



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN
INDIVIDUAL BASADA EN LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO
PARA EL TRATAMIENTO DE LA PROCRASTINACIÓN

POR

SOL MARGARITA CASASSUS MONTERO

Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile para optar al grado académico de Doctora en Psicoterapia

Profesor Guía
Felix Bacigalupo

Comisión de tesis
Roberto Arístegui
Álvaro Langer

Agosto, 2021
Santiago, Chile

©2021, Sol Margarita Casassus Montero

©2021, Sol Margarita Casassus Montero

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica que acredita al trabajo y a su autor.

6 de agosto 2021

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'SMC' or similar initials, written in a cursive style.

*Para mi hija Ada Margarita,
quien llegó en la mitad de esta travesía...
Me enseñó a detenerme,
y me dio fuerza para seguir.*

Agradecimientos

Este estudio tal cual resultó ser, no hubiese sido posible de no haber sido por mi profesor guía Felix Bacigalupo, quien creyó en mí y en mi proyecto y me empoderó para continuar aún cuando yo misma flaqueaba. Con su expectativa de que me formara como investigadora más allá de la realización de la tesis, siempre estuvo disponible para guiarme. También quisiera mencionar a Roberto Aristegui, profesor que me ha inspirado desde ya hace más de 20 años y que siempre ha estado respaldándome cuando lo he necesitado. Así mismo, quisiera agradecer a Álvaro Langer, por su disposición y apertura a formar parte del comité de esta tesis.

También quisiera hacer mención a CONICYT, por otorgarme la beca para realizar este doctorado, así como también a la PUC, que me otorgó inicialmente la beca VRI y que ha sido la institución que he elegido tanto para formarme como psicóloga, como terapeuta e investigadora.

En lo personal, quisiera agradecer a mis padres que, con su ejemplo, me han transmitido el amor por el conocimiento, la inconformidad y la curiosidad de intentar ir siempre más allá de los límites ya establecidos, con el objetivo de transmitir a otros nuevos aprendizajes. También quisiera agradecer a mi hija, ella fue mi mejor intervención para disminuir la procrastinación, me permitió ser consciente de lo valioso que era mi tiempo con ella y así, sacar provecho al máximo del tiempo que tenía para trabajar. La alegría con que cada día me recibía al yo volver a casa luego de un día intenso era mi mejor refuerzo.

Por último, quisiera agradecer a amigos y compañeros de este doctorado: Pablo Herrera, quien me inspiró a realizar este doctorado y a elegir este tema, Johana Zapata quien fue mi compañera y amiga desde el primer día que entré a este programa, por su ayuda en esta investigación y a Cristina Amézaga, por su amistad incondicional y ser una importante red de apoyo cuidando a mi hija para que yo pudiese escribir esta tesis.

Tabla de Contenidos

Agradecimientos	iii
Tabla de Contenidos.....	iv
Índice de Tablas.....	vi
Índice de Ilustraciones.....	vi
Resumen	vii
Introducción	1
Antecedentes teóricos y empíricos	3
Procrastinación.....	3
Procrastinación Académica.....	5
Terapia de Aceptación y Compromiso (<i>Acceptance and Commitment Therapy, ACT</i>).	8
Procrastinación como forma de evitación experiencial y su conceptualización desde el modelo de la inflexibilidad psicológica.	10
Intervenciones tradicionales para el tratamiento de la procrastinación.....	12
Intervención basada en la ACT para el tratamiento de la procrastinación.....	18
Investigación en línea y pandemia.....	20
Objetivo General	24
Objetivos Específicos.....	24
Hipótesis	24
Metodología.....	26
1. Diseño.....	26
2. Recolección de datos	27
3. Instrumentos	28
3.1. Registro diario.	30
3.2. Cuestionarios Pre-Post-Seguimiento.	31
3.3. Registro de sesiones y entrevistas.....	36
4. Análisis de Datos.....	37
4.1. Análisis Visuales.....	37
4.2 Análisis estadístico RCI.....	38
5. Participantes.....	39
5.1 Criterios de Inclusión y exclusión.....	39
5.2 Proceso de Selección	41
6. Consideraciones éticas.....	42

7. Intervención para Reducir la Procrastinación (IRP)	43
7.1 Procesos Externos.....	45
7.2 Procesos internos.....	54
Resultados	60
Participantes Reclutados	60
Resultados por variables	61
1. Procrastinación.....	61
2. Cumplimiento de meta diaria.....	66
3. Tiempo dedicado al proyecto.....	67
4. Satisfacción con el día de trabajo reportada por los participantes	69
5. Evitación Experiencial (EE)	70
6. Acción Comprometida (AC).....	71
7. Sintomatología Depresiva	73
Sintomatología Ansiosa	74
Comprobación de Hipótesis	77
Conclusión	78
Glosario	83
Bibliografía	85
Anexos	101
Anexo 1: Modelo de inflexibilidad psicológica	101
Anexo 2: Registro diario	102
Anexo 3: ATPS	103
Anexo 4: AAQ-II	104
Anexo 5: CAQ	105
Anexo 6: PHQ-9	106
Anexo 7: GAD-7	107
Anexo 8: CORE-OM	108
Anexo 9: cuestionario inicial	109
Anexo 10: cuestionario final	110
Anexo 11: llamado a participar	111
Anexo 12 Respuesta al contacto	112
Anexo 13: consentimiento informado	113
Anexo 14: aprobación comité de ética	116

Índice de Tablas

TABLA 1	28
TABLA 2	29
TABLA 3	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.

Índice de Ilustraciones

FIGURA 1	44
GRÁFICO 1	62
GRÁFICO 2	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
GRÁFICO 3	65
GRÁFICO 4	66
GRÁFICO 5	68
GRÁFICO 6	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
GRÁFICO 7	70
GRÁFICO 8	71
GRÁFICO 9	73
GRÁFICO 10	74
GRÁFICO 11	76

Resumen

El objetivo de este estudio fue diseñar y medir la efectividad de una intervención psicoterapéutica individual basada en el enfoque de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) para reducir la procrastinación académica.

Luego de diseñar el protocolo de intervención, éste se aplicó a cuatro estudiantes de doctorado que tenían altos niveles de procrastinación. La intervención consistió en cuatro sesiones semanales. Se realizó un diseño de caso único de medidas repetidas, con mediciones diarias de la conducta de procrastinación antes del tratamiento, durante el tratamiento y durante un periodo de seguimiento. Además, se aplicaron varios cuestionarios y entrevistas para complementar estos resultados y concluir con respecto a intervenciones que podrían ser consideradas como más relevantes dentro del protocolo.

En cuanto a los resultados obtenidos, fue posible concluir que la intervención disminuyó significativamente los niveles de procrastinación en todos los participantes, cambio que se mantuvo durante el seguimiento. Además, se corrobora la atingencia del enfoque del ACT y en particular de la modalidad individual, ya que algunas intervenciones que mostraron ser fundamentales dentro del protocolo, son abordables sólo dentro del contexto de psicoterapia individual.

Introducción

La procrastinación se presenta como un problema sumamente frecuente, afectando crónicamente a un 20-25% de la población (Ferrari & Diaz-Morales, 2007). La postergación ocasional de actividades indeseables puede ser considerada normal (Schouwenburg, 2004), pero la conducta procrastinadora extrema y la frecuente “culpa de conciencia” que la acompaña va en detrimento del bienestar psicológico (Beck et al., 2000; Knaus, 1973; Lay & Schouwenburg, 1993; Tice & Baumeister, 1997), lleva a un mayor estrés percibido (Flett et al., 1995; Rice, Richardson, & Clark, 2012; Sirois & Tosti, 2012; Tice & Baumeister, 1997; Sirois & Stout, 2011) e incluso a un peor rendimiento (Beck et al., 2000; Tice y Baumeister, 1997). El estudio de la procrastinación ha revelado que es un fenómeno complejo, el cual se relaciona con un gran número de variables entre las cuales es posible mencionar la distancia entre las intenciones y los comportamientos orientados a las metas, evaluaciones negativas con respecto a la tarea y a sí mismos, distractibilidad y baja auto-eficacia (Steel, 2007). Diversos tratamientos han sido diseñados para intervenir sobre la procrastinación, la mayoría de ellos grupales. No obstante, dichos tratamientos suelen focalizarse en un único aspecto de la procrastinación (por ejemplo, en las dificultades de manejo del tiempo) y no se ajustan bien a la complejidad del fenómeno ni a las particularidades de cada sujeto, situación y tarea que se propone enfrentar. Por ello, es necesario desarrollar nuevas formas de terapia que tengan en cuenta la complejidad del fenómeno y la idiosincrasia de cada caso particular.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (en inglés *Acceptance and Commitment Therapy, ACT*) es un tipo de intervención psicológica que ha mostrado ser eficaz para el tratamiento de diversos problemas psicológicos (Swain, Hancock, Hainsworth, y Bowman, 2013; Veehof, Oskam, Schreurs, y Bohlmeijer, 2011). El objetivo principal de esta terapia es reducir la evitación experiencial de las personas promoviendo la aceptación de las emociones negativas y sensaciones displacenteras que experimentan (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, y Strosahl, 1996). La procrastinación podría entenderse como un tipo de evitación experiencial, por lo que la ACT parece ser una intervención

especialmente indicada para reducirla (Dionne & Duckworth, 2011; Glick, Millstein & Orsillo, 2014; Scent & Boes, 2014). De hecho, el enfoque de la ACT brinda un modelo comprensivo coherente desde el cual entender e integrar los distintos aspectos de la procrastinación y proporciona herramientas de intervención para cada uno de estos aspectos. Además, la ACT pone particular énfasis en llevar a la acción aquello que las personas se proponen hacer, lo cual coincide con el objetivo que cualquier intervención en procrastinación debiera tener. A pesar de ello, no existe hasta el momento ningún estudio empírico que analice la eficacia de intervenciones inspiradas en ACT en una psicoterapia individual para reducir la procrastinación. Por lo tanto, el objetivo de la presente tesis doctoral fue *examinar los efectos de una intervención psicoterapéutica individual inspirada en la ACT para reducir los niveles de procrastinación.*

Antecedentes teóricos y empíricos

A continuación, se expondrá el fenómeno de la procrastinación y su derivación en la procrastinación académica, ya que este estudio fue realizado con estudiantes de doctorado que procrastinaban con la realización de su tesis. Luego se expondrá el enfoque de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) como una forma de comprender el fenómeno de la procrastinación. Se plantean a continuación las intervenciones tradicionales para el tratamiento de la procrastinación y la intervención que se propone en este estudio, basada en ACT. Finalmente, considerando que este estudio fue realizado en tiempos de la pandemia del COVID-19, se presenta evidencia de estudios realizados con intervenciones psicoterapéuticas en modalidad en línea.

Procrastinación

En la etiología de la palabra procrastinación es posible distinguir en latín que “pro” se refiere hacia adelante o a favor y “*crastinus*”, que se refiere al mañana. La procrastinación puede entenderse como “un retraso voluntario de un curso de acción deseado, a pesar de esperar consecuencias negativas derivadas de dicho retraso” (Steel, 2007, p.66, traducción de la autora). Las tareas que son poco placenteras, aburridas o que potencialmente pueden afectar la autoestima son especialmente propensas a ser pospuestas, como por ejemplo estudiar para exámenes, preparar una devolución de impuestos, hacerse chequeos médicos o escribir un artículo científico (Blunt and Pychyl, 2000; Steel & Ferrari, 2013). Los procrastinadores sustituyen estas actividades por otras con las cuales es más fácil lidiar o que son directamente reforzadas (Boice, 1996; Grunschel, Patrzek, & Fries, 2013). Este posponer reduce el disconfort, la aversión, tensión o miedo causado por la anticipación a tareas aversivas, derivando en un reforzamiento negativo. Algunos autores plantean que solo puede llamarse procrastinación si el comportamiento de retrasar el inicio o la finalización de una tarea se realiza deliberadamente y tiene un impacto negativo en la persona que lo realiza (Steel & Klingsieck, 2016; Zacks & Hen, 2018).

Se ha postulado que la procrastinación tendría un propósito evolutivo. Si bien en entornos imprevisibles la impulsividad y la tendencia a buscar recompensas inmediatas pueden ser conductas adaptativas, estos comportamientos no son coherentes en entornos donde la autorregulación es necesaria para obtener recompensas a un plazo más largo (Xu et al., 2021). Sin embargo, la procrastinación habitual genera un ciclo de estrés, con un peor rendimiento y mayor posibilidad de desarrollar enfermedades mentales o físicas (Chen & Chang, 2016; Svartdal, Granmo, Faerevaag, 2018).

La gran mayoría de las personas tienden a procrastinar en diferentes momentos de su vida, en situaciones específicas y en dominios específicos (p. ej. salud, actividades familiares, trabajo y estudios). El aplazamiento de los compromisos es un fenómeno omnipresente que no está necesariamente asociado a un malestar psicológico significativo. Sin embargo, para algunas personas, la dilación inicialmente inofensiva puede convertirse en un patrón de comportamiento persistente, llegando así a procrastinar crónicamente en la mayoría de las situaciones de sus vidas (Rozental & Carlbring, 2013; Klingsieck, 2013).

La procrastinación es un problema de alta prevalencia en la población, afectando crónicamente a un 20-25% de los adultos (Ferrari et al., 2004). Además, según varias investigaciones, la procrastinación sería una conducta en aumento durante los últimos 25 años (Steel, 2010). Muchas personas consideran que la procrastinación es un problema dañino, malo y tonto (Briody, 1980) y más del 95% de las personas quiere reducirla (Steel, 2007).

Las personas que procrastinan han mostrado tener un rendimiento general más bajo (Gurumoorthy & Kumar, 2020; Steel, Brothen, & Wambach, 2001; Wesley, 1994), y un menor nivel de bienestar (Knaus, 1973; Küchler, Albus, Ebert, & Baumeister 2019; Lay & Schouwenburg 1993; Xu et al., 2021). Otros estudios han encontrado vínculos entre la procrastinación y la baja autoestima (Stead et al., 2010; Steel, 2007). Además, algunos autores proponen que esta falla en la regulación genera una discrepancia entre la intención y el comportamiento, de manera que personas que procrastinan aumentan el riesgo de desarrollar, mantener y exacerbar depresión, trastornos de ansiedad y otros trastornos mentales (Höcker et al., 2012; Rozental & Carlbring, 2013). A su vez, las personas que se

definen a sí mismas como procrastinadoras crónicas reportan mayores sentimientos de arrepentimiento en varios ámbitos de su vida en comparación con los no procrastinadores (Ferrari, Barnes, & Steel, 2009; Tibbet & Ferrari, 2019). Por otra parte, es importante mencionar que la procrastinación no solo es un problema para la propia persona que procrastina, sino que también afecta a otras personas que cuentan con ella (Steel & Ferrari, 2013).

Aún se desconoce la dinámica exacta que subyace a la procrastinación (Wilson & Nguyen, 2012). Numerosos estudios han apuntado a factores personales, cognitivos, emocionales y motivacionales que parecen conducir a una representación algo fragmentada de este fenómeno (Rebetez et al., 2015). La mayoría de las investigaciones se refieren a la procrastinación como un rasgo estable de la personalidad; sin embargo, tanto las condiciones externas como las internas pueden desencadenar o mediar el comportamiento (Steel & Klingsieck, 2016; Van Eerde, 2003).

Lo que sí parece evidente es que la mayoría de las personas que procrastinan experimentan malestar (Flett et al., 2012) y les gustaría reducir este comportamiento (Steel, 2007). Por lo tanto, el tratamiento de la procrastinación podría ayudar a muchas personas a llevar una vida con sentido, aumentando su satisfacción con ésta y mejorando su nivel de bienestar.

Procrastinación Académica

La procrastinación que se produce en el ámbito académico se denomina procrastinación académica. Se refiere a la tendencia a posponer siempre o casi siempre el trabajo de las tareas académicas tales como estudio para los exámenes, cumplimiento de tareas, redacción de trabajos, estudio para pruebas y confección de artículos científicos entre otras actividades. Esto está muchas veces acompañado por una ansiedad perturbadora que puede llegar a que la persona tenga un *burn-out* (Steel & Klingsieck, 2016; Onwuegbuzie & Jiao, 2000). En la procrastinación académica, los estudiantes afectados experimentan el deseo casi permanente de retrasar sus obligaciones académicas, lo que hace que dediquen más del 30% de sus actividades diarias a la realización de

conductas procrastinadoras como dormir durante el día, jugar o ver la televisión (Pychyl & Flett, 2012).

Algunos autores distinguen dos tipos de procrastinación académica: la procrastinación pasiva y la procrastinación activa. La procrastinación activa se refiere a un retraso intencional y estratégico de las tareas, posponiendo la tarea para realizarla más cercana al plazo porque logran trabajar bajo presión y no presentan mayor estrés. Este tipo de procrastinación se considera un acto de autorregulación y no se asocia con consecuencias negativas (Steel 2007). En cambio, la procrastinación pasiva está asociada a un menor compromiso con los objetivos y a un menor uso de estrategias de aprendizaje tanto organizativas como metacognitivas (Howell y Watson 2007; Steel 2007). Se sugiere que la procrastinación pasiva es simplemente lo contrario de la motivación (Ryan y Deci, 2000).

Pychyl & Flett (2012) refieren que la procrastinación académica se debe a un fallo de autorregulación. La autorregulación en general y el aprendizaje autorregulado en entornos académicos en particular parece ser una tarea exigente para muchos alumnos e involucra estrategias cognitivas, metacognitivas, motivacionales y conductuales (Zimmerman, 2008; Pintrich, 2004).

Como se mencionó anteriormente, la prevalencia de la procrastinación es bastante alta en la población general, sin embargo, su prevalencia es aún más alta en la población estudiantil, afectando aproximadamente hasta el 70% u 80% de los estudiantes universitarios (Day et al., 2000; Haycock, 1993; Onwuegbuzie, 2000; Solomon & Rothblum, 1984; Klingsieck, 2013; Steel & Ferrari, 2013; Rabin et al., 2011). Afecta tanto a estudiantes de pregrado como de posgrado, en todas las categorías raciales y de género (Klassen, 2010; Ozer y Ferrari, 2011).

Por otra parte, los estudios indican que la procrastinación académica se asocia con incumplimiento de los plazos de entrega de las tareas, retraso en la realización de los exámenes, ansiedad ante los exámenes y bajo promedio de notas (Balkis, 2011; Ferrari, Keane, Wolfe y Beck, 1998; Hen y Goroshit, 2014). Otro factor asociado a la procrastinación académica es la adicción a internet. Un estudio con población de

estudiantes mexicanos y españoles encontró que existía una alta correlación entre un mayor uso de internet y la procrastinación académica (Aznar-Díaz, 2020).

La procrastinación académica tiene impacto en emociones como la ira, la ansiedad, los sentimientos de malestar, la vergüenza, la tristeza, sentirse deprimido, sentirse insatisfecho y el arrepentimiento (Grunschel et al., 2013; Krause & Freund, 2014). También tiene consecuencias en síntomas como la fatiga y los trastornos del sueño, y tiene un impacto negativo en las finanzas, las relaciones interpersonales e incluso en las proyecciones sobre el futuro (Grunschel et al., 2013). Por otro lado, en una comparación entre estudiantes procrastinadores y no procrastinadores, la procrastinación se asocia con pensamientos desadaptativos en cuatro áreas principales: pensamientos y sentimientos del valor de sí mismo, del valor de otros, de las condiciones de vida (desesperanza) e intolerancia a la frustración (McCown et al., 2012).

También se ha encontrado asociación entre la procrastinación académica y pensamientos negativos automáticos (Flett et al., 2012), bajos objetivos de logro, (Rebetez et al., 2015); Steel, 2007; Wäschle et al., 2014), baja atención plena (Sirois & Tosti, 2012), miedo al fracaso (Haghbin et al., 2012), baja capacidad de gestión de objetivos (Gustavson et al., 2014), perfeccionismo inadaptado (Rice et al., 2012), disminución de las funciones ejecutivas (Rabin et al., 2011) y baja energía (Gropel & Steel, 2008).

Aunque la procrastinación es prevalente en la población estudiantil, hay pruebas que sugieren que estos jóvenes adultos están dispuestos a cambiar estos comportamientos. Más de la mitad de la población estudiantil está de acuerdo en querer mejorar sus conductas de procrastinación (Kim & Seo, 2015).

Como se ha expuesto, para los estudiantes que procrastinan de manera crónica es difícil evitar procrastinar y necesitan algún tipo de ayuda profesional para superarlo (Giesemann & Pietrowsky, 2016). A continuación, se expondrá sucintamente el enfoque de la Terapia de Aceptación y Compromiso como modelo para comprender e intervenir en el tratamiento de la procrastinación.

Terapia de Aceptación y Compromiso (*Acceptance and Commitment Therapy*, ACT).

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT por sus siglas en inglés) es considerada como parte de la tercera generación de Terapias Cognitivo Conductuales. Se centra en ayudar a los clientes a desarrollar habilidades de aceptación de los pensamientos y sentimientos del momento presente, al servicio de perseguir metas de vida basadas en valores personales (Harris, 2009). Comprende el uso de técnicas de la terapia cognitivo-conductual tradicional, así como otras técnicas que han emergido desde fuera de este enfoque. La ACT conceptualiza el sufrimiento humano como producto de la inflexibilidad psicológica, la cual consta de 6 procesos: (1) fusión cognitiva, (2) evitación experiencial, (3) dominancia del pasado o del futuro, (4) apego al yo conceptualizado, (5) falta de claridad en los valores y (6) acción no comprometida. Estos elementos son agrupados en el modelo de inflexibilidad psicológica llamado *Hexaflex* el cual tiene su opuesto, el modelo de flexibilidad psicológica, que consta de los mismos elementos en su contraparte (Hayes et al., 2011). A continuación, se detallarán los elementos centrales del *Hexaflex* (ver anexo 1).

El término *fusión cognitiva* se refiere a la incapacidad para detectar el actual proceso de pensamiento como diferente de los productos del pensar. Llega a ser problemática cuando se amplía demasiado, llevando a que las personas crean en la literalidad de sus pensamientos y se pierdan en el contenido de estos hasta tal punto que dichos pensamientos se convierten en la fuente más dominante de regulación del comportamiento (Luoma, Hayes, y Walser, 2007). La contraparte de la fusión es la *defusión*, la cual consiste en aprender a distinguir los propios pensamientos como productos del pensar y no como la realidad en sí misma.

Cuando los seres humanos se fusionan con los eventos privados dolorosos, actúan para evitarlos en la misma forma en que lo harían con las fuentes externas de amenaza o peligro. *La evitación experiencial* describe esta tendencia y se refiere a los esfuerzos rígidos e inflexibles para escapar o evitar eventos privados desagradables (pensamientos, sentimientos, eventos fisiológicos y recuerdos) y aquellas situaciones que pudieran ocasionarlos (Hayes et al, 2011). En la ACT, la evitación experiencial es un elemento

clave de la inflexibilidad psicológica y es uno de los principales responsables de los problemas psicológicos. El proceso de la *aceptación* de los sentimientos es un poderoso “antídoto” contra la evitación experiencial. Ésta es una habilidad de permanecer en contacto con experiencias privadas dolorosas sin tratar de alterar su forma o frecuencia (Hayes et al., 2011).

Además, cuando las personas se fusionan con sus pensamientos y sentimientos, entran en un estado de *desconexión con el momento presente*. De este modo, el foco en el pasado o en el futuro imaginado prevalece sobre la situación actual, lo que puede dar lugar a un estrechamiento de las opciones de conducta. Una falta de contacto con el presente también hace que sea más probable que comportamientos pasados, habituales e ineficaces dominen en la regulación de la conducta (Luoma et al., 2007), a la vez que se disminuye el contacto con las circunstancias actuales que pueden ser más eficaces en la formación y la orientación del comportamiento. La ACT busca fomentar el *contacto flexible con el momento presente*, prestando atención al aquí y ahora.

Otra dimensión de la inflexibilidad psicológica comprendida en el modelo *hexaflex* es el *apego al yo conceptualizado*, una forma extrema de la fusión cognitiva que implica la fusión del sujeto con el propio concepto de sí mismo. Aquí la persona se identifica con las narrativas que tiene de sí mismo, lo que involucra un estrechamiento de las opciones conductuales. En contraposición a esta noción está el concepto de un *yo en contexto*, que consiste en tomar una perspectiva del yo como observador y aprender a notar que las narrativas son solo eso, es decir, que no son definitorias de la persona.

Por otra parte, en la ACT los *valores* se definen como direcciones para la acción intencional, y pueden dar un nuevo significado, propósito y vitalidad a una serie de comportamientos. Los valores no hacen referencia a creencias o moralidad, sino más bien a dominios de acciones típicamente vinculadas con una buena calidad de vida. La actuación al servicio de los valores subyace a todos los procesos de ACT (por ejemplo, la atención plena no es un fin en sí mismo, sino un medio para fomentar la acción guiada por valores). Este énfasis es lo que distingue en concreto a la ACT de otros muchos tratamientos cognitivo-conductuales. Los valores constituyen el principal reforzador de la

actividad y son intrínsecos a la implicación en la propia pauta de la conducta valiosa. Hayes y colegas (2011, p. 152) mencionan: “La *falta de claridad en los valores* suele manifestarse clínicamente como una falta de sentido que, por lo general, implica quejas sobre un sentimiento de banalidad en la vida, de vacío o sin sentido y/o quejas sobre falta de motivación o el fracaso en la consecución de objetivos tanto de corto como de largo plazo”.

La fusión, la evitación y la pérdida de contacto con los valores desembocan en la *acción no comprometida* del sujeto, un patrón estrecho y rígido de respuestas ineficaces caracterizado por inactividad y/o impulsividad. Todos estos comportamientos están enfocados en la reducción o eliminación de los estados aversivos.

Procrastinación como forma de evitación experiencial y su conceptualización desde el modelo de la inflexibilidad psicológica.

