



Universidad Abierta Interamericana
Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

"Relación entre evitación experiencial y ansiedad en sujetos adultos de 20 a 65 años de la ciudad de Rosario"

Director: Lic. Layácona, Federico

Tesista: Carolina Paula Argento

Título a obtener: Licenciatura en Psicología.

Rosario, Santa Fe.

Noviembre, 2019.

Resumen

El objetivo del presente estudio fue corroborar la correlación, propuesta por la Terapia de Aceptación y Compromiso y reportada por otras investigaciones, entre la evitación experiencial y la ansiedad. Así como también, corroborar una diferencia significativa en los niveles promedio de evitación experiencial, y también de ansiedad, entre un grupo de personas con diagnóstico de trastorno de ansiedad y un grupo sin diagnóstico clínico, lo cual también es reportado por dichas investigaciones. El estudio se llevó a cabo en adultos pertenecientes a un grupo con diagnóstico de ansiedad y otro sin diagnóstico clínico. Se trabajó con una muestra de 40 personas adultas de 20 a 65 años de la ciudad de Rosario, Santa Fe, seleccionada de manera no probabilística. Dicha muestra consistió en 20 personas diagnosticadas por trastorno de ansiedad (grupo clínico), y 20 personas que no poseían diagnóstico clínico (grupo no clínico). Se midió el nivel de ansiedad y evitación experiencial de cada participante a través de adaptaciones al español del Inventario de Ansiedad de Beck y del Cuestionario de Aceptación y Acción – II respectivamente. A partir del nivel individual de ambas variables, se calcularon los niveles promedio de ambos grupos. El nivel promedio de evitación experiencial resultó ser significativamente mayor en el grupo clínico, así como también el nivel promedio de ansiedad. Se realizó también el cálculo del coeficiente de correlación de Pearson, resultando en un valor de 0.77, mostrando una correlación moderadamente alta y positiva entre las variables bajo estudio.

Palabras clave: evitación experiencial, ansiedad, correlación, Pearson.

Agradecimientos

A mis papás Adolfo y Marcela por el apoyo incondicional, y a mi compañero de vida Rosendo por su comprensión y paciencia a lo largo de esta aventura.

También le agradezco a mi director de tesis Federico Layácona por haberme despertado la inquietud por esta temática, y a Raúl Gómez Alonso y Sebastián Gabini por su tiempo y consejos durante el proceso de realización de este trabajo.

Índice

Resumen	I
Agradecimientos	II
1. Introducción	1
2. Estado del Arte	3
2.1. Evitación experiencial y ansiedad en estudiantes de una universidad privada de lima metropolitana.	3
2.2. Psicopatología y evitación experiencial: AAQ-MEX, comparación de tres pequeñas muestras.	4
2.3. La evitación experiencial como dimensión funcional de los trastornos de depresión, ansiedad y psicóticos.	5
2.4. Predicting anxiety: The role of experiential avoidance and anxiety sensitivity.....	6
2.5. Safety behaviors, experiential avoidance, and anxiety: A path analysis approach.	7
2.6. Examining the role of cognitive fusion and experiential avoidance in predicting anxiety and depression.....	8
2.7. Evitación cognitivo-conductual, aceptación psicológica y mindfulness en la psicopatología de la ansiedad y la depresión.....	9
3. Objetivos del trabajo.....	11
3.1. Planteamiento del problema	11
3.2. Objetivo general.....	11
3.3. Objetivos específicos.....	11
4. Marco teórico.....	12
4.1. Capítulo 1: El abordaje teórico-clínico de la evitación experiencial y del trastorno de ansiedad.....	12
4.1.1. Las terapias de tercera generación.....	13
4.1.2. Condiciones antecedentes al surgimiento de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).....	13
4.1.3. Teoría de los Marcos Relacionales.....	14
4.1.4. Contextualismo funcional.	15
4.2. Capítulo 2: Evitación Experiencial y Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).	16
4.2.1. La flexibilidad psicológica.....	16
4.2.2. La inflexibilidad psicológica.....	17
4.2.3. La evitación experiencial.....	18
4.2.3.1. Contextos verbales de la evitación experiencial.....	19
4.2.3.2. La Aceptación.....	19
4.2.3 Procesos “psicopatológicos” y “terapéuticos”.....	20

4.2.3.1. Fusión y defusión cognitiva.....	20
4.2.3.3. Pérdida de contacto flexible con el presente y la alternativa al contacto.....	20
4.2.3.4. El apego al yo conceptualizado y el yo como contexto	21
4.2.3.5. La falta de claridad con los valores y la alternativa de su clarificación.	21
4.2.3.6. La inacción y la alternativa del compromiso de actuar.	22
4.3. Capítulo 3: Ansiedad	23
4.3.1. Ansiedad Normal y Patológica.	23
4.3.2. Causas de los trastornos de ansiedad.....	24
4.3.3. Trastornos de ansiedad y evitación experiencial.....	24
4.3.3.1. Agorafobia.....	25
4.3.3.2 Fobia específica.....	25
4.3.3.3. Trastorno obsesivo-compulsivo.....	26
4.3.3.4. Trastorno por estrés postraumático.....	27
4.3.3.5. Trastorno de ansiedad generalizada.....	28
4.3.3.6. Trastorno por estrés agudo.	29
5. Marco metodológico.....	30
5.1. Área de estudio	30
5.2. Tipo de estudio	30
5.3. Muestra y población	30
5.4. Definición conceptual y operacional de las variables.....	31
5.5. Instrumentos y Procedimiento.	32
5.5.1. Cuestionario de Acción y Aceptación – II (AAQ-II).	32
5.5.2. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).....	33
5.6. Consideraciones éticas.....	33
6. Resultados.....	34
6.1 Comparación de evitación experiencial y ansiedad promedio entre grupo clínico y no clínico.	35
6.2 Correlación entre evitación experiencial y ansiedad.....	37
7. Conclusiones	41
8. Bibliografía	43
Anexo A: Carta de consentimiento informado.	i
Anexo B: Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II).	ii
Anexo C: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).	iii

1. Introducción

Los trastornos de ansiedad son uno de los problemas que con más frecuencia se presentan en la práctica psiquiátrica. En Argentina, los trastornos de ansiedad son el tipo de trastorno más prevalente (16.4%) (Cía, 2018). Esto además de significar un alto costo en salud pública, subrendimiento académico y laboral, son capaces de generar un alto nivel de sufrimiento personal, problemas en el funcionamiento familiar, en la pareja y en las relaciones interpersonales. Librados a su evolución, sin tratamiento, los trastornos de ansiedad se convierten en condiciones crónicas y pueden empeorar complicándose con depresión y enfermedades médicas.

El conjunto de experiencias que son resumidas con el término ansiedad hacen referencias a diferentes vivencias percibidas negativamente que de manera legítima la persona trata de no sentir. Resulta lógico esforzarse para que estas vivencias no placenteras desaparezcan o disminuyan. Cuando se juzga ciertos estados emocionales como malos, muchas veces las acciones dirigidas a evitarlos pueden llegar a tener resultados contraproducentes. Estas estrategias se vuelven infructíferas e incluso pueden causar mayor malestar cuando la vida se reduce a intentar no experimentar tales vivencias. En los últimos años han cobrado notoriedad las llamadas terapias de tercera generación (o de tercera ola), entre las que destaca la terapia de aceptación y compromiso (*Acceptance and Commitment Therapy*, ACT).

Uno de los supuestos de esta terapia es que el dolor es parte indelible de la vida, y que los esfuerzos continuos por evitarlo llevan al resultado paradójico de extenderlo, fenómeno que se conoce como evitación experiencial o vivencial (Hayes, Strosahl & Wilson, 2014).

(Hayes, 1996) define a la evitación experiencial como:

“un fenómeno que ocurre cuando una persona no está dispuesta a ponerse en contacto con experiencias privadas particulares (v.g: sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos, predisposiciones conductuales) e intenta alterar la forma o la frecuencia de esos eventos y el contexto que los ocasiona” (p. 1156).

