS 21).

Procedimiento

En la modalidad presencial, los cuestionarios fueron administrados en formato papel en una única sesión grupal a estudiantes de psicología, mientras que en la modalidad online se utilizó un formulario digital que replicaba las mismas instrucciones y contenidos. En ambos casos se garantizó el anonimato de las respuestas y se informó previamente a los participantes acerca de los objetivos del estudio y las condiciones de participación. La totalidad de los instrumentos se aplicaron para ambas modalidades, y los datos obtenidos se integraron en una única base de datos. Los instrumentos fueron administrados únicamente después de obtener el consentimiento informado de los participantes, siguiendo los Principios Deontológicos que regulan la práctica del psicólogo según el Código de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (2013). En primer lugar, se presentó a cada participante una ficha de consentimiento que detallaba el propósito del estudio, la modalidad de conformación de la base de datos, las instrucciones de participación, los derechos de los sujetos y los datos de contacto de los responsables. Se explicitó el carácter voluntario de la participación y las condiciones para solicitar corrección o eliminación de datos.

En la modalidad presencial, los participantes expresaron su conformidad mediante la firma de la ficha, mientras que en la modalidad online se les solicitó marcar la opción *Acepto los términos y condiciones*. En todos los casos, la edad mínima de inclusión fue de 18 años, por lo que no se requirió consentimiento de representantes legales. Una vez otorgado el consentimiento, se procedió a la administración de los instrumentos de autoinforme.

En el caso de la modalidad virtual la invitación a participar incluyó un código de enlace que dirigió a los participantes directamente al formulario de consentimiento en la plataforma de encuestas *Limesurvey*. Aquellos que seleccionaron la opción *Acepto* fueron redirigidos a la página de recolección de datos sociodemográficos y a los cuestionarios de autoinforme, mientras que quienes marcaron la opción *No estoy de acuerdo* finalizaron su participación en ese momento. Durante todo el proceso se garantizó el anonimato y la confidencialidad de los participantes. No se solicitó información identificatoria como nombre, apellido o DNI. En su lugar, cada participante recibió un código único de referencia que permitió vincular sus cuestionarios y, en caso de solicitar revisión o

eliminación de respuestas, localizar sus datos. Se informó que las respuestas permanecerían confidenciales y serían almacenadas únicamente con dicho código en una base de datos accesible solo para los investigadores.

Independientemente de la modalidad, los participantes completaron de manera individual los instrumentos en el siguiente orden: cuestionarios de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21), seguido por las medidas de evitación experiencial (AAQ-II-VA), fusión cognitiva (CFQ-VA), preocupación patológica (PSWQ-VA) y valores (VQ-VA). Se indicó que respondieran de acuerdo con su experiencia personal reciente y se enfatizó que no existían respuestas correctas o incorrectas.

Análisis de Datos

El procesamiento de la información se llevó a cabo utilizando el software SPSS (versión 25). Una vez conformada la muestra, se realizaron pruebas *t* comparando las puntuaciones totales obtenidas en cada instrumento entre los grupos de modalidad presencial y online. No se registraron abandonos ni retiradas durante la administración de los cuestionarios.

Se identificaron casos atípicos univariados mediante el cálculo de puntuaciones *Z* y casos atípicos multivariados a través de la distancia de Mahalanobis y los índices de influencia.

Se verificaron los supuestos estadísticos necesarios para asegurar replicabilidad y consistencia de resultados en los análisis discriminantes, incluyendo normalidad, homocedasticidad y multicolinealidad. Se evaluó la normalidad de las distribuciones mediante la prueba de Kolmogórov-Smirnov. Se examinó también la presencia de multicolinealidad entre las variables independientes, utilizando coeficientes de correlación, índices de tolerancia, valores de *VIF* y proporciones de varianzas. Por último, se comprobó el supuesto de homocedasticidad mediante la prueba *M* de Box.

Una vez comprobados los supuestos, se realizaron tres modelos de análisis discriminante independientes para evaluar la clasificación de las variables psicológicas en relación con los síntomas de depresión, ansiedad y estrés. En los tres modelos de análisis discriminante se empleó el método *Stepwise* o *inclusión por pasos*, tomando como grupos las condiciones clínico y no clínico en depresión, ansiedad y estrés respectivamente. Se utilizaron como variables independientes Fusión cognitiva (medida con el CFQ-VA), Evitación Experiencial (medida con el AAQ-II-VA), Preocupación (medida por el PSWQ-11-VA) y Valores (medidos por el VQ-VA). A pesar de ser cuatro las variables independientes propuestas, en los sucesivos análisis se expresan como cinco, debido a que ambas subescalas del VQ se introdujeron por separado. Esto es, se consideraron Progreso (VQ-PRO) y Obstrucción (VQ-OB), como dos variables independientes, basando esta decisión en el hecho de que ambas subescalas fueron diseñadas para medir aspectos diferentes de la misma variable, y poseen modos de corrección distintos.

Para la conformación de los grupos clínicos y no clínicos para cada VD propuesta se utilizaron puntos de corte previamente establecidos en la literatura para cada instrumento (Román *et alii*, 2016). Los participantes que superaron dichos puntos de corte fueron clasificados como casos clínicos, aquellos que no lo hicieron conformaron los grupos no clínicos. Posteriormente, se conformaron submuestras de análisis y de control para cada modelo de análisis discriminante (AD), siguiendo un procedimiento estratificado que garantizó proporcionalidad en la distribución de participantes clínicos y no clínicos, así como en la representación de mujeres y varones. Esta estrategia permitió validar los resultados obtenidos y asegurar la replicabilidad del estudio. De manera

complementaria, se realizó un análisis descriptivo de comorbilidad para determinar la proporción de casos que superaban simultáneamente los puntos de corte clínico en más de una escala.