Los procrastinadores presentan ciertas características que podrían conceptualizarse de acuerdo al modelo de inflexibilidad psicológica (Dionne & Duckworth, 2011). Primeramente, algunos individuos podrían procrastinar en un intento de evitar una variedad de experiencias aversivas asociadas con las tareas evitadas. De hecho, la procrastinación ha sido definida como un comportamiento evitativo disfuncional (Ellis & Knaus, 2000) y algunos autores afirman que no existe diferencia formal en lo que es la evitación experiencial y la procrastinación (Schouwenburg, 2004). Es por ello que la procrastinación podría entenderse como una forma de evitación experiencial. Los resultados de diversos estudios empíricos apoyan esta hipótesis. Por ejemplo, se ha relacionado a la procrastinación con la ansiedad asociada a diversas tareas (p.e., Fritzsche et al., 2003) y *ansiedad a la estadística*, en el caso de la procrastinación de los estudiantes (Macher et al, 2012), así como con otros estados afectivos negativos tales como la ansiedad social, la culpa, la vergüenza, la neurosis, la desesperanza aprendida y la depresión (Ferrari et al., 2004). Además, la procrastinación se relaciona con distintos constructos que involucran intolerancia o miedo a experiencias internas, tales como la baja

tolerancia a la frustración (Dryden, 2012), el miedo a la evaluación negativa (Bui, 2007), y el miedo al fracaso (Beck, 2000; Haghbin et al., 2012). Algunos autores han propuesto que la procrastinación podría servir como una estrategia de regulación emocional (Eckert et al., 2016; Sirois & Pychyl, 2013).

Siguiendo con el análisis desde los distintos elementos del modelo de inflexibilidad psicológica, los procrastinadores presentan ciertas creencias, pensamientos irracionales y modos de evaluación que reflejan la elevada *fusión* de su pensamiento. Entre dichas creencias y pensamientos se encuentran: (1) la tendencia a evaluar las tareas como poco placenteras, aburridas o difíciles (Milgram et al., 1993); (2) los sentimientos de inadecuación personal y perfeccionismo y creencias acerca de que el mundo es algo muy difícil y demandante (Ellis & Knaus, 2000); y (3) la tendencia a auto-excusarse de forma fraudulenta para minimizar las consecuencias de su procrastinación (Ferrari & Beck 1998). De este modo, los procrastinadores tenderían a considerar que estos pensamientos son parte de la realidad y dichos pensamientos a menudo guiarían sus acciones. Por lo tanto, el entrenamiento en defusión de pensamiento podría ser beneficioso para estas personas.

También se ha visto que las personas que tienden a procrastinar presentan dificultades en focalizar su atención y suelen distraerse con facilidad (Schouwenburg, 2004). Es posible entender esto como *dificultad de contacto con el momento presente*, elemento fundamental del *Mindfulness*, el cual consiste en la capacidad intrínseca de la mente de estar presente y consciente en un momento determinado. Investigaciones empíricas confirman la alta correlación entre la baja capacidad de *Mindfulness* y la procrastinación (Glick et al., 2014). Es más, se ha demostrado que intervenciones en *Mindfulness* pueden reducir el nivel de procrastinación (Drozd et al., 2013).

Así mismo, los procrastinadores muchas veces tienden a comprender su identidad como un *yo conceptualizado*, es decir, toman sus actuaciones como elementos que los definen como persona. Por ejemplo, los procrastinadores presentan frecuente baja autoestima y baja autoeficacia, y tienden a pensar que los errores que cometen los hacen ser personas inadecuadas. Esto se constituye como un círculo vicioso, porque se ha

encontrado que la baja percepción de autoeficacia incrementa la propensión a procrastinar acentuando a su vez la baja autoestima (Steel, 2007).

Además, se ha visto que las personas que procrastinan tienden a tener una difusión de identidad, en el sentido de que son personas que presentan dificultades en comprometerse en el desarrollo de sus creencias, aspiraciones y valores a los cuales dicen atenerse (Berzonsky, 1989; Harriott & Ferrari, 1996). Esta descripción coincide con la *poca claridad en los valores* descrita desde la ACT.

En esta misma línea, los procrastinadores suelen tener una tendencia al reforzamiento a corto plazo, a expensas de metas a largo plazo (Schouwenburg, 1994). Además, presentan bajo control de impulsos, poca persistencia y disciplina en el trabajo, poco auto-control y pueden tener dificultades para posponer la gratificación (Ferrari, 1994; McCown et al., 1993; Schouwenburg, 2004). Es decir, en la procrastinación hay una distancia entre las intenciones y los comportamientos orientados a metas (Schouwenburg, 2004). Desde la ACT se puede entender esto como *acción descomprometida*, ya que presentan dificultades para llevar a la práctica las metas que se han propuesto realizar.

Intervenciones tradicionales para el tratamiento de la procrastinación.

Los tratamientos más comunes que se comenzaron a realizar en la década de los '70 para disminuir la procrastinación y que siguen realizándose hasta hoy, son los orientados al manejo del tiempo (Boice, 1996; Ferrari et al., 1995); Pychyl and Binder, 2004; van Eerde, 2003; van Horebeek, Michielsen, Neyskens, Depreeuw, 2004). En esta línea, Höcker et al. (2012) demostraron que la técnica de restringir el tiempo de estudio resultó efectiva para manejar la procrastinación (técnica que se utilizó la intervención que se realizó en este estudio). También es posible mencionar intervenciones que contemplan la creación de planes específicos de fijación de objetivos (Gollwitzer & Sheeran, 2006; Hafner et al., 2014) y la práctica de estrategias de aprendizaje (Tuckman y Schouwenburg, 2004).

Si bien la mayoría de las intervenciones orientadas al manejo del tiempo han demostrado ser efectivas, tempranamente Solomon & Rothblum (1984) mencionaron que este tipo de intervenciones por sí solas no serían suficientes para reducir la procrastinación, ya que se ha demostrado que la procrastinación no consiste únicamente en falta de habilidades de estudio o manejo del tiempo, sino que involucra la compleja interacción de varios componentes. Dichos elementos – algunos de los cuales ya han sido mencionados previamente en este marco teórico como variables asociadas al fenómeno de la procrastinación – pueden ser cognitivos, tales como las ideas que tienen los procrastinadores acerca de sus habilidades y de las tareas que tienen que enfrentar, conductuales, tales como la evitación de sentimientos desagradables desencadenados por una tarea, o motivacionales, tales como la disminución de la importancia de una tarea (Scent & Boes, 2014).

De este modo, se comenzaron a desarrollar estudios sobre otros aspectos que van más allá del manejo del tiempo, como, por ejemplo, los rasgos de personalidad que pudieran fomentar la procrastinación. Con respecto a éstos, Rice et al., (2011), examinaron la efectividad de una psicoterapia individual dirigida a procrastinadores. Rice y sus colaboradores llevaron a cabo una psicoterapia para alumnos con problemas de perfeccionismo no adaptativo y procrastinación. Sus resultados mostraron que el tratamiento sólo fue eficaz para reducir el perfeccionismo, pero no la procrastinación. Es posible que su ineffectividad para reducir la procrastinación se debiera precisamente a que sólo se abordó uno de los componentes de dicho fenómeno y a que, a pesar de que se trataba de una terapia individual, esta no fue adaptada a las necesidades particulares de los clientes.

En relación a estas investigaciones es posible observar que, así como existe una heterogeneidad en relación a la definición y al estudio del fenómeno, también la hay en cuanto al tipo de intervenciones realizadas. Las intervenciones tienden a trabajar desde un solo ángulo, inicialmente focalizándose sólo en el manejo del tiempo y luego considerando otros aspectos específicos según el enfoque. Sin embargo, como se ha demostrado, la procrastinación es un fenómeno que tiene múltiples aristas. Para diseñar

una intervención efectiva es importante considerar que la evidencia empírica da cuenta de un fenómeno complejo y multi-determinado. En particular, los componentes afectivos, cognitivos y comportamentales que acompañan la dificultad de manejo del tiempo son variados y no se pueden agrupar en un solo aspecto o rasgo.

En los últimos años, se puede observar un aumento en el interés de distintos investigadores en conocer los tratamientos más efectivos para tratar la procrastinación, ya que se ha incrementado el número de publicaciones y meta-análisis. Se encontraron cuatro recientes meta-análisis de intervenciones de procrastinación, realizados entre los años 2018 y 2021. Dos de ellos revisaron estudios relacionados con la reducción de la procrastinación en general, incluyendo la procrastinación académica (Rozenal et al., 2018a; van Eerde & Klingsieck, 2018), uno específico en intervenciones de procrastinación académica (Zacks & Hen, 2018) y otro que revisó las estrategias utilizadas para disminuir la procrastinación por medio de intervenciones remotas en línea (Xu et al., 2021).

Estos cuatro meta-análisis concluyen que la procrastinación disminuye después de alguna intervención, con un tamaño de efecto entre medio y grande, lo que indica que el tratamiento funciona en general, ya que en la mayoría de los casos la procrastinación disminuye con las intervenciones y el efecto se mantiene estable. Es decir, se comprueba que la procrastinación se puede reducir a través de intervenciones, incluyendo intervenciones remotas online, y que hay pocas recaídas.

Por otra parte, estos meta-análisis concuerdan en que el modelo de terapia más estudiado en procrastinación es el enfoque de Terapia Cognitivo Conductual (TCC), demostrando éste ser el más eficaz, en comparación con otras técnicas y modelos de psicoterapia. Sin embargo, es importante mencionar que se encontró una gran heterogeneidad en los tamaños de los efectos, lo que revela una variación entre los estudios que probablemente esté relacionada con las diferencias entre ellos. De esta forma, el desafío actual es realizar intervenciones que sean más eficaces basándose en la evidencia. Otro hallazgo transversal en los meta-análisis revisados, es que en la mayoría de las publicaciones revisadas, las intervenciones eran administradas de manera grupal y además

se plantea que existen escasos estudios con la adecuada calidad y rigurosidad científica (ya sea presencial o virtual).

Van Eerde y Klingsieck (2018) concluyen en su meta-análisis que también existe una diversidad de estudios con diferentes técnicas de intervención, entre las cuales se menciona la Terapia de Aceptación y Compromiso en formato grupal. Cabe mencionar que en su meta-análisis contemplan las diferencias entre intervenciones menos intensas (talleres, psicoeducación, lecturas) e intervenciones más intensas (enfoques guiados por un terapeuta o formatos individuales), éstas últimas con mayores tamaños de efecto. En cuanto a las diferencias en la duración de las intervenciones, mencionan que la eficacia de los tratamientos para reducir la procrastinación no depende de la duración de la intervención, ya que no encontraron diferencias en los tamaños de efecto entre intervenciones cortas (4 sesiones) o largas (más de 8 sesiones o dos meses); ni tampoco en relación con el género de los participantes.

Dentro de las recomendaciones para futuras intervenciones, van Eerde y Klingsieck (2018) destacan la evaluación de experiencias (cualitativas) que podrían marcar la diferencia entre una intervención exitosa y una fallida para cada participante. Estos autores también recomiendan que una medida objetiva de la procrastinación (como las horas que procrastina cada persona) ayudaría a mostrar cómo se corresponden las normas internas y los comportamientos observados. Además, se ha propuesto evaluar otras variables, dada la conexión entre la procrastinación y muchos aspectos del bienestar como, por ejemplo, depresión y calidad de vida (Steel, 2007; van Eerde, 2003; Beutel et al., 2016). Esto podría proporcionar información adicional sobre la intervención y una visión más amplia de la importancia de la reducción en la procrastinación. También recomiendan diseñar intervenciones basadas en la modalidad remota online, ya que tienen la posibilidad de ajustar el tratamiento a las necesidades individuales; y en segundo lugar, la posibilidad de reducir los costos al mejorar la eficiencia de los tratamientos de quienes los guían y de los participantes, incluyendo el traslado de grandes distancias para recibir la intervención.

En esta línea, Xu y colegas (2021) concluyen que las intervenciones presenciales y grupales para reducir la procrastinación pueden resultar menos efectivas que intervenciones remotas online y con formatos individuales, debido a la gran carga de trabajo, las limitaciones de tiempo y la ansiedad social. Además, resaltan que en este tipo de intervenciones es primordial tomar en cuenta la identificación (por parte del sujeto) de la actividad con mayor probabilidad de procrastinación cada día, seguida de la identificación de si la tarea genera emociones no placenteras. También aconsejan aprovechar el entorno virtual para crear intervenciones que cuenten con ejercicios de relajación para aliviar las emociones displacenteras y regular las emociones.

Otra recomendación en las intervenciones para reducir la procrastinación en formatos virtuales es la incorporación de cuestionarios de reflexión sobre el comportamiento de los participantes que reflejen sus emociones y conductas de procrastinación. En cuanto a las limitaciones de las intervenciones en formato en línea mencionan el cumplimiento o adherencia al tratamiento, por lo que se aconseja incluir notificaciones (mensajes o llamadas por teléfonos). Otra sugerencia en este tipo de intervenciones es la implementación de un sistema de recompensas donde los participantes obtengan "puntos" cuando superan con éxito la tendencia a procrastinar en un día concreto.

En el momento en que se realizó este proyecto de investigación, aún no se contaba con la información acerca de estos metaanálisis más recientes. Sin embargo, afortunadamente, la intervención diseñada en este estudio coincide con las recomendaciones de los autores de estos metaanálisis sobre las intervenciones y mediciones.

Al realizar un análisis crítico de la evidencia en relación al desarrollo de intervenciones en procrastinación, es posible constatar que la terapia cognitivo-conductual (TCC) es la que presenta mayor evidencia empírica en el tratamiento de la procrastinación y ha demostrado su efectividad. Sin embargo, estas intervenciones siguen siendo de carácter grupal y hay mucha escasez en cuanto a las intervenciones individuales. Además de la falta de investigaciones en esta modalidad, hay varias razones que justifican la

necesidad de contar con esta alternativa de tratamiento de carácter individual. Por una parte, en términos de logística, muchas personas que procrastinan (incluso estudiantes) no están insertos necesariamente en un contexto donde una institución brinde ayuda grupal. Por otro lado, la mayoría de las personas que son procrastinadores crónicos presenta vergüenza con respecto a este problema y se sienten incómodos hablando de aquello. Para poder profundizar cómo se expresa el fenómeno en una persona en particular, muchas veces es necesario exponer temas íntimos de la cotidianidad de la persona. Además, la riqueza de la intervención individual reside en que se puede profundizar particularmente en cómo procrastina esa persona en específico, abordando la complejidad del fenómeno, permitiendo que el terapeuta acompañe a la persona en el proceso de identificar qué es lo que lo está llevando a procrastinar y realizando intervenciones adecuadas para la necesidad de cada persona. Por último, el problema de la procrastinación es un fenómeno que pueden referir los pacientes en contextos de terapias clínicas e incluso algunos pueden llegar a consultar exclusivamente por esto. Por esta razón, es necesario que los terapeutas cuenten con una alternativa para el tratamiento de la procrastinación en el contexto de terapias clínicas, ya sea como un protocolo exclusivo o como complemento de la terapia en la que se trabajen otros temas.

Es así como ACT, desde su modelo de la flexibilidad psicológica, ha generado interés en algunos investigadores para su aplicación en el fenómeno de la procrastinación. Sin embargo, este estudio no es exclusivamente una aplicación de la ACT al fenómeno de la procrastinación, sino que constituye una serie de intervenciones inspiradas en este enfoque, incluyendo algunas otras técnicas concordantes con la TCC en general. En otras palabras, el objetivo principal de la presente investigación no era probar si el enfoque de ACT es efectivo para reducir la procrastinación, sino que evaluar si una intervención individual, la cual es innovadora y original, pues incluye aspectos desde diversos modelos teóricos (ACT, TCC, etc.), lograba reducir la procrastinación.

Intervención basada en la ACT para el tratamiento de la procrastinación

Si bien varios autores han mencionado la atingencia de la ACT para el tratamiento de la procrastinación (Dionne & Duckworth, 2011; Glick et al., 2014), hasta hoy no existen estudios que lleven a la práctica aspectos de la ACT para reducir la procrastinación, en el contexto de una psicoterapia individual. Existe solamente una intervención preliminar que es de carácter grupal realizada en el contexto universitario para alumnos con procrastinación académica (Scent, & Boes, 2014). Sus autores realizaron dos talleres de una hora y media de duración para enseñar a los estudiantes un proceso de tres pasos para responder al comportamiento de procrastinar. Dicho proceso consistía en: (a) introducir una pausa de *Mindfulness*, para enseñarles a los estudiantes a reconocer la procrastinación como una forma de evitar pensamientos y sentimientos no deseados, (b) aceptar y realizar defusión para ampliar el repertorio de respuesta en presencia de estas experiencias, (c) elegir actuar acorde con los valores y metas a largo plazo, con el fin de generar motivación en relación con la acción consistente con estos valores. En cuanto a la efectividad de la intervención, al finalizar los talleres, cada participante mostró un aumento en el nivel de flexibilidad y una disminución de las conductas de procrastinación. Éste es un acercamiento bastante preliminar y breve a una intervención de la ACT para el tratamiento de este problema. Si bien la intervención tuvo efectos positivos considerando que los participantes mencionaron bajar sus conductas de procrastinación, ésta se podría mejorar aumentando la duración de la intervención, integrando también algunas herramientas de manejo del tiempo y abarcando un espacio terapéutico individual que pueda abordar la necesidad del cliente en particular, donde no sólo se le enseñe al cliente pasos establecidos de respuesta, sino que se le pueda acompañar en la exploración de las posibles causas de procrastinar y donde se ponga énfasis en enseñar las herramientas específicas necesarias, de acuerdo a las dificultades que éste presente.

Intervenir sobre la procrastinación desde el enfoque de la ACT tiene múltiples ventajas. Primero que nada, en cuanto al enfoque teórico, es posible mencionar que la ACT es una aproximación trans-diagnóstica, lo que permite utilizarla como tratamiento

para múltiples problemas psicológicos. Es por ello que un tratamiento basado en este modelo podría servir también para intervenir sobre la comorbilidad u otros síntomas comúnmente presentados por los procrastinadores (Dionne & Duckworth, 2011). Además, la ACT se basa en un modelo de diagnóstico y de intervención no psicopatológico, es decir, no trabaja con trastornos concebidos como “enfermedades mentales” sino que plantea que el sufrimiento es algo natural o normal en los seres humanos. Esto la hace pertinente para el tratamiento de la procrastinación, pues ésta no se encuadra entre los diagnósticos clínicos tradicionales, sino que es una conducta común a todas las personas, que a veces puede volverse problemática.

Por otra parte, en relación con las técnicas de intervención que brinda la ACT, ésta otorga herramientas terapéuticas, como, por ejemplo, ejercicios y metáforas, para cada uno de los elementos que lo conforman. Como se ha mencionado en este marco teórico, estos elementos se pueden aplicar a las distintas aristas de la procrastinación. Con las habilidades de *Mindfulness* y aceptación brindadas en este modelo es posible intervenir en la evitación experiencial (la evitación de los procrastinadores con respecto a las sensaciones desagradables asociadas a la realización de la tarea), en la defusión (con respecto a sus pensamientos irracionales asociados a la procrastinación misma y a la tarea que deben enfrentar) y en el “yo conceptualizado” (que suele presentarse como una sensación de ser poco eficaz). Por otra parte, con las habilidades de compromiso y activación conductual es posible trabajar con la poca claridad en los valores (la difusión de su identidad en cuanto a lo que desean realizar en la vida), con la acción descomprometida (las acciones realizadas que no están direccionadas hacia sus valores) y el poco contacto con el momento presente (la tendencia a distraerse y actuar impulsivamente).

Por último, entre otras de las ventajas de la ACT, se encuentra el hecho de que ésta integra herramientas de distintos enfoques que anteriormente no se habían considerado conjuntamente. En este sentido, Harris (2009) describe a la ACT como una “terapia cognitivo conductual humanista-existencial”. Se trata de un enfoque que integra los procesos de *Mindfulness* y aceptación con estrategias de cambio conductual. Las

estrategias de activación conductual son perfectamente compatibles con intervenciones de manejo del tiempo realizadas previamente en el tratamiento de la procrastinación. De esta forma, a la hora de intervenir sobre la procrastinación es posible rescatar varias intervenciones de manejo del tiempo que han resultado ser exitosas (pero no suficientes, considerando la complejidad del fenómeno) e integrarlas dentro de la ACT. A su vez, el aspecto terapéutico más profundo de la ACT, el cual le otorga su carácter de humanista-existencial, es compatible con otros aspectos importantes de la procrastinación como por ejemplo la evitación experiencial, poca conexión con los valores, etc. Hasta hoy no existen intervenciones *individuales* que incluyan estrategias específicas cognitivo/conductuales para combatir la procrastinación (tales como el manejo del tiempo), estrategias de activación conductual, estrategias de *Mindfulness* y aceptación, y componentes humanista-existenciales, por lo que la intervención propuesta en este estudio sería la primera en integrar estos aspectos en una única intervención.

Investigación en línea y pandemia

Considerando que esta intervención se realizó en tiempos de la pandemia de Covid-19, se tuvo que realizar la intervención por video llamada y con mediciones online. Por esta razón, se presentarán algunas investigaciones relacionadas con Intervenciones Basadas en Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs), dentro de las cuales se encuentra la terapia online y se menciona las posibles influencias de la pandemia en la procrastinación académica.

Las TICs no tomaron mayor interés hasta finales de los años 90's y principios de los 2000's, publicándose el primer artículo de tele-psiquiatría (Baer et al., 1995; Soto-Pérez et al., 2010). Sin embargo, en ese momento los equipos y costos en general eran muy elevados para este tipo de modalidad. Además, existían problemas técnicos tales como problemas de sonido y mala conectividad. Fue avanzando la tecnología y el internet, hasta que en el año 2009 ya se comentaba que se estaba comenzando una nueva forma de intervención: la tele-psicología y el tratamiento en línea. Esta modalidad de intervención sigue los mismos aspectos principales de los tratamientos psicológicos presenciales, entre

los cuales cabe mencionar la comunicación eficaz, la intimidad y la alianza terapéutica. Las TICs han demostrado una eficacia comparable a la de la terapia presencial tradicional (Carlbring et al., 2018) con ventajas como la eliminación de barreras en el acceso al tratamiento, los tiempos de espera y la rentabilidad (Paganini, Teigelkötter et al., 2018). Además, los tratamientos online suponen ventajas para los pacientes como una mayor apertura (Suler, 2004), mayor satisfacción (Backhaus et al., 2012) y reducción en el estigma de buscar ayuda a su problema psicológico (Amichai-Hamburger et al., 2014).

El uso de evaluaciones en línea para la investigación experimental se ha disparado en las últimas décadas y, en su mayoría, con resultados positivos para los estudios en ciencias sociales (Coppock & McClellan, 2019). Debido a su bajo costo y a la rapidez con la que se obtienen. Por un lado, en el caso de algunos puntos delicados de la encuesta (por ejemplo, las prácticas sexuales o el consumo de drogas), la gente podría preferir una encuesta en línea en comparación con una administrada en persona (Gnambs & Kaspar, 2015). Sin embargo, por el otro lado, en las evaluaciones y encuestas, la ausencia de interacción humana puede fomentar la indecisión (Evans & Mathur, 2005).

En esta línea, existen algunas limitaciones en las intervenciones en modalidad virtual, específicamente en aquellas que pretenden mejorar la procrastinación. En primer lugar, las tasas de abandono de los tratamientos en las TICs pueden ser altas (Christensen et al., 2009; Melville, Casey, Kavanagh, 2010), especialmente debido a la naturaleza de la procrastinación, por lo que se recomienda la fijación de objetivos y deberes (Brouwer et al., 2011), así como un diseño atractivo y convincente para aumentar la adherencia (Kelders et al., 2018).

Se han realizado varias intervenciones de manera virtual, pero es de especial interés para este trabajo aquellas que tienen el enfoque TCC. La revisión de un meta-análisis sugiere que este modelo de terapia produce efectos equivalentes a las terapias presenciales (Andersson et al., 2014), sin embargo, es importante tomar estos resultados con cuidado, ya que los estudios son escasos. Para la procrastinación específicamente, hay evidencia que indica la eficacia de tratamientos en línea con TCC (Eckert et al., 2018;

Gieselmann & Pietrowsky, 2016; Lukas & Berking, 2018; Rozental et al., 2018b; Rozental et al., 2015). Más aún, algunos estudios han evidenciado resultados positivos y diversos tamaños de efecto (medianos y altos) hasta los 12 meses de seguimiento después del tratamiento (Eckert et al., 2018; Rozental et al., 2017).

A pesar de los resultados positivos de las TICs en la procrastinación, como en diferente sintomatología y trastornos, hasta el año 2019 la evidencia se centraba en las intervenciones psicológicas presenciales. Luego llegó la pandemia por Covid-19, lo que evidentemente forzó un giro hacia las intervenciones en modalidad online.

En cuanto a los estudiantes, a pesar de que ya existía el aprendizaje en línea, la pandemia del Covid-19 y sus restricciones cambió muchas cosas, entre ellas el aprendizaje y las responsabilidades académicas pasaron de ser presenciales a una modalidad virtual y ciertamente tuvieron su propio impacto en los estudiantes. Algunos no estaban preparados para realizar sus actividades y aprendizajes en línea. Durante la pandemia aumentaron las exigencias del estudio y el trabajo, aumentando también la cantidad de horas dedicadas al uso de los teléfonos móviles (Kiraly et al., 2020), de manera que algunos estudiantes llegaron a tener un uso compulsivo y síntomas de dependencia a los teléfonos móviles (Chen & Chang, 2016; van Deursen et al., 2015). Los cambios de rutina, y no tener rutinas claras en casa pudo ser muy desmotivador e incluso difícil de auto-disciplinar para algunos, afectándose la concentración de los estudiantes (Eika, 2021). Los estudios han demostrado que durante la pandemia de Covid-19, los estudiantes de post-grado tienen altos puntajes de ansiedad (Wang et al., 2020). Algunos de los cambios que se presentan son sentimientos de ansiedad, aburrimiento y monotonía, incapacidad de gestionar el tiempo y menor capacidad de regularse en el aprendizaje (Arifiana, 2020). Teniendo en cuenta que las actividades académicas a distancia requieren una alta autorregulación y motivación intrínseca, esta situación llevó a muchas personas a procrastinar en mayor medida durante los meses de confinamiento (Pelikan, Lüftenegger, Holzer, Korlat, Spiel & Schober, 2021).

A pesar de los efectos negativos que ha tenido la pandemia sobre las personas, aún está la esperanza de que la pandemia haya traído una revolución digital al mundo de la psicoterapia, considerando los múltiples beneficios de esta alternativa de tratamiento. Entre estos beneficios, cabe mencionar, que esta investigación, la cual tuvo que realizarse forzosamente de manera online, tuvo beneficios inesperados, como, por ejemplo, que pudiesen acceder a ella personas que estaban en otros países y en ciudades diferentes dentro de Chile.