La Evitación Experiencial es planteada como una dimensión funcional que podría integrar una variedad de diagnósticos del sistema DSM (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) por ejemplo, todos los desórdenes de ansiedad (desórdenes obsesivo-

compulsivos, la agorafobia con ataques de pánico, el estrés post-traumático), el abuso de sustancias o incluso, los desórdenes de personalidad límite, y que podrían ser clasificados como Desórdenes de Evitación Experiencial (Friman, Hayes & Wilson, 1998; Hayes, Wilson, 1996). De esta manera, la evitación experiencial es un proceso patológico que se ofrece como una alternativa funcional a los sistemas tradicionales de clasificación basados en la topografía. En la actualidad, existen diversos estudios que aportan evidencia para pensar que el TEE forma parte de diversos desórdenes psicológicos, entre ellos los trastornos de ansiedad (Quiroga, 2001). Dichos estudios proponen una correlación entre las variables de ansiedad y evitación experiencial, y reportan una diferencia significativa entre los niveles promedios de evitación experiencial de un grupo de personas con diagnóstico de trastorno de ansiedad y un grupo sin diagnóstico clínico. Siguiendo esta línea, el presente estudio tuvo como objetivo corroborar dicha correlación entre las variables, así como también la diferencia significativa de los niveles de evitación experiencial entre un grupo clínico y un grupo no clínico. Como parte de este último objetivo, se comparan también los niveles de ansiedad entre ambos grupos, con la finalidad de determinar si existe una diferencia significativa entre los niveles de ansiedad de ambos grupos. De esta manera, se espera que el presente estudio aporte evidencia empírica a la relación entre las variables de ansiedad y evitación experiencial, para una mayor dilucidación de los aspectos relacionados a la ansiedad que puedan permitir formas más eficaces de hacer frente a estas experiencias, fomentando la investigación y desarrollo de intervenciones que aborden el tratamiento del Trastorno de evitación experiencial como terapia alternativa o complementaria a los trastornos de ansiedad.

2. Estado del Arte

A continuación, se realiza un breve recorrido sobre diferentes investigaciones realizadas las cuales abordan cuestiones en torno al problema que se desarrolló en este estudio.

2.1. Evitación experiencial y ansiedad en estudiantes de una universidad privada de lima metropolitana.

La investigación realizada por Lando Guillén Chávez en el año 2018, “*Evitación experiencial y ansiedad en estudiantes de una universidad privada de lima metropolitana*”, tuvo como objetivo determinar la relación entre la evitación experiencial y la ansiedad en estudiantes universitarios de una universidad privada de Lima Metropolitana. El autor además realizó comparaciones en las variables estudiadas de acuerdo al sexo. La muestra estuvo conformada por 183 participantes, de los cuales 133 eran mujeres y 50 hombres de edades entre 18 y 36 años. Para la medición de la evitación experiencial utilizó la versión mexicana del *Acceptance and Action Questionnaire* (AAQ-II), adaptado para dicha investigación, y para la evaluación de la ansiedad utilizó el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA). Los resultados mostraron una correlación positiva y significativa entre la evitación experiencial y la ansiedad, así como con sus componentes (cognitivo, motor y fisiológico). El componente cognitivo obtuvo un mayor grado de correlación con la evitación experiencial. Asimismo, sólo se encontraron diferencias significativas en el componente fisiológico de la ansiedad cuando se considera el sexo.

El autor propone para los estudios próximos la utilización de un diseño longitudinal para observar si las medidas de las variables varían a través del tiempo, puesto que el diseño transversal utilizado sólo permite medir las variables en un determinado momento.

2.2. Psicopatología y evitación experiencial: AAQ-MEX, comparación de tres pequeñas muestras.

La investigación realizada por Jaime Ernesto Vargas Mendoza y Jorge Everardo Aguilar Morales, en el año 2006 titulada “*Psicopatología y evitación experiencial: AAQ-MEX, comparación de tres pequeñas muestras*”, tuvo como objetivo medir los niveles de evitación experiencial en tres pequeñas muestras de cinco sujetos cada una. El primer grupo (Psicóticos) estaba constituido por pacientes psiquiátricos que recibían atención en el servicio de esa especialidad en el Hospital General de Zona Núm. 1 (HGZ1), perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social en la ciudad de Oaxaca (México); el segundo grupo (Neuróticos) lo conformaban cinco pacientes atendidos por el servicio de Psicología Médica del HGZ1 debido a sus trastornos de ansiedad; y por último el grupo no clínico, el cual estaba constituido por cinco familiares de pacientes que acudían a tratamiento de especialidades en el HGZ1, los que se reportaban como sanos y no tenían antecedentes de diagnóstico o tratamiento en el área de la salud mental. Como resultado, dicho estudio obtuvo los siguientes niveles promedios de evitación experiencial para cada grupo: no clínicos, 28; neuróticos, 39.8, y psicóticos, 45. Puede, en consecuencia, notarse que los niveles de EE fueron menores en los sujetos no clínicos, en comparación con los pacientes de los servicios de Salud Mental. También hubo un nivel menor de EE en los pacientes neuróticos, en comparación con los psicóticos. No obstante, estas diferencias no resultaron significativas al evaluarse mediante la prueba de Kruskal-Wallis.

2.3. La evitación experiencial como dimensión funcional de los trastornos de depresión, ansiedad y psicóticos.

La siguiente investigación fue realizada por Felipe de Jesús Patrón-Espinosa en el año 2013, cuyo título fue “*La evitación experiencial como dimensión funcional de los trastornos de depresión, ansiedad y psicóticos*”, la misma contó con el propósito de identificar diferencias en los niveles de Evitación Experiencial entre personas con un diagnóstico psiquiátrico (trastorno de ansiedad, depresión y psicótico) y población abierta de la ciudad de Mérida Yucatán. Se aplicó el AAQ-II adaptado para población yucateca a 108 participantes. La muestra se dividió en cuatro grupos de 27 integrantes dependiendo del diagnóstico: (1) ansiedad, (2) depresión, (3) psicótico y (4) no clínico.

En primer lugar, el autor encontró que los grupos con algún diagnóstico psiquiátrico contaron con niveles mayores de EE en comparación con el grupo no clínico. Por otra parte, los grupos con diagnóstico de trastorno depresivo y trastorno de ansiedad obtuvieron puntajes similares, y a diferencia de los resultados obtenidos por Vargas y Aguilar (2006), el grupo con diagnóstico psicótico contó con un nivel de evitación experiencial menor en comparación a estos últimos dos.

Las posibles investigaciones que el autor propone a futuro están dirigidas a explorar cuál es el papel que cumple la Evitación Experiencial en los trastornos psicóticos.

2.4. Predicting anxiety: The role of experiential avoidance and anxiety sensitivity.

La investigación realizada por Berman, Wheaton, McGrath, Abramowitz en el año 2010, titulada “Predicting anxiety: The role of experiential avoidance and anxiety sensitivity”, tuvo como objetivo examinar las contribuciones independientes de evitación experiencial (EE) y la sensibilidad a la ansiedad (SA) en la predicción de los síntomas de ansiedad en una muestra de 42 adultos con trastornos de ansiedad. Los participantes completaron medidas de SA, EE, ansiedad y depresión. Para evaluar la EE se aplicó la versión del AAQ-II de 10 ítems. Para medir la ansiedad se utilizó el inventario de ansiedad de Beck (BAI; Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988). También se utilizó el ASI-3 (Taylor, 2007) para medir el índice de sensibilidad a la ansiedad. Es una versión de 18 elementos del ASI original (Reiss, Peterson, Gursky, & McNally, 1986) que mide las creencias acerca de las temidas consecuencias de los síntomas asociados con la excitación ansiosa.

Para medir la depresión se utilizó el Inventario de depresión de Beck (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996). El BDI-II es una escala de autoinforme de 21 ítems que evalúa la severidad de componentes afectivos, cognitivos, motivacionales, vegetativos y psicomotores de la depresión.

Respecto a los resultados, los análisis correlacionales indicaron asociaciones entre SA, EE y ansiedad, pero los análisis de regresión más conservadores indicaron que la dimensión de Preocupaciones Físicas de la SA predijo la gravedad de los síntomas de ansiedad independientemente de la EE.

Los autores proponen que las investigaciones futuras deben examinar la predicción de signos y síntomas más específicos de trastornos de ansiedad (es decir, preocupación, ataques de pánico, rituales compulsivos) para investigar más a fondo la contribución relativa de la EE y las creencias disfuncionales. Además, dado que las creencias disfuncionales, la EE y los síntomas de ansiedad se encuentran en un continuo en la población general, los estudios tanto de poblaciones clínicas como no clínicas pueden ser útiles para comprender mejor las relaciones entre estas construcciones.

2.5. Safety behaviors, experiential avoidance, and anxiety: A path analysis approach.

La investigación realizada por Kirk, Meyer, Whisman, Deacon, Arch en el año 2019, Titulada: “*Safety behaviors, experiential avoidance, and anxiety: A path analysis approach*”, tuvo como objetivo evaluar la ansiedad social y los síntomas de pánico, evitación experiencial, uso de conductas de seguridad preventivas y restaurativas, y calidad de vida para determinar las contribuciones directas e indirectas de la evitación contextual y basada en rasgos para predecir resultados clínicamente relevantes a través de un análisis de trayectoria (*Path Analysis*).

La muestra consistió en 254 adultos estadounidenses con ansiedad social elevada o síntomas de pánico, quienes fueron reclutados en línea.