RESULTADOS

En los resultados de las pruebas *t* se observaron diferencias en el factor Estrés del DASS-21 ($p = .001$) y en el factor Preocupación patológica del PSWQ ($p < .001$). Los tamaños del efecto para ambos factores fueron $d = .50$ (IC 95% = .19-.81), y $d = .53$ (IC 95% = .22-.84), respectivamente. Si bien el tamaño del efecto obtenido en ambos casos indica una diferencia moderada y estadísticamente significativa, es importante notar que el intervalo de confianza del 95% es relativamente amplio. Esto implica que, aunque podemos afirmar la existencia de un efecto, la estimación de su magnitud exacta no es del todo precisa, ya que el rango es lo suficientemente amplio como para sugerir cierta variabilidad en la estimación. En este contexto, se optó por realizar el análisis discriminante utilizando la muestra completa y no dividir en subgrupos. Trabajar con la muestra completa permite construir un modelo discriminante más robusto y generalizable, ya que se aprovecha la totalidad de los datos disponibles, reduciendo la variabilidad y evitando la pérdida de precisión que surgiría al segmentar la muestra.

En cuanto al flujo de participantes, la totalidad de los casos que conformaron las submuestras de análisis y control fueron incluidos en los modelos, dado que no se registraron abandonos ni retiradas durante la administración de los instrumentos. Los casos atípicos identificados en los análisis preliminares fueron retenidos en la base de datos, siguiendo criterios metodológicos establecidos, por lo que no se produjo exclusión de datos en esta etapa. En la identificación de casos atípicos univariados se encontró que dos de ellos cumplieron el criterio para ser considerados atípicos presentando valores ligeramente superiores a ± 3.29 ($Z = -3.39$) (Lévy Magin & Varela Mallou, 2006). Se observó que los mismos casos que fueron clasificados como atípicos univariados, también lo fueron como atípicos multivariados en la misma variable (VQ-PRO) aunque sus valores de influencia se encontraron en un rango aceptable. Por último, los valores de asimetría y curtosis permitieron concluir que la distribución de las variables fue de tipo normal (George & Mallery, 2001). Teniendo en cuenta estas características, y acorde al criterio propuesto por Tabachnick y Fidell (2007), se decidió retener los casos identificados como atípicos.

En el modelo de depresión la submuestra de análisis quedó conformada por 100 participantes en el grupo clínico (75 mujeres) y 86 el grupo no clínico (66 mujeres). La submuestra de Control quedó conformada por 100 participantes en el grupo clínico (76 mujeres) y 86 en el grupo no clínico (66 mujeres). Para el modelo de Ansiedad la submuestra de análisis quedó conformada por 187 participantes, de los cuales 73 conformaron el grupo clínico (59 mujeres) y 114 participantes el no clínico (83 mujeres). La submuestra de Control quedó conformada por 185 participantes, de los cuales 72 pertenecieron al grupo clínico (58 mujeres) y 113 al grupo no clínico (83 mujeres). Para el modelo de estrés la submuestra de análisis quedó conformada por 187 participantes, de los cuales 125 conformaron el grupo clínico (96 mujeres) y 62 participantes el no clínico (47 mujeres). La submuestra de Control quedó conformada por 185, de los cuales 123 pertenecieron al grupo clínico (95 mujeres) y 62 al grupo no clínico (46 mujeres).

La verificación de supuestos se consideró satisfactoria. En la evaluación de normalidad se encontraron variables que presentaron una $p < .005$ por lo que se concluyó

que el supuesto se cumplía parcialmente, aunque no en su totalidad. Esta condición no se consideró como un impedimento para avanzar en los modelos, ya que se considera que el análisis discriminante es un procedimiento estadístico robusto frente a desviaciones de normalidad, especialmente en muestras amplias donde a mayor tamaño de muestra más probable que dicho supuesto no se cumpla en su totalidad. (Lachenbruch, 1975; Tabachnick & Fidell, 2001). En el examen de multicolinealidad los resultados para los tres modelos fueron satisfactorios mostrando niveles adecuados en todos los casos, sin correlaciones superiores a .90 y con índices de condición inferiores a 30. Por último, al comprobar el supuesto de homocedasticidad los resultados permitieron aceptar la hipótesis nula de igualdad entre las matrices de covarianza de los grupos.

En términos generales, los análisis realizados dieron como resultado funciones de clasificación que resultaron exitosas al discriminar entre los grupos clínicos y no clínicos en depresión, ansiedad y estrés. Los hallazgos principales se resumen en que la evitación experiencial (AAQ), la fusión cognitiva (CFQ) y la preocupación (PSWQ) fueron las variables que presentaron mayor correlación con la función discriminante en los tres modelos, aunque con diferencias específicas según el cuadro clínico. A continuación, se detallan los resultados para cada modelo.

En el modelo de depresión, la tabla 1 muestra sólo las variables que ingresaron en el AD. En este modelo, solo el VQOBS se eliminó ya que su valor de F disminuyó de manera significativa al finalizar el proceso.

Tabla 1. Variables entradas.

Pasos	Variables	λ	g/1	g/2	g/3	F exacta	g/1	g/2	p
1	AAQ	,696	1	1	184,000	80,186	1	184,000	.000
2	VQPRO	,650	2	1	184,000	49,181	2	183,000	.000
3	PSWQ	,607	3	1	184,000	39,321	3	182,000	.000
4	CFQ	,594	4	1	184,000	30,959	4	181,000	.000

Notas: g/= grados de libertad; λ = Lambda de Wilks

En cuanto a la significancia de la función discriminante, se registró una λ de Wilks de .594. Al ser un valor moderado se podría inferir, en principio, un solapamiento entre los grupos. Sin embargo, para su interpretación también se analizó el valor asociado de $\chi^2 = 94.873$, con 4 grados de libertad (ya que eliminó a la VI VQOBS) y un nivel crítico (sig.) de .000. Dicho valor se interpreta en términos de distancia de Mahalanobis, tomando como referencia el valor de guía según los parámetros escogidos (18.4662). Se observó un χ^2 significativamente mayor que permitió rechazar la hipótesis nula de que los grupos comparados tienen promedios iguales en las variables discriminantes.