Objetivo General

Examinar los efectos de una intervención psicoterapéutica individual inspirada en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) para reducir los niveles de procrastinación académica.

Objetivos Específicos

1. Diseñar una intervención psicoterapéutica individual inspirada en el enfoque de la ACT e integrando herramientas TCC de manejo del tiempo.
2. Examinar si existen cambios clínicamente significativos a lo largo de la intervención en la variable de resultado primaria procrastinación en cada uno de los sujetos intervenidos.
3. Examinar si existen cambios clínicamente significativos a lo largo de la intervención en las variables de resultado secundarias (cumplimiento de meta diaria, tiempo dedicado al proyecto, satisfacción, evitación experiencial, acción comprometida, síntomas depresivos y síntomas ansiosos).
4. Examinar si los cambios en la variable primaria y las secundarias se mantienen tras un período de seguimiento de dos semanas después de terminado el tratamiento.
5. Explorar cuáles son las intervenciones realizadas en sesiones en que se observe un cambio terapéutico.

Hipótesis

1. A lo largo del proceso terapéutico, se observará en cada uno de los sujetos intervenidos, una reducción clínicamente significativa de los niveles de procrastinación con respecto a los niveles presentados en la línea base.
2. A lo largo del proceso terapéutico, se observará en cada uno de los sujetos intervenidos, con respecto a los niveles presentados antes del tratamiento, un aumento clínicamente significativo de las puntuaciones en el cumplimiento de meta diaria, el tiempo dedicado al proyecto, la satisfacción y la acción

comprometida. Por otra parte, se observará una reducción de la evitación experiencial, los síntomas ansiosos y los síntomas depresivos.

3. Los cambios observados a lo largo del proceso terapéutico en las variables de resultado primarias y secundarias se mantendrán tras un período de seguimiento de dos semanas en todos los sujetos intervenidos.

Metodología

1. Diseño

Se implementó un diseño experimental de caso único de retirada o diseño ABA con medidas repetidas de la conducta de procrastinación. La denominación del diseño de caso único (o también llamado intra-sujeto) alude al tipo de aproximación para el análisis de datos y puede ser utilizado en más de un único sujeto. En esta investigación se realizó el estudio en 4 participantes. Este diseño se suele usar para medir el efecto de técnicas de tratamiento innovadoras o el efecto de un tratamiento ya conocido en una persona con un tipo de necesidad particular (enfermedades o problemáticas poco conocidas). Considerando que hasta ahora no se han realizado intervenciones a nivel individual basadas en ACT para tratar la procrastinación, este tipo de diseño resulta ser particularmente apropiado para esta investigación.

Con el objetivo de medir los cambios en la procrastinación en función de la introducción y retirada del tratamiento, se implementó un estudio de caso único ABA o de retirada, para evaluar si existía una reversión de la conducta después de retirar o finalizar el tratamiento.

Además, siguiendo las recomendaciones para alcanzar una validez interna adecuada y disminuir el impacto de posibles efectos de maduración (la mejora espontánea de los participantes), se registraron durante las tres fases varias mediciones (Kratochwill et al., 2010; Tate et al., 2016). La primera fase (A): pre-tratamiento o referencia, la segunda fase (B): tratamiento o fase experimental y la tercera fase (A1): seguimiento o mantenimiento.

2. Recolección de datos

Los datos fueron recogidos y procesados por medio del Programa de Captura de Datos Electrónicos para la investigación REDCap (por sus siglas en inglés Research Electronic Data Capture), diseñado exclusivamente para capturar datos de estudios de investigación en una aplicación en línea de forma precisa y segura.

Este software es muy utilizado en la investigación clínica y proporciona múltiples formularios e informes de casos y es eficaz en la captura de datos para estudios con muestras pequeñas (Franklin et al., 2011).

En este estudio se creó la base de datos utilizando las respuestas de los cuestionarios pre-post-seguimiento y los registros diarios que llenaban los participantes. Luego se exportaron los datos a Excel y a *R* donde se realizaron los análisis estadísticos de los cuestionarios descritos a continuación.

3. Instrumentos

Se recogieron datos de tres maneras diferentes:

- **Registro diario**

Este registro tuvo por objetivo recoger información principalmente sobre el manejo del tiempo diario.

- **Cuestionarios pre-post-seguimiento.**

Con el objetivo de complementar los registros diarios de la conducta, se aplicaron cuestionarios para medir la variable de procrastinación y las variables secundarias.

- **Registro de sesiones y entrevista.**

Durante el tratamiento, en una entrevista final y con un pequeño cuestionario, se le solicitó retroalimentación al participante con respecto a la intervención para reducir la procrastinación (IRP) y su proceso de cambio.

En la siguiente tabla se detalla la duración de las distintas fases del tratamiento y frecuencia de aplicación de los cuestionarios y registros en cada una de ellas.

Tabla 1

Descripción y duración de las fases del estudio

Fase	Duración	Registros diarios	Cuestionarios pre-post-seguimiento.
Fase pre-tratamiento	2 semanas (9 días laborales)	9 registros	Al iniciar el pretratamiento
Fase de tratamiento	3 semanas (15 días laborales)	15 registros	Al finalizar el tratamiento
Fase de seguimiento	2 semanas (9 días laborales)	9 registros	Al finalizar el seguimiento
Total por participante	7 semanas (33 días laborales)	33 registros	3 respuestas de cada cuestionario = 18 cuestionarios

En la siguiente tabla se detalla las variables y el instrumento de recolección de datos que se expondrá a continuación.

Tabla 2

Descripción de las variables e instrumentos de recolección

Tipo de variable	Variable	Instrumento de recolección de datos
Primaria	1. Procrastinación	Registro diario del tiempo perdido. Cuestionario pre-post-seg. ATPS.
	2. Cumplimiento de meta diaria	Registro diario
Secundarias	3. Tiempo dedicado al proyecto	Registro diario
	4. Satisfacción	Registro diario
	5. Evitación Experiencial	Cuestionario pre-post-seg. AAQ II
	6. Acción Comprometida	Cuestionario pre-post-seg. CAQ
	7. Sintomatología depresiva.	Cuestionario pre-post-seg. PHQ-9/ CORE-OM
	8. Sintomatología ansiosa	Cuestionario pre-post-seg. GAD 7/ CORE-OM

3.1. Registro diario.

Este registro se diseñó especialmente para efectos de esta investigación. Los participantes tuvieron que llenarlo al finalizar el día, durante todos los días laborales que duró la investigación (33 días en total por participante). El tiempo requerido para responder este registro es de 5-10 minutos y fue enviado diariamente al correo electrónico de cada participante para ser completado por la plataforma Redcap (a la cual se accedía mediante un link enviado al correo electrónico).

Consistió en siete preguntas, las cuales estaban relacionadas con su manejo del tiempo de ese día (ver anexo 2). El objetivo principal fue medir la variable de resultado primaria Procrastinación en la siguiente pregunta: “Indica la cantidad de tiempo que perdiste hoy (que, de volver a comenzar el día NO dedicarías a eso): __ (horas):__(minutos)”. Además, entrega información acerca de en qué actividades pierde el tiempo, si logra cumplir su meta diaria y su satisfacción con respecto a cómo se está desempeñando.

Este registro, además de cumplir con el objetivo de observar los posibles efectos de la IRP sobre la variable de interés (procrastinación), tenía también una finalidad terapéutica de guiar a los participantes a tomar conciencia de su manejo del tiempo diario tanto en relación a sus dificultades, es decir, aprendizajes personales con respecto a aspectos a cambiar, como en relación a los aciertos que tuvieron, es decir como un reforzamiento positivo acerca de lo que lograron cumplir. Este ejercicio proporcionó información valiosa que fue elaborándose en las mismas sesiones de la IRP.

3.2. Cuestionarios Pre-Post-Seguimiento.

3.2.1. Escala de Procrastinación Académica de Tuckman, validada en idioma español (ATPS). Tuckman Procrastination Scale, TPS (Tuckman, 1990).

Según define el autor, la procrastinación académica corresponde a la ausencia de auto-regulación, de manera que se evitan o dejan de lado actividades programadas. Este auto-reporte mide la tendencia a perder el tiempo, postergar o dejar de hacer cosas a través de 15 ítems con cinco opciones de respuesta tipo Likert que van de 1= “nunca” a 5= “siempre”. Tiene una puntuación mínima de 15 puntos y máxima de 75 puntos. Esta escala está compuesta por un solo factor que explicaría un 33,2% de la varianza.

Para este proyecto de investigación se utilizó la escala traducida al español, la adaptación argentina de la Escala de Procrastinación de Tuckman (ATPS), la cual está validada en población argentina con una consistencia interna satisfactoria con un $\alpha = 0,87$ (Furlan, Heredia, Piemontesi, & Tuckman, 2012). Posee ítems que se codifican de forma directa como “*Demoro innecesariamente en terminar trabajos, incluso cuando son importantes*” como inversa “*Empiezo a trabajar de inmediato, incluso en actividades que me resultan displacenteras*” como se puede observar en el anexo 3. Con respecto a la interpretación del puntaje, esta versión no reporta puntos de corte.

3.2.2. Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ). *Acceptance and Action Questionnaire*; Hayes et al. (2000). Traducción (Ruiz et al., 2013).

El AAQ es una escala de auto-informe desarrollada para medir dos aspectos claves de la Terapia de Aceptación y Compromiso: la evitación experiencial y la aceptación psicológica. En este estudio se utilizará la validación al español del AAQ (Ruiz et al. 2013), compuesta por 10 ítems en una escala de Likert del 0 (“falso”) hasta el 7 (“completamente cierto”). Esta escala también incluye

reactivos como “*Evito y escapo de mis sentimientos*” y reactivos inversos como “*Mis emociones me causan problemas en la vida*”, como se puede observar en el anexo 4.

Esta versión fue validada con seis muestras distintas, de las cuales, la mayoría (cuatro muestras) fueron estudiantes universitarios (población no clínica) y otras dos muestras fueron en población clínica. Este instrumento muestra una adecuada consistencia interna $\alpha = 0,88$ y un solo factor. Cabe mencionar que también se observa una adecuada validez externa, encontrándose correlaciones con síntomas emocionales, conductuales y otros constructos psicológicos.

En esta muestra, las medias en el grupo clínico fueron entre 20,9 (SD= 7,9) y M=22,6 (SD =7,5) en población no clínica, y de 31,5 (SD= 10,6) y 33,5 (SD=8,1) en poblaciones clínicas. En comparación con la muestra americana, Hayes et al. (2000) que obtiene medias un poco mayores para ambos grupos siendo entre 30 y 31 para la muestra no clínica y entre 38 y 40 para la muestra clínica.

Las diferencias entre la validación al español y la escala de Hayes y colegas (2000) puede deberse a que éstos últimos analizaron la escala con 32 ítems y no 10 reactivos, sin embargo, también concluyeron que 9 reactivos son suficientes para reunir la principal proporción de la varianza, comprobando que la escala es lo suficientemente sensible como para detectar las diferencias entre una muestra general y clínica.

3.2.3. Cuestionario de Acción Comprometida (CAO); *Committed Action Questionnaire*, McCracken, 2013.

Este auto-reporte mide la acción comprometida desde el modelo de flexibilidad psicológica, o la capacidad de persistir de manera flexible -o por otro lado cambiar el comportamiento- según valores y/u objetivos personales y perspectivas situacionales. Incluye patrones de comportamiento persistentes, que pueden estar relacionados con sentimientos de fracaso o incomodidad; provocando abandonar los objetivos.

Esta escala está compuesta por 24 ítems en una escala Likert del 0 “nunca” al 6 “siempre” algunos reactivos son formulados para evaluar acciones positivas “*Soy capaz de persistir con un curso de acción después de experimentar dificultades*” y otros para pesquisar acciones negativas “*Actúo de manera impulsiva cuando me siento bajo presión*” como se puede observar en el anexo 5. El CAQ demuestra una buena consistencia interna ($\alpha=0,87$) y se observan tres factores que explican el 56.4% de la varianza. Hasta el momento no se han encontrado versiones de la escala validadas en español por lo que se utilizará una traducción de los investigadores de este proyecto.

3.2.4. Cuestionario PHQ-9. Patient Health Questionnaire (PHQ-9); Diez et al., Sánchez et al., 2001.

Este instrumento de 9 reactivos evalúa la presencia de síntomas depresivos en las últimas dos semanas, de acuerdo con los criterios propuestos en el DSM- IV para el episodio depresivo mayor. La calificación se hace en base a una escala Likert del 0 (nunca) al 3 (casi todos los días), manteniendo un puntaje total del 0 a 27 como puede observarse en la escala (anexo 6). Además, la escala mide la frecuencia de los síntomas que permite conocer la severidad de la sintomatología del 0-4 (mínimo), 5-9 (leve), 10-14 (moderado), 15-19 (moderado a grave), 20-27 (grave). Según la puntuación obtenida en los diferentes reactivos se puede clasificar el padecimiento en sintomatología depresiva en negativa, positiva (sintomatología depresiva menor, moderada o sintomatología depresiva mayor). En este proyecto se utilizará la escala validada en Chile (Saldivia et al., 2019) con una confiabilidad adecuada ($\alpha= 0,89$).

3.2.5. Trastorno de Ansiedad Generalizada, GAD-7. Generalized Anxiety Disorder-7, GAD-7 (Spitzer et al., 2006).

El GAD-7 es un auto-reporte de 7 reactivos en escala Likert de 4 puntos desde 0 (“nada”) a 3 (“casi todos los días”); el puntaje total del GAD-7 se calcula

por la suma de las respuestas de cada ítem, resultando en una puntuación total que va de 0 a 21. Según el puntaje final, pueden clasificarse cuatro niveles de gravedad: mínimo (0-4 puntos), leve (5-9 puntos), moderado (10-14 puntos) y grave (15-21 puntos) con una puntuación de corte de 10 puntos o más. Los siete ítems están basados en los criterios diagnósticos del DSM-IV del Trastorno de Ansiedad Generalizada y evalúan (1) sentirse nervioso, (2 y 3) controlar preocupación, (4) dificultad para relajarse (5) inquietud (6) irritabilidad y (7) miedo a que algo pase como puede observarse en la escala (anexo 7).

García-Campayo et al., (2010) desarrollaron y validaron la versión en población española con excelentes propiedades psicométricas ($\alpha=0,936$). La escala demostró ser unidimensional a través del análisis factorial, con una varianza explicada del 72% los siete ítems tuvieron cargas positivas superiores a 0,75. Además, los ítems mostraron una alta correlación ítem-total (superior a 0,68), con una correlación test-re-test de 0,84.

3.2.6. Clinical Outcomes in Routine Evaluation- Outcome Measure, CORE-OM, Evans et al. (2002)

Este auto-reporte fue creado en Reino Unido, pero se usa a nivel mundial y ha sido traducido en más de 25 idiomas. Tiene por objetivo medir la salud mental y la efectividad de las terapias independientemente del diagnóstico considerando aspectos genéricos importantes del bienestar psicológico y el cambio en la terapia. Como es posible observar en la escala (anexo 8), consta de 34 ítems en escala Likert de 0 (“para nada”) a 4 (“la mayor parte del tiempo”) en los siguientes cuatro dominios: Bienestar Subjetivo (BS), Problemas/Síntomas (P/S), Funcionamiento (F) y Riesgo (R) y dura aproximadamente de 5 a 10 minutos. La dimensión del BS comprende cuatro ítems que capturan este aspecto. La P/S incluye cuatro ítems que abordan la ansiedad, cuatro la depresión, y dos para cada uno de los problemas físicos y traumas. El dominio del F incluye cuatro ítems que cubren el funcionamiento general/trabajo, cuatro que tratan sobre las relaciones cercanas, y

cuatro para el funcionamiento social. El dominio R tiene cuatro ítems sobre el riesgo para uno mismo y dos sobre el riesgo para los demás. Ocho de los 34 artículos están marcados positivamente (artículos 3, 4, 7, 12, 19, 21, 31 y 32), de manera que mayor puntaje refleja mayor malestar. En este trabajo se utilizará la validación en Ecuador que presenta una excelente validez interna de todos los ítems ($\alpha = .93$) y comparable tanto a la versión original ($\alpha=.94$) como a la de la prueba validada en castellano en España ($\alpha=.94$).

3.3. Registro de sesiones y entrevistas.

3.3.1. Entrevista y cuestionario inicial.

Como parte del proceso de selección se le solicitó al participante detallar aspectos de su procrastinación mediante un cuestionario simple de preguntas abiertas (ver anexo 9). Además, se realizó una entrevista clínica profundizando los aspectos de la procrastinación que el participante había mencionado en el cuestionario y posibles síntomas depresivos y ansiosos y funcionamiento en general.

3.3.2. Registro audiovisual y escrito de las sesiones.

Se registraron las sesiones por zoom y en cada sesión la terapeuta tomó nota de los aspectos trabajados.

3.3.4. Entrevista y cuestionario final.

Al finalizar el seguimiento, se le realizó una entrevista que abordaba la percepción del participante con respecto a la IRP en general, las intervenciones que en su percepción le ayudaron y las que no le ayudaron, los aspectos que le hubiese gustado abordar y los cambios que experimentó en el proceso. Además, se le pidió la misma retroalimentación (*feedback*) por escrito mediante un cuestionario final de preguntas abiertas con la finalidad de que el participante pudiese expresarse más cómodamente sin tener la conversación directa con la terapeuta (ver anexo 10).

4. Análisis de Datos

Se utilizaron los siguientes dos métodos de análisis de los datos recogidos en los cuestionarios y registros: análisis visuales y análisis estadístico de índice de cambio fiable (*reliable change index*, RCI), los cuales se detallan a continuación.

4.1. Análisis Visuales

Para el análisis de los datos obtenidos en los registros diarios, correspondientes al diseño de caso único ABA se usó análisis visual.

Los diseños de caso único son ampliamente utilizados como herramienta metodológica para conocer si una variable independiente (tratamiento) tiene efecto en una variable dependiente -en este caso la procrastinación- (Kazdin, 2011) y suelen incluir análisis visuales y estadísticos (Heyvaert et al., 2015). Una de las principales ventajas del análisis visual es su rapidez, por lo que es ampliamente utilizado para analizar los diseños AB (Kazdin, 2011).

El análisis visual es una inspección de las diferencias en los datos observados. Se puede observar, por ejemplo, la variabilidad (cómo cambian los datos dentro de cada fase) y tendencia (línea o una curva que conecta dos o más puntos de una serie), describiendo así cada uno de los patrones de datos que puedan existir en fases similares o distintas (Horner et al., 2012). De esta forma, se determina si están presentes los efectos de la intervención observando los cambios en la fase de referencia o pre-tratamiento con los de la fase de post-tratamiento y seguimiento (Morgan & Morgan, 2009). Si existe una gran diferencia entre los niveles (fases) de referencia y de intervención, se puede pensar preliminarmente que la intervención fue eficaz y que amerita realizar otros análisis.

La tendencia muestra aumentos o disminuciones sistemáticas a lo largo del tiempo (Kazdin, 2011). Si hay un aumento en la tendencia de los datos cuando comienza la intervención, se puede concluir tentativamente que se están mostrando resultados positivos de la intervención. Sin embargo, es importante asegurar que una tendencia en la fase de intervención no es simplemente una continuación de una tendencia previa generada en la fase de referencia (Morgan y Morgan, 2009)

4.2 Análisis estadístico RCI

Para el análisis de los cuestionarios pre-post-seguimiento, se utilizaron análisis estadísticos para calcular el Índice de Cambio Fiable (Reliable Change Index, RCI; Jacobson et al., 1984). El RCI es ampliamente utilizado en los análisis de caso único para observar si el cambio en los puntajes de un individuo antes y después de una intervención es estadísticamente significativo o no. De acuerdo con Jacobson & Truax (1991), la fórmula para calcular RCI es la siguiente:

$$RCI = (\bar{x}X - \bar{x}Y) / \sigma_{diff}, \text{ donde } \sigma_{diff} = \sigma_x \sqrt{2(1-r_{xy})}$$

Así, el RCI se calcula con la diferencia de los promedios en la puntuación de los participantes antes de iniciar el tratamiento ($\bar{x}X$) y después de haber terminado el tratamiento o post-seguimiento ($\bar{x}Y$). Esta magnitud se divide por el error estándar de la diferencia (σ_{diff}). Por lo cual, el RCI incluyó la desviación estándar de la medida inicial (σ_x) y la correlación entre los puntajes entre las dos mediciones (r_{xy}), pudiendo determinar si la magnitud del cambio en los puntajes de los participantes antes del tratamiento y después del tratamiento tuvo la suficiente magnitud para superar el error de medición. De este modo, si el RCI es igual o superior a 1,96, el cambio demostraría ser estadísticamente significativo ya que 1,96 equivale al intervalo de confianza del 95% (Iverson, 2017).

5. Participantes

Con el objetivo de replicar los resultados en pacientes con distintas características y así aumentar la generalización y la validez de los resultados, este diseño se llevó a cabo en varios sujetos (N=4).

5.1 Criterios de Inclusión y exclusión

5.1.1 Criterios de inclusión

- 5.1.1.1 Estar en proceso de estudio para un examen de grado o tener que hacer una tesis (de pregrado o postgrado) .
- 5.1.1.2 Referir tener un problema con la procrastinación. Con frecuencia percibir que pierde mucho el tiempo.
- 5.1.1.3 Tener entre 18 y 60 años.
- 5.1.1.4 Tener motivación para cumplir esa meta y adherencia al tratamiento.
- 5.1.1.5 Referir insatisfacción y malestar psicológico asociado a la procrastinación.
- 5.1.1.6 Tener al menos 3 horas diarias disponibles para estudiar.
- 5.1.1.7 Que las actividades en que pierde el tiempo se perciban por el participante como innecesarias, inútiles o poco significativas.
- 5.1.1.8 Obtener puntajes moderados o altos en la escala de procrastinación académica (ATPS).

5.1.2 Criterios de exclusión

- 5.1.2.1 Presentar psicopatología en la evaluación clínica. Si bien es esperable que la procrastinación conlleve cierto malestar psicológico, este malestar debe estar asociado, al menos en parte,

a la procrastinación, siendo ésta una procrastinación “primaria”. Por el contrario, si se evalúa que la procrastinación es un síntoma más dentro de muchos otros más graves, esta sería “secundaria” y producto de otros factores. La manera de evaluar esto es mediante evaluación clínica, excluyéndose participantes que presenten trastornos mayores (p. ej esquizofrenia, depresión mayor, trastorno de la personalidad) ya que en estos casos es mucho más probable que la procrastinación derive de aquello y se requiera otro tipo de intervención.

5.1.2.2 Tener sintomatología depresiva grave (según los puntos de corte del PHQ-9).

5.1.2.3 Tener sintomatología ansiosa grave (según los puntos de corte del GAD-7).

5.1.2.4 Que exista alguna razón predecible que pudiese interferir en su dedicación al estudio mientras dure la intervención (p. ej. operaciones médicas, viajes etc.).

5.1.2.5 Que exista una buena razón para no poder estarse dedicando al estudio como quisiera (p. ej. cuidar de un familiar).

5.1.2.6 Evaluación clínica de poca motivación o compromiso con el tratamiento.

5.1.2.7 Estar en una psicoterapia en curso.

5.1.2.8 Abuso, adicción o consumo frecuente de drogas.

5.2 Proceso de Selección

El proceso de selección consta de 6 etapas: Llamado a participar, respuesta al contacto con cuestionario inicial, cuestionario inicial, entrevista clínica inicial, cuestionarios y consentimiento informado y por último la confirmación de la participación. A continuación se detalla cada una:

5.2.1. Llamado a participar

Se publicó en redes sociales de la investigadora responsable y de colegas de la investigadora el llamado a participar (ver anexo 11).

5.2.2. Respuesta al contacto

En caso de recibir un email demostrando interés en el estudio, se respondió con un mensaje que contenía información acerca de en qué consistía la intervención y el proceso de selección (ver anexo 12).

5.2.3. Cuestionario inicial

Se les pidió responder al cuestionario inicial enviado en el primer correo. Si cumplía con los criterios de inclusión y exclusión se pasaba a la siguiente etapa.

5.2.4 Entrevista Clínica vía Zoom

Entrevista en la cual se indagó con más detalles acerca de lo respondido en el cuestionario inicial y se agregaron preguntas con respecto al consumo de drogas y procesos de psicoterapia o farmacoterapia en curso.

5.2.5 Cuestionarios

Se envían los cuestionarios correspondientes a pre/post y seguimiento junto con el consentimiento informado (ver anexo 13).

5.2.6. Confirmación de la participación

Se tomó contacto telefónico con el participante para confirmarle su participación en el estudio, en caso de cumplir con los criterios de inclusión y no tener criterios de exclusión.

Aproximadamente 30 personas escribieron inicialmente a la investigadora, de los cuales finalmente se seleccionaron 4. A los participantes que no cumplieron con los criterios de selección, se les explicó las razones y se le mencionaron posibles alternativas de tratamiento. El mayor filtro se realizó en la etapa 3 y 4 (con el cuestionario inicial y la entrevista clínica). Casi la totalidad de quienes pasaron estas etapas fueron posteriormente seleccionados.

6. Consideraciones éticas

Con fecha 15 de enero del 2021 el Comité Ético Científico de la Salud de la Pontificia Universidad católica de Chile aprobó este proyecto de investigación (ver anexo 14). Anteriormente se había enviado el proyecto de esta investigación al Comité de Ética de Ciencias Sociales, sin embargo, luego de recibir el proyecto, el comité definió que lo evaluara el Comité Ético Científico de la Salud en lugar de éste.