Las medidas que se utilizaron fueron:

- La subescala de Preocupaciones Físicas ASI-3 (Taylor, 2007), la cual se administró a todos los participantes para evaluar el miedo a la excitación fisiológica ansiosa
- La BFNE-S (Rodebaugh, 2004), que se administró a todos los participantes para evaluar el miedo a una evaluación negativa asociada con contextos sociales
- El PDSS (Houck, Spiegel, Shear y Rucci, 2002) como una medida para evaluar la gravedad de los síntomas del trastorno de pánico
- La SBS (Meyer, 2018), que es una medida diseñada para evaluar la utilización del comportamiento de seguridad en los trastornos de ansiedad, junto con actitudes positivas hacia el uso y la función de los comportamientos de seguridad
- El BEAQ (Gámez, 2014) el cual es una medida transdiagnóstica bien validada y multidimensional de evitación experiencial en 6 dimensiones: Evitación conductual, Aversión a la angustia, Dilaciones, Supresión, Represión / Negación y Resistencia a la angustia.

Los resultados del análisis de la trayectoria mostraron que, en todos los grupos, la relación entre los síntomas y la calidad de vida se tuvo en cuenta indirectamente mediante el uso de conductas de seguridad preventivas. Además, para los participantes con síntomas de pánico (pero no para aquellos con síntomas de ansiedad social), la evitación experiencial predijo la calidad de vida incluso después de considerar el uso de comportamientos preventivos de seguridad. Los resultados de este estudio indicaron que la evitación contextual y basada en rasgos contribuye significativamente a los resultados clínicamente relevantes.

2.6. Examining the role of cognitive fusion and experiential avoidance in predicting anxiety and depression

La investigación realizada por Cookson, Luzon, Newland, Kingston en el año 2019, cuyo título fue: “Examining the role of cognitive fusion and experiential avoidance in predicting anxiety and depression”, tuvo como objetivo investigar si la preocupación, la rumia y los eventos estresantes de la vida, por una parte, y la ansiedad y la depresión, por otra parte, estaban mediadas por la fusión cognitiva y la evitación experiencial (asociación serial bidireccional). Se realizó un diseño de cuestionario de forma transversal en una muestra clínica (estudio 1; N = 57) y de forma transversal y longitudinal en una muestra de estudiantes no clínicos (estudio 2; N = 106 y N = 97 respectivamente). En relación a los resultados, en la muestra clínica, la relación bidireccional entre la evitación experiencial y la fusión cognitiva representó una proporción significativa de la asociación entre la rumia y la depresión, y los eventos vitales estresantes, la ansiedad y la depresión. La asociación entre la preocupación y la ansiedad estuvo mediada por la fusión cognitiva →evitación experiencial solamente. En la muestra no clínica, tanto en el análisis transversal como en el longitudinal, la fusión cognitiva medió de forma independiente la asociación entre los factores predictivos y los resultados, así como la vía de evitación experiencial →fusión cognitiva.

La asociación bidireccional entre la fusión cognitiva y la evitación experiencial fue la que más predijo la angustia en la muestra clínica. En la muestra no clínica, la fusión cognitiva y la vía de evitación experiencial → fusión cognitiva demostraron un valor más explicativo. Dada la naturaleza transversal de la mayoría de los datos, los hallazgos proporcionan apoyo teórico (en lugar de empírico) para los modelos probados.

2.7. Evitación cognitivo-conductual, aceptación psicológica y mindfulness en la psicopatología de la ansiedad y la depresión.

La investigación realizada por Santiago Barajas Martínez en el año 2013, Titulada “Evitación cognitivo-conductual, aceptación psicológica y mindfulness en la psicopatología de la ansiedad y la depresión”, tuvo como objetivo comprobar si existen relaciones entre evitación cognitivo-conductual, aceptación psicológica y mindfulness, y la psicopatología de la ansiedad y la depresión.

El estudio se ha llevado a cabo con una muestra clínica de pacientes con trastornos de ansiedad, trastornos depresivos y trastorno límite de la personalidad (N=100); una muestra control formada por participantes procedentes de la población general sin trastornos mentales (N=100); y una muestra de estudiantes universitarios (N=54).

Para la evaluación de las variables se han utilizado los siguientes instrumentos:

- MAAS (Mindful Attention Awareness Scale; Brown y Ryan, 2003),
- CBAS (Cognitive-Behavioral Avoidance Scale; Ottenbreit y Dobson, 2004)
- AAQ-II (Acceptance and Action Questionnaire-II; Bond, 2011)
- BDI-II (Beck Depression Inventory-II; Beck, Steer y Brown, 1996)
- BAI (Beck Anxiety Inventory; Beck y Steer, 1993).

Dicha investigación obtuvo diversos resultados, de los cuales destaco los más pertinentes en relación a la presente investigación.

Respecto a la evitación experiencial y la tarea experimental de evitación mostraron una asociación significativa tanto con la ansiedad como con la depresión, en el grupo clínico y en el grupo control. Dichos grupos también se diferenciaron significativamente en cuanto a la evitación experiencial y al nivel de evitación exhibido en la tarea, siendo ambos más elevados en el grupo clínico.

En este trabajo se diseñó una tarea experimental de evitación, basada en la presentación de estímulos visuales del IAPS (International Affective Picture System; Lang, Bradley y Cuthbert, 2005), el cual se llevó a cabo en sujetos clínicos (con psicopatología de ansiedad y depresión) y sujetos no clínicos. El IAPS es un conjunto estandarizado de fotografías fiable y válido para el estudio experimental de las emociones, construido a partir de la aproximación dimensional de las emociones propuesta por Peter J. Lang. Este autor y su equipo plantearon la existencia de dos dimensiones bipolares en la estructura afectiva: la valencia afectiva (que se mueve en el rango agradable-desagradable) y el arousal o activación fisiológica (cuyo rango iría de la excitación a la calma)

Para dicho trabajo se seleccionaron sesenta fotografías de las más de 800 del IAPS validadas en población española por Moltó et al. (1999) y Vila et al. (2001). Veinte de ellas tenían una valencia afectiva agradable, veinte una valencia afectiva desagradable y otras veinte neutra. En las tres dimensiones el valor de las fotografías oscila en un rango de 1 a 9, donde valores bajos indicarían baja valencia afectiva (desagradables), baja activación (elicitada) y baja dominancia (bajo control).

Dicho estudio experimental tuvo como resultado que personas con psicopatología de ansiedad y depresión mostraban más evitación de estímulos visuales de valencia afectiva negativa que la población general. Esta diferencia no ocurre ante estímulos de valencia afectiva neutra o agradable. Además, en los sujetos clínicos el grado de evitación es mayor cuanto mayor es su sintomatología psicopatológica. El autor considera que este resultado empírico apoya los postulados teóricos de la Terapia de Aceptación y Compromiso y de la Activación Conductual, las cuales enfatizan el papel de la evitación en la psicopatología.

La evitación cognitivo-conductual está asociada a la evitación experiencial, concepto opuesto al de aceptación psicológica. Por lo que se sugiere que las aproximaciones teóricas que las han venido desarrollando por separado deberían converger en su estudio, ya que parecen resultar distintas dimensiones de un mismo problema o constructos relacionados.

3. Objetivos del trabajo

3.1. Planteamiento del problema

¿Qué correlación existe entre la evitación experiencial y la ansiedad, y qué diferencias se encuentran entre un grupo clínico y no clínico respecto a sus niveles de evitación experiencial y ansiedad?

3.2. Objetivo general

Determinar la correlación entre ansiedad y evitación experiencial, y comparar los niveles de ambas variables entre un grupo con diagnóstico de ansiedad y uno sin diagnóstico clínico.

3.3. Objetivos específicos

- Determinar los niveles de ansiedad y evitación experiencial presentes en personas con y sin diagnóstico de trastorno de ansiedad.
- Comparar los niveles de ansiedad entre el grupo clínico y el grupo no clínico.
- Comparar los niveles de evitación experiencial entre grupo clínico y no clínico.
- Establecer la correlación entre evitación experiencial y ansiedad.

4. Marco teórico

4.1. Capítulo 1: El abordaje teórico-clínico de la evitación experiencial y del trastorno de ansiedad.

La evitación experiencial ha sido reconocida en la mayoría de los sistemas de terapia, existe una convergencia de puntos de vista sobre la evitación experiencial, Foa, Steketee y Young (1984) han señalado que "el fenómeno general de la evitación emocional es un hecho común, los eventos desagradables se ignoran, se distorsionan o se olvidan" (p. 34). Freud reconoció la importancia de evitar las experiencias privadas y definió el propósito mismo del psicoanálisis como el levantamiento de las represiones y la toma de material inconsciente que ha sido demasiado doloroso o amenazante para mantenerse consciente (Freud, 1920/1966).

De manera similar, sostienen los terapeutas Gestálticos, que lo central de muchos problemas psicológicos es evitar los sentimientos dolorosos o el miedo a las emociones no deseadas (Perls, Hefferline & Goodman, 1951).