La matriz de estructura (ver tabla 2) presenta las correlaciones entre las variables discriminantes y las funciones discriminantes canónicas estandarizadas. Variables que presenten una correlación de $\pm .40$ se consideran sustanciales, donde a mayor valor, mayor correlación. Dicha matriz se prefiere en muchos casos dado que se considera más precisa que los coeficientes de función discriminante canónica a la hora de interpretar el poder de predicción de las variables. En este modelo se encontró que todos los valores fueron mayores a $\pm .40$, siendo el AAQ el que mayor valor obtuvo, seguido del CFQ con valores de .798 y .789 respectivamente. De esta manera se puede observar que en el modelo de Depresión la variable que presentó mayor poder de predicción y discriminación fue la evitación experiencial (AAQ), mientras que aquellas que mejor discriminan en conjunto fueron la evitación experiencial (AAQ), el acercamiento a valores (VQPRO), la preocupación (PSWQ) y la fusión (CFQ).

Tabla 2. Matriz de estructura.
Correlaciones entre variables y funciones.

Función 1	r
AAQ	.798
CFQ	.789
PSWQ	.688
VQOBS*	.560
VQPRO	-.482

Nota: *= Variable no utilizada en el análisis.

Respecto al modelo de ansiedad, en la tabla 3 pueden observarse las variables que ingresaron en el modelo de AD, siendo tres las variables eliminadas para este modelo: VQOBS, VQPRO y AAQ. En este modelo el resultado de la correlación canónica es de .530, es decir que la combinación o set de estas dos VIs pueden explicar un 28% de la varianza de la VD, lo que indicaría un poder de discriminación moderado.

Tabla 3. Variables entradas/eliminadas.

Pasos	Variables	λ	gl1	gl2	gl3	F exacta	gl1	gl2	p
1	CFQ	.745	1	1	185,000	63,400	1	185,000	.000
2	PSWQ	.719	2	1	185,000	35,901	2	184,000	.000

Notas: gl= grados de libertad; λ = Lambda de Wilks

En cuanto a la significancia de la función discriminante, se registró una λ de Wilks de .719 lo cual, al ser un valor moderadamente alto, indicaría en principio un solapamiento significativo entre los grupos. Sin embargo, el valor asociado de $\chi^2=60.622$ ($p \leq .001$) permitió determinar que existe independencia en los promedios de las variables discriminantes. La matriz de estructura (ver tabla 4) indicó que todos los valores eran mayores a $\pm .40$, siendo el CFQ el que mayor valor obtuvo, seguido del PSWQ con valores de .937 y .852 respectivamente. De esta manera, la variable que presentó un poder de predicción y discriminación individual más relevante para la ansiedad fue la Fusión Cognitiva (CFQ), mientras que aquellas que mejor discriminan en conjunto fueron la Fusión cognitiva (CFQ) y la Preocupación (PSWQ).

Tabla 4. Matriz de estructura.
Correlaciones entre variables y funciones.

Función 1	r
CFQ	.937
PSWQ	.852
AAQ*	.736
VQOBS*	.591
VQPRO*	-.190

Nota: *= Variables no utilizadas en el análisis.

En el modelo de estrés, la tabla 5 muestra las variables que ingresaron en el proceso, siendo para este modelo tres las variables eliminadas: VQOBS, VQPRO y AAQ. La correlación canónica de .604, indica que la combinación de estas dos VIs puede explicar un 36% de la varianza de la VD, lo que indicaría un poder de discriminación alto, al ser solamente dos VIs.

Tabla 3. Variables entradas.

Pasos	Variables	λ	gl1	gl2	gl3	F exacta	gl1	gl2	p
1	PSWQ	.678	1	1	185,000	88,042	1	185,000	.000
2	CFQ	.635	2	1	185,000	52,890	2	184,000	.000

Notas: gl= grados de libertad; λ = Lambda de Wilks

En relación a la significancia de la función discriminante, se registró una λ de Wilks= .635 ($p \leq .001$), lo cual indica en principio un solapamiento entre los grupos. Sin embargo, el $\chi^2= 83.570$ fue significativo ($p \leq .001$) indicando que los grupos comparados tienen promedios diferentes en las variables discriminantes. En la matriz de estructura (ver tabla 6) todos los valores fueron mayores a $\pm .40$, siendo el PSWQ el que mayor valor obtuvo, seguido del CFQ con valores de .910 y .864 respectivamente. A partir de estos resultados, se observa que la variable que presentó un poder de predicción y discriminación individual más relevante para el estrés fue la preocupación (PSWQ), mientras que aquellas más exitosas a la hora de discriminar en conjunto fueron la Preocupación (PSWQ) y la Fusión cognitiva (CFQ).

Tabla 6. Matriz de estructura.
Correlaciones entre variables y funciones.

Función 1	r
PSWQ	.910
CFQ	.864
AAQ*	.691
VQOBS*	.522
VQPRO*	-.177

Nota: *= Variables no utilizadas en el análisis.