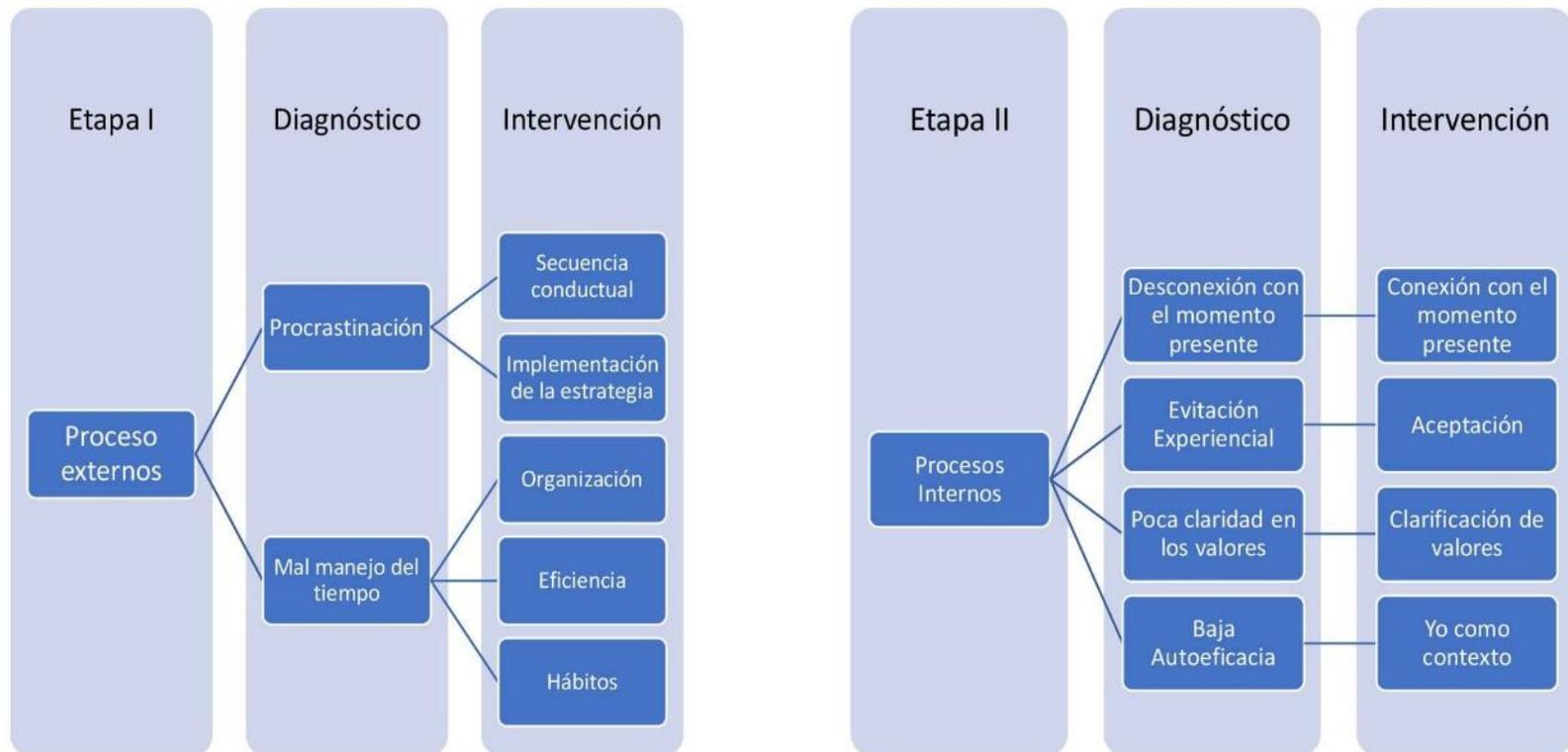
7. Intervención para Reducir la Procrastinación (IRP)

La intervención se focalizó en dos etapas. La primera, Procesos Externos, corresponde a acciones que pueden observarse desde afuera, relacionadas con la procrastinación. La segunda, Procesos Internos, se refiere a los procesos que no son observables desde afuera y que responden a experiencias privadas del participante. En la primera etapa, existen dos aspectos a diagnosticar: *la Procrastinación y el Mal Manejo del Tiempo* y en la segunda cuatro: *la Desconexión con el Momento Presente, Evitación Experiencial, Poca Claridad en los Valores y Baja Autoeficacia*.

En total, la intervención consistió en cuatro sesiones: las primeras dos sesiones dedicadas a los Procesos Externos y las dos restantes a los Procesos Internos. Se comenzó por los Procesos Externos, considerando que el enfoque de ACT pone mucho énfasis en la acción, de manera de destrabar el círculo vicioso de la procrastinación, para luego reforzar estos cambios con la mirada hacia los Procesos Internos que podrían estar también influyendo en esta conducta. Dentro de cada etapa, se puede seguir el orden sugerido de manera flexible. Lo relevante es que se evalúen todos los aspectos y que el terapeuta siga lo que le parezca más urgente de atender. Es importante evaluar cambios en la primera etapa, pues esto es la base de la intervención. Se debe revisar, ajustar y reforzar estas indicaciones para luego seguir avanzando, por lo mismo este es un protocolo flexible. No es necesario que el participante realice todas las tareas propuestas a la perfección, sino que lo importante es que pueda experimentar mayor autoeficacia por haber realizado al menos algunos cambios en dirección a bajar su nivel de procrastinación. En el mismo sentido, no es necesario que se realicen todas las intervenciones aquí propuestas, sino que este protocolo es más bien un conjunto de herramientas que ayudarán al terapeuta a guiarse para intervenir en lo que a éste le parezca más relevante con cada participante en particular.

Figura 1

Estructura de la IRP.



A continuación, se detallará cada uno de los aspectos descritos en la figura 1 de la estructura de la IRP.

7.1 Procesos Externos.

7.1.1. Procrastinación

7.7.1.1. Secuencia conductual

7.7.1.1.1. Describir secuencia conductual.

Detallar la secuencia de conductas dentro de la cual se enmarca la procrastinación. Realizar un horario de un día promedio del participante, preguntando con detalle cada una de las conductas y el tiempo dedicado a cada una de éstas. Si bien en esta etapa nos vamos a enfocar principalmente a la conducta externa, es de utilidad notar también los pensamientos asociados a las conductas, sentimientos, sensaciones, nivel de cansancio, etc. De manera de comprender mejor cómo se da esta secuencia de conductas.

7.7.1.1.2. Diagnóstico de la conducta que fomenta la procrastinación.

En base a esta descripción, realizar un diagnóstico de los factores que anteceden o influyen en la conducta de procrastinación.

7.7.1.1.3. Diseñar una estrategia para interrumpir la conducta que fomenta la procrastinación.

Por ejemplo, es posible que el participante pierda el tiempo viendo noticias, que se siente frente al computador y lo primero que haga sea ver noticias. Desde ese momento puede estar 3-4 horas en esa actividad y le sea muy difícil interrumpirla, por lo tanto, sería más efectivo ayudarlo a no comenzar con esa conducta en lugar de ayudarlo a parar. Aquí la clave

sería: evitar o hacer más difícil la posibilidad de que pueda conectarse a las noticias.

7.7.1.2. Implementación de la estrategia

7.7.1.2.1 Desesperanza creativa.

Evidenciar los intentos de controlar su conducta sin resultado y las ideas irracionales que la fomentan. Por ejemplo, “es importante partir el día informado” o “yo puedo ver un poco de noticias y luego ponerme a trabajar”. En este aspecto, puede ser necesario confrontar las percepciones con la realidad de su actuar, mostrando la discrepancia: “Entiendo que para ti es importante ver noticias y que crees que puedes ver un poco y luego ponerte a trabajar, sin embargo, en la práctica puedes estar toda la mañana en esto. Entiendo que en teoría debieses poder parar y sería bueno estar informado al comenzar el día, sin embargo, en la práctica no te funciona así, ¿te das cuenta?”. El participante, puesto que ha decidido empezar a trabajar en esto, debiese asumir que no puede realmente hacer lo que quisiera por mucho que le parezca que puede hacerlo. Se le puede decir con algo de humor: “hay algunos “afortunados” que pueden manejarse bien, pero hay muchas personas a las que les cuesta parar, no eres el único, por algo estamos haciendo esta intervención, para ayudarte”.

7.7.1.2.2. Explorar en conjunto las consecuencias no deseadas.

Preguntar cómo esto tiene consecuencias en su diario vivir. Por ejemplo, “¿Cómo te sientes al final del día cuando has dedicado toda tu mañana a ver noticias y no pudiste avanzar como querías?”. También se pueden explorar las consecuencias a largo plazo: “Imaginemos que continúas con

este ritmo que has estado trabajando hasta ahora, ¿qué consecuencias habría a largo plazo, por ejemplo, si sigues así durante tres años?”. A lo que podría responder: no poder dedicarse a otros proyectos, no tener un aumento de sueldo o un mejor cargo laboral, deprimirse, arrastrar culpa, etc.

7.7.1.2.3 Interrumpir la secuencia.

Una vez que el participante haya entendido que tiene menos control sobre su conducta de lo que cree y que es necesario implementar una estrategia diferente, estamos listos para implementar la estrategia de interrumpir la secuencia. Tomar medidas para interrumpir la conducta, por ejemplo, si la persona se distrae con el celular, acordar con el participante que todos los días a cierta hora debe entregarle el celular a un familiar que esté en la casa.

7.7.1.2.4. Redirigir el valor detrás de la procrastinación.

Indagar los aspectos positivos, funciones o “valores” que podrían estar detrás de la procrastinación. Por ejemplo, “ayudar a la familia” podría ser un valor detrás de la conducta de procrastinación en la cual un participante pierde su tiempo de trabajo diario ayudando a quienes están en la casa. Habría que validar este valor detrás de la conducta de procrastinación, pues es algo positivo de la persona, sin embargo, habría que ayudarla a redirigir esto a un momento en que no se auto boicotee su propio trabajo. Para esto, se le puede indicar varios espacios para compartir en familia que no interfieran con sus metas mínimas de trabajo diarios.

7.7.1.2.5. Reforzar la indicación.

Si el participante estuvo de acuerdo, es importante reforzar que realmente cumpla la tarea, puesto que, por las mismas características que lo hacen tender a procrastinar, es posible que se diluya en poner en práctica esto. Se le puede decir: “Tenemos pocas sesiones y bastantes cosas que trabajar, por lo mismo, debemos realmente implicarnos en las tareas que hagamos. Te pido que, por una semana, apenas 5 días laborales, le des una oportunidad a esta tarea que acordamos para ver si funciona. Puede que te parezca extremo, exagerado, etc. Piensa que no será para toda la vida, sino apenas estos 5 días. Es muy importante que lo hagas para poder evaluar la próxima sesión cómo te fue”. Este aspecto en que se persuade al participante es fundamental para que la intervención funcione, no sirve un buen diagnóstico si es que el participante no lo pone en práctica. Además, el mismo hecho de ir cumpliendo la tarea aumentará su sensación de autoeficacia.

En este momento se aconseja utilizar la “Metáfora del Gerente”. “Imagínate que tú eres el gerente de tu propia empresa. A veces interrumpe un trabajador en tu oficina con alguna queja como por ejemplo diciendo que está cansado y quiere descansar o tomarse vacaciones, después, entra otro trabajador diciendo que supo de una noticia muy interesante que cree que debieses leer, etc. Tú, al mando de tu empresa, si eres un buen líder, te muestras receptivo a estas inquietudes, sin embargo, decides tú mismo cuanto tiempo dedicarle a cada persona que entra a tu oficina y qué hacer con cada una de las quejas o invitaciones. No entregas el mando para que ellos hagan lo que quieran. Más bien escuchas y luego evalúas que hacer.”

7.7.1.2.6. Reforzamiento positivo de la conducta.

El mismo participante debe ir evaluando y registrando si al final del día logró su meta mínima de trabajo (que puede ser en relación al tiempo trabajado o al cumplimiento de tareas). Si logró realizarla, felicitarlo, significar el descanso como “merecido” e incluso darse un pequeño premio (se puede pensar en conjunto qué sería este “premio”). En este sentido, es importante distinguir las Metas de Resultado versus las Metas de Proceso. Enfocarse en el resultado final hace que disminuya la motivación intrínseca por la actividad. Está bien tener una Meta de Resultado (p. ej. terminar un doctorado) pero las Metas de Proceso también son fundamentales para mantener la conducta (p. ej. cumplir mi meta mínima del día).

7.1.2. Mal manejo del tiempo

Lo principal de este aspecto es la psicoeducación. En este sentido, hay que darse el tiempo de mirar con detalle cómo se organiza el paciente. Acompañarlo paso a paso, mirando su manejo del tiempo en conjunto, estableciendo tareas y explicando las indicaciones.

7.1.2.1 Organización

7.1.2.1.1. Factibilidad del calendario.

Revisar los tiempos cotejando con la realidad, realizar un horario considerando los tiempos dedicados a cada actividad. Solicitar al participante revisar al final del día a que efectivamente dedicó su tiempo y si es posible registrarlo en el mismo calendario.

7.1.2.1.2. Necesidad de espacios de descanso.

Las personas que procrastinan tienden a asociar los tiempos de descanso y ocio es a sentimientos de culpa y pérdida de tiempo. Hay que ayudarlos a distinguir lo que es el tiempo que se perdió procrastinando, es decir que fue una forma de evitar el trabajo que tenían que hacer, a los tiempos de descanso necesarios para recuperarse. Los espacios de descanso procrastinando están sobre la base de sentimientos de culpa y autorreproche, no son espacios donde la persona puede estar tranquilamente en ocio. Una clave para distinguir lo que es realmente descanso de lo que es procrastinación es que este espacio de descanso esté programado. Al realizar el calendario, es importante enfatizar que debe ser un espacio de descanso largo, probablemente más extenso que lo que el mismo participante pensaría inicialmente. Se le puede explicar que, en base a investigaciones disponibles, las neurociencias argumentan que el cerebro necesita descansar una buena parte del tiempo, ya que se activa la red neuronal por defecto que sustenta procesos importantes para pensar mejor, ser más creativo y tener mejor salud mental.

7.1.2.1.3. Periodos de trabajo acotados.

Las personas que procrastinan tienden a tener una sobreestimación de lo que se puede trabajar al día, lo cual, al no cumplirse, conlleva frustración y aumenta la tendencia a procrastinar. Es importante definir tiempos reducidos de trabajo, con metas mínimas de duración. A medida que avanza la intervención, se pueden ampliar estos periodos de tiempo, pero inicialmente es fundamental que sean periodos reducidos, de manera de que el participante sienta que puede cumplir sus metas mínimas y aumente su sensación de autoeficacia.

7.1.2.1.4. Indicación explícita de no trabajar fuera de horarios de trabajo.

Aunque tenga un costo en el trabajo al comienzo. Esto es particularmente importante, porque las personas que tienden a procrastinar suelen compensar el tiempo perdido con trabajo posterior en el día. Es importante que no se produzca esta compensación ya que es parte del circuito que fomenta la procrastinación.

7.1.2.2. Eficiencia.

7.1.2.2.1 Matriz de tareas importantes/urgentes (Eisenhower).

Esta matriz permite identificar las tareas más relevantes para comenzar por ellas y no dispersarse con otras más innecesarias. Puede servir de ayuda cuando el participante dice que “no sabe por donde empezar”. Las tareas se pueden organizar en cuatro cuadrantes, cuyos ejes corresponden a la importancia y la urgencia. Estos cuatro cuadrantes tienen valores que van desde 1 hasta 4 según su prioridad:

- Tareas "importantes" y "urgentes". Estas tareas reciben el nivel de prioridad 1.
- Tareas "importantes" pero "no urgentes". Estas corresponden a metas de largo plazo y tareas que son importantes para el desarrollo profesional o personal pero que no tienen una fecha de cumplimiento explícita.
- Tareas "no importantes" pero "urgentes". Estas son las tareas que se pueden delegar o programar para después, cuando se hayan terminado las tareas anteriores.
- Tareas "no importantes" y "no urgentes". Estas tareas se colocan en el 4to cuadrante y son las que se deberían eliminar o dejar para los espacios de descanso si califica.

7.1.2.2.2 Principio de Pareto 80/20.

Explicarle: “Hay una teoría que dice que el 80% de los resultados de un trabajo se obtiene invirtiendo un 20% del tiempo y que el 80% del tiempo trabajado da un resultado de tan sólo un 20%.” En este sentido, es importante que el participante identifique cuáles son las actividades esenciales y cómo trabaja, de manera de enfocarse en ese 20% más productivo. Enfocarse en lo esencial a hacer ese día estableciendo un período acotado de tiempo, disminuyendo la posibilidad de distraerse con cosas que no sean fundamentales dentro de la tarea (si tiende a ser perfeccionista este punto es particularmente importante).

7.1.2.2.3. Uso de aplicaciones para la productividad.

Se pueden recomendar aplicaciones que permitan al participante comenzar a trabajar (Vitamin-R, Focus to-do, Pomodoro Timer, etc). Hay aplicaciones que utilizan la técnica “Pomodoro”, que consiste en dividir la tarea en cierta cantidad de bloques de trabajo asociados cada uno a pequeñas metas, intercalado con pequeños espacios de descanso. Si al participante le cuesta comenzar a trabajar, puede empezar con bloques muy pequeños de 5-10 minutos. Por otra parte, las aplicaciones también permiten rastrear el tiempo dedicado al trabajo, de manera de poder observar cuánto efectivamente se ha trabajado. Esta evaluación es importante como retroalimentación para el mismo participante y para el terapeuta de manera de tener un registro más objetivo de los avances.

7.1.2.3. Hábitos

7.1.2.3.1. “Recursos de voluntad”.

Las personas que procrastinan tienden a frustrarse por sentir que no tienen fuerza de voluntad. En este sentido, podemos validar que quizás hay personas que tienen más fuerza de voluntad que otras, pero lo importante es explicar que la voluntad que tenemos siempre es acotada. Tenemos de alguna manera cierta cantidad de “voluntad” diaria. Se le puede decir: “ya que presentas esta dificultad, lo importante es utilizar estos recursos de voluntad lo menos posible, para que no se agoten, exponiéndote lo menos posible a situaciones donde esté abierta la posibilidad de procrastinar y tengas que hacer uso de tu voluntad para evitarlo”. Esto se realiza generando hábitos en los que la alternativa de perder el tiempo sea más difícil de acceder.

7.1.2.3.2. Hábitos y acciones automáticas.

Todas las actividades que se realizan sin pensar, de forma automática, siguiendo una pauta establecida que sea repetida varias veces, son lo más favorable para no tener que utilizar la voluntad y tener que tomar decisiones. En ese sentido, lo mejor es la rutina, pero si los días son muy diferentes, lo importante es que esté programado con anticipación de manera de no tener que decidir cada día qué hacer o cómo hacerlo. Se sugiere cambiar lo menos posible la rutina, ya que el costo de cambiarla y hacer excepciones es alto, sobre todo inicialmente. Por ejemplo, si un día el participante se acostó más tarde de lo habitual la noche anterior, podría preferir descansar para trabajar de manera más eficiente después. Sin embargo, bajo este concepto lo importante es que siga la rutina, aunque el trabajo ese día no sea lo más efectivo, porque de esta manera no se interrumpe la generación del hábito y será más fácil al día siguiente hacer lo mismo.

7.2 Procesos internos.

7.2.1. Desconexión con el momento presente-contacto flexible con el momento presente.

Las personas que procrastinan suelen tener poco contacto con el presente, con la actividad que están haciendo, con sus sentimientos y con su cuerpo. Suelen distraerse con facilidad y referirse a los tiempos en que procrastinan como teniendo algo de conciencia de lo que están haciendo, pero no estando realmente presentes. En este sentido se recomienda realizar ejercicios de *Mindfulness* con el participante en la sesión, de manera que aprenda a estar presente en el “aquí y ahora”. Se recomienda una meditación guiada de cinco minutos a practicar durante la sesión, enfocándose en la respiración. Luego dejar como tarea practicar esta meditación en algún momento del día. La aplicación Insight Timer, es una herramienta que puede ayudar para guiar esta meditación. Dependiendo del caso, si la persona tiene tendencia a la ansiedad también se puede recomendar realizar un “escaneo corporal” para descansar la mente y estar presente en contacto con el cuerpo. Este ejercicio que se enmarca en las prácticas de *Mindfulness*, es recomendable realizarlo antes de dormir o como pausa durante el día ya que tiene un efecto de relajación importante.

7.2.2. Evitación Experiencial- Aceptación.

Indagar con el participante qué evento privado está evadiendo. Puede que inicialmente esto no sea fácil de identificar ni para el terapeuta ni para el participante, pues justamente es un evento privado que se está evadiendo mediante conductas. El participante probablemente no tiene conciencia de esto. Para comenzar, es importante distinguir que en cuanto a la procrastinación podría haber dos niveles de evitación: la sensaciones desagradables o incómodas que pueda tener al pensar en trabajar y las sensaciones derivadas del significado que tiene para el participante trabajar. En cuanto al evento privado

evitado en particular asociado a la tarea, puede aparecer por ejemplo cansancio, aburrimiento, ansiedad, etc. En cuanto al evento privado asociado al conjunto de significados relacionados con la procrastinación, podrían aparecer significados relacionados con aspectos esenciales de su vida. Por ejemplo, Puede que un participante sea muy autoexigente y que haya crecido en un entorno familiar en el que nada nunca es suficiente, y de esta manera evite trabajar por miedo al fracaso, para no tener sentimientos de frustración, impotencia, ansiedad y miedo. También podría ser que un participante esté asociando el hecho de trabajar a crecer, madurar, y tener que enfrentar la vida al dejar de ser estudiante. Otro ejemplo sería que el hecho de terminar sus estudios lo diferenciaría demasiado de su familia de origen, siendo ésta de origen humilde y él el primer profesional de la familia, generándole sentimientos de desarraigo y falta de pertenencia.

Para llegar a los eventos privados que se están evitando, se necesita dedicar un tiempo de indagación del terapeuta, si es necesario preguntar por el pasado, la infancia, las percepciones acerca del futuro si es que realizara esta tarea, etc. También es posible realizar ejercicios de conexión con la experiencia misma de incomodidad asociada a la procrastinación, de manera que el participante pueda tomar contacto con sus emociones en la misma sesión.

Siguiendo desde otras miradas se le daría particularmente énfasis al significado que tiene la procrastinación para el participante, en esta intervención que nos basamos en el enfoque de ACT, simplemente se indagará en el evento privado evitado, acompañando al participante a aceptar esta experiencia como parte de sí mismo. Aquí se trabaja la aceptación. Suele ocurrir, que cuando el participante logra ver qué hay detrás de su procrastinación, puede tener una actitud más compasiva consigo mismo. Si logramos además trabajar en los valores que están detrás del objetivo de graduarse de sus estudios, probablemente la evitación de esta experiencia vaya cediendo.

Una metáfora muy utilizada en el enfoque de ACT es la Metáfora del Bus: “Imagínate que eres el chofer de un bus y tienes un destino. Ese destino está conectado con tu motivación con respecto a sacar tu trabajo y las metas que debes cumplir ese día. De los pasajeros que llevas, algunos pueden desviarte del rumbo que quieres llevar. Algunos pueden ser muy convincentes en decirte que te dirijas a otro lugar, otros pueden ser muy irritantes y hablar fuerte generándote ansiedad, etc. Intentas hacerlos callar o sacarlos del bus, pero no puedes porque cuando lo haces son más fuertes. Resignado, para evitar esta lucha, decides hacer lo que dicen, perdiendo la dirección de dónde te dirigías. La propuesta aquí es que en vez de intentar sacarlos o callarlos sin resultados y en vez de hacer lo que ellos te dicen que hagas perdiendo tu rumbo, aceptes que ellos estarán en el bus y con amabilidad decirles que les agradeces los comentarios, pero que en este momento te diriges a un lugar preciso”. Por ejemplo, puede ser que el participante quiera ponerse a trabajar un día, sin embargo, empieza a experimentar sensaciones de ansiedad y eso lo hace procrastinar en otra actividad. En la metáfora, probablemente haya voces internas que le digan: “no te va a resultar, no sirves para esto”, “mejor haz algo más agradable y después te pones a trabajar”, etc. La propuesta es decirle al participante: “esas voces seguirán estando, lo importante es que tú con este trabajo que hemos hecho, tengas claro cuál es tu objetivo, cuál es tu motivación más profunda y tu dirección. Aceptando que estas voces van a estar ahí a veces molestando un poquito, pero son tus compañeros de viaje por ahora y sólo quieren un asiento en el bus. Tú, como el chofer al mando, con mucha amabilidad hacia ellos sigues el rumbo que te propusiste”.

7.2.3. Poca claridad en los valores – clarificación de valores.

Las personas que procrastinan tienden a tener un problema con su identidad, en el sentido de que son personas que presentan dificultades en comprometerse en el desarrollo de sus creencias, aspiraciones y valores a los

cuales dicen atenerse. Por lo tanto, el terapeuta debe ayudar al participante a conectarse con la motivación que tuvo para estudiar. Lo importante es que sea un valor genuino de él y no impuesto desde afuera. El terapeuta puede ayudar al participante a visualizar esto con la genuina escucha y atención en lo que han sido las sesiones hasta ahora. A veces el valor está presente en acciones o visiones del participante, aunque no sea plenamente consciente de ello aún. Se puede ir reflejando esto en la medida que al participante le haga sentido. Por ejemplo, un valor puede ser: “hacer un aporte al bienestar de las personas”, lo cual asocia a investigar y hacer un pequeño aporte al conocimiento. Se puede ver esto en el recorrido del participante a través del tiempo en sus trabajos anteriores, como cuida de seres queridos, etc. Sin embargo, este valor empieza a verse amenazado cuando deja de estudiar. Se puede reflejar un poco esta brecha, pero sobre todo reforzar la motivación valorando la importancia de este valor, que lo hace hacer un aporte único.

Otra intervención que se puede hacer es el siguiente ejercicio (de ACT) que vamos a ejemplificar con alguien que está formándose como investigador en un doctorado:

“Considera las siguientes categorías: Un investigador normal, un buen investigador, un muy buen investigador y un investigador extraordinario. ¿Qué notaste cuando pensaste en estas categorías? ¿Te encontraste chequeando si calzabas en alguna de éstas? ¿Te sentiste incómodo o dudoso de ponerte a ti mismo en alguna de estas categorías?

Imagínate que escoges un investigador extraordinario. ¿Qué implicancias tendría en la forma en cómo estás abordando tu estudio hoy en día? Dime una o dos implicancias que tendría. ¿Hay algo que harías diferente a lo que haces hoy en día?”.

7.2.4. Baja autoeficacia- yo como contexto.

Los procrastinadores presentan frecuentemente baja autoestima, baja percepción de autoeficacia, y tienden a pensar que los errores que cometen los hacen ser personas inadecuadas. Se recomienda hacer la distinción entre la idea de un “yo fijo” y estático que es percibido en falla y las dificultades que se pueden presentar dependiendo del contexto en el que se está. Desde este punto de vista es una mirada bastante más compasiva acerca del mismo problema, que libera al participante de la sensación de estar en falta por una característica inherente de su propio ser. “Yo como contexto” se refiere a mostrarle al participante como las personas pueden cambiar en diferentes contextos. Si ha habido ya cambios conductuales en el participante, se puede utilizar esto mismo para reforzar esta idea, incluso el mismo participante puede expresar espontáneamente sentirse diferente y darse cuenta de que no tenía un problema inherente a sí mismo. Es importante reforzar este cambio de percepción, ya que es parte fundamental del círculo vicioso de la procrastinación

Actitud del terapeuta.