Otras teorías de la tradición Gestalt sugieren que "la disfunción se produce cuando se interrumpen las emociones antes de que puedan entrar en la conciencia o llegar muy lejos en la organización de la acción" (Greenberg & Safran, 1989, p. 20).

Los psicólogos existenciales están de acuerdo con la centralidad de la evitación experiencial, aunque se centran particularmente en evitar el miedo a la muerte para hacer frente a estos miedos.

La terapia conductual y cognitiva generalmente se han enfocado en cambiar experiencias privadas. Esencialmente, las mejores formas de evitación experiencial se entrenaron sistemáticamente como modos de intervención. Sin embargo, incluso dentro de estos dominios, la evitación experiencial y otras formas de evitación experiencial han sido reconocidas como un problema, y tal reconocimiento parece estar aumentando. En las terapias cognitivas tradicionales, la evitación experiencial no se analiza a fondo y, en la medida en que existe una teoría asociada de la psicopatología, la evitación experiencial no juega un papel central. Sin embargo, reconocer y tratar la evitación experiencial ha sido un tema central de las terapias conductuales modernas como la terapia de aceptación y compromiso (Hayes, 1987; Hayes, Hayes & Wilson, 1994; Strosahl, 1991).

La terapia de aceptación y compromiso (ACT) forma parte de las llamadas terapias de tercera generación o contextuales (Hayes, 2004), y se dentro de éstas, la ACT se considera la aportación más completa (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Muchos de los problemas

tradicionales clasificados en diferentes trastornos psicopatológicos, entre ellos los trastornos de ansiedad, son integrados por la ACT en un cuadro denominado trastorno de evitación experiencial, puesto que la mayoría de los síntomas que se dan en esas patologías pueden entenderse, desde un punto de vista funcional, como una complicación derivada del deseo consciente de no entrar en contacto con unas experiencias privadas dolorosas.

4.1.1. Las terapias de tercera generación.

En las últimas décadas han surgido nuevos modelos de psicoterapias, llamadas de tercera generación o contextuales (Hayes, 2004), cuya característica principal es que conforman un retorno a las raíces contextuales del conductismo radical de Skinner (Pérez, 2007). Dentro de esta generación de terapias, la que se considera la aportación más completa es la denominada terapia de aceptación y compromiso (ACT) (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999).

El término «terapias de tercera generación» ha sido definido por Steven Hayes del siguiente modo:

“Las terapias de tercera generación están fundamentadas en una aproximación empírica y enfocada en los principios del aprendizaje, la tercera generación de terapias cognitivas y conductuales es particularmente sensible al contexto y a las funciones de los fenómenos psicológicos, y no solo a la forma, enfatizando el uso de estrategias de cambio basadas en la experiencia y en el contexto además de otras más directas y didácticas. Estos tratamientos tienden a buscar la construcción de repertorios amplios, flexibles y efectivos en lugar de tender a la eliminación de los problemas...”.

4.1.2. Condiciones antecedentes al surgimiento de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).

La ACT se considera como la evolución de un proceso que se origina a finales de los años 1970 con el intento de extender los postulados de Burrhus Frederic Skinner a fenómenos complejos de la clínica. Zettle describe este proceso en tres etapas, la primera, a finales de los años 1970 y principios de 1980, caracterizada por el intento de transferir los principios básicos del análisis de la conducta verbal y de la conducta gobernada por reglas, al contexto clínico. Durante ese período se desarrolla un plan de intervención, precursor de ACT,

llamado “distanciamiento comprensivo”, respecto a los propios pensamientos y emociones.

En la segunda etapa, a mediados de los 80, denominada período transicional, se desarrolló “La teoría de los marcos relacionales” (TMR) que culminó con la aparición del primer libro sobre el tema “Teoría del marco relacional: un relato post-skinneriano del lenguaje humano y cognición” (Hayes, Barnes-holmes, Roche, 2001) considerado un postulado post-skinneriano acerca del lenguaje, la conducta gobernada por reglas y el control verbal.

En la última fase, ACT se muestra como una aproximación contextualista-funcional, apoyada en investigación básica (TMR), del que emerge una teoría que permite entender los problemas humanos e intervenir sobre ellos (Zettle RD).

4.1.3. Teoría de los Marcos Relacionales.

La Teoría de los Marcos Relacionales de Steven Hayes explica las diferentes asociaciones entre lenguaje y realidad, afectando a procesos tanto comunicacionales como cognitivos. Es una teoría que explora e intenta explicar el lenguaje, la cognición y la relación entre ambos.

Esta teoría, basada en el conductismo, parte de una concepción derivada del condicionamiento operante y del análisis conductual, con el reto de intentar explicar la complejidad del lenguaje y el pensamiento como resultado de la asociación entre nuestras conductas y las consecuencias de éstas. Al contrario que el conductismo clásico y las primeras versiones del operante, en esta teoría se parte de la idea de que toda palabra, adquisición de significado, pensamiento o proceso cognitivo es considerado un acto o conducta adquirido mediante aprendizaje a lo largo de nuestra vida.

Esta teoría da cuenta de una concepción funcional contextual del lenguaje y la cognición que se centra en la habilidad humana para establecer relaciones arbitrarias entre eventos y a derivar funciones nuevas no entrenadas. Esencialmente la teoría de los marcos relacionales da cuenta de cómo los humanos, a través del lenguaje, responden a los estímulos en términos de otros; este aprendizaje relacional, permite responder a un estímulo sobre la base de las relaciones que se hayan conformado en la historia personal entre dicho estímulo y otros.

El marco relacional surge de una red de relaciones establecidas y reforzadas a partir de claves contextuales. Estas relaciones son arbitrarias, no dependiendo siempre del estímulo

en sí y sus características sino de las relaciones que hayamos realizado entre éste y otros estímulos.

El marco relacional es generado mediante el procesamiento de la información proveniente del medio y el contexto social. Aprendemos las diferentes claves que nos permiten establecer estas relaciones de manera que captamos si estamos ante estímulos semejantes, diferentes o comparables.

4.1.4. Contextualismo funcional.

La base filosófica de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), es una interpretación del conductismo radical de Skinner denominado “Contextualismo funcional”; una filosofía de la ciencia desarrollada a partir de los trabajos del filósofo norteamericano Stephen Pepper con adaptaciones de Hayes.

Stephen Pepper publica, en el año 1942, el libro “Hipótesis del mundo”, donde desarrolla su visión filosófica, sugirió que todos los sistemas de pensamiento pueden agruparse en unas pocas perspectivas, a estas perspectivas la llamó hipótesis del mundo. Diferencia cuatro formas de ver el mundo: mecanisista, formista, organicista y contextualista.

Cada hipótesis está compuesta por dos elementos: una metáfora raíz y un criterio de verdad que se desprende de aquella. La metáfora raíz del contextualismo funcional (CF) es el “acto en contexto” y conceptualiza los eventos psicológicos como un conjunto de interacciones entre el organismo como un todo y el contexto histórico y situacional del sujeto. Un acto aislado de su contexto histórico y situacional pierde la naturaleza para su conocimiento y modificación.

Los componentes esenciales del contextualismo funcional son: focalizar el evento como un todo, ser sensible al rol del contexto en el entendimiento de la naturaleza y la función de un evento, enfatizar en un criterio de verdad pragmática, y establecer objetivos específicos sobre los cuales aplicar el criterio de verdad. El criterio de verdad en el Contextualismo Funcional es aquello que funciona exitosamente. Habiendo establecido un objetivo analítico, lo verdadero será aquello que funcione para cumplir con dicho objetivo.

4.2. Capítulo 2: Evitación Experiencial y Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).

La evitación experiencial es uno de los seis procesos que comprenden el constructo de inflexibilidad psicológica, y junto a su contraparte, la flexibilidad psicológica, es objeto de estudio central de la ACT.

4.2.1. La flexibilidad psicológica

La flexibilidad psicológica se refiere a la aceptación de experiencias internas aversivas (pensamientos difíciles, sentimientos y recuerdos) y una respuesta de comportamiento flexible a pesar de estas experiencias aversivas. Más específicamente, la flexibilidad psicológica se define como un amplio conjunto de habilidades que incluyen la capacidad de: “reconocer y adaptarse a diversas demandas situacionales; cambiar la mentalidad o los repertorios de comportamiento cuando estas estrategias comprometen el funcionamiento personal o social; mantener el equilibrio entre los dominios importantes de la vida; y ser conscientes, abiertos y comprometidos con comportamientos que sean congruentes con valores profundamente arraigados (Kashdan & Rottenberg, 2010, p. 1).