Para los tres modelos expuestos anteriormente, se realizaron pruebas de validación cruzada por muestra dividida para comprobar el desempeño de la función discriminante. De esta manera se comprobó el desempeño de la función tanto en la muestra de análisis como en la muestra control reservada para este fin. En el modelo de depresión, el 78.5 % de los casos de la muestra de análisis y el 78.0 % de los casos en muestra control fueron correctamente clasificados por la función discriminante. En el caso del modelo de ansiedad el 74.9 % de los casos de la muestra de análisis y el 74.6 % de los casos de la muestra control fueron correctamente clasificados por la función discriminante. Por último, en el modelo de Estrés se encontró que el 79.7 % de los casos en muestra de análisis y el 69.7 % de los casos en muestra control fueron correctamente clasificados por la función discriminante. En todos los casos los resultados fueron satisfactorios, alcanzando o superando los porcentajes establecidos como umbral de éxito mediante el criterio de probabilidad proporcional (62,5% para el Modelo de Depresión, 65% para el de Ansiedad y 70% para el de Estrés) pudiendo afirmar que las funciones discriminantes fueron más exitosas que el azar a la hora de clasificar casos y no clínicos por ansiedad, depresión y estrés.

En el análisis descriptivo complementario que determinó la proporción de casos comórbidos (es decir, aquellos que superaron simultáneamente los puntos de corte clínico en más de una escala) se observó que el 58,5% de los casos clínicos de depresión también superaron el punto de corte para ansiedad, el 45,5% para estrés y un 31% para ambos casos. Asimismo, el 80,14% de los casos clínicos de ansiedad presentaron puntuaciones clínicas en depresión, el 93,15% en estrés y un 76,71% para ambos casos. Por último, el 69,88% de los casos clínicos de estrés también superaron el punto de corte para depresión, el 53,82% para ansiedad y un 44,98% para ambos casos.

DISCUSIÓN

Con base en la filosofía PBT, en el presente estudio se propuso evaluar el rol de diferentes patrones conductuales problemáticos desde una visión consistente con ACT

(fusión, evitación experiencial, PNR y valores) en la discriminación de población clínica y no clínica en relación con tres cuadros de gran prevalencia: depresión, ansiedad y estrés.

En primer lugar, los resultados observados en el estudio permitieron corroborar una alta comorbilidad para los tres cuadros incluidos, e incluso un nivel de comorbilidad ligeramente superior para ansiedad y estrés lo cual coincide con los perfiles discriminantes observados. Este resultado, si bien debe considerarse meramente descriptivo, refuerza la necesidad de realizar investigaciones que permitan entender esta comorbilidad por fuera de un enfoque categorial, profundizando en la hipótesis de que este solapamiento entre categorías diagnósticas al uso puede deberse simplemente a patrones comportamentales inflexibles compartidos. Las psicoterapias conductuales contextuales proponen un replanteo de la base y el objetivo de la psicología clínica a partir de una concepción de los eventos psicológicos como un conjunto de interacciones continuas entre organismos completos y contextos definidos histórica y situacionalmente (Hayes, 2004). De esta manera, la visión conductual permite ofrecer una concepción de los problemas psicológicos alternativa a las categorías en uso (Wilson & Luciano, 2002), proponiendo un regreso al análisis funcional de la conducta. De acuerdo con lo señalado, en contraste con modelos de intervención basadas en el diagnóstico categorial a partir de los síntomas de la persona desde un enfoque nomotético centrado en la reducción de síntomas (cambios conductuales directos o de primer orden), una de las características distintivas de las terapias conductuales contextuales es su énfasis en el abordaje basado en procesos.

Basándonos en esta misma hipótesis se decidió realizar modelos discriminantes separados para explorar el poder discriminativo de cada proceso sin asumir que su funcionamiento es idéntico en todos los cuadros. En cada modelo se trabajó con los patrones de inflexibilidad previamente definidos. En relación con este punto, la selección de estos patrones se sustentó principalmente en los resultados de la investigación reportada en la literatura actual sobre predictores del sufrimiento psicológico y como dianas clínicas de intervención (Hayes *et alii*, 2019; Hofmann & Hayes, 2019), y en consideraciones teóricas acerca de los patrones conductuales más asociados a estas categorías. Es por esto por lo que se incluyen medidas de preocupación, fusión cognitiva, evitación experiencial y valores, con el objetivo de observar en qué medida estos patrones discriminan mejor entre cada perfil clínico. Considerando la metodología escogida, cobra aún más relevancia la exclusión de otros procesos dado el solapamiento conceptual entre muchos de ellos y que esto podría implicar un mayor riesgo de multicolinealidad en los resultados.

En relación con el modelo de depresión, se observa un complejo patrón de inflexibilidad en donde todos los patrones incluidos cobran en mayor o menor medida un rol relevante a la hora de diferenciar perfiles clínicos de no clínicos, aunque la evitación experiencial y su costo directo en relación con valores, ocupa un rol central. Estos resultados son consistentes con lo expuesto por autores como Twohig y Levin (2017) que señalaron el solapamiento entre ACT y el enfoque de Activación Conductual (AC) a la hora de conceptualizar la depresión, enfatizando la importancia del bloqueo de la evitación y el desarrollo de patrones de acciones orientadas a valores como un proceso central del cambio terapéutico efectivo. Así, desde la perspectiva de la AC la depresión se entiende como el resultado de un patrón de comportamiento evitativo que obstaculiza el acceso a fuentes estables y diversas de reforzamiento positivo (Kanter, Busch, & Rusch, 2011).

En relación al rol del PNR (en forma de Preocupación) y la fusión cognitiva, los resultados indican que ambos patrones contribuyen a la discriminación, lo cual es consistente con lo esperado, ya que la anticipación de preocupaciones futuras en un

contexto verbal de fusión sin duda aporta al mantenimiento de patrones conductuales de evitación de experiencias internas aversivas, relegando a un segundo plano el desarrollo de acciones comprometidas. Asimismo, esto es consistente con los estudios acerca del rol del PNR como un modo de pensamiento que puede sostener e incrementar patrones de evitación típicos en la depresión (Nolen-Hoeksema, 1991).