- a.* Mostrar compasión. La procrastinación trae mucha culpa y vergüenza, se vive en silencio. El terapeuta debe acompañar, mostrar que no es la única persona que le pasa eso.
- b.* Dedicarse a analizar con detalle lo que le ocurre a este participante en particular con la procrastinación. Se sugiere escuchar atentamente para hacer un buen diagnóstico antes de realizar una intervención.
- c.* Actitud directiva y capacidad de persuasión.
- d.* Enfoque de recursos. Ver y reflejar recursos en el participante, reforzar positivamente los cambios, ayudarlo a clarificar sus valores y empoderarlo.
- e.* Compartir con el participante el trabajo que se está haciendo, debe saber el porqué de cada tarea y ejercicio que se realiza.
- f.* Generar un clima positivo en la sesión (humor, aceptación, etc).
- g.* Monitoreo de cerca. Dar las tareas y recogerlas al principio de la sesión siguiente. Si el participante no pudo realizar la tarea asignada, esta es información valiosa para el diagnóstico y debe usarse para seguir enriqueciendo la intervención. Además, se sugiere realizar actividades durante las sesiones, por ejemplo, si se decide establecer un horario en el calendario, se podría realizar esto con el participante durante la misma sesión, discutiendo el detalle.

Resultados

A continuación, se describirá a los participantes para luego presentar los resultados. Finalmente, se discutirán los resultados y sus implicancias en relación con las hipótesis y objetivos de la presente investigación.

Participantes Reclutados

Para este estudio, fueron reclutados cuatro participantes, dos mujeres y dos hombres, todos realizando estudios de doctorado y complementando este estudio con otros trabajos remunerados, los cuales se detallan a continuación.

- P1: mujer de 38 años, de nacionalidad guatemalteca, viviendo en Guatemala, cursando estudios de doctorado en el área de la psicología. Vio el llamado a participar en una publicación por redes sociales de una colega de la investigadora.
- P2: hombre de 26 años, de nacionalidad chilena, viviendo actualmente en Talca, Chile. Realiza un doctorado en el área de la psicología. Vio el llamado a participar en un anuncio publicado en una página web de información sobre trastorno por déficit atencional e hiperactividad (TDAH) del adulto.
- P3: mujer de 35 años, de nacionalidad mexicana, viviendo actualmente en Toluca, México. Realiza un doctorado en ciencias de la salud. Vio el llamado a participar en un anuncio en la misma página web de información sobre TDAH del adulto.
- P4: hombre de 33 años, de nacionalidad chilena, viviendo actualmente en Santiago, Chile. Realiza un doctorado en ciencias. Le envió el llamado a participar una amiga que estaba también realizando otro doctorado.

Resultados por variables

1. Procrastinación

Registros diarios.

Al realizar un análisis visual del gráfico 1 (presentado a continuación) *es posible observar que la procrastinación disminuyó en los participantes desde que se empezó el tratamiento y que estos cambios se mantuvieron e incluso siguieron disminuyendo en el seguimiento.* Por lo que, según el diseño de caso único ABA de medidas repetidas, es posible observar que la IRP tuvo un efecto importante en disminuir la procrastinación.

Si se analiza específicamente el proceso, es posible observar en el gráfico que la cantidad de horas perdidas baja considerablemente en la mayoría de los participantes al iniciarse el tratamiento (día 10). El día 9 fue la primera sesión y a partir de ese momento se comenzaron a dar tareas a los participantes. La única participante que no presentó esta baja en este día en particular fue la P1. Ella fue la primera participante de la IRP, y comenzó dos semanas antes que el resto. Con ella en particular se comenzó a realizar el protocolo primeramente por la clarificación de valores y luego se comenzó con la interrupción de la conducta de procrastinación. Sin embargo, al observar la efectividad de esta intervención, se decidió comenzar inmediatamente por aquella con los siguientes tres participantes, tal como está en el protocolo que se presenta en este estudio. De esta forma, se podría asumir que la intervención enfocada en la interrupción de la conducta de procrastinación podría tener un efecto particularmente efectivo en la disminución de la procrastinación.

El siguiente gráfico muestra el promedio de todos los registros diarios de las horas perdidas de los participantes por etapa, así, se puede observar que el promedio de horas perdidas antes de la intervención era de $3,1 \pm 2,26$, durante el tratamiento bajó a $1,3 \pm 1,59$ y durante el seguimiento bajó a $0,2 \pm 0,70$. Con respecto a la disminución de horas perdidas en la etapa de seguimiento se puede inferir que era necesario terminar el tratamiento completo para alcanzar el máximo potencial de la IRP, es decir que las cuatro sesiones eran necesarias y no solamente una o dos sesiones iniciales.

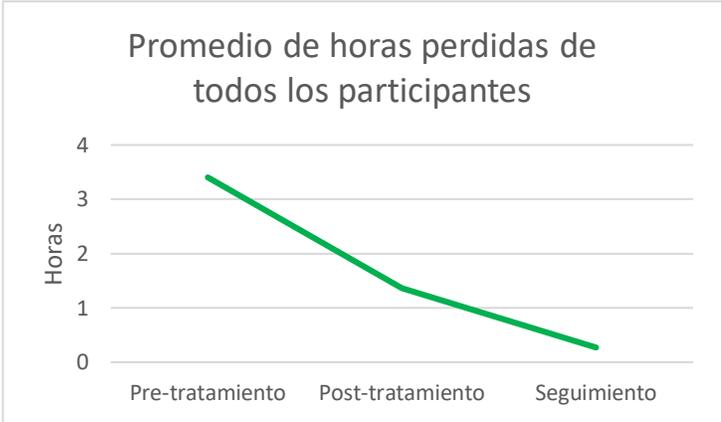
Gráfico 1

Procastinación reportada por los participantes en registros diarios



Gráfico 2

Promedio total de horas perdidas



Escala de Procrastinación Académica de Tuckman, validada en idioma español (ATPS).

El puntaje mínimo en esta escala es de 15 puntos y el máximo de 75 puntos, mientras mayor el puntaje, mayor la procrastinación. Como es posible observar en la Tabla 3, al iniciar la etapa de pre-tratamiento, la media entre todos los participantes fue de $66 \pm 6,63$ puntos, al finalizar el tratamiento ésta descendió casi a la mitad con una media de $34,25 \pm 0,96$ puntos. Luego, siguió descendiendo durante la fase de seguimiento a una media de $30,75 \pm 7,32$ puntos (se grafican estas medias en la gráfico 3 presentado abajo). En cuanto al análisis estadístico, el cálculo de RCI arrojó que la disminución en la procrastinación de los participantes, medida con la escala ATPS, fue estadísticamente significativo (RCI pre-post = -10,31) y además este efecto se mantuvo estable en el tiempo, de acuerdo con la medición realizada dos semanas post-tratamiento (RCI pre-seg = -3,36).

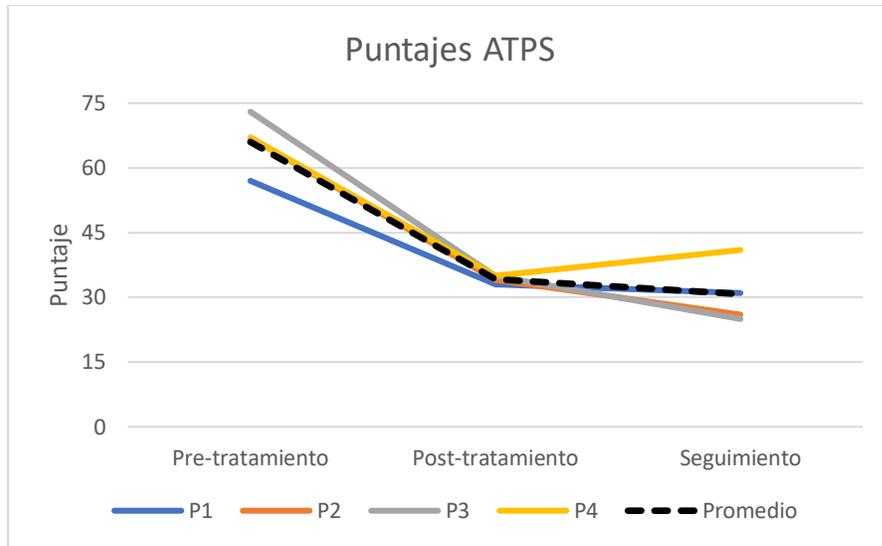
Tabla 3

Medias, desviaciones estándar y RCI en los tres momentos de evaluación

Medición	Pre- tratamiento	Post- tratamiento	Seguimiento	RCI	
				pre- post	RCI pre-seg.
ATPS	66 (6,63)	34,25 (0,96)	30,75 (7,32)	-10,31	-3,36
AAQ-II	28,5 (8,19)	19,25 (4,35)	19 (6,48)	-15,02	-1,42
CAQ	53,75 (15,15)	87,5 (9,75)	69,75 (15,59)	4,81	2,69
PHQ-9	7 (3,65)	2,5 (2,08)	1,25 (0,96)	-0,69	-0,84
GAD-7	4 (4,32)	1,75 (1,71)	1,5 (1,91)	-0,35	-0,93
CORE- OM	31,75 (16,82)	11,5 (3,95)	8,75 (3,95)	-0,62	-1,38

Puntajes totales y promedio en la Escala de Procrastinación Académica de Tuckman (ATPS) en los tres momentos de evaluación.

Ilustración 3



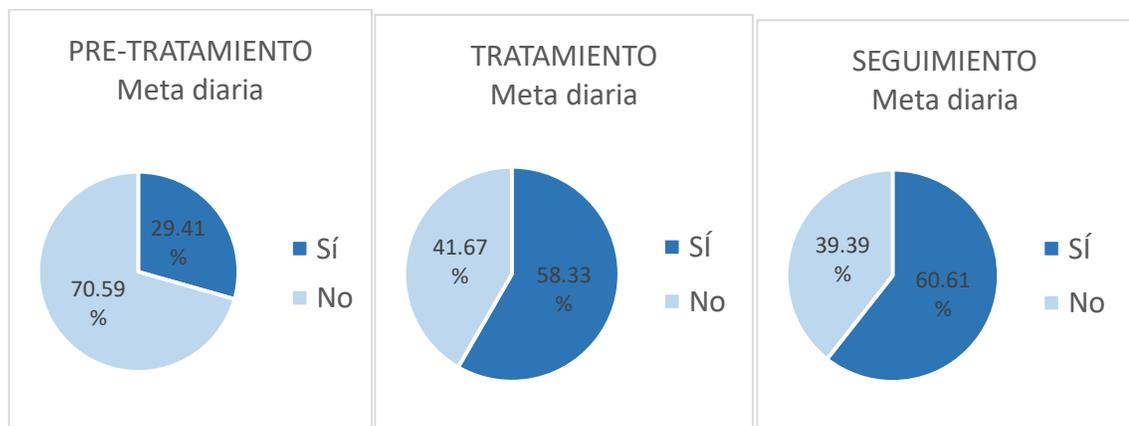
Estas mediciones coinciden con las reportadas en los registros diarios, donde se observó una disminución a más de la mitad del tiempo perdido entre la medición inicial y la de fin de tratamiento, lo que disminuye aún más en el seguimiento.

2. Cumplimiento de meta diaria

Como es posible observar en el siguiente gráfico, antes del tratamiento, los participantes cumplían en un 29% su meta diaria, durante el tratamiento lo subieron a 42% y en el seguimiento este porcentaje siguió subiendo hasta llegar a 61% en promedio. Este cálculo se realizó promediando todos los registros diarios de cumplimiento de meta diaria de los participantes.

Grafico 4

Cumplimiento de meta diaria reportada por los participantes en los tres momentos de evaluación



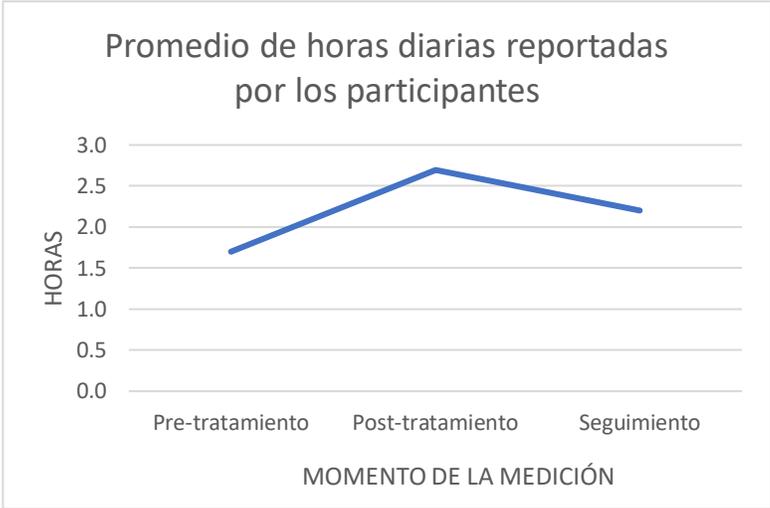
Este aumento podría reflejar que los participantes lograron dedicarse más tiempo a su estudio, cumpliendo la meta que se proponían, sin embargo, como se detallará a continuación, el tiempo dedicado al proyecto no aumentó tanto como del cumplimiento de meta diaria por lo que también podríamos atribuir los cambios al trabajo realizado durante el tratamiento. Una intervención que se realizó con todos los participantes fue ayudarlos a establecer metas de trabajo realistas, porque en la práctica tendían a tener expectativas más altas y vagas de lo que realmente podían hacer, lo que generaba la sensación de que no cumplían su meta, aumentando su frustración e insatisfacción.

3. Tiempo dedicado al proyecto

En cuanto al registro diario de las horas dedicadas al proyecto, se observa que los participantes en promedio, en la fase de pre-tratamiento, dedicaban $1,7 \pm 1,79$ al día, durante el tratamiento, en promedio dedicaron $2,8 \pm 2,03$ y durante el seguimiento dedicaron en promedio $2,1 \pm 1,99$ (Gráfico 5). Si bien se observa un aumento del trabajo diario, llama la atención que éste no es tan marcado como la disminución del tiempo perdido en cuanto a la variable procrastinación. Sin embargo, los participantes reportaron percibir que trabajaban más y sobre todo de una forma más eficiente, con menor distracción con respecto a otros estímulos y logrando priorizar mayormente las tareas más urgentes e importantes en comparación con otras dentro de su proyecto académico. Se podría sugerir, a partir de estos resultados, que la disminución en la procrastinación no necesariamente refleja mayor cantidad de tiempo dedicado al estudio, sino que en realidad aumentaría la eficiencia de trabajo, dependiendo de las características de los participantes. Es posible que estos participantes en particular se sintieran frustrados por el tiempo perdido, tuvieran una sensación de incapacidad para manejar su tiempo y cansancio asociado a los trasnoches. Es más, 3 de los 4 participantes sí se estaban dedicando a su proyecto, sin embargo, lo realizaban tarde, con una sensación de malestar y culpa, con un alto costo asociado a tiempo de descanso y dedicados a otras actividades significativas como la familia. En particular, otra participante (P3), refería tiempo diario dedicándose a su estudio, sin embargo, en el transcurso de la intervención, fue quedando en evidencia que este tiempo que ella reportaba como dedicado al estudio realmente era dedicado a otras actividades académicas, y que no se estaba dedicando en absoluto a su tesis. Esto podría explicar por qué no habría aumentado demasiado la medición del tiempo de estudio en su caso y que el mismo tiempo que ella estaba reportando, estaba en alguna medida sesgado en un comienzo.

Gráfico 5

Horas dedicadas al proyecto en los tres momentos de evaluación.

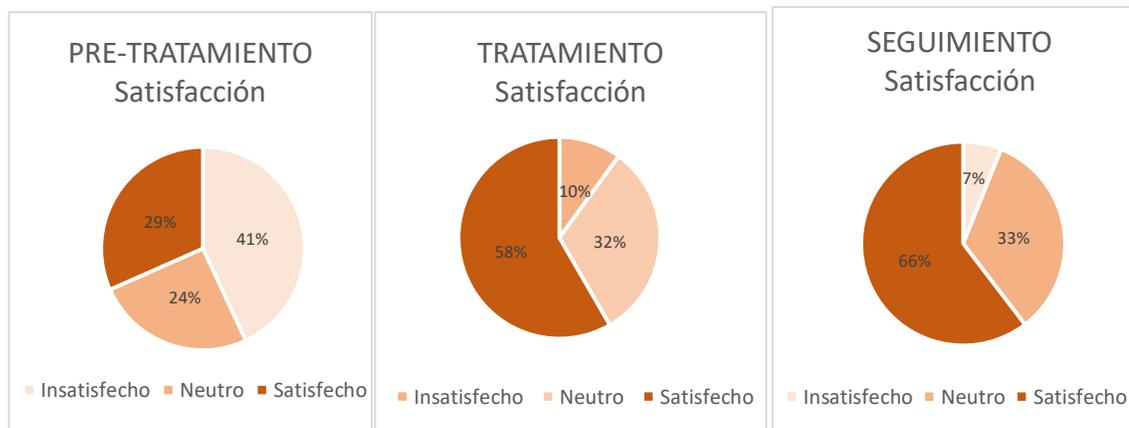


4. Satisfacción con el día de trabajo reportada por los participantes

Antes del tratamiento, los participantes cumplían en un 29% su meta diaria, durante el tratamiento y en el seguimiento este porcentaje aumentó a 58% y 66% respectivamente (gráfico 6). Este cálculo se realizó promediando todos los registros diarios de la satisfacción de los participantes, quienes debían indicar si se encontraban satisfechos con el tiempo dedicado a su proyecto ese día. La opción “neutro” se refería a los días en que los participantes no pudieron cumplir su meta diaria debido a un acontecimiento que no era la procrastinación, es decir que no se arrepentían de haberse dedicado a éste (ya sea porque era más urgente o era valioso para el participante). Esta medición también era una forma de hacer ver al participante, que no siempre que no se cumplía con su expectativa de estudio era debido a que estaba procrastinando, sino que también había buenas razones para no trabajar a veces. Lo importante es que no fuera un patrón evitativo disfuncional, como lo es la procrastinación.

Gráfico 6

Promedio de satisfacción del trabajo diario

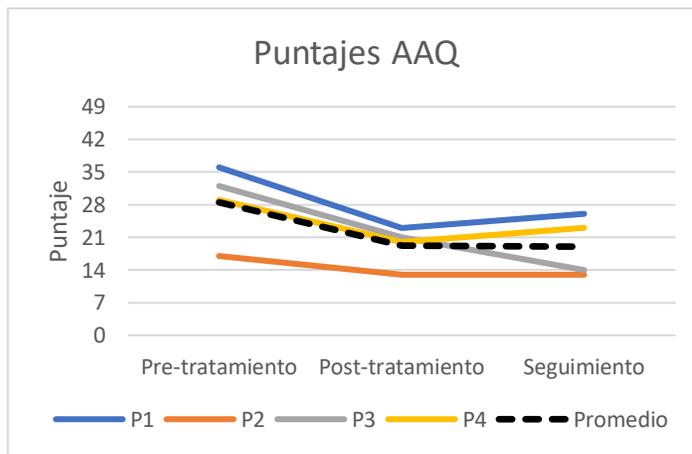


5. Evitación Experiencial (EE)

El puntaje mínimo a obtener en esta escala AAQ-II es 0 y el máximo 49, a mayor puntaje, mayor EE. Al iniciar la etapa de pre-tratamiento, la media de EE entre todos los participantes de fue de $28,5 \pm 8,19$ puntos, al finalizar el tratamiento ésta descendió a $19,25 \pm 4,35$ lo que se mantuvo en el seguimiento con un puntaje de $19,3 \pm 6,48$ (Gráfico 7). La intervención psicoterapéutica tuvo un efecto en la reducción de la EE clínicamente y estadísticamente significativo. El análisis RCI arrojó que el cambio en la EE de los participantes en los puntajes pre-post fue significativo (RCI = -15).

Grafico 7

Puntajes totales y promedio en el Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ) en los tres momentos de evaluación.



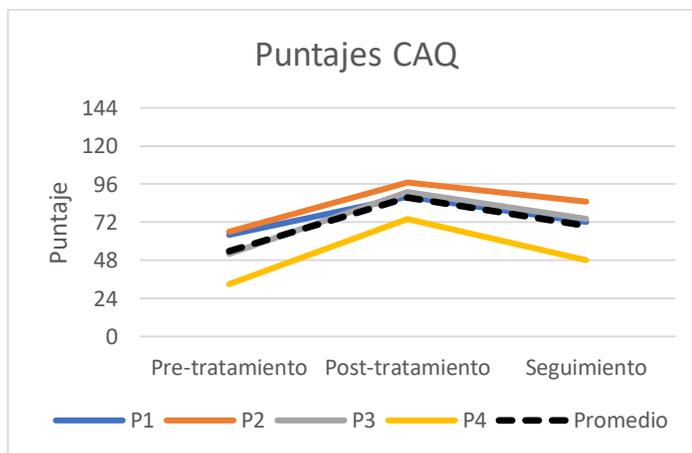
Para complementar la información recogida en esta escala, se puede mencionar que durante las sesiones se observaron importantes disminuciones en la EE, lo cual se refleja en que los participantes se dedicaban a las mismas tareas a las cuales se dedicaban antes, pero con una mayor apertura y aceptación. Además, los participantes refirieron la utilidad de ciertas intervenciones que iban dirigidas a generar una mayor aceptación y disminución de la EE (por ejemplo, ejercicios de aceptación y metáforas).

6. Acción Comprometida (AC)

El puntaje mínimo a obtener en la escala CAQ-18 tiene puntajes entre 0 y 144, a mayor puntaje, mayor AC. Al iniciar la etapa de pre-tratamiento, la media entre todos los participantes de AC fue de $53,75 \pm 15,15$ puntos, al finalizar el tratamiento ésta aumentó a $87,5 \pm 9,75$ puntos y luego disminuyó a $69,75 \pm 15,59$ en el seguimiento (Gráfico 8). En cuanto al análisis estadístico, el RCI arrojó que el aumento en la AC de los participantes entre los puntajes pre versus post-intervención psicoterapéutica fue estadísticamente significativo (RCI = 4,9).

Gráfico 8

Puntajes totales y promedio en el Cuestionario de Acción Comprometida (CAQ) en los tres momentos de evaluación.



La AC es la forma conductual en que se expresa la EE, en este caso en forma de procrastinación. De esta manera, el resultado es concordante con la disminución de la EE y con la disminución de la conducta de procrastinación. Cabe mencionar que este cuestionario mide la AC en términos generales, no solamente asociado a la procrastinación, por lo que,

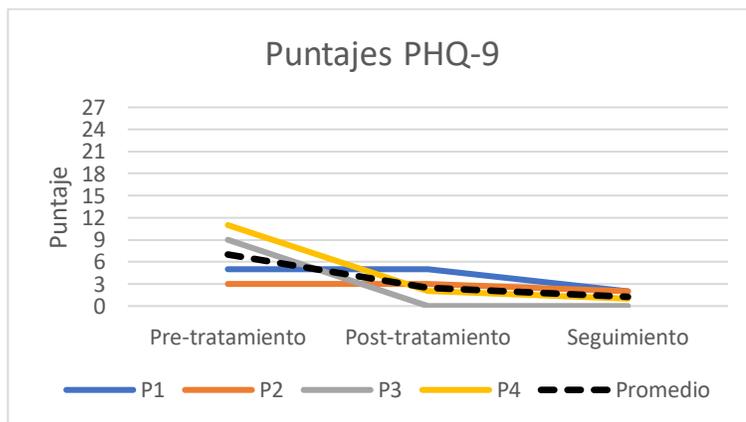
podríamos considerar que, al haber aumentado la AC en los participantes, éstos podrían tener conductas más comprometidas con sus valores también en otros ámbitos de su vida. Al respecto, es posible mencionar que varios participantes refirieron que pudieron dedicarse a otras actividades significativas para ellos, como por ejemplo estar con su familia.

7. Sintomatología Depresiva

El puntaje a obtener en la escala PHQ-9 es de mínimo 0 y máximo 27 puntos, a mayor puntaje, mayor sintomatología depresiva. Al iniciar la etapa de pre-tratamiento, la media entre todos los participantes fue de $7 \pm 3,65$ puntos, al finalizar el tratamiento ésta disminuyó a $2,5 \pm 2,08$ y luego disminuyó a $1,5 \pm 0,96$ en el seguimiento (Grafico 9). En cuanto al análisis estadístico, el RCI arrojó que el cambio en la sintomatología de los participantes en los puntajes pre-post no fue estadísticamente significativo (RCI= -0,6). Si analizamos estos resultados por participante, es posible observar lo siguiente: la P1 y P2 presentaban sintomatología depresiva mínima al iniciar el tratamiento y ambos disminuyeren un poco al finalizar el seguimiento. Por su parte los participantes P2 y P3 presentaron sintomatología leve a moderada, disminuyéndola a mínima luego de la intervención.

Gráfico 9

Puntajes totales y promedio en Sintomatología Depresiva (PHQ-9) en los tres momentos de evaluación.



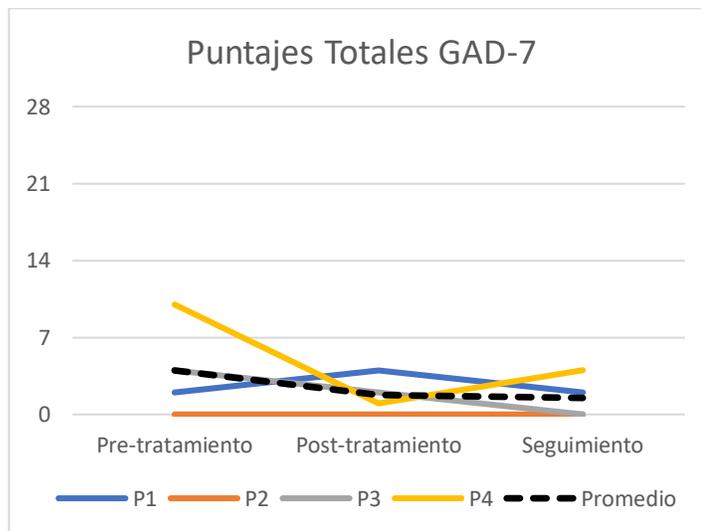
Considerando que parte del criterio de selección era no presentar un cuadro depresivo mayor o puntajes altos en esta escala, era esperable que no existiera una reducción estadísticamente significativa ya que los puntajes eran inicialmente bajos. Sin embargo, todos los participantes llegaron a niveles mínimos de sintomatología depresiva. De esta forma, podríamos sugerir que la IRP sí podría ayudar a disminuir los síntomas depresivos leves a moderados que estén asociados secundariamente a la procrastinación.