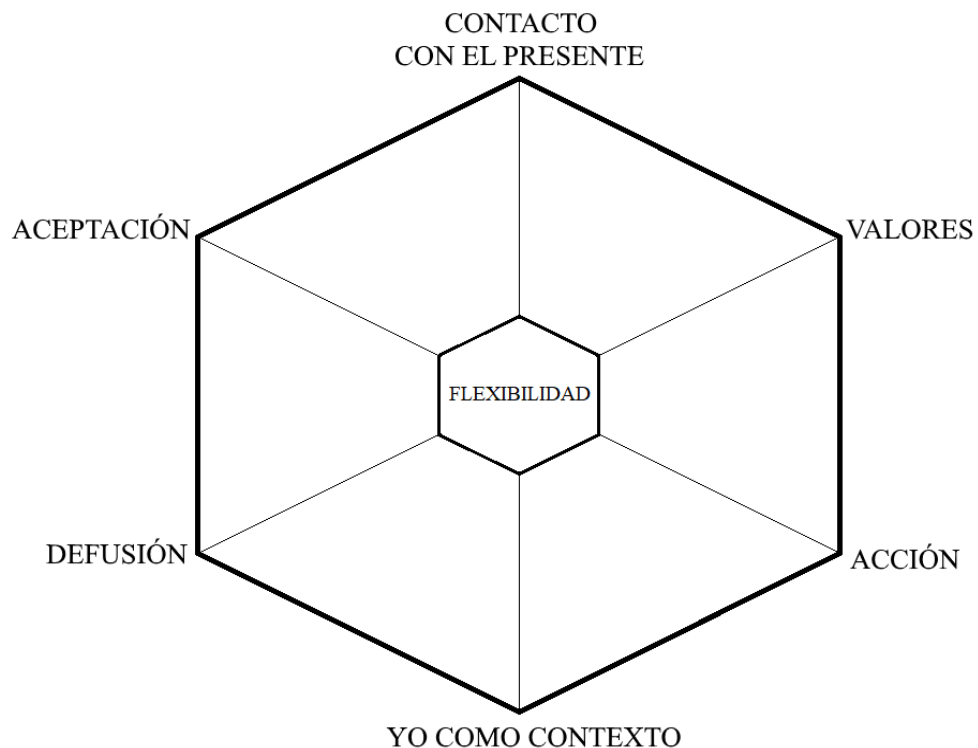


Figura 1 - Modelo hexaflex representando los seis procesos que contribuyen a la flexibilidad psicológica.

Los seis procesos que comprende la flexibilidad psicológica son: defusión, aceptación, atención flexible al momento presente, el yo como contexto, valores y compromiso de acción. En el modelo hexagonal de la figura [1], se representan los seis procesos que contribuyen a la flexibilidad psicológica. La forma del modelo y su enfoque en la flexibilidad han dado lugar a la etiqueta de “hexaflex”. Esos seis procesos centrales son los responsables de la organización de la flexibilidad psicológica y que, en ausencia de uno o más de ellos, se corre riesgo de rigidez o inflexibilidad psicológica.

4.2.2. La inflexibilidad psicológica

La inflexibilidad psicológica implica el rígido dominio de reacciones psicológicas, sobre valores escogidos y contingencias, como guías de acción. Esto frecuentemente ocurre cuando las personas se fusionan con pensamientos evaluativos y auto-descriptivos e intentan evitar experimentar eventos internos indeseables, lo que irónicamente magnifica su malestar, reduciendo su contacto con el momento presente y disminuyendo la probabilidad de actuar basándose en sus valores. En el modelo hexagonal de la figura [2] se representan los seis procesos que contribuyen a la inflexibilidad psicológica: fusión cognitiva, evitación experiencial, pérdida de contacto flexible con el presente, apego al yo conceptualizado, falta de claridad con los valores e inacción o impulsividad.



Figura 2 - Modelo hexaflex representando los seis procesos que contribuyen a la inflexibilidad psicológica.

4.2.3. La evitación experiencial

La Evitación Experiencial (EE) es un fenómeno que ocurre cuando una persona no está dispuesta a ponerse en contacto con experiencias privadas particulares (sensaciones, emociones, pensamientos, recuerdos) e intenta cambiar la forma o la frecuencia de esos eventos y el contexto o condiciones que las generan.

Aunque este patrón comportamental pueda resultar aparentemente efectivo a corto plazo (por cuanto consigue reducir o eliminar temporalmente el malestar y, por tanto, da la razón o potencia la estrategia perseguida), si se convierte en crónico llega a producir una limitación en la vida personal (Hayes 1996; Luciano & Hayes, 2001).

El problema genérico es que se genera como "valor" prioritario, la necesidad de eliminar signos de malestar, de sentirse bien de inmediato, como un paso previo para embarcarse en acciones valiosas. Con todos los sentidos puestos en eliminar o evitar el malestar inmediato, la persona queda fusionada con sus productos cognoscitivos. Lo paradójico es que, por la propia historia socio-verbal, la persona está convencida de la coherencia de sus acciones con lo que busca y cree que está haciendo justamente lo correcto para poder vivir. Es pues un patrón rígido y generalizado de seguimiento de reglas de evitación, controlado, por una disminución inmediata y tramposa del malestar (Luciano & Hayes, 2001).

La evitación experiencial es una clase funcional limitante, es decir, se trata de un conjunto de respuestas que difieren topográficamente pero que comparten la misma función: evitar experiencias privadas aversivas. Una persona puede haber aprendido a evitar llorando, comportándose agresivamente, reflexionando, culpándose a sí mismo, bebiendo o mutilándose; sin embargo, todas estas conductas tienen como elemento común controlar eventos privados displacenteros. Por esta razón, la evitación experiencial, es planteada como una dimensión funcional que podría integrar una variedad de diagnósticos del sistema DSM, por ejemplo, todos los Desórdenes de Ansiedad (desórdenes obsesivo-compulsivos, la agorafobia con ataques de pánico, el estrés post-traumático), el Abuso de sustancias o incluso, los Desórdenes de Personalidad límite, y que podrían ser clasificados como Desórdenes de Evitación Experiencial (Friman, Hayes & Wilson, 1998).

4.2.3.1. Contextos verbales de la evitación experiencial

Un análisis radical del TEE implica que se especifiquen las condiciones en las que los eventos privados se conforman situados en la dimensión positivo-negativo, a la par que se convierten en esenciales o "causales" de lo que se hace para vivir. En esa dirección, el TEE se ha caracterizado por los contextos verbales, a saber, la literalidad, la evaluación, el dar razones o explicaciones cognoscitivas del comportamiento y, finalmente, la regulación verbal de la evitación destructiva (Hayes et al., 1996; Luciano & Hayes, 2001; Wilson, Hayes, Gregg & Zettle, 2001; Wilson & Luciano, 2002). El contexto verbal del significado literal o de la literalidad, implica responder a un evento en términos de otro sobre la base de la bidirección, combinación y transformación de funciones. Supone no distinguir que las palabras tienen diferentes funciones dependiendo de claves contextuales, y supone no diferenciar las dimensiones del yo.

El contexto verbal de la evaluación o valoración provee el valor positivo o negativo a eventos privados o cognoscitivos y da contenido al contexto de la literalidad. El contexto de dar razones o explicar viene dado por el punto de vista cultural que atribuye un estatus causal del comportamiento a las emociones y cogniciones (Wilson & Luciano, 2002). De esta forma se puede explicar, justificar o aclarar las razones del comportamiento en base a los eventos privados. En este sentido, resulta reforzante actuar de manera coherente con lo que se aprende dentro de la comunidad socio-verbal acerca del control de la experiencia interna como prerequisite para poder actuar. Finalmente, el contexto del Control de las Causas es resultado de los procesos verbales anteriores que hacen que un individuo no esté dispuesto a experimentar contenidos psicológicos aversivos, siguiendo reglas verbales que potencian este control y hacen que se refuercen estos comportamientos de evitación al disminuir el malestar en el corto plazo. Este patrón inflexible de comportamiento es denominado trastorno de evitación experiencial.

4.2.3.2. La Aceptación.

En contraposición de un patrón de actuación de evitación rígido estaría la formación de un patrón flexible ante tales eventos. La Aceptación, es la adopción voluntaria de una postura intencionadamente abierta, receptiva, flexible y exenta de juicios en relación al momento presente. La aceptación se apoya en la actitud de “estar dispuesto” a entrar en contacto con

las vivencias internas negativas o con aquellas situaciones, acontecimientos o interacciones que tengan alguna probabilidad de desencadenarlas (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999).

El objetivo primordial de la terapia de aceptación y compromiso es, pues, romper la rigidez del patrón de evitación destructivo.

4.2.3 Procesos “psicopatológicos” y “terapéuticos”.

La evitación experiencial es, como se mencionó anteriormente, uno de los seis procesos que conforman la inflexibilidad psicológica. A continuación, se desarrollan de manera breve los restantes procesos que comprende la inflexibilidad psicológica y sus contrapartes análogas respectivas a la flexibilidad psicológica.