En los modelos de ansiedad y estrés también se observaron resultados consistentes con lo reportado en la literatura (Borkovec, Hazlett-Stevens & Diaz, 1999; Lazarus & Folkman 1984; Bond, 2004). Aún con ligeras diferencias, en ambos modelos se encontró que la relación entre preocupación y fusión cognitiva parecía suficiente para diferenciar grupos clínicos y no clínicos. A diferencia del modelo de depresión, en estos modelos no ingresó ninguna otra variable a la función discriminante, lo cual podría indicar que, aun cuando las otras variables pueden ocupar un rol predictivo en estos problemas psicológicos, los mismos se asociarían principalmente a la preocupación y la fusión como patrones de inflexibilidad centrales.

Sin embargo, es importante añadir que, en términos conceptuales, la preocupación y otros patrones de PNR (rumiación, por ejemplo) son controlados en gran medida por funciones de evitación experiencial. Consistentemente, aun cuando la EE no ingresó a las funciones en los modelos de ansiedad y estrés si presentó una correlación individual que podría indicar que su exclusión no se debe a que no cumpla un rol predictivo relevante. Respecto a ese resultado se contemplan dos interpretaciones, una podría ser que, tal como señalan otros estudios, el PNR (preocupación y rumia) puede conceptualizarse funcionalmente como una estrategia de evitación experiencial solo que más asociada al control de eventos privados, funcionando como una estrategia de resolución de problemas inefectiva. Coincidiendo con Luciano (2017), el PNR muchas veces es utilizado como una estrategia de resolución de problemas que permite recuperar coherencia relacional, por lo cual podría inferirse que la denominada EE podría ser un patrón que engloba dos funciones diferentes, una más “pasiva” y asociada a la evitación de experiencias privadas y otra más “activa” y asociada al control y resolución de problemas. Además, podría pensarse que el AAQII es un instrumento que no discrimina entre estas dos funciones principales por lo cual existiría una varianza compartida asociada a las variables, y sería ésta la razón por la que el AAQII quedó excluido de la función.

La segunda interpretación se basa en lo expuesto en relación con el rol de la EE en contextos de estaculización de valores. Así, se podría pensar que en casos de ansiedad o estrés el malestar está principalmente relacionado con la preocupación y la fusión en la medida en que la persona logra en algún punto desarrollar acciones vinculadas a lo que considera importante en algún área de su vida. De esta manera, aún en presencia de intentos de control o evitación vía PNR la persona logra exponerse a situaciones donde puede contactar con reforzadores positivos. Por el contrario, en el caso de la depresión, donde las estrategias de evitación se complejizan y generalizan al punto que la persona tiende a evitar eventos externos asociados al malestar, la persona pierde contacto con potenciales fuentes de reforzamiento.

Tomando los resultados en su conjunto, podría pensarse que las dimensiones comunes a los diferentes problemas psicológicos aquí estudiados son la preocupación o alguna forma de PNR, y la fusión cognitiva, lo cual es consistente con la literatura al reflejar la importancia del rol de la fusión en el malestar psicológico, y la importancia del contexto verbal en el que ocurren los eventos privados displacenteros a la hora de conceptualizar el malestar. Por otro lado, coincide con algunos estudios (Ruiz, Luciano, Flórez, Suárez Falcón, & Cardona Betancourt, 2020) que proponen al PNR y la evitación

experiencial como dimensiones centrales del malestar principalmente en casos de ansiedad y depresión, alegando que la alta comorbilidad entre estos dos cuadros puede deberse a compartir dimensiones centrales. Si bien los resultados obtenidos en el presente estudio coinciden en gran medida con el enfoque de Ruiz *et alii* (2020), los mismos también sugieren que en base al poder discriminativo diferencial de las diferentes variables incluidas, resultaría más esperable una alta comorbilidad entre ansiedad y estrés, que entre depresión y ansiedad.

Hayes, Ciarrochi, Hofmann, Chin y Sahdra (2022) argumentan que los enfoques metodológicos y estadísticos tradicionales para estudiar procesos de cambio se sustentan en supuestos matemáticos que, en muchos casos, limitan el progreso científico en esta área. Como alternativa, proponen focalizar en procesos de cambio biopsicosociales evaluados mediante un enfoque idionómico, el cual parte de una evaluación idiográfica frecuente y escala progresivamente hacia hallazgos de nivel nomotético. Este enfoque se centra en comprender la dinámica funcional de los procesos psicológicos a nivel del individuo, antes de establecer explicaciones nomotéticas promedio entre grupos. Desde esta perspectiva, el foco está en identificar patrones funcionales únicos, sensibles al contexto y a la historia del sujeto, así como en predecir y modificar trayectorias conductuales concretas. En esta línea, los modelos de Análisis Discriminante aquí presentados son coherente con el enfoque idionómico, en tanto permite identificar patrones funcionales individualizados, capturando relaciones multivariadas idiosincráticas y permite estimar funciones discriminantes personalizadas, útiles para anticipar cambios clínicamente relevantes que pueden permitir desarrollar intervenciones basadas en patrones propios de cada paciente.

Por todo esto, los resultados observados aportan evidencia de utilidad para el desarrollo de intervenciones más precisas y basadas en procesos específicos que sean útiles para el abordaje de cada patrón de inflexibilidad, en cada persona particular. Así, por ejemplo, podemos pensar que, en algunos problemas psicológicos más asociados a manifestaciones clínicas usualmente reportadas como depresión, el trabajo podría focalizarse en intervenciones con base en procesos de Reforzamiento Diferencial, orientado al establecimiento de acciones comprometidas, sin necesidad de centrarse en el trabajo orientado a fusión o preocupación. Esta perspectiva es consistente con modelos conductuales tales como el de AC en donde se propone el cambio de afuera hacia adentro (Kanter *et alii*, 2011). Asimismo, en aquellos casos en donde este abordaje de activación simple no funciona, podría evaluarse e intervenir en PNR.