Sintomatología Ansiosa

El puntaje mínimo a obtener en la escala GAD-7 es mínimo 0 y máximo 21 puntos, a mayor puntaje, mayor sintomatología ansiosa. Al iniciar la etapa de pre-tratamiento, la media entre todos los participantes fue de $4 \pm 4,32$ puntos, al finalizar el tratamiento ésta disminuyó a $1,75 \pm 1,71$ y luego disminuyó a $1,5 \pm 1,91$ en el seguimiento. En cuanto al análisis estadístico, el RCI arrojó que el cambio en la sintomatología de los participantes en los puntajes pre-post no fue estadísticamente significativo (RCI= -0,3).

Gráfico 10

Puntajes totales y promedio de GAD-7 en los tres momentos de evaluación.



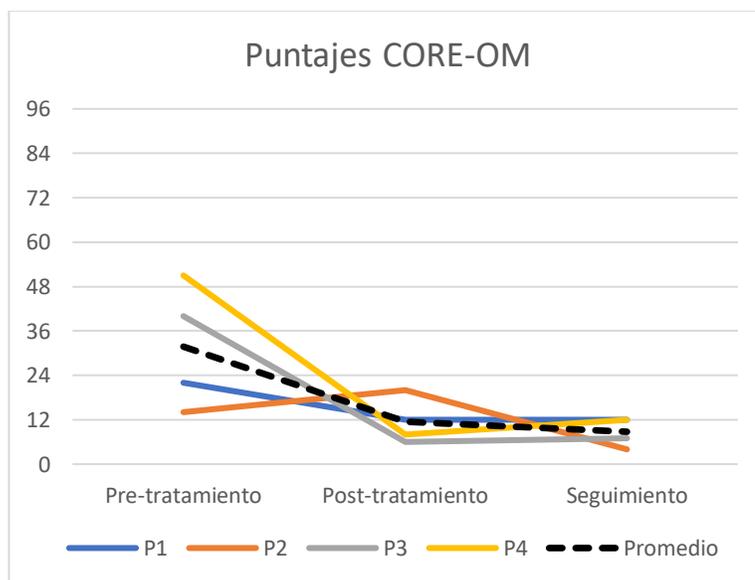
Todos los participantes terminaron la intervención con un nivel mínimo de sintomatología ansiosa. Cabe destacar en particular el P4, quién comenzó el tratamiento con una ansiedad y depresión más alta que el resto de los participantes, puntuando en ambas escalas una intensidad moderada. Se realizó una entrevista extra con este participante, para indagar mayormente en esta sintomatología, de la cual se concluyó que esta sintomatología estaba asociada de manera secundaria a la procrastinación, puesto que el mismo se sentía frustrado, ansioso y con bajo ánimo debido a no poder avanzar en su trabajo como él quería.

Por esta razón, se incluyó dentro de esta investigación a pesar de que la sintomatología superaba un poco los criterios de inclusión. Efectivamente, una vez disminuida la procrastinación, al finalizar la intervención, este participante reportó sentirse menos ansioso, llegando casi a 0 al finalizar el tratamiento y aumentando ligeramente al finalizar el seguimiento, sin embargo, manteniéndose aún dentro del nivel mínimo. En este sentido, ya que el comportamiento de la sintomatología ansiosa fue similar al de la sintomatología depresiva, se podría sugerir también un efecto positivo de la IRP en la disminución de la sintomatología ansiosa.

Como complemento al PHQ-9 y al GAD-7 se aplicó el CORE-OM, el cual mide bienestar subjetivo, problemas/síntomas, funcionamiento y riesgo. Los puntajes se interpretan considerando que a mayor puntaje, mayor malestar (siendo el mínimo 0 y máximo 96). Al iniciar la etapa de pre-tratamiento, la media entre todos los participantes fue de $31,75 \pm 16,82$ puntos, al finalizar el tratamiento ésta disminuyó a $11,5 \pm 3,95$ y luego disminuyó a $8,75 \pm 3,95$ en el seguimiento (Grafico 10). En cuanto al análisis estadístico, el RCI arrojó que el cambio en la sintomatología de los participantes en los puntajes pre-post, no fue estadísticamente significativo (RCI= -0,65). Los resultados son muy similares a las otras dos escalas y podrían interpretarse de la misma forma: considerando que fue parte del criterio de selección que los participantes puntuaran bajo en esta escala, es posible que esta sea una de las razones por las cuales el cambio no fue estadísticamente significativo. Sin embargo, es importante destacar que, entre el inicio del tratamiento y el fin de tratamiento y seguimiento, existe una disminución de más de la mitad del puntaje en el promedio.

Grafico 11

Puntajes totales y promedio de los Efectos Clínicos en Evaluación de Rutina (CORE-OM) en los momentos de evaluación.



Comprobación de Hipótesis

Con respecto a la primera hipótesis: *“A lo largo del proceso terapéutico, se observará en cada uno de los sujetos intervenidos, una reducción clínicamente significativa de los niveles de procrastinación con respecto a los niveles presentados en la línea base.”*, es posible concluir que esta hipótesis sí se cumplió, presentándose una reducción clínicamente significativa al comparar la línea base con la etapa de tratamiento y posterior seguimiento. Este resultado es confirmado por la baja en el cuestionario pre-post-seguimiento y además coincide con la retroalimentación de todos los participantes del estudio, quienes mencionaron haber disminuido considerablemente su procrastinación.

La segunda hipótesis era: *“A lo largo del proceso terapéutico, se observará en cada uno de los sujetos intervenidos, con respecto a los niveles presentados antes del tratamiento, un aumento clínicamente significativo de las puntuaciones en el cumplimiento de meta diaria, el tiempo dedicado al proyecto, la satisfacción y la acción comprometida. Por otra parte, se observará una reducción de la evitación experiencial, los síntomas ansiosos y los síntomas depresivos”*. Con respecto a ésta, sí se cumplió en relación al cumplimiento de la meta diaria, la satisfacción y la acción comprometida. Como se mencionó anteriormente, no se podría concluir que existe un aumento clínicamente significativo del tiempo dedicado al proyecto. Sin embargo, los resultados sugieren que los participantes utilizaron su tiempo de manera más eficiente, obteniendo mayor satisfacción con respecto a su rendimiento. Así mismo, la reducción de los síntomas ansiosos y depresivos no resultó ser estadísticamente significativa, probablemente porque los niveles eran inicialmente bastante bajos.

Por último, con respecto a la tercera hipótesis: *“Los cambios observados a lo largo del proceso terapéutico en las variables de resultado primarias y secundarias se mantendrán tras un período de seguimiento de dos semanas en todos los sujetos intervenidos.”*, se puede concluir con respecto a esta hipótesis que los efectos de la intervención psicoterapéutica se mantienen, llegando incluso a acentuarse en la etapa del seguimiento.

Conclusión

A continuación, se concluye con respecto a los resultados, identificando aspectos relevantes de las intervenciones realizadas e integrando la retroalimentación de los participantes y se mencionan finalmente las limitaciones de este estudio.

En primer lugar, los resultados de este estudio indican que la intervención psicoterapéutica inspirada en ACT, con elementos de TCC, individual y online, fue efectiva en reducir los índices de procrastinación académica, además de aumentar el compromiso y la satisfacción de los participantes. De este modo, este estudio es un aporte para el tratamiento de la procrastinación, específicamente la procrastinación académica, una condición transversal, muy prevalente en la población de estudiantes, tanto de pregrado como de posgrado.

En cuanto a la retroalimentación de los participantes, varios mencionaron la utilidad de la mirada de la terapeuta en relación con ciertos **“puntos ciegos”** que tenían. Al respecto, la P3 menciona: *“Me sirvió su visión objetiva acerca de aquellas cosas o situaciones que me distraen fácilmente, (...) Me ayudó (la terapeuta) a enfocarme en las actividades importantes e identificar todas aquellas otras menos importantes, que adquiría para “distraerme” del trabajo real, y de esa forma obtenía una falsa sensación de estar trabajando mucho, pero acumulando ansiedad por no avanzar en mi proyecto.”* Se observó en los participantes de esta investigación que cada uno a su manera, por distintas razones y expresándose de distintas formas se “distraían” de su foco. Por su parte, el P4 menciona: *“En el desarrollo mismo del proceso, me llamó la atención lo poco que me conocía (en profundidad) en algunos aspectos y lo mucho que minimizaba mis actividades con las que evadía el trabajo. Si bien tenía claro que principalmente usaba el tiempo para ver noticias y consumir diarios o contenido variado, nunca realmente lo consideré actividades que me estuvieran perjudicando, quizás por el autoengaño de que son actividades útiles y placenteras para mí. El tener que dejarlas en un lapso de semanas me generó sensación de abstinencia.”* Con respecto a esto, cabe destacar la importancia de que un terapeuta acompañe al participante en este proceso, de manera de apoyar y reflejar los aspectos de sí mismo que no está pudiendo identificar.

En relación con los procesos internos, es posible destacar que varios participantes refirieron tener baja autoestima, sentimientos de inadecuación y vergüenza con respecto a su problema de procrastinación, los cuales fueron disminuyendo a lo largo de la intervención, mostrando mayor **aceptación**, mejorando también su autoestima y empoderándose frente a su dificultad. Al respecto, la P1 refiere: *“Honestamente al principio me daba vergüenza reconocer que perdía el tiempo y en qué. Luego me di cuenta de que estaba tratando de evitar “ser vulnerable” y calificada por otros. El ámbito doctoral es muy competitivo y estaba de alguna forma buscando excusas para no cumplir las metas. Luego, siento que me empodere y mejore mucho en todo, fue como un juego de dominó, mis tiempos mejoraron, mejoro mi calidad de sueño y mi calidad de vida. Ahora me siento mas empoderada, mas ordenada y siento que el tiempo en serio lo aprovecho. Me da tiempo de estudiar, trabajar, hacer ejercicio y descansar.”* En este sentido, considerando que eran participantes que tenían en su mayoría la autoestima bastante baja producto de este problema, parece ser particularmente relevante que la actitud del terapeuta sea de aceptación y no juicio, de manera de favorecer este proceso en los participantes. En esta misma línea, la P3 menciona: *“Al inicio me sentí avergonzada de contar mi problema, pero con deseos de encontrar ayuda para cambiar mi situación (...). Fue bueno hablar con alguien que entendiera mi problema y sin juicios, me platicara su propia experiencia; eso me dio ánimos. (...) me sirvió para darme cuenta de que realmente no hay un problema conmigo, soy tan capaz como otras personas exitosas, sin embargo, estaba trabajando de formas que no me funcionaban.”* Con esta paciente, entre otras cosas, se trabajó el **“yo como contexto”**. En esta cita se refleja cómo ella cambia la visión de sí misma como una identidad fija (y defectuosa) a entender que el foco era cómo se estaba relacionando con ese contexto en específico.

También es posible mencionar que los participantes recalcaron las intervenciones relacionadas con el manejo de los pensamientos irracionales o negativos que acentuaban la procrastinación. Así, el P2 menciona: *“También la intervención me ayudó a mejorar la confianza en mí mismo y a vencer los pensamientos negativos que me impedían avanzar con mi proyecto de tesis.”* Si bien desde otros enfoques se podría analizar con más detalle de donde vienen estos pensamientos e intentar modificarlos, desde el enfoque de ACT, como

se mencionó en el marco teórico, se trabaja de una manera diferente: fomentando la **defusión** con respecto a éstos, de manera que no intervengan en la acción comprometida. La siguiente cita del P3 hace referencia a este proceso: *“Recuerdo cuando hablamos de mi exigencia y su conexión con mi infancia, si bien no se profundizó en ello, me hizo reflexionar sobre aquello. No creo que haya disminuido mi autoexigencia, pero por lo menos me llevó a ser más consciente de ello y a no cuestionarme y por consecuencia no frustrarme.”*

A la luz de los resultados, cabe destacar que, tal como se mencionó en el marco teórico, la **modalidad de psicoterapia individual abarcando distintos aspectos asociados a la procrastinación** resultó ser fundamental, ya que de esta forma se pudo examinar con detención cuáles eran los puntos ciegos y en qué conductas el participante en particular se estaba boicoteando a sí mismo llegando a procrastinar. En este sentido, en las intervenciones grupales, las estandarizadas (para todos igual) o las enfocadas únicamente sólo en el manejo del tiempo, podrían ser menos eficaces considerando que la misma persona que procrastina tiene un punto ciego con respecto a su propio comportamiento. Si bien el trabajo en psicoeducación sobre el manejo del tiempo es importante (y así también lo refirieron los participantes), resulta sumamente enriquecedor una intervención psicoterapéutica para que los participantes puedan poner en práctica estos consejos. Con respecto a esto, el P4 mencionó: *“Creo que recomendaría una intervención menos profunda a todos los estudiantes como parte de su formación básica y por supuesto a aquellos que sienten que procrastinan, que a mi parecer es un porcentaje considerable. Me parece que la intervención consta de dos pilares, uno menos fundamental, más práctico y plástico que guarda relación con herramientas particulares para ir realizando día a día, semana a semana, con el fin de lograr un hábito y desplazar actividades de procrastinación; y un pilar más profundo, psicoterapéutico que guía lo primero. En ese sentido me parece muy importante que esta intervención no sea un taller más y que cuente con un pilar fundado en la psicología de la persona.”* (...) *“Si bien mucho de lo que aprendí con la terapeuta puede parecer lógico y razonable de realizar, al estar de cierta forma “ahogado” es difícil llevarlo a cabo. En ese sentido, más que las*

soluciones prácticas, que pueden ser herramientas de gestión del tiempo, lo clave fue la mirada de la terapeuta para desanudar algunos nudos.”.

Con respecto a las **limitaciones de la IRP**, algunos mencionaron que hubiesen querido material de apoyo y más información acerca de en qué consistía la intervención que se estaba realizando. En parte por ser una investigación experimental, no se brindó más información al respecto, de manera de no sesgar al participante. Sin embargo, si se quisiera aplicar en un futuro, sería enriquecedor para los participantes incluir más información sobre la intervención y sus fundamentos, así como material de apoyo con el que el/la participante pueda contar durante y una vez terminada la intervención. Con respecto a la duración, todos mencionaron que 4 sesiones fue suficiente. Sin embargo, uno mencionó que, si bien la cantidad de sesiones le pareció adecuada, también se refirió a la necesidad de hacer un seguimiento más a largo plazo, de manera de estar seguro de seguir haciendo sostenibles los cambios a futuro. En este sentido, se concuerda con la percepción de este participante; sería provechoso, a futuro, aumentar el tiempo de acompañamiento a los participantes, de manera de que se sientan más seguros con respecto a los cambios realizados.

En cuanto a las **limitaciones metodológicas de este estudio**, también hubiese sido positivo alargar la etapa de seguimiento, de manera de observar cómo se comportaban estos cambios durante un tiempo más largo. Sin embargo, en particular para esta investigación, se les solicitó muchos cuestionarios a los participantes, por lo que no se aumentó el seguimiento, para no sobreexigirlos y no perjudicar la adherencia. Habiendo dicho esto, cabe destacar que los cuatro participantes realizaron la IRP completa, presentando alta adherencia y asistiendo responsablemente las sesiones. Otra limitación hace referencia con respecto a la significancia de los resultados en cuanto a comprobar la efectividad de la intervención. Al respecto, cabe mencionar que esta fue una intervención que se desarrolló durante la investigación, por lo que parte de ésta era aplicarla en un grupo reducido de personas para de manera preliminar observar si la IRP era efectiva para reducir la procrastinación. Además, se realizó un diseño de caso único, para observar con detalle qué intervenciones eran más efectivas en cada uno de los participantes y así enriquecer el modelo de intervención que se estaba desarrollando. De esta forma, queda

para investigaciones futuras aplicar la IRP en un grupo más amplio de participantes, comparándola con un grupo control y otras intervenciones a realizar en procrastinación. En Chile, las intervenciones para el tratamiento de la procrastinación son casi inexistentes, por lo que para realizar futuros estudios se espera contar con mayores alternativas de tratamiento respecto a este problema.

En conclusión, la IRP mostró ser efectiva en reducir la procrastinación de estos participantes, quienes redujeron a un mínimo su tiempo perdido luego de la intervención. La modalidad de psicoterapia individual resultó ser particularmente útil ya que permitió profundizar en aspectos claves en la reducción de la procrastinación, que de otra forma no se hubiesen podido diagnosticar e intervenir. Por otra parte, el enfoque de ACT resultó apropiado, pudiendo abarcar aspectos que fueron efectivos para reducir la procrastinación. Por último, cabe mencionar que los participantes refirieron estar satisfechos con la intervención, mencionando que la recomendarían para otras personas que tuvieran el mismo problema. La P3 refirió *“Yo no estaba segura de que algo me pudiera ayudar sin embargo en mi desesperación llegué con Sol y en poco tiempo logré superar el problema y sentirme mucho mejor conmigo misma.”* Por su parte, la P1 mencionó: *“La recomendaría totalmente, me encantó y en verdad mi vida cambió”*

Glosario

Acción Comprometida: adopción de medidas eficaces, guiados por nuestros valores

Burn-out: agotarse por el exceso de trabajo u otra actividad que lleva a perjudicar la salud.

Desesperanza creativa: la posición en que se encuentran algunas personas cuando han abandonado los intentos infructuosos de cambiar su experiencia, lo que le da un espacio para crear algo más viable y valioso.

Defusión cognitiva: distinguir los pensamientos propios como productos del pensar y no como la realidad en sí misma

Evitación experiencial: esfuerzos rígidos e inflexibles para escapar o evitar eventos y aquellas situaciones desagradables.

Fusión cognitiva: incapacidad para detectar el proceso de pensamiento propio como diferente de los productos del pensar.

Hexaflex: modelo de 6 componentes que determinan la organización de la flexibilidad psicológica de la Terapia de Aceptación y Compromiso.

Inflexibilidad psicológica: reacciones psicológicas rígidas sobre valores y contingencias elegidas para guiar la acción.

Insight Timer: aplicación para guiar meditación.

Mindfulness: atención plena o consciencia plena, consiste en estar atento de manera consciente e intencional a lo que hacemos en el momento presente.

Meta-análisis: método sistemático para sintetizar resultados de diferentes estudios empíricos sobre el efecto de una variable independiente (como una intervención o tratamiento).

Metacognitivo: control que tiene la persona de sus destrezas y procesos cognitivos y la habilidad para darse cuenta de estos.

Principio de Pareto: técnica que permite clasificar *gráficamente* la información de mayor a menor relevancia, con el objetivo de reconocer los problemas más importantes en los que debería enfocarse y solucionar.

Procrastinación: retraso voluntario de un curso de acción deseado, a pesar de esperar consecuencias negativas derivadas de dicho retraso.

Procrastinación académica: la procrastinación que se produce en el ámbito académico. Posponer siempre o casi siempre el trabajo de las tareas académicas

RCI: índice de confiabilidad de cambio, es un análisis que determina si la magnitud del cambio en los puntajes de los participantes antes del tratamiento y después del tratamiento tuvo la suficiente magnitud para superar el error de medición. Equivale al intervalo de confianza del 95%

REDCap: plataforma diseñada para capturar datos de estudios de investigación en línea.

Terapia de Aceptación y Compromiso: enfoque de terapias cognitivo conductual centrada en ayudar a desarrollar habilidades de aceptación de los pensamientos y sentimientos del momento presente para perseguir metas basadas en valores personales

Zoom: plataforma digital para realizar video-conferencias seguras y encriptadas.

Bibliografía

- Amichai-Hamburger, Y., Klomek, A. B., Friedman, D., Zuckerman, O., & Shani-Sherman, T. (2014). The future of online therapy. *Computers in Human Behavior*, *41*, 288–294. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.09.016>
- Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., Hedman, E., 2014. Guided internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry* *13* (3), 288–295. <https://doi.org/10.1002/wps.20151>.
- Arifiana, I, Rahamawati, H, Hanurawan, F& Nur, E. (2020). Stop academic procrastination during Covid 19: Academic procrastination reduces subjective well-being. *Knowledge*, 312–325 <https://doi.org/10.18502/kss.v4i15.8220>
- Aznar-Díaz, I., Romero-Rodríguez, J.-M., García-González, A., & Ramírez-Montoya, M.-S. (2020). Mexican and Spanish university students' Internet addiction and academic procrastination: Correlation and potential factors. *Plos One*, *15*(5), e0233655. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233655>
- Baer, L., Cukor, P., Jenike, M, Leahy, L., O'Laughlen, J., Coyle (1995). Pilot studies of telemedicine for patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, *152*(9), 1383–1385. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.9.1383>
- Backhaus, A., Agha, Z., Maglione, M. L., Repp, A., Ross, B., Zuest, D., Ross, B., Zuest, D., Rice-Thorp, N. M, Lohr, J., Thorp, S. (2012). Videoconferencing psychotherapy: A systematic review. *Psychological Services*, *9*, 111–131. <https://doi.org/10.1037/a0027924>
- Balkis, M. (2011). Academic efficacy as a mediator and moderator variable in the relationship between academic procrastination and academic achievement. *Egitim Arastirmalari Eurasian. Journal of Educational Research*, *45*, 1–16.
- Beck, B.L., Koons, S.R., Milgrim, D.L. (2000). Correlates and consequences of behavioral procrastination: The effect of academic procrastination, self-consciousness self- esteem, and self-handicapping. *Journal of Social Behavior and*

Personality, 15, 3-13.

- Berzonsky, M. D. (1989). Identity style: Conceptualization and measurement. *Journal of Adolescent Research*, 4, 268–282
- Beutel, M. E., Klein, E. M., Aufenanger, S., Brähler, E., Dreier, M., Müller, K. W., Quiring, O., Reinecke, L., Schmutzer, G., Stark, B., & Wölfling, K. (2016). Procrastination, distress and life satisfaction across the age range– a German representative community study. *Plos One*, 11(2), e0148054. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148054>
- Blunt, A. K., & Pychyl, T. A. (2000). Task aversiveness and procrastination: a multi-dimensional approach to task aversiveness across stages of personal projects. *Personality and Individual Differences*, 28, 153–167. [https://doi.org/10.1016/s0191-8869\(99\)00091-4](https://doi.org/10.1016/s0191-8869(99)00091-4)
- Boice, R. (1996). *Procrastination and blocking – a novel-practical approach*. London: Praeger.
- Brouwer, W., Kroeze, W., Crutzen, R., De Nooijer, J., De Vries, N.K., Brug, J., Oenema, A., 2011. Which intervention characteristics are related to more exposure to internet- delivered healthy lifestyle promotion interventions? A systematic review. *Journal of Medical Internet Research*. 13 (1), 23–41. <https://doi.org/10.2196/jmir.1639>.
- Briody, R. (1980). *An exploratory study of procrastination*. Doctoral dissertation, Brandeis University. *Dissertation Abstracts International*, 41, 590.
- Bui, N. H. (2007). Effect of evaluation threat on procrastination behavior, *Journal of Social Psychology*, 147, 197-209. <https://doi.org/10.3200/socp.147.3.197-209>
- Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H., Hedman-Lagerlöf, E., 2018. Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behavior Therapy*, 47 (1), 1–18. <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1401115>.
- Coppock, A., & McClellan, O. A. (2019). Validating the demographic, political, psychological, and experimental results obtained from a new source of online survey

- respondents. *Research & Politics*, 6(1), 205316801882217.
<https://doi.org/10.1177/2053168018822174>
- Chen, B., & Chang L. (2016) Procrastination as a Fast Life History Strategy. *Journal of Evolutive Psychology* <https://doi.org/10.1177/1474704916630314>
- Christensen, H., Griffiths, K.M., Farrer, L., 2009. Adherence in internet interventions for anxiety and depression. *Journal of Medical Internet Research*. 11, e13.
<https://doi.org/10.2196/jmir.1194>.
- Day, V., Mensink, D., & O’Sullivan, M. (2000). Patterns of academic procrastination. *Journal of College Reading and Learning*, 30, 120–134.
<https://doi.org/10.1080/10790195.2000.10850090>
- Diez, Rangil, Sánchez, Kroenke, & Spitzer. (2001). Validation and utility of the patient health questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. *Psychosomatic Medicine*, 63 (4): 679-86.
<https://doi.org/10.1097/00006842-200107000-00021>
- Dionne, F., & Duckworth, K. (2011). *Acceptance and commitment therapy in the treatment of academic procrastination: A perfect fit*. Poster session presented at the ACBS World Conference IX, Parma, Italy. Encontrado en <http://www.frederickdionne.ca/index.php/publications/>
- Drozd F., Raeder S., Kraft P., Bjørkli, C. (2013). Multilevel growth curve analyses of treatment effects of a web-based intervention for stress reduction: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 15 (4), e84.
<https://doi.org/10.2196/jmir.2570>
- Dryden, W. (2012). Dealing with procrastination: The REBT approach and a demonstration session. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 30(4), 264-281. <https://doi.org/10.1007/s10942-012-0152-x>
- Eika, E. (2021). Learning in Higher Education Under the Covid-19 Pandemic: Were Students More Engaged or Less? *International Journal of English Linguistics*, 11(3), 96. <https://doi.org/10.5539/ijel.v11n3p96>
- Ellis, A. & Knaus, W.J. (2000). *Overcoming Procrastination*. New York: New American

Library.