4.2.3.1. Fusión y defusión cognitiva.

La fusión cognitiva hace referencia a un control excesivo, inapropiado y literal del lenguaje, de modo que imposibilita una conducta adecuada a las circunstancias. Cuando esto ocurre, la conducta se encuentra bajo control de redes verbales inflexibles, de manera que se vuelve insensible a las contingencias, de este modo el lenguaje, lo que uno se dice o piensa, se vive como si fuera una verdad absoluta. La fusión cognitiva hace que la persona no distinga entre “el pensamiento y la realidad”, la persona tiende a creer al pensamiento como una verdad absoluta y se olvida de contrastarlo con la realidad que lo ha provocado.

La defusión cognitiva, permite separar “el pensamiento de la realidad”, buscando que la persona reconozca qué es un pensamiento, un sentimiento o un recuerdo, sin tomarlo como la realidad, permite desliteralizarlo. Es decir, la defusión cognitiva consiste en crear contextos verbales que disminuyan las funciones de control del lenguaje, como su carácter literal, para facilitar el contacto con las contingencias directas, esto es, se intenta disminuir la credibilidad de los propios eventos privados y la fusión con ellos (Pérez Álvarez, 2014).

4.2.3.3. Pérdida de contacto flexible con el presente y la alternativa al contacto.

La pérdida del momento presente es una consecuencia de la misma evitación experiencial y la fusión cognitiva. El contacto con el presente implica una atención enfocada a los eventos que están en curso, esto es, a las percepciones de los eventos estímulo, tanto externos como privados (Pérez Álvarez, 2014).

La ACT propone la capacidad de mantenerse centrado en el presente mediante la toma de perspectiva; intenta promover un modo de consciencia, situada en el momento presente y centrada en sí misma. Una consciencia que sirva de base a la capacidad de mantenerse sin juzgar y, simplemente permitir que los productos de la mente estén presentes.

4.2.3.4. El apego al yo conceptualizado y el yo como contexto

4.2.3.4.1. Apego al yo conceptualizado

La fusión o identificación de la persona con el yo-contenido o concepto puede llevar a una distorsión de los acontecimientos. Se da con autoconceptos tanto negativos como positivos. Las ideas repetidas sobre uno mismo –tanto positivas como negativas– se consideran ciertas, y la persona queda atrapada en esta prisión conceptual. La Terapia de Aceptación y Compromiso, basada en una flexibilidad conductual, busca que se distingan los contenidos conceptuales, independientemente de lo bueno o malo que pueda resultar el contenido, manteniendo selectivamente aquellos que conduzcan hacia patrones de conducta que resulten útiles.

4.2.3.4.2. El yo como contexto

En la publicación del artículo de Hayes, “Making sense of spirituality” de 1984, se destaca que se debe experimentar el yo, como el contexto en el que se dan nuestras acciones, pensamientos, sentimientos, sensaciones y emociones. Este proceso de autoconciencia, se podría enunciar mediante la frase: "aquí y ahora actuamos, somos conscientes de que somos conscientes" (Hayes, 1984).

Este yo contexto, yo trascendental o yo observador, permitiría contemplar los eventos privados temidos o aversivos, sin fusionarse ni reducirse a ellos.

4.2.3.5. La falta de claridad con los valores y la alternativa de su clarificación.

Las metas u objetivos, son eventos deseados específicos, cosas que pueden o no obtenerse; cuando las metas son alcanzadas en cierto modo se completan. No obstante, estas metas están al servicio de los valores, es decir, direcciones vitales de más largo alcance. Así pues, desde la ACT se definen los valores como estas direcciones vitales globales, elegidas, deseadas y construidas verbalmente. “Los valores, transforman las funciones motivacionales del comportamiento, permitiendo su coherencia y flexibilidad” (Wilson & Luciano, 2002).

De esto se deriva que los valores son elecciones, no juicios realizados por alguien que determina la perfección o imperfección de dichos valores. Si no existen, no están claros o permanecen en el fondo, el problema ya es éste y no tanto la fusión cognitiva o la evitación experiencial. La clarificación de valores implica buscar la vitalidad, el significado y el propósito que da sentido a la vida de uno. Los valores están en aquello que uno hace a pesar de las molestias, los inconvenientes y las dificultades.

4.2.3.6. La inacción y la alternativa del compromiso de actuar.

La inacción con respecto a los valores, se refiere a la tendencia de los individuos a estar tan centrados en evitar emociones dolorosas y fusionarse con el contenido doloroso que pierden el contacto con sus valores, con la acción eficaz y el momento presente (Hayes, 2006).

ACT enseña a los pacientes a actuar guiados por sus valores (Harris, 2009). ACT promueve el uso de objetivos concretos, que, a diferencia de los valores, se pueden lograr y completar. Los pacientes típicamente tienen metas a corto y largo plazo con el fin de medir su cambio de comportamiento. Técnicas de cambio de comportamiento comúnmente usadas en ACT son: la exposición, la adquisición de habilidades, el manejo de contingencias y la activación conductual.

Como señala Pérez Álvarez (2014), el patrón de inacción o acción rígida resumiría la situación a la que da lugar un problema psicológico, en tanto que los síntomas por los que se suelen definir los trastornos funcionan como formas de evitación que impiden a la gente implicarse en acciones consistentes con sus valores.

El objetivo es generar repertorios de conducta controlados, encaminados por valores, en base a objetivos concretos. De lo que se trata, entonces, es de lograr un compromiso de actuar.

4.3. Capítulo 3: Ansiedad

4.3.1. Ansiedad Normal y Patológica.

La ansiedad puede definirse como una anticipación involuntaria de temores, daños o desgracias que aún no han tenido lugar y que quizá nunca sucedan, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza. Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual, dichos síntomas se presentan en la tabla [1].

SÍNTOMAS FÍSICOS	SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES
Vegetativos: sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad.	Preocupación, aprensión.
Neuromusculares: temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias.	Sensación de agobio.
Cardiovasculares: palpitaciones, taquicardias, dolor precordial.	Miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente.
Respiratorios: disnea.	Dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria.
Digestivos: náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo.	Irritabilidad, inquietud, desasosiego.
Genitourinarios: micción frecuente, problemas de la esfera sexual.	Conductas de evitación de determinadas situaciones.
	Inhibición o bloqueo psicomotor. Obsesiones o compulsiones.

Tabla 1 - Síntomas de ansiedad: físicos y psicológicos.

4.3.2. Causas de los trastornos de ansiedad.

Las causas de los trastornos de ansiedad no son totalmente conocidas, pero están implicados tanto factores biológicos como ambientales y psico-sociales (Marrs, Stress, Fears & Phobias, 2006; Lobo, Campos, 1997). Entre los factores biológicos se han encontrado alteraciones en los sistemas neurobiológicos gabaérgicos y serotoninérgicos, así como anomalías estructurales en el sistema límbico (córtex paralímbico), una de las regiones más afectadas del cerebro. Además, se han observado ciertas alteraciones físicas y una mayor frecuencia de uso y/o retirada de medicinas, alcohol, drogas y/o sedantes y otras sustancias. Por último, existe cierta predisposición genética en la aparición de estos trastornos (Tyrer, Baldwin, 2006; Hettema, Neale, Kendler, 2001). Entre los factores ambientales se ha encontrado la influencia de determinados estresores ambientales, una mayor hipersensibilidad y una respuesta aprendida (Hettema, Neale, Kendler, 2001; Allgulander, 2006). Como factores psicosociales de riesgo para estos trastornos se encuentran las situaciones de estrés, el ambiente familiar, las experiencias amenazadoras de vida y las preocupaciones excesivas por temas cotidianos. Como factores predisponentes, se ha observado la influencia de las características de la personalidad (Lobo, Campos, 1997). Parece ser que es la interacción de múltiples determinantes lo que favorece la aparición de estos trastornos de ansiedad (Gross, Hen, 2005).

4.3.3. Trastornos de ansiedad y evitación experiencial.

Para determinar si el comportamiento de una persona cabe diagnosticarlo como un trastorno de ansiedad, los especialistas pueden basarse en los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR. El mismo enumera doce trastornos de ansiedad: trastornos de angustia sin agorafobia, trastorno de angustia con agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, trastorno de ansiedad inducido por sustancias y trastorno de ansiedad no especificado.

Según la ACT, una característica en común de los trastornos de ansiedad es la evitación experiencial, donde el paciente ansioso tiende a evitar aquellas acciones o situaciones que supone que le pueden producir o aumentar su ansiedad. Esta evitación experiencial condena al sujeto a un patrón rígido de conducta y a un estrechamiento de su

marco de relaciones y perpetúa el oscurecimiento de los valores lo que hace que la vida no tenga más sentido que evitar el sufrimiento y la ansiedad, aunque lo que se consigue es el mantenimiento y el aumento de la misma.