Si bien los resultados observados suponen un aporte preliminar de importancia para la clínica y el desarrollo de futuras investigaciones que permitan ampliar su alcance, es de importancia señalar algunas limitaciones. La primera limitación se relaciona con la muestra y la administración de los cuestionarios, ya que la muestra presencial se realizó en una única ocasión sobre la misma población (estudiantes de psicología) y la cantidad de respuestas obtenidas de esta manera representó solo un 12.40% de la muestra total. Si bien la modalidad mixta de recolección responde a criterios de accesibilidad y es frecuente en investigaciones actuales, podría introducir sesgos vinculados al contexto de respuesta. Aunque se verificó la consistencia de los datos entre ambas modalidades en la mayoría de las escalas, se observaron diferencias en las puntuaciones de estrés (DASS-21) y preocupación (PSWQ), lo que podría indicar la presencia de algún tipo de sesgo de respuesta.

En el mismo sentido, a la hora de dividir la muestra en grupos clínicos y no clínicos se eligieron puntos de corte que asumimos podrían maximizar las diferencias

entre los grupos, en oposición a subclasificaciones como bajo-medio-alto malestar. Si bien dichos puntos de corte ya han sido utilizados en otros estudios (Román *et alii*, 2016), consideramos que se podría replicar esta investigación atendiendo a una mayor cantidad de grupos que se correspondan con diferentes rangos de puntuación.

Por otro lado, en relación con la variable de género se encontró que en la muestra solo dos participantes optaron por las opciones otro y prefiero no decirlo, por lo cual la muestra del estudio no aporta información representativa de la población que se identifica por fuera de las categorías mujer y varón. En un intento de resolver este problema se decidió computar esos casos junto con el grupo que presentaba la mayor cantidad de casos. Se sugiere que futuras investigaciones en esta línea consideren buscar asegurar mayor representatividad de las categorías de género por fuera de mujer y varón.

Asimismo, el hecho de que la muestra esté compuesta mayoritariamente por estudiantes de psicología limita la generalización de los resultados a otras poblaciones. No obstante, coincidimos con Hayes *et alii* (2019) en relación con la importancia de considerar el contexto social, psicológico y físico a la hora de estudiar y abordar procesos de cambio, por lo cual podría concluirse que los modelos aquí identificados pueden ser de utilidad para la toma de decisiones clínicas en poblaciones específicas de estudiantes universitarios de psicología. En esta línea, nuestro equipo de investigación ha venido desarrollando estrategias de abordaje basadas en ACT en esta población, por lo cual los resultados aquí obtenidos pueden ser de gran utilidad para el desarrollo de estas intervenciones de manera consistente con una Práctica Basada en la Evidencia

En lo que respecta a los instrumentos incluidos en el estudio, todos los instrumentos utilizados tanto para la división de la muestra como para la medida de las variables independientes han sido medidas de autoinforme. Aunque los autoinformes son el método de recogida de información más utilizado en evaluación psicológica (Fernández Ballesteros, 1986) los mismos presentan algunas dificultades ya que pueden estar influidos por una serie de fuentes de sesgo que se dan con independencia de su contenido. La elección de medidas de autoinforme se realizó priorizando la factibilidad del estudio y la relación costo-eficacia, y se tomaron algunos recaudos orientados a mitigar el impacto de las posibles fuentes de sesgo (se garantizó el total anonimato de las respuestas a la vez que se indicó de qué manera se garantizaría esto previo a la aplicación de los instrumentos, por ejemplo). Aun así, consideramos que futuras investigaciones en esta línea deberían incluir otros indicadores y evaluaciones clínicas más exhaustivas a la hora de discriminar entre grupo clínico y no clínico. Esto se hace aún más importante desde el Análisis de la Conducta Clínica.

En particular, coincidimos con Barnes-Holmes, Hussey, McEnteggart, Barnes-Holmes y Foody (2016) en que una medida psicométrica no necesariamente capta un patrón o un proceso funcional. En el mejor de los casos, los instrumentos psicométricos operan como indicadores indirectos de procesos y patrones funcionales. Así, responder a un cuestionario sobre fusión solo proporciona un autorreporte sobre dicha experiencia, pero no necesariamente refleja el patrón conductual de fusión en acción. Si bien buena parte de la investigación clínica incluida la que se enmarca en las ciencias conductuales contextuales hace uso de este tipo de indicadores indirectos y esto en parte es lo que nos ha alentado a desarrollar este estudio, consideramos fundamental el desarrollo de medidas más directas para su utilización en estudios sobre procesos, procedimientos y resultados en la investigación clínica.

Finalmente, y con relación a análisis estadístico, los valores de asimetría y curtosis indicaron una distribución aproximadamente normal para las variables incluidas,

y los casos atípicos fueron evaluados y retenidos siguiendo criterios metodológicos establecidos. No obstante, se observó que algunas variables presentaron desviaciones parciales respecto a la normalidad. Aun cuando el análisis discriminante supone cierta normalidad en la distribución de las variables independientes, diversos estudios han señalado que esta técnica es suficientemente robusta ante desviaciones moderadas de dicho supuesto (Hair *et alii*, 2010; Tabachnick & Fidell, 2007). Aun así, los resultados deberían interpretarse tomando esto en consideración y a complementar en futuros estudios con técnicas no paramétricas o modelos alternativos que permitan contrastar los hallazgos desde otras perspectivas.