- Ebert, D.D., Franke, M., Kählke, F., Küchler, A.-M., Bruffaerts, R., Mortier, P., Karyotaki, E., Alonso, J., Cuijpers, Berking, M., Auerbach, R., Kessler, R., Baumeister, H., 2018. Increasing intentions to use mental health services among university students. Results of a pilot randomized controlled trial within the WHO World Mental Health International College Student Initiative. *International Journal Methods in Psychiatry Residence*, 1754. <https://doi.org/10.1002/mpr.1754>.
- Eckert, M., Ebert, D. D., Lehr, D., Sieland, B., & Berking, M. (2016). Overcome procrastination: Enhancing emotion regulation skills reduce procrastination. *Learning and Individual Differences*, 52, 10–18. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2016.10.001>
- Eckert, M., Ebert, D.D., Lehr, D., Sieland, B., Berking, M., 2018. Does SMS-support make a difference? Effectiveness of a two-week online-training to overcome procrastination. A randomized controlled trial. *Front. Psychol.* 9, 1–13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01103>.
- Ellis, A. & Knaus, W.J. (2000). *Overcoming Procrastination*. New York: New American Library.
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J. et al. (2002). Towards a standardized brief outcome measure: Psychometric properties and utility of the CORE-OM. *British Journal of Psychiatry*, 180, 51–60. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.1.51>.
- Evans, R., & Mathur. (2005). A The value of online surveys. *Internet Research*, 15: 195-219. <https://doi.org/10.1108/10662240510590360>
- Ferrari, J. R. (1994). Dysfunctional procrastination and its relationship with self-esteem, interpersonal dependency, and self-defeating behaviors. *Personality and Individual Differences*, 17, 673–679.
- Ferrari, J. R., & Beck, B. (1998). Affective responses before and after fraudulent excuses by academic procrastinators. *Education*, 118, 529– 537.
- Ferrari, J. R., Keane, S. M., Wolfe, R. N., & Beck, B. L. (1998). The antecedents and

- consequences of academic excuse-making: Examining individual differences in procrastination. *Research in Higher Education*, 39(2), 199–215
- Ferrari, J. R., Johnson J. L, McCown WG (1995). *Procrastination and Task Avoidance. Theory, Research, and Treatment*. New York, NY: Plenum Press.
- Ferrari, J.R., O’Callahan, J., & Newbegin, I. (2004). Prevalence of procrastination in the United States, United Kingdom, and Australia: Arousal and avoidance delays among adults. *North American Journal of Psychology*, 6, 1–6.
- Ferrari, J.R., & Diaz-Morales, J.F. (2007). Perceptions of self-concept and self-presentation by procrastinators: Further evidence. *Spanish Journal of Psychology*, 10, 91–96. <https://doi.org/10.1097/00006842-200107000-00021>
- Ferrari, J. R., Barnes, K. & Steel, P. (2009). Life Regrets by Avoidant and Arousal Procrastinators. *Journal of Individual Differences*, 30(3), 163–168.
- Flett, G. L., Blankstein, K. R., & Martin, T. R. (1995). Procrastination, negative self evaluation, and stress in depression and anxiety: A review and preliminary model. En J. R. Ferrari, J. H. Johnson & W. G. McCown (Eds.), *Procrastination, and Task Avoidance: Theory, Research, and Treatment* (pp. 137–167). New York: Plenum.
- Flett, G. L., Stainton, M., Hewitt, P. L., Sherry, S. B., & Lay, C. (2012). Procrastination automatic thoughts as a personality construct: An analysis of the procrastinatory cognitions inventory. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 30(4), 223–236. <https://doi.org/10.1007/s10942-012-0150-z>
- Franklin, J., Guidry, A., & Brinkley, J. (2011). Partnership approach for Electronic Data Capture in small-scale clinical trials. *J Biomed Inform.* 44 (1). <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2011.05.008>.
- Fritzsche, B.A., Young, B.R., & Hickson, K.C. (2003). Individual differences in academic procrastination tendency and writing success. *Personality and Individual Differences*, 35, 1549-1557. [https://doi.org/10.1016/s0191-8869\(02\)00369-0](https://doi.org/10.1016/s0191-8869(02)00369-0)
- Furlan, L., Heredia, E., Piemontesi, S., & Tuckman, B. (2012). Análisis factorial confirmatorio de la adaptación argentina de la escala de procrastinación de Tuckman (ATPS). *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 9(3),

142-149.

- García-Campayo J., Zamorano E., Ruiz M., Pardo A., Pérez-Páramo M., López-Gómez V. et al. (2010). Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health Quality Life Outcomes* 20 (8). <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-8>
- Gieselmann, A., & Pietrowsky, R. (2016). Treating procrastination chat-based versus face-to-face: An RCT evaluating the role of self-disclosure and perceived counselor's characteristics. *Computers in Human Behavior*, 54, 444–452. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.08.027>
- Glick, D., Millstein & D. Orsillo, S. (2014). A Preliminary Investigation of the Role of Psychological Inflexibility in Academic Procrastination. *Journal of Contextual Behavioral Scienc*, 3(2), 81–88. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.04.002>
- Gnambs, T., & Kaspar, K. (2015). Disclosure of sensitive behaviors across self-administered survey modes: a meta-analysis. *Behavior Research Methods* 47: 1237-1259. <https://doi.org/10.3758/s13428-014-0533-4>
- Gollwitzer, P. M., & Sheeran, P. (2006). Implementation intentions and goal achievement: A meta-analysis of effects and processes. *Advances in Experimental Social Psychology*, 38, 69- 119. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(06\)38002-1](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(06)38002-1)
- Grope, P., & Steel, P. (2008). A mega-trial investigation of goal setting, interest enhancement, and energy on procrastination. *Personality and Individual Differences*, 45(5), 406–411. doi.org/10.1016/j.paid.2008.05.015
- Grunschel, C., Patrzek, J., & Fries, S. (2013). Exploring reasons and consequences of academic procrastination: An interview study. *European Journal of Psychology of Education*, 28(3), 841–861. <https://doi.org/10.1007/s10212-012-0143-4>
- Gurumoorthy, R., & Kumar, N. S. (2020). Study of impactful motivational factors to overcome procrastination among engineering students. *Procedia Computer Science*, 172, 709–717. <https://doi.org/10.1016/j.procs.2020.05.101>
- Gustavson, D. E., Miyake, A., Hewitt, J. K., & Friedman, N. P. (2014). Genetic relations among procrastination, impulsivity, and goal-management ability implications for

- the evolutionary origin of procrastination. *Psychological Science*, 25(6), 1178–1188. <https://doi.org/10.1177/0956797614526260>
- Hafner, A., Oberst, V., & Stock, A. (2014). Avoiding procrastination through time management: An experimental intervention study. *Educational Studies*, 40(3), 352–360. <https://doi.org/10.1080/03055698.2014.899487>
- Haghbin, M., McCaffrey, A., & Pychyl, T. A. (2012). The complexity of the relation between fear of failure and procrastination. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy*, 30(4), 249-263. <https://doi.org/10.1007/s10942-012-0153-9>
- Harriott, J., & Ferrari, J. (1996). Prevalence of procrastination among samples of adults. *Psychological Reports*, 78, 611–616.
- Harris, R. (2009). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Haycock, L. A. (1993). The cognitive mediation of procrastination: An investigation of the relationship between procrastination and self-efficacy beliefs. (Doctoral dissertation). *Dissertation Abstracts International*, 54, 2261.
- Hayes, S.C., Bissett, R.T., Strosahl, K.D., Wilson, K.D., Pistorello, J., Dykstra, T.A. et al. (2000). Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). Non-published manuscript. Se puede obtener contactando al autor.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. (Trad. Ramiro Álvarez). España: Editorial Desclée de Brouwer (Original en inglés, 2012).
- Hen, M., & Goroshit, M. (2014). Academic procrastination, emotional intelligence, academic self-efficacy, and GPA: A Comparison between students with and without learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 47(2), 116–124. <https://doi.org/10.1177/0022219412439325>
- Heyvaert, M., Wendt, O., Van den Noortgate, W., & Onghena, P. (2015). Randomization and data-analysis items in quality standards for single-case experimental studies.

Journal of Special Education, 49, 146–156.
<https://doi.org/10.1177/0022466914525239>

- Höcker, A., Engberding, M., Haferkamp, R. & Rist, F. (2012). Effectiveness of Working Time Restriction in the Treatment of Procrastination. *Verhaltenstherapie*, 22, 9–16.
<https://doi.org/10.1159/000334970>
- Horner, R. H., Swaminathan, H., Sugai, G., & Smolkowski, K. (2012). Considerations for the systematic analysis and use of single-case research. *Education & Treatment of Children*, 35, 269–290. <https://doi.org/10.1353/etc.2012.0011>
- Howell, A. J., & Watson, D. C. (2007). Procrastination: Associations with achievement goal orientation and learning strategies. *Personality and Individual Differences*, 43(1), 167-178. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.11.017>
- Iverson, G. L. (2017). Reliable Change Index. *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology*, 1–4. https://doi.org/10.1007/978-3-319-56782-2_1242-2
- Jacobson, N.S., Follette, W.C., & Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behaviour Therapy*, 15, 336–352.
- Jacobson, N., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy-research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Kazdin, A. E. (2011). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings (2nd ed.)*. New York, NY: Oxford University Press.
- Kratochwill, T. R., Hitchcock, J., Horner, R. H., Levin, J. R., Odom, S. L., Rindskopf, D. M., & Shadish, W. R. (2010). Single-case designs technical documentation. Encontrado en What Works Clearinghouse website: http://ies.ed.gov/ncee/wwc/pdf/wwc_scd.pdf.
- Kelders, S.M., Kok, R.N., Ossebaard, H.C., Van Gemert-Pijnen, J.E.W.C., 2012. Persuasive system design does matter: a systematic review of adherence to web-based interventions. *Journal of Medical Internet Research* 14 (6), e152. <https://doi.org/10.2196/jmir.2104>.

- Kim, K. R., & Seo, E. H. (2015). The relationship between procrastination and academic performance: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences, 82*, 26–33. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.02.038>
- Kiraly, O., Potenza, M. N., Stein, D. J., King, D. L., Hodgins, D. C., Saunders, J. B., Griffiths, M. D., Gjoneska, B., Billieux, J., Brand, M., Abbott, M. W., ... Demetrovics, Z. (2020). Preventing problematic internet use during the COVID-19 pandemic: Consensus guidance. *Comprehensive Psychiatry, 100*(4). <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152180>.
- Klassen, R. M., Ang, R. P., Chong, W. H., Krawchuk, L. L., Huan, V. S., Wong, I. Y. F., & Yeo, L. S. (2010). Academic procrastination in two settings: Motivation correlates, behavioral patterns, and negative impact of procrastination in Canada and Singapore. *Applied Psychology, 59*(3), 361–379. <http://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2009.00394.x>
- Klingsieck, K. B. (2013). Procrastination in Different Life-Domains: Is Procrastination Domain Specific? *Current Psychology, 32*(2), 175–185. Doi 10.1007/s12144-013-9171-8
- Knaus, W. J. (1973). Overcoming procrastination. *Rational Living, 8*(2), 2–7.
- Küchler, A.-M., Albus, P., Ebert, D. D., & Baumeister, H. (2019). Effectiveness of an internet-based intervention for procrastination in college students (StudiCare Procrastination): Study protocol of a randomized controlled trial. *Internet Interventions, 17*, 100245. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2019.100245>
- Krause, K., & Freund, A. M. (2014). Delay or procrastination—A comparison of self-report and behavioral measures of procrastination and their impact on affective well-being. *Personality and Individual Differences, 63*, 75–80. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.01.050>
- Lay, C. H., & Schouwenburg, H. C. (1993). Trait procrastination, time management, and academic behavior. *Journal of Social Behavior and Personality, 8*, 647–662.
- Lukas, C.A., & Berking, M., 2018. Reducing procrastination using a smartphone-based treatment program: a randomized controlled pilot study. *Internet Intervention, 12*,

- 83–90. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2017.07.002>.
- Luoma, J.B., Hayes, S.C., & Walser, R. (2007). *Learning ACT: An Acceptance and Commitment Therapy Skills-Training Manual for Therapists*. Oakland, CA: New Harbinger and Context Press.
- Macher, D., Paechter, M., Papousek, I., & Ruggeri, K. (2012). Statistics anxiety, trait anxiety, learning behavior, and academic performance. *European Journal of Psychology of Education, 27*(4), 483- 498. <https://doi.org/10.1007/s10212-011-0090-5>
- McCown, B., Blake, I. K., & Keiser, R. (2012). Content analyses of the beliefs of academic procrastinators. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 30*(4), 213–222. <https://doi.org/10.1007/s10942-012-0148-6>
- McCown, W. G., Johnson, J. L. & Shure, M. B. (1993). Introduction. En W. G. McCown, J. L. Johnson & M. B. Shure (Eds.), *The impulsive client, theory, research and treatment* (pp. 1 10). Washington DC: American Psychological Association.
- McCracken, L. M. (2013). Committed Action: An application of the psychological flexibility model to activity patterns in chronic pain. *The Journal of Pain, 14*(8), 828–835. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2013.02.009>
- Melville, K.M., Casey, L.M., Kavanagh, D.J., 2010. Dropout from internet-based treatment for psychological disorders. *British Journal of Clinical Psychology 5*, e13196. <https://doi.org/10.1348/014466509X472138>.
- Milgram, N. A., Batori, G., & Mowrer, D. (1993). *Correlates of academic procrastination. Journal of School Psychology, 31*, 487–500.
- Morgan, D., & Morgan R., (2009). *Single-case research methods for the behavioral and health sciences*. Los Angeles, Sage Publications Inc.
- Onwuegbuzie, A. J. (2000). Academic procrastinators and perfectionistic tendencies among graduate students. *Journal of Social Behavior and Personality, 15*, 103–109.
- Onwuegbuzie, A. J., & Jiao, Q. G. (2000). I'll go to the library later: The relationship between academic procrastination and library anxiety. *College & Research Libraries, 61*(1), 45–54. <https://doi.org/10.5860/crl.61.1.45>

- Ozer, B. U., & Ferrari, J. R. (2011). Gender orientation and academic procrastination: Exploring Turkish high school students. *Individual Differences Research*, 9(1), 33–40.
- Paganini, S., Teigelkötter, W., Buntrock, C., Baumeister, H., 2018. Economic evaluations of internet- and mobile-based interventions for the treatment and prevention of depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 225, 733–755. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.018>.
- Pelikan ER, Lüftenegger M, Holzer J, Korlat S, Spiel C, Schober B. (2021). *Learning during COVID-19: the role of self-regulated learning, motivation, and procrastination for perceived competence*. Zeitschrift für Erziehungswiss.
- Pychyl, T.A. & Binder, K. (2004). A project-analytic perspective on academic procrastination and intervention. En H. C. Schouwenburg, C. H. Lay, T. A. Pychyl, & J. R. Ferrari (Eds.), *Counseling the procrastinator in academic settings* (pp. 3–17). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rebetez, M. M. L., Rochat, L., & Van der Linden, M. (2015). Cognitive, emotional, and motivational factors related to procrastination: A cluster analytic approach. *Personality and Individual Differences*, 76, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.11.044>
- Rice, K. G., Richardson, C. M. E., & Clark, D. (2012). Perfectionism, procrastination, and psychological distress. *Journal of Counseling Psychology*, 59, 288–302. <https://doi.org/10.1037/a0026643>
- Rice, K., Neimeyer G. & Taylor, J. (2011). Efficacy of Coherence Therapy in the Treatment of Procrastination and Perfectionism. *Counseling Outcome Research and Evaluation*, 2, 126- 136. <https://doi.org/10.1177/2150137811417975>
- Rozental, A., & Carlbring, P. (2013). Internet-Based Cognitive Behavior Therapy for Procrastination: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. *JMIR Research Protocols*, 2, e46. <https://doi.org/10.2196/resprot.2801>
- Rozental, A., Forsell, E., Svensson, A., & Andersson, G., 2015. Internet-based cognitive-behavior therapy for procrastination: a randomized controlled trial. *Journal of*

Consultation in Clinical Psychology, 83 (4), 808–824.
<https://doi.org/10.1037/ccp0000023>.

- Rozental, A., Forsell, E., Svensson, A., Andersson, G., & Carlbring, P., 2017. Overcoming procrastination: one-year follow-up and predictors of change in a randomized controlled trial of internet-based cognitive behavior therapy. *Cognitive Behavioral Therapy*. 46 (3), 177–195. <https://doi.org/10.1080/16506073.2016.1236287>.
- Rozental, A., Bennett, S., Forsström, D., Ebert, D. D., Shafran, R., Andersson, G., & Carlbring, P. (2018). Targeting Procrastination Using Psychological Treatments: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01588>
- Rozental, A., Forsström, D., Lindner, P., Nilsson, S., Mårtensson, L., Rizzo, A., Andersson, G., & Carlbring, P., 2018b. Treating procrastination using cognitive behavior therapy: a pragmatic randomized controlled trial comparing treatment delivered via the internet or in groups. *Behavior Therapy*. 49 (2), 180–197. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.08.002>.
- Ruiz F., Langer, A., Luciano C, Cangas, A., & Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire - II. *Psicothema*, 25(1):123-9. <https://doi.org/10.7334/psicothema2011.239>. PMID: 23336554.
- Saldivia, S., Aslan, J., Cova, F., Vicente, B., Inostroza, C., & Rincón, P. (2019). Propiedades psicométricas del PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en centros de atención primaria de Chile. *Revista Médica de Chile*, 147 (1), 53–60. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872019000100053>
- Scent, C. & Boes, S. (2014). Acceptance and Commitment Training: A Brief Intervention to Reduce *Procrastination Among College Students*. *Journal of College Student Psychotherapy*, 28,144–156.
- Schouwenburg, H. C. (1994). *Academic procrastination* (Doctoral dissertation), University of Groningen, The Netherlands. Retrieved from Name of database.
- Schouwenburg, H. C. (2004). *Academic procrastination: Theoretical notions*,

- measurement, and research. En H. C. Schouwenburg, C. H. Lay, T. A. Pychyl, & J. R. Ferrari (Eds.), *Counseling the procrastinator in academic settings* (pp. 3–17). Washington, DC: American Psychological Association.
- Sirois, F. M., & Stout, D. (2011). When knowing better doesn't mean doing better: Understanding the roles of procrastination and self-blame in the health and well-being of nurses. Paper presented at the 7th Biennial Conference on Procrastination, Amsterdam, the Netherlands.
- Sirois, F. M., & Tosti, N. (2012). Lost in the moment? An investigation of procrastination, mindfulness, and wellbeing. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, *30*, 237–248. <https://doi.org/10.1007/s10942-012-0151-y>
- Sirois, F., & Pychyl, T. (2013). Procrastination and the priority of short-term mood regulation: Consequences for future self. *Social and Personality Psychology Compass*, *7*(2), 115-127. <https://doi.org/10.1111/spc3.12011>
- Solomon, L. J., & Rothblum, E. D. (1984). Academic procrastination: Frequency and cognitive-behavioral correlates. *Journal of Counseling Psychology*, *31*, 503–509.
- Soto-Pérez, F., Franco, M., Morandes, C., & Jiménez, F. (2010). Internet y psicología clínica: Revisión de las ciber-terapias. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *15*, 1, 19-37.
- Spitzer, R., Kroenke, K., Williams J. & Löwe B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, *22*, 166(10), 1092-1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Stead, R., Shanahan, M. J., & Neufeld, R. W. J. (2010). I'll Go to Therapy, Eventually: Procrastination, Stress and Mental Health. *Personality and Individual Differences*, *49*, 175-180.
- Steel, P. (2007). The nature of procrastination: A meta-analytic and theoretical review of quintessential self-regulatory failure. *Psychological Bulletin*, *133*, 65–94. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.1.65>
- Steel, P. (2010). Arousal, avoidant and decisional procrastinators: Do they exist? *Personality and Individual Differences*, *48*, 926–934.

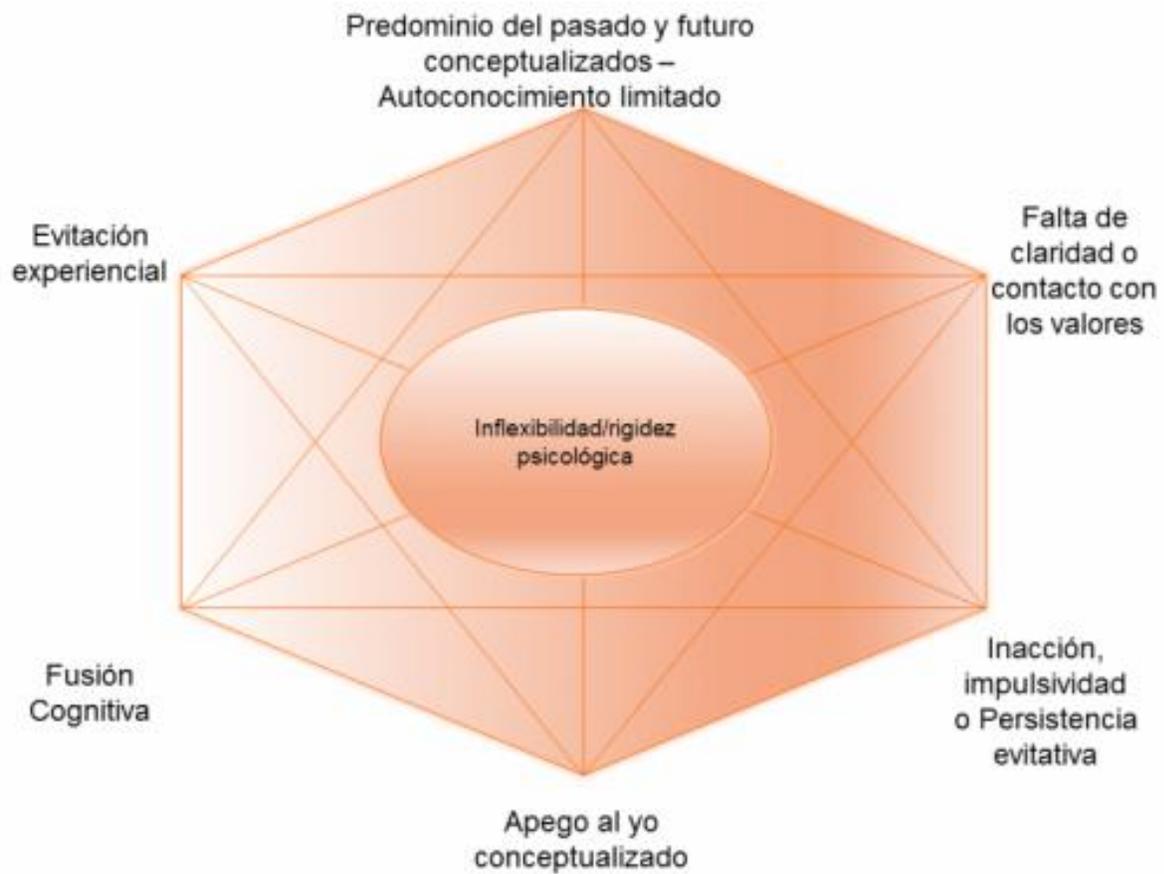
- Steel, P., Brothen, T., & Wambach, C. (2001). Procrastination and personality, performance, and mood. *Personality and Individual Differences, 30*, 95–106.
[https://doi.org/10.1016/s0191-8869\(00\)00013-1](https://doi.org/10.1016/s0191-8869(00)00013-1)
- Steel, P., & Ferrari, J. (2013). Sex, Education and Procrastination: An Epidemiological Study of Procrastinators' Characteristics from A Global Sample. *European Journal of Personality, 27*(1), 51–58. <https://doi.org/10.1002/per.1851>
- Steel, P., & Klingsieck, K. B. (2016). Academic Procrastination: Psychological Antecedents Revisited. *Australian Psychologist, 51*(1), 36–46.
<https://doi.org/10.1111/ap.12173>
- Suler, J. (2004). The psychology of text relationships. In R. Kraus, J. Zack & G. Stricker (Eds.). *Online counselling: A handbook for mental health professionals* (pp.19–50). London: Elsevier Academic Pres
- Svardal F, Granmo S, Faerevaag FS. On the Behavioral Side of Procrastination: Exploring Behavioral Delay in Real-Life Settings. *Frontiers in Psychology, 7*
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00746>
- Rabin, L. A., Fogel, J., & Nutter-Upham, K. E. (2011). Academic procrastination in college students: The role of self-reported executive function. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 33*(3), 344–357.
<https://doi.org/10.1080/13803395.2010.518597>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and extrinsic motivation: Classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology, 25*, 54-67.
<https://doi.org/10.1006/ceps.1999.1020>
- Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C., & Bowman, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of anxiety: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 33*(8), 965–978. doi:10.1016/j.cpr.2013.07.002
- Tate, R. L., Perdices, M., Rosenkoetter, U., Shadish, W., Vohra, S., Barlow, D. H., ... Wilson, B. (2016). The Single-Case Reporting Guideline In Behavioural interventions (SCRIBE) 2016 statement. *Aphasiology, 30*, 862–876.
- Tibbett, T. P., & Ferrari, J. R. (2019). Return to the origin: what creates a procrastination

- identity? *Current Issues in Personality Psychology*, 7(1), 1–7.
<https://doi.org/10.5114/cipp.2018.75648>
- Tice, D. M., & Baumeister, R. F. (1997). Longitudinal study of procrastination, performance, stress, and health: The costs and benefits of dawdling. *Psychological Science*, 8, 454–458.
- Tuckman, B.W. (1990). Group versus goal-setting effects on the self-regulated performance of students differing in self-efficacy. *Journal of Experimental Education*, 58, 291-298.
- Tuckman, B. W., & Schouwenburg, H. C. (2004). Behavioral Interventions for Reducing Procrastination Among University Students. *Counseling the Procrastinator in Academic Settings.*, 91–103. <https://doi.org/10.1037/10808-007>
- van Deursen, A, Bolle, C. L., Hegner, S. M., & Kommers, P. A. M. (2015). Modeling habitual and addictive smartphone behavior. The role of smartphone usage types, emotional intelligence, social stress, self-regulation, age, and gender. *Computers in Human Behavior*, 45, 411–420. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.12.039>
- van Eerde W (2003). Procrastination at work and time management training. *Journal of Psychology*, 137, 421–434.
- van Eerde, W., & Klingsieck, K. B. (2018). Overcoming procrastination? A meta-analysis of intervention studies. *Educational Research Review*, 25, 73–85. <https://doi.org/10.1016/j.edurev.2018.09.002>
- van Horebeek W, Michielsen S, Neyskens A, & Depreeuw, E. (2004). *A cognitive-behavioral approach in group treatment of procrastinators in an academic setting.* En H. C. Schouwenburg, C. H. Lay, T. A. Pychyl, & J. R. Ferrari (Eds.), *Counseling the procrastinator in academic settings* (pp. 3–17). Washington, DC: American Psychological Association.
- Veehof, M. M., Oskam, M.-J., Schreurs, K. M. G., & Bohlmeijer, E. T. (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain*, 152(3), 533–542. doi:10.1016/j.pain.2010.11.002
- Wang, X., Hegde, S., Son, C., Keller, B., Smith, A., & Sasangohar, F. (2020).