A continuación, se realiza un somero análisis de algunos de los trastornos anteriormente nombrados y se los relaciona con la evitación experiencial.

4.3.3.1. Agorafobia.

La característica esencial de la agorafobia es la aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia (p. ej., miedo a padecer crisis bruscas de inestabilidad), puede no disponerse de ayuda. Esta ansiedad suele conducir de forma típica a comportamientos permanentes de evitación de múltiples situaciones, entre los que cabe citar el estar solo dentro o fuera de casa; mezclarse con la gente; viajar en automóvil, autobús, o avión; o encontrarse en un puente o en un ascensor. Algunos individuos son capaces de exponerse a las situaciones temidas, si bien esta experiencia les produce un considerable terror. A menudo, a estos individuos les resulta más fácil encararse a las situaciones temidas si se hallan en compañía de un conocido. El comportamiento de evitación de estas situaciones puede conducir a un deterioro de la capacidad para efectuar viajes de trabajo o para llevar a cabo las responsabilidades domésticas.

4.3.3.2 Fobia específica.

En la fobia específica, se produce un temor persistente, excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situaciones específicas (p. ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre). La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad. La persona si bien, reconoce que este miedo es excesivo o irracional, trata de evitar las situaciones fóbicas o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar. Del mismo modo, los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por las situaciones temidas interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales o sociales.

4.3.3.3. Trastorno obsesivo-compulsivo.

La característica esencial del trastorno obsesivo-compulsivo es la presencia de obsesiones o compulsiones de carácter recurrente lo suficientemente graves como para provocar pérdidas de tiempo significativas (p. ej., el individuo dedica a estas actividades más de 1 hora al día) o un acusado deterioro de la actividad general o un malestar clínicamente significativo. En algún momento del curso del trastorno el individuo reconoce que estas obsesiones o compulsiones son exageradas o irracionales. Las obsesiones se definen como ideas, pensamientos, impulsos o imágenes de carácter persistente que el individuo considera intrusas e inapropiadas y que provocan una ansiedad o malestar significativos. Sin embargo, el individuo es capaz de reconocer que estas obsesiones son el producto de su mente y no vienen impuestas desde fuera.

Las obsesiones más frecuentes son ideas recurrentes que versan sobre temas como la contaminación (p. ej., contraer una enfermedad al estrechar la mano de los demás), dudas repetitivas (p. ej., preguntarse a uno mismo si se ha realizado un acto en concreto, como haber atropellado a alguien con el coche o haber olvidado cerrar la puerta con llave), necesidad de disponer las cosas según un orden determinado (p. ej., intenso malestar ante objetos desordenados o asimétricos), etc. El individuo que tiene obsesiones intenta con frecuencia ignorar o suprimir estos pensamientos o impulsos o bien neutralizarlos mediante otras ideas o actividades (es decir, compulsiones). Las compulsiones se definen como comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter recurrente, cuyo propósito es prevenir o aliviar la ansiedad o el malestar, pero no proporcionar placer o gratificación. En la mayoría de los casos la persona se siente impulsada a realizar la compulsión para reducir el malestar que lleva consigo una obsesión determinada o bien para prevenir algún acontecimiento o situación negativos. De esta forma, se crea un círculo vicioso en el que la persona siente malestar y realiza conductas con el fin de evitar dicho malestar, lo que le impide comprometerse con los valores fundamentales de su vida. En términos generales, los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo presentan un escaso dominio cognitivo del pasado y el futuro, con escaso autoconocimiento, ya que el momento presente se consume en las obsesiones. Se encuentran ligados a un Yo conceptual, ya que el Yo se subsume en las obsesiones sin tener conciencia del Yo como contexto. Por otro lado, al estar tan involucrados en la evitación persistente, estos pacientes se caracterizan por su inactividad. Existe escasa

actividad dirigida a valores vitales y, sin embargo, una alta implicación en la realización de compulsiones. Su vida gira en torno al control de las obsesiones, sin establecer un compromiso con los valores de la persona (Twohig, Moran, Hayes, 2007). El trastorno obsesivo compulsivo presenta varias de las características que definen al trastorno de evitación experiencial, siendo la fundamental la necesidad de evitar y suprimir la presencia de pensamientos, recuerdos, imágenes y otros eventos privados que resultan negativos o se acompañan de malestar con el fin de poder vivir. Este modo de afrontamiento constituye un patrón inflexible de respuesta que resulta ineficaz y que provoca mayor malestar en la persona a largo plazo, comprometiendo la consecución de sus metas vitales.

4.3.3.4. Trastorno por estrés postraumático.

La característica esencial del trastorno por estrés postraumático es la aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física; el individuo es testigo de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos, o existe una amenaza para la vida de otras personas; o bien el individuo conoce a través de un familiar o cualquier otra persona cercana acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves. La respuesta del sujeto a este acontecimiento debe incluir temor, desesperanza y horrores intensos. Se observa que el acontecimiento traumático es re-experimentado persistentemente a través de distintas formas, ya sea recuerdos del acontecimiento recurrente que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones, o sueños sobre el acontecimiento, que producen malestar. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo, revive la sensación de la experiencia.

La persona busca la evitación persistente de estímulos asociados al trauma, realiza esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático, esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.

4.3.3.5. Trastorno de ansiedad generalizada.

La característica esencial del trastorno de ansiedad generalizada es la ansiedad y la preocupación excesiva (expectación aprensiva) que se observan durante un período superior a 6 meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones. El individuo tiene dificultades para controlar este estado de constante preocupación. Aunque los individuos con trastorno de ansiedad generalizada no siempre reconocen que sus preocupaciones resultan excesivas, manifiestan una evidente dificultad para controlarlas y les provocan malestar subjetivo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de actividad.

Borkovec (1994) propuso que la preocupación cumple una función evitativa. A pesar de los informes concomitantes de que los preocupantes describen el proceso de preocuparse como aversivo (Ruscio & Borkovec, 2004; Wells, 1995), también respaldan las creencias positivas sobre la preocupación; que podría ayudarles a prepararse para resolver problemas o supersticiosamente evitar futuros eventos catastróficos por ejemplo, (Borkovec, Hazlett-Stevens & Diaz, 1999). La evidencia de la investigación básica respalda la idea de que la preocupación puede tener una función evitativa positiva (Borkovec, Alcaine & Behar, 2004). Por ejemplo, preocuparse antes de una imagen temerosa reduce la reactividad fisiológica a corto plazo, aunque mantiene una respuesta moderada a lo largo del tiempo (Borkovec & Hu, 1990). La intolerancia a la incertidumbre, definida como la "tendencia a reaccionar negativamente en un nivel emocional, cognitivo y de comportamiento ante situaciones y eventos inciertos" (Dugas, Buhr & Ladouceur, 2004, p. 143), también se propone como una característica definitoria de individuos con trastorno de ansiedad generalizada. Específicamente, la intolerancia a la incertidumbre se conceptualiza como un esquema cognitivo con el que un individuo percibe el entorno, mientras que la preocupación se propone como una reacción mental a la incertidumbre (Dugas, 2004). Como se señaló anteriormente, la preocupación es una respuesta cognitiva de afrontamiento que cumple una función de evitación (Borkovec, 2004). En consecuencia, para las personas que tienen un umbral bajo para tolerar la incertidumbre y encuentran que la incertidumbre es estresante y perturbadora, la preocupación puede funcionar como una respuesta cognitiva de afrontamiento para evitar la angustia asociada con la incertidumbre.

4.3.3.6. Trastorno por estrés agudo.

La característica esencial del trastorno por estrés agudo es la aparición de ansiedad, síntomas disociativos y de otro tipo que tiene lugar durante el mes que sigue a la exposición a un acontecimiento traumático de carácter extremo. En el mismo momento del trastorno o con posterioridad a él, el individuo presenta al menos tres de los siguientes síntomas disociativos: sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de la realidad que le rodea; desrealización; despersonalización, y amnesia disociativa.

Después del acontecimiento traumático, éste es revivido de forma recurrente (por ejemplo, recuerdos, imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback, sensación de estar reviviendo el suceso o aparición de malestar al exponerse a estímulos que recuerdan el trauma); luego el individuo presenta un acusado comportamiento de evitación de aquellos estímulos que pueden hacer aflorar recuerdos del trauma, (por ejemplo, pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas), y por ultimo presenta síntomas significativos de ansiedad o aumento de activación (arousal) (por ejemplo, dificultad para dormir, irritabilidad, falta de concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto e inquietud motora) como respuesta a estos estímulos).

Los síntomas provocan un malestar clínico significativo, interfieren acusadamente la actividad del individuo, o afectan notablemente a su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables. Estas alteraciones duran por lo menos 2 días y no se prolongan más allá de las 4 semanas posteriores al acontecimiento traumático.