Aún con estas limitaciones, podemos concluir que los resultados observados son consistentes con lo esperado y que los objetivos de esta investigación fueron alcanzados. Consideramos que los estudios realizados aportan evidencia preliminar de utilidad para el desarrollo de intervenciones precisas y ajustadas a procesos de cambio útiles para las dimensiones identificadas, aumentando de esta manera la eficiencia y utilidad clínica de acuerdo a las necesidades particulares de cada consultante. Se partió del supuesto de que cada dimensión central incluida estaría involucrada diferencialmente en la discriminación clínica y no clínica de los participantes, y se pudo obtener información respecto al rol de cada variable independiente a la hora de discriminar la pertenencia a un grupo clínico o no clínico en cada problema psicológico estudiado.

REFERENCIAS

- Assaz DA, Tyndall I, Oshiro CKB & Roche B (2023). A Process-Based Analysis of Cognitive Defusion in Acceptance and Commitment Therapy. *Behavior Therapy*, 54, 1020-1035. Doi: 10.1016/j.beth.2022.06.003
- Barnes-Holmes Y & McEnteggart C (2024). Process-Based Behavior Therapy (PBBT): Where Relational Frame Theory Meets Clinical Practice. *The Psychological Record*, 74, 573-589. Doi: 10.1007/s40732-024-00615-y
- Barnes-Holmes Y, Hussey I, McEnteggart C, Barnes-Holmes D & Foody M. (2016). Scientific ambition: The relationship between relational frame theory and middle-level terms in acceptance and commitment therapy. En RD Zettle, SC Hayes, D Barnes-Holmes & A Biglan (Eds.), *The Wiley handbook of contextual behavioral science* (pp. 365-382). Chichester: Wiley Blackwell.
- Blackledg JT (2007). Disrupting verbal processes: Cognitive defusion in acceptance and commitment therapy and other mindfulness-based psychotherapies. *The Psychological Record*, 57, 555-576. Doi: 10.1007/BF03395595
- Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, Waltz T & Zettle RD (2011). *Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II)* [Database record]. Washington, DC: *PsycTESTS*
- Bond FW (2004) ACT for Stress. En SH Hayes & KD Strossal (2004). *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy* (pp. 275-294). New York: Springer.
- Borkovec TD, Hazlett-Stevens H & Diaz ML (1999). The role of positive beliefs about worry in generalized anxiety disorders and its treatment. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 126-138.
- Clark LA & Watson D (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology* 3, 316-336.
- Caruso ME & Palma MR (2023). *El rol de la fusión, la evitación experiencial, el pensamiento negativo repetitivo y los valores en la predicción de problemas clínicos: Una aproximación basada en el análisis discriminante*. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.
- De Houwer J & Moors A (2010). Implicit measures: Similarities and differences. En B Gawronski & BK Payne (Eds.), *Handbook of implicit social cognition: Measurement, theory, and applications* (pp. 176-193). New York: Guilford Press.
- Enhring T & Watkins ER (2008). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1, 192-205.
- Federación de Psicólogos de la República Argentina (2013). *Código de Ética Nacional*. Buenos Aires: FEPPA.

- Fernández Ballesteros R (1986). Los autoinformes como datos de conducta cognitiva en evaluación conductual. *Análisis y Modificación de Conducta*, 12, 31-32.
- Friman PC, Hayes SC & Wilson KG (1998). Why behavior analysts should study emotion: The example of anxiety. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31, 137-156.
- García Díaz M, Olaz FO & Morán V [2015]. *Adaptación Argentina del Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II)*. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.
- George D & Mallery MP (2001). *Using SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference*. Boston: Allyn & Bacon.
- Gillanders DT, Bolderston H, Bond FW, Dempster M, Flaxman PE, Campbell L, Masley S, Roac, L, Lloyd J, May L, Clarke S & Remington B (2014). The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behavior Therapy*, 45, 83-101. Doi: 10.1016/j.beth.2013.09.001.
- Hair J, Black W, Babin BJ & Anderson RE (2010) *Multivariate data analysis*. Nueva Jersey: Prentice Hall.
- Harvey AG, Watkins E, Mansell W & Shafran R (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders*. Oxford: Oxford University Press.
- Hayes SC (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665. Doi: 10.1016/s0005-7894(04)80013-3.
- Hayes SC, Ciarrochi J, Hofmann SG, Chin F & Sahdra B (2022). Evolving an idiomorphic approach to processes of change: Towards a unified personalized science of human improvement. *Behaviour Research and Therapy*, 156, 104-155. Doi: 10.1016/j.brat.2022.104155.
- Hayes SC, Hofmann SG, Stanton CE & Carpenter JK (2019). The role of the individual in the coming era of process-based therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 117, 40-48. Doi: 10.1016/j.brat.2018.10.005.
- Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A & Lillis J (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25. Doi: 10.1016/j.brat.2005.06.006
- Hayes SC, Masuda A & De Mey H. (2003). Acceptance and Commitment Therapy and the third wave of behavior therapy. *Gedragstherapie. Dutch Journal of Behavior Therapy*, 2, 69-96.
- Hayes SC, Strosahl K & Wilson G (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes SC & Hofmann SG (2018) *Process-Based CBT: The Science and Core Clinical Competencies of Cognitive Behavior Therapy*. Oakland: New Harbinger.
- Hayes SC, Kohlenberg BS & Melancon SM (1989). Avoiding and altering rule-control as a strategy of clinical intervention. En Hayes SC (Ed.), *Cognition Contingencies, and Instructional Control* (pp. 359-384). New York: Plenum Press.
- Hayes SC, Strosahl KD, & Wilson KG (2014). *Terapia de aceptación y compromiso: Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Hayes SC, 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. Doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032210-104449
- Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follete WM & Strosahl KD (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Haynes SN & Williams AE (2003). Case formulation and design of behavioral treatment programs. *European Journal of Psychological Assessment*, 19, 164-174.
- Hofmann SG & Hayes SC (2019). The future of intervention science: Process-based therapy. *Clinical Psychological Science*, 7, 37-50. Doi: 10.1177/2167702618772296.
- José Quintero PS, Rodríguez Biglieri R, Etchezahar E & Gillanders DT (2022). The Argentinian version of the cognitive fusion questionnaire: Psychometric properties and the role of cognitive fusion as a predictor of pathological worry. *Current Psychology*, 41, 2546-2557. Doi: 10.1007/s12144-020-00767-4.
- Kanter J, Busch AM & Rusch LC (2011). *Activación conductual: Refuerzos positivos ante la depresión*. Madrid: Alianza Editorial.
- Lachenbruch PA (1975). *Discriminant analysis*. New York: Hafner Press.
- Lazarus RS & Folkman S (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Lévy Magin J & Varela Mallou J (2006). *Modelización con estructuras decovarianzas en ciencias sociales*. Madrid: Netbiblo.