- Investigating Mental Health of US College Students During the COVID-19 Pandemic: Cross-Sectional Survey Study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(9), e22817. <https://doi.org/10.2196/22817>
- Wäschle, K., Allgaier, A., Lachner, A., Fink, S., & Nückles, M. (2014). Procrastination and self-efficacy: Tracing vicious and virtuous circles in self-regulated learning. *Learning and Instruction*, 29, 103–114. <https://doi.org/10.1016/j.learninstruc.2013.09.005>
- Wesley, J. C. (1994). Effects of ability, high school achievement, and procrastinatory behavior on college performance. *Educational and Psychological Measurement*, 54, 404–408.
- Wilson, B. A., & Nguyen, T. D. (2012). Belonging to tomorrow: An overview of procrastination. *International Journal of Psychological Studies*, 4(1), 211. <https://doi.org/10.5539/ijps.v4n1p211>
- Xu, J, Marija, M, Ahluwalia, K, Kukje, D, Tavakolizadeh, N, & Dao, M. (2021). Interventional procrastination strategies for young adults in virtual settings: A systemic review. <https://doi.org/10.5004/dwt.2018.22863>
- Zacks, S., & Hen, M. (2018). Academic interventions for academic procrastination: A review of the literature. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 46(2), 117–130. <https://doi.org/10.1080/10852352.2016.1198154>
- Zimmerman, B. J. (2008). Investigating self-regulation and motivation: Historical background, methodological developments, and future prospects. *American Educational Research Journal*, 45(1), 166–183. <https://doi.org/10.3102/0002831207>

Anexos

Anexo 1: Modelo de inflexibilidad psicológica



Anexo 2: Registro diario

Registro Diario

(versión en Word de la enviada por la plataforma RedCap)

Por favor indica la fecha de hoy : _____

Responde a las siguientes preguntas evaluando cómo manejaste tu tiempo hoy:

1. Por favor describe cuál era tu meta mínima de trabajo para el día de hoy: __

2. ¿Crees que cumpliste con tu meta mínima de trabajo hoy? Sí__ No__

3. Indica la cantidad de tiempo que dedicaste a tu proyecto hoy:

__ (horas):__ (minutos).

4. Indica la cantidad de tiempo que perdiste hoy (que, de volver a comenzar el día NO dedicarías a eso): __ (horas):__ (minutos).

5. En caso de que sientas que has perdido el tiempo, ¿en qué actividad lo perdiste?

6. Por favor indica si te sentiste satisfecho/a con tu día:

__ neutro/a (no cumpliste tu meta mínima pero fue porque surgieron situaciones que eran más importantes o urgentes de atender).

__ Insatisfecho/a (no cumpliste con tu meta mínima porque perdiste el tiempo).

__ satisfecho/a (cumpliste tu meta mínima).

7. Si lo deseas puedes agregar cualquier comentario sobre tu día:

¡Muchas gracias por responder!

Anexo 3: ATPS

Escala de Procrastinación académica (ATPS)

Durante su carrera un estudiante debe cumplir diferentes actividades de aprendizaje, como leer textos, resolver ejercicios, prepararse para rendir, redactar y presentar trabajos, etc.; y las siguientes frases describen algunas cosas que les pasan a los estudiantes cuando deben realizarlas. Indica con qué frecuencia esto te ocurre, empleando la escala de 1=“**Nunca me ocurre**” a 5=“**Siempre me ocurre**”.

- 1- Demoro innecesariamente en terminar trabajos, incluso cuando son importantes
- 2- Pospongo el comenzar con cosas que no me gusta hacer
- 3- Cuando tengo una fecha límite, espero hasta el último minuto
- 4- Sigo posponiendo el mejorar mis hábitos de trabajo
- 5- Empiezo a trabajar de inmediato, incluso en actividades que me resultan displacenteras
- 6- Me las arreglo para encontrar excusas para no hacer algunas cosas
- 7- Destino el tiempo necesario a las actividades aunque me resulten aburridas
- 8- Derrocho mucho tiempo y me parece que no puedo hacer nada al respecto
- 9- Cuando algo me resulta muy difícil de abordar, pienso en postergarlo
- 10- Me propongo que haré algo y luego no logro comenzar o terminarlo
- 11- Siempre que hago un plan de acción, lo sigo
- 12- Desearía encontrar una forma fácil de ponerme en movimiento
- 13- Aunque me enoje conmigo cuando no hago las cosas, no logro motivarme
- 14- Siempre termino las actividades importantes con tiempo de sobra
- 15- Aunque sé que es importante comenzar con una actividad, me cuesta arrancar

AAQ-II (YUC)

A continuación, encontrará una lista de frases. Por favor indique qué tan cierta es cada una para usted marcando con una (X) el número que le parezca adecuado de la escala que se encuentra a la derecha de cada frase. No hay respuestas buenas o malas, ni preguntas con truco. Asegúrese de contestar todas las frases. Use como referencia la siguiente escala para hacer su elección:

Use como referencia la siguiente escala para hacer su elección:

1	2	3	4	5	6	7
Completamente falso	Rara vez cierto	Algunas veces cierto	A veces cierto	Frecuentemente cierto	Casi siempre cierto	Completamente cierto

	1	2	3	4	5	6	7
Puedo recordar algo desagradable sin que esto me cause molestias							
Mis recuerdos y experiencias dolorosas me dificultan vivir una vida que pudiera valorar.	1	2	3	4	5	6	7
Evito o escapo de mis sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
Me preocupa no poder controlar mis sentimientos y preocupaciones.	1	2	3	4	5	6	7
Mis recuerdos dolorosos me impiden tener una vida plena.	1	2	3	4	5	6	7
Mantengo el control de mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
Mis emociones me causan problemas en la vida.	1	2	3	4	5	6	7
Me parece que la mayoría de la gente maneja su vida mejor que yo.	1	2	3	4	5	6	7
Mis preocupaciones obstaculizan mi superación.	1	2	3	4	5	6	7
Disfruto mi vida a pesar de mis pensamientos y sentimientos desagradables.	1	2	3	4	5	6	7

Anexo 5: CAQ

Questionario Sobre Acciones Comprometidas

Instrucciones: A continuación, encontrará una lista de declaraciones. Por favor, califique la verdad de cada declaración como se aplica a usted, marcando un número. Utilice la siguiente escala de clasificación para hacer sus elecciones. Por ejemplo, si cree que una afirmación es "Siempre Verdadera", debe marcar el 6 junto a ella.

	0	1	2	3	4	5	6
	Nunca	Muy rara vez	Pocas veces	Algunas veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
1						0	1 2 3 4 5 6
2						0	1 2 3 4 5 6
+ *3						0	1 2 3 4 5 6
4						0	1 2 3 4 5 6
5						0	1 2 3 4 5 6
*6						0	1 2 3 4 5 6
7						0	1 2 3 4 5 6
8						0	1 2 3 4 5 6
*9						0	1 2 3 4 5 6
+ *10						0	1 2 3 4 5 6
*11						0	1 2 3 4 5 6
*12						0	1 2 3 4 5 6
+ 13						0	1 2 3 4 5 6
*14						0	1 2 3 4 5 6
15						0	1 2 3 4 5 6
16						0	1 2 3 4 5 6
+ *17						0	1 2 3 4 5 6
+ 18						0	1 2 3 4 5 6
19						0	1 2 3 4 5 6
+ 20						0	1 2 3 4 5 6
*21						0	1 2 3 4 5 6
*22						0	1 2 3 4 5 6
+ *23						0	1 2 3 4 5 6
24						0	1 2 3 4 5 6

*Denotan los artículos con claves negativas.

Anexo 6: PHQ-9

Ítem PHQ-9

1. ¿Ha sentido poco interés o agrado al hacer las cosas?
2. ¿Se ha sentido triste, deprimido o desesperado?
3. ¿Ha tenido problemas para dormir, mantenerse despierto o duerme demasiado?
4. ¿Se siente cansado o tiene poca energía?
5. ¿Tiene poco apetito o excesivo apetito?
6. ¿Se ha sentido mal consigo mismo, ha sentido que usted es un fracaso o ha sentido que se ha fallado a sí mismo o a su familia?
7. ¿Ha tenido problemas para concentrarse en actividades como leer el periódico o ver televisión?
8. ¿Se mueve o habla tan despacio que otras personas pueden darse cuenta? ¿Está tan inquieto o intranquilo que da vueltas de un lugar a otro más que de costumbre?
9. ¿Ha pensado que estaría mejor muerto o ha deseado hacerse daño de alguna forma?

Anexo 7: GAD-7

GAD-7

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta				
2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación				
3. Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes				
4. Ha tenido dificultad para relajarse				
5. Se ha sentido tan inquieto(a) que no ha podido quedarse quieto(a)				
6. Se ha molestado o irritado fácilmente				
7. Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar				

Durante los últimos siete días...

Opciones de respuesta:

Nunca

Muy pocas veces

Algunas veces

Muchas veces

Siempre o casi siempre

Preguntas:

1 Me he sentido muy solo/a y aislado/a

2 Me he sentido tenso/a, ansioso/a o nervioso/a

3 He sentido que tenía a alguien en quien apoyarme cuando lo he necesitado

4 Me he sentido bien conmigo mismo/a

5 Me he sentido totalmente sin energía ni entusiasmo

6 He sido violento/a físicamente hacia los demás

7 Me he sentido capaz de afrontar las cosas cuando han ido mal

8 He tenido molestias, dolores y otros problemas físicos

9 He pensado en hacerme daño a mí mismo/a

10 Me ha costado mucho hablar con la gente

11 La tensión y la ansiedad me han impedido hacer cosas importantes

12 Me he sentido satisfecho/a con las cosas que he hecho

13 Me han inquietado pensamientos y sentimientos no deseados

14 He tenido ganas de llorar

15 He sentido pánico o terror

16 He hecho planes para acabar con mi vida

17 Me he sentido agobiado/a por mis problemas

18 He tenido dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido/a

19 He sentido afecto o cariño por alguien

20 Me ha sido imposible dejar a un lado mis problemas

21 He sido capaz de hacer la mayoría de las cosas que tenía que hacer

22 He amenazado o intimidado a otra persona

23 Me he sentido desesperado/a o sin esperanza

24 He pensado que sería mejor que estuviera muerto/a

25 Me he sentido criticada por los demás

26 He pensado que no tengo amigos

27 Me he sentido infeliz

28 Me han angustiado imágenes o recuerdos no deseados

29 Me he sentido irritable cuando estaba con otras personas

30 He pensado que yo tengo la culpa de mis problemas y dificultades

31 Me he sentido optimista sobre mi futuro

32 He conseguido las cosas que quería

33 Me he sentido humillado/a o avergonzado/a por otras personas

34 Me he hecho daño físicamente o he puesto en peligro mi salud

35 Me he sentido triste

Anexo 9: cuestionario inicial

Cuestionario inicial

Por favor, llena el siguiente cuestionario (toda la información que me des será confidencial).

- 1. Nombre:**
- 2. Edad:**
- 3. Ciudad/país de residencia:**
- 4. Con quien vives:**
- 5. Estudio que estás realizando y en qué Universidad:**
- 6. Si tienes estudios universitarios previos a este por favor menciona cuáles:**
- 7. ¿Cuánto tiempo a diario tienes disponible para dedicarte al estudio que quieres sacar? ¿Te dedicas a otras actividades académicas o laborales además?**
- 8. ¿Quién te envió esta invitación para participar del estudio?:**
- 9. Por favor describe con detalle porqué quieres participar de este estudio y cuál es el costo que ha tenido para ti procrastinar:**
- 10. ¿En qué actividades pierdes el tiempo?:**
- 11. Dentro de los próximos dos meses, ¿crees que podría haber alguna razón predecible que pueda interferir a que te dediques a tu estudio? (por ejemplo que tengas que cuidar a tus hijos si es que hay cuarentena, alguna operación prevista, etc). Por favor detalla:**

Anexo 10: cuestionario final

Cuestionario final

- 1- Por favor cuéntanos si crees que te sirvió la Intervención para Reducir la Procrastinación y en qué te sirvió.**

- 2- Con respecto a las intervenciones que tuviste con la psicóloga ¿qué cosas te ayudaron, cuáles te hicieron falta y cuáles no te ayudaron?**

- 3- Cuéntanos cómo fue para ti este proceso, en términos de cómo te fuiste sintiendo o que cosas fuiste pensando durante el inicio, desarrollo y fin.**

- 4- Por último, ¿recomendarías esta intervención a otras personas? ¿Porqué?**

¡Muchísimas gracias por tu participación!



Anexo 11: llamado a participar



Estimado estudiante,

¿Estás en proceso de estudio para tu examen de grado o tienes que hacer una tesis (de pregrado o postgrado)?

¿Estás claro que quieres cumplir esa meta, sin embargo, no estás logrando dedicarle la cantidad de tiempo que quisieras?

¿Con frecuencia crees que pierdes mucho el tiempo y llegas al final del día con una sensación de insatisfacción porque podrías haberte dedicado a trabajar y lo perdiste en actividades innecesarias, inútiles o poco significativas?

Si respondiste que sí a estas tres preguntas, ésta es una invitación a participar en una investigación de doctorado de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile y la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile.

La investigación consiste en una intervención para superar la procrastinación. Es gratuita y tiene una duración de 2 meses, dentro de los cuales tendremos 4 sesiones terapéuticas (a realizar por videollamada) y además se te pedirá llenar un pequeño cuestionario diariamente.

En el caso de querer participar empezarás un proceso de selección para identificar si esta intervención es adecuada para ti.

Si deseas más información por favor escribe a la investigadora responsable Sol Casassus Montero a smcasass@uc.cl

Muchas gracias por tu tiempo.

Anexo 12 Respuesta al contacto

“Estimado(a):

Gracias por tu contacto.

Aquí se detalla más información sobre el estudio. Por favor, lee con atención para que consideres si deseas participar.

Sobre la Intervención para Reducir la Procrastinación (IRP)

Éste es un estudio que consiste en un programa de Intervención para Reducir la Procrastinación (IRP), el cual estoy realizando yo, Sol Casassus Montero, en el marco de mi investigación doctoral del Programa de Doctorado en Psicoterapia de la Pontificia Universidad Católica de Chile y de la Universidad de Chile. El programa consiste en 4 sesiones (de 50 minutos cada una) a realizar con frecuencia semanal. Contempla el llenado de cuestionarios antes, durante y después de las sesiones. Además de estas 4 sesiones se te pedirá participar del estudio dos semanas antes y dos semanas después de la IRP. En este período se te pedirá completar cuestionarios, realizar un registro diario de tus horas de estudio y se te pedirán dos entrevistas para evaluar posibles cambios. La investigación tiene una duración de dos meses en su totalidad. Para cualquier duda siempre podrás tomar contacto conmigo.

Sobre mí

Como psicóloga tengo 13 años de experiencia en atención a pacientes. Los últimos años me he especializado en el tratamiento de la procrastinación.

Proceso de selección de los participantes

Considerando la época de pandemia, tanto el proceso de selección como la IRP se realizarán por la plataforma Zoom. Para definir si es que la IRP es adecuada para ti se te pedirá primero que pases por un proceso de selección. De no quedar seleccionado en cualquiera de las etapas, se te recomendarán alternativas de tratamiento que se ajusten más a tu necesidad.

El proceso de selección consta de 5 etapas:

Llenado de cuestionarios: Te pediré que llenes una serie de cuestionarios que te llegarán a tu correo.

1. *Entrevista por zoom:* Por último, realizaremos una entrevista de 20 minutos aproximadamente, mediante la plataforma zoom, donde te preguntaré principalmente más información acerca de tu problema de procrastinación.
2. *Comienzo de la investigación.*

Por favor, si deseas participar, completa y reenvíame el cuestionario que te envío adjunto.

Muchas gracias por tu tiempo.

¡Saludos!”



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del proyecto: "Diseño, implementación y evaluación de una Intervención individual basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso para el tratamiento de la procrastinación."

Investigador Responsable: Ps. Sol Casassus Montero

Afiliación del Proyecto: Pontificia Universidad Católica de Chile

Usted ha sido invitado a participar en el estudio "Diseño, implementación y evaluación de una Intervención individual basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso para el tratamiento de la procrastinación." a cargo de la investigadora Sol Casassus Montero, Psicóloga y alumna del Programa de Doctorado en Psicoterapia de la Pontificia Universidad Católica de Chile, quien tuvo la adjudicación de la beca CONICYT. El objeto de esta carta es ayudarlo a tomar la decisión de participar en la presente investigación.

¿Cuál es el propósito de esta investigación?

El objetivo de esta investigación es examinar los efectos de una intervención psicoterapéutica individual basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso para reducir los niveles de procrastinación. La procrastinación es la tendencia a postergar actividades importantes a pesar de ello tener consecuencias indeseadas. La Terapia de Aceptación y compromiso es un enfoque psicoterapéutico que busca que las personas puedan crear una vida rica y significativa, aceptando las dificultades que puedan presentarse.

Usted ha sido invitado a participar en esta investigación porque ha declarado tener dificultades para sacar adelante un proyecto (estudio u otro).

¿En qué consiste su participación?

Constará de cuatro etapas: selección, pre-tratamiento, tratamiento y seguimiento.

1. **Selección:** Se le pedirá evaluar si está de acuerdo con la investigación completando este consentimiento informado. Si está de acuerdo, se le pedirá el llenado de 6 cuestionarios en línea, los cuales le tomarán máximo 30 minutos completar. Luego de esto, la investigadora responsable se comunicará con usted en el plazo de una semana para informarle si podrá participar de la investigación. Si es que es seleccionado, se pasará a la siguiente etapa de pre-tratamiento. Si no es seleccionado, se le recomendará otra alternativa de tratamiento.
2. **Pre-tratamiento:** Consiste en 2 semanas previas al inicio de la intervención, tiene por finalidad identificar el funcionamiento de su procrastinación antes de la intervención. Le pediremos que registre diariamente la cantidad de horas dedicadas a su proyecto ese día (según lo que conversamos telefónicamente, su proyecto es lo que usted definió que quería hacer, por ejemplo dedicar más horas al día para terminar una tesis).

3. **Tratamiento:** El tratamiento tiene duración de 4 semanas, durante las cuales se realizará una sesión semanal de la Intervención para Reducir la Procrastinación (IRP). Cada sesión consistirá en el abordaje de distintos aspectos asociados a la procrastinación desde el enfoque de ACT. Considerando la pandemia que actualmente nos afecta, la IRP se realizará por la plataforma Zoom. En esta etapa se le pedirá lo siguiente:
 - a. Que registre diariamente la cantidad de horas dedicadas a su proyecto ese día.
 - b. Al finalizar el tratamiento se aplicarán los mismos 6 cuestionarios y una entrevista.
4. **Seguimiento:** La tercera fase tiene duración de 2 semanas y se inicia una vez finalizada la última sesión de la IRP. Tiene la finalidad de observar, si es que hubiesen cambios, si estos se mantendrían en una etapa posterior. En esta etapa se le pedirá:
 - a. Que registre diariamente la cantidad de horas dedicadas a su proyecto ese día.
 - b. Al finalizar el seguimiento se aplicarán los cuestionarios y realizará una entrevista.

¿Cuánto durará su participación?

La duración total de su participación en el estudio será entre 2 meses. Este tiempo contempla todas las etapas del estudio

¿Qué riesgos corre al participar?

La participación en este estudio no supone riesgos para su salud física o mental. Todos los procedimientos empleados en este estudio son totalmente seguros. Se han realizado anteriormente tratamientos para ayudar a personas a superar la procrastinación con resultados favorables para los participantes. En el caso de que la intervención no resultara provechosa para usted o presentara síntomas que escapan los alcances de esta intervención, se le recomendarán otras alternativas de tratamiento.

¿Qué beneficios puede tener su participación?

Los beneficios de participar en este estudio son que, de resultar exitosa la intervención, usted mejorará su capacidad de realizar tareas o proyectos que se proponga, lo cual conlleva múltiples beneficios a nivel emocional, entre los cuales cabe mencionar la disminución del estrés y el mejoramiento de la autoestima. Por otra parte, este estudio permitirá entender mejor por qué muchas personas tienden a postergar las cosas que deben hacer y mejorar tratamientos para este problema.





PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Nota: si usted responde que sí, se desplegarán los cuestionarios y se entiende que ha consentido participar en la investigación por lo que se pasará a la etapa de selección.

Sí, acepto participar _____

NO, no acepto participar _____



Anexo 14: aprobación comité de ética



**ACTA DE RESOLUCIÓN
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO CIENCIAS DE LA SALUD UC
Re-acreditado por SEREMI de Salud
Resolución Exenta N°012321 del 07 de junio de 2017**

NUEVO ESTUDIO

Fecha y N° de Sesión: 14 de enero de 2021, Sesión N°02

Investigador(a) Responsable: Sol Margarita Casassus Montero

ID Protocolo: 201209001

Título del Proyecto: Diseño, implementación y evaluación de una Intervención individual basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso para el tratamiento de la procrastinación.

Facultad/Unidad Académica: Facultad de Cs. Sociales, Pontificia Universidad Católica de Chile

Académico Responsable: Felix Bacigalupo Izquierdo

Sitio de realización: Consulta privada

Financiamiento: CONICYT (indicar) Beca de doctorado

Miembros del Comité que participaron en la aprobación del estudio:

Dra. Claudia Uribe Torres, Presidente
Dra. Colomba Cofré Dougnac, Vice-Presidente
Mg. Andrea Villagrán Torres, Secretaria Ejecutiva
Sr. Jorge Muñoz Castillo, Abogado miembro externo
Dr. Gustavo Kaltwasser González, Miembro externo
Srta. Alyssa Garay Navea, Representante de la comunidad
EM. Angelina Dois Castellón, Escuela de Enfermería
Prof. Ivonne Vargas Celis, Centro de Bioética
Dra. Marisa Torres Hidalgo, Departamento de Salud Pública
EU Mónica Cifuentes Soro, Miembro externo
Dra. Katia Abarca Villaseca, Departamento Infectología
EU Rina González Rodríguez, Escuela de Enfermería
Dr. Luis Villarroel Del Pino, Departamento de Salud Pública

Documentos recibidos por el Comité:

- Carta Presentación Investigador Responsable
- Carta Apoyo Jefe de Departamento
- Responsabilidad Investigador

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE



Documentos revisados y aprobados por el Comité:

- Formulario Solicitud Revisión Ética CEC-SaludUC V3 (12-enero 2021)
- Consentimiento informado online 2020 V3 (12 enero 2021)
- Proyecto
- Cuestionarios

Considerando que:

- 1- Los investigadores referidos cuentan con la experiencia necesaria para la conducción y el desarrollo de este tipo de estudio;
- 2- La metodología descrita es apropiada para el cumplimiento de los objetivos del estudio, de acuerdo con los estándares internacionales de rigor científico;
- 3- Durante la conducción del estudio se garantiza un balance riesgo/beneficio favorable para los participantes, por cuanto sólo se realizan procedimientos de bajo riesgo;
- 4- La población por estudiar podría ser considerada vulnerable, si incluye a estudiantes;
- 5- Se ha contemplado el resguardo de la confidencialidad de la información sensible e identificable en la difusión de los resultados, por lo que no introduce un riesgo de menoscabo para la intimidad de los participantes; y
- 6- Los participantes ingresarán voluntariamente luego de ser adecuadamente informados sobre los aspectos esenciales del estudio, sus deberes y derechos, y los plazos estipulados para el cumplimiento de los objetivos de la investigación.

Constatado que el texto del guion de Consentimiento Informado online, contiene:

1. La descripción general de los objetivos de la investigación;
2. El detalle de los procedimientos que involucra la participación en este estudio;
3. Los antecedentes sobre el uso que se dará a la información obtenida a partir de cada procedimiento de la investigación;
4. El compromiso respecto a la utilización actual y futura de la información, la que sólo se realizará dentro de los marcos del presente estudio y para el logro de dichos objetivos;
5. El resguardo de la confidencialidad y el anonimato de la información recogida, según corresponde a cada procedimiento del estudio;
6. El detalle respecto del costo en tiempo que significa la participación en el estudio;
7. La información sobre los beneficios y derechos por la participación en la investigación; y
8. La voluntariedad de la participación y la garantía para cada participante de hacer abandono del estudio, sin repercusión alguna.

Resolución CEC-Salud UC:

Este proyecto cuenta con la opinión favorable del Comité con fecha **14 de enero de 2021**, en la **sesión ordinaria N°02**, la que tiene vigencia de un año.

Para iniciar el proceso de consentimiento y de reclutamiento vía electrónica se debe disponer previamente de la última versión aprobada y timbrada del Guión de Consentimiento Informado e instrumentos. De este modo, el Investigador Responsable velará por la realización de estos procedimientos vía online, utilizando el texto guión de la versión original (timbrada, fechada y firmada por el CEC-Salud UC

La Investigadora Responsable deberá solicitar la renovación anual de la presente aprobación ética con al menos 45 días de anticipación si desea continuar con el estudio. Si no ha recibido la respuesta oficial a su solicitud, la investigadora deberá detener las actividades del proyecto, no podrá enrolar a ningún nuevo participante y no podrá proceder con el análisis de los datos.

En la eventualidad de requerir cualquier modificación al estudio o a los documentos aprobados originalmente, la investigadora deberá notificarlo al Comité por medio de una enmienda (a través de plataforma) para la evaluación y emisión de una nueva acta de resolución ética (**ID: 201209001**)



SRA. ANDREA VILLAGRÁN TORRES
Secretaria Ejecutiva CEC-Salud UC



DRA. CLAUDIA URIBE TORRES
Presidente CEC-Salud UC

EN CASO DE CUALQUIER DUDA SE LE SOLICITA CONTACTARSE CON EL CEC-Salud UC

Se certifica que la información contenida en el presente documento es correcta y que refleja el Acta del Comité Ético Científico de Ciencias de la Salud UC (CEC-Salud UC). Este Comité adhiere a los principios éticos de la Pontificia Universidad Católica de Chile, que considera como eje fundamental el respeto a la dignidad de la persona humana en cualquier condición. Este Comité cumple además con las Guías de buena práctica clínica definidas por la Conferencia Internacional de Armonización (GCP-ICH); y con las leyes chilenas 19.628; 20.120; 20.584 y 20.850 que modifica el Código Sanitario