5. Marco metodológico

5.1. Área de estudio

La presente investigación se realizó en la ciudad de Rosario, situada en el sureste de la provincia de Santa Fe, Argentina. Es la ciudad más poblada de la provincia de Santa Fe y la tercera ciudad más poblada del país, detrás de Buenos Aires y Córdoba, contando con 1.199.364 de habitantes.

5.2. Tipo de estudio

El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo, ya que busca lograr los objetivos propuestos a través de la recolección de datos y un posterior análisis estadístico de los mismos. Es un estudio con alcance correlacional, dado que se tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación entre dos variables, midiendo cada una de ellas y posteriormente cuantificando y analizando su vinculación.

5.3. Muestra y población

Para realizar el estudio se tomó una muestra no probabilística por conveniencia de 40 personas adultas, de las cuales 20 se encontraban en tratamiento por trastorno de ansiedad, y las 20 restantes no poseían diagnóstico clínico. Dichos grupos de personas se denominarán en adelante como grupo “clínico” y grupo “no clínico” respectivamente. La totalidad de los participantes residían en la ciudad de Rosario de la provincia de Santa Fe, Argentina. Para la obtención de participantes pertenecientes al grupo clínico se contactó al Lic. en Psicología Federico Layácona, el cual tenía a disposición individuos en tratamiento por trastorno de ansiedad al momento de la realización de este trabajo. Por motivos de facilidad en el proceso de reclutamiento, los participantes pertenecientes al grupo no clínico fueron seleccionados por proximidad a la autora del trabajo.

En la tabla [2] se presentan las principales características de la muestra, observándose que ambos grupos presentan similares distribuciones de edad y sexo. El 40% de los participantes fueron hombres, y la edad promedio fue de 31 años, siendo la edad mínima de 20 años y la máxima de 62 años.

	GRUPO		
CARACTERÍSTICAS	NO CLINICO	CLINICO	TOTAL
# Participantes	20	20	40
% Mujeres	65	55	60
% Hombres	35	45	40
Edad Promedio [años]	31	30.9	31.0
D.E. Edad	9.3	10.6	9.8
Edad mínima	23	20	20
Edad máxima	58	62	62

Tabla 2 - Descripción de la muestra. Se presentan los valores representativos de ambos grupos, así como también de la totalidad de la muestra.

Luego de explicar el propósito del estudio, y asegurar el anonimato y la confidencialidad de los datos a obtener, se procedió a trabajar con los sujetos que aceptaron participar voluntariamente

5.4. Definición conceptual y operacional de las variables

Las variables bajo estudio fueron la Evitación Experiencial y la Ansiedad, cuyas definiciones conceptuales y operacionales se describen en la tabla [3].

	Definición conceptual	Definición Operacional
Evitación Experiencial	Es un fenómeno que ocurre cuando una persona no está dispuesta a ponerse en contacto con experiencias privadas particulares (v.g.: sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos, predisposiciones conductuales) e intenta alterar la forma o la frecuencia de esos eventos y el contexto que los ocasiona (Hayes et al.,1996).	Se midió a través de la autoadministración del Cuestionario de Acción y Aceptación – II (AAQ-II).

Ansiedad	Es una anticipación involuntaria de temores, daños o desgracias que aún no han tenido lugar y que quizá nunca sucedan, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión.	Se midió a través del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).
-----------------	--	---

Tabla 3 - Definición conceptual y operacional de las variables bajo estudio.

5.5. Instrumentos y Procedimiento.

Para realizar el estudio se requirió recolectar datos del nivel de evitación experiencial y de ansiedad de cada participante. Como instrumentos para lograrlo se utilizaron dos cuestionarios individuales y autoadministrables. En primer lugar, se le explicó a cada participante la temática y objetivo de la investigación, y cómo serían utilizados los datos de dichos cuestionarios. Se les hizo entrega del consentimiento informado, y una vez firmado se les entregó una copia de ambos cuestionarios junto a una explicación de cómo completarlos. La totalidad de los participantes completó ambos cuestionarios en presencia de la investigadora.

5.5.1. Cuestionario de Acción y Aceptación – II (AAQ-II).

El cuestionario de Acción y Aceptación (Ruiz, Herrera, Luciano, Cangas & Beltrán, 2013) es una escala autoaplicable tipo Likert que permite medir el nivel de evitación experiencial o, por el contrario, la flexibilidad psicológica. Consiste en 7 ítems cada uno con siete opciones de respuesta, que van de “Nunca verdad” a “Siempre es verdad”, según las creencias y experiencias de cada evaluado. Los elementos reflejan una falta de voluntad para experimentar emociones y pensamientos no deseados (por ejemplo, "Tengo miedo de mis sentimientos", " Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos") y la incapacidad de estar en el momento presente y de comportarse con acciones dirigidas por valores cuando se experimentan eventos psicológicos que podrían socavarlos (por

ejemplo, "Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría", "Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir"). Se utilizó la versión del AAQ-II traducida al español (Ruiz et al., 2013).

5.5.2. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

Creado por Aaron T. Beck, el Inventario de Ansiedad de Beck (Beck & Steer, 2011) es un cuestionario autoadministrable de opción múltiple que permite medir el nivel de ansiedad actual en adultos y adolescentes. Consiste en 21 ítems, cada uno de los cuales es una descripción simple de un síntoma de ansiedad en cada uno de sus cuatro aspectos relevantes. Por ejemplo: pánico ("Con miedo a perder el control"), autónomo ("Acalorado"), neurofisiológico ("Torpe o entumecido"), subjetivo ("Incapaz de relajarse"). Cada elemento tiene cuatro posibles opciones de respuesta: "En Absoluto", "Levemente", "Moderadamente" y "Severamente". Dado que describe los síntomas emocionales, fisiológicos y cognitivos de la ansiedad, el BAI es considerada una prueba adecuada para discriminar la ansiedad de la depresión. Se utilizó la adaptación española del BAI (Beck & Steer, 2011).

5.6. Consideraciones éticas

Los sujetos fueron informados de los objetivos de la investigación. Además, se les garantizó el anonimato, la no difusión de sus datos personales y la confidencialidad, asegurando que no serían usados para ningún otro propósito que esta investigación.

La participación fue de carácter voluntario. A cada participante se le entregó una copia del consentimiento informado en el que quedaron plasmados por escrito los detalles de la investigación de la que participaron y el compromiso del investigador para con la información recabada.

6. Resultados

En primera instancia, se comenzó calculando el nivel de ansiedad y evitación experiencial (EE) de cada participante según sus respuestas a los cuestionarios BAI y AAQ-II respectivamente. En la tabla [4] se reportan dichos valores, separando a los individuos según su pertenencia al grupo clínico o al grupo no clínico. Cabe mencionar que para el análisis de datos se utilizó el programa *MS Excel 2017*.

GRUPO NO CLÍNICO			GRUPO CLÍNICO		
Participante	Nivel Ansiedad	Nivel Evitación Experiencial	Participante	Nivel Ansiedad	Nivel Evitación Experiencial
SNC-1	10	10	SC-1	34	37
SNC-2	19	27	SC-2	32	34
SNC-3	12	25	SC-3	39	39
SNC-4	8	18	SC-4	35	38
SNC-5	9	16	SC-5	38	33
SNC-6	17	17	SC-6	36	28
SNC-7	2	11	SC-7	34	33
SNC-8	23	20	SC-8	23	29
SNC-9	3	13	SC-9	35	41
SNC-10	9	17	SC-10	33	40
SNC-11	7	25	SC-11	28	28
SNC-12	1	20	SC-12	16	35
SNC-13	31	23	SC-13	12	23
SNC-14	8	27	SC-14	21	34
SNC-15	9	25	SC-15	29	40
SNC-16	13	21	SC-16	26	38
SNC-17	26	24	SC-17	25	38
SNC-18	7	25	SC-18	27	29
SNC-19	7	15	SC-19	27	38
SNC-20	14	13	SC-20	33	40

Tabla 4 - Nivel de Ansiedad y Evitación Experiencial de cada participante medido con los cuestionarios BAI y AAQ-II respectivamente. Donde SNC se refiere a "sujeto no clínico" y SC a "sujeto clínico".

6.1 Comparación de evitación experiencial y ansiedad promedio entre grupo clínico y no clínico.

Obtenido el nivel de evitación experiencial y de ansiedad de cada individuo, se procedió a calcular, para cada grupo, el valor promedio de las variables a analizar, ver tabla [5].

En primer lugar, se compararon los niveles promedios de ansiedad de cada grupo para conocer si efectivamente el grupo clínico poseía mayores niveles de ansiedad que el grupo no clínico. El nivel de ansiedad promedio del grupo no clínico (11.8 ± 7.9) resultó ser 17.4 puntos inferior al del grupo clínico (29.2 ± 7.2), ver figura [3]. Se realizó una prueba