- Lovibond PF & Lovibond SH (1995a). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scale (DASS) with the beck depression and anxiety inventories. *Behavioral Research Therapy*, 3, 335-343.
- Lovibond SH & Lovibond PF (1995b). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. (2nd. Ed.) Sydney: Psychology Foundation.
- Luciano C (2016) Evolución de ACT. *Análisis y Modificación de la Conducta*, 42, 265-166.
- Luciano C & Hayes SC (2001). Trastorno de evitación experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 109-157.
- Luciano C (2017). The Self and Responding to the Own's Behavior. Implications of Coherence and Hierarchical Framing. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 17, 267-275.
- McEvoy PM, Watson H, Watkins ER & Nathan P (2013). The relationship between worry, rumination and comorbidity: Evidence for repetitive negative thinking as a transdiagnostic construct. *Journal of Affective Disorders*, 151, 313-320.
- Mckeeon S, Alexander E, Brodaty H, Ferris B, Frazer I & Little M (2013). *Strategic review of health and medical research: Better health through research*. Canberra: Department of Health and Ageing.
- Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL & Borkovec TD (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 6, 487-495.
- Montenegro BF (2016). *Aplicación de la escala DASS-21 para valorar depresión, ansiedad y estrés en los profesionales de salud del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo en los meses de julio-agosto del 2016*. Tesis de grado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Nickerson A, Liddell BJ, MacCallum F, Steel Z, Silove D & Bryant RA (2014). Posttraumatic stress disorder and prolonged grief in refugees exposed to trauma and loss. *BMC Psychiatry*, 14, 106.
- Nolen-Hoeksema S (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-582.
- Olaz FO & Polk K (2021). *La Matrix, manual de usuario: Entrenando la flexibilidad psicológica en tres pasos por medio de la Terapia de Aceptación y Compromiso*. Córdoba: Editorial Brujas.
- Ozdemir BA, Karthikesalingam A, Sinha S, Poloniecki JD, Hinchliffe RJ, Thompson MM & Holt PJ (2015). Research activity and the association with mortality. *PLoS One*, 10, 2, e0118253. Doi: 10.1371/journal.pone.0118253.
- Pérez Álvarez M (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé: Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 5, 159-172.
- Pérez Álvarez, M (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Rochon J, du Bois A & Lange T (2014). Mediation analysis of the relationship between institutional research activity and patient survival. *BMC Medical Research Methodology*, 14, 9. Doi: 10.1186/1471-2288-14-9
- Román F, Santibáñez P & Vinet EV (2016). Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) como instrumento de tamizaje en jóvenes con problemas clínicos. *Acta de Investigación Psicológica*, 6, 2325-2336. Doi: 10.1016/s2007-4719(16)30053-9
- Ruiz FJ, Riaño-Hernández D, Suárez-Falcón JC & Luciano C (2016). Effect of a one-session ACT protocol in disrupting repetitive negative thinking: a randomized multiple- baseline design. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 16, 213-233.
- Ruiz FJ, Luciano C, Flórez CL, Suárez-Falcón JC & Cardona-Betancourt V (2020). A multiple baseline evaluation of Acceptance and Commitment Therapy focused on repetitive negative thinking for comorbid generalized anxiety disorder and depression. *Frontiers in Psychology*, 11, 356. Doi: 10.3389/fpsyg.2020.00356.
- Sandín B, Chorot P, Valiente RM & Lostao L (2009). Validación española del cuestionario de preocupación PSWQ: estructura factorial y propiedades psicométricas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14, 107-122.
- Smout M, Davies M, Burns N & Christie A (2014). Development of the Valuing Questionnaire (VQ). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3, 3, 164-172.
- Stagnaro JC, Cía A, Vázquez NR, Vommaro H, Nemirovsky M, Sustas SE, Serfaty E, Medina-Mora ME, Benjet C, Aguilar-Gaxiola S & Kessler R (2018). Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*, 19, 275-299.
- Tabachnick B & Fidell L (2007). *Using Multivariate Statistics*. Boston: Pearson Education Inc.
- Törneke N, Luciano C & Salas SV (2008). Rule-governed behavior and psychological problems. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 8, 141-157.

- Torrente F, Yoris A, Low DM, Lopez P, Bekinschtein P, Manes F & Getkovich M (2021). Sooner than you think: A very early affective reaction to the COVID-19 pandemic and quarantine in Argentina. *Journal of Affective Disorders*, 282, 495-503. Doi: 10.1016/j.jad.2020.12.124.
- Twohig MP & Levin ME (2017). Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: A review. *Psychiatric Clinics*, 40, 752-770.
- Wilson KG & Luciano MC (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Watkins E & Roberts H (2020). Reflecting on rumination: Consequences, causes, mechanisms and treatment rumination. *Behaviour Research and Therapy*, 127, 103573. Doi: 10.1016/j.brat.2020.103573

Recibido, 12 junio, 2025

Aceptado, 17 diciembre, 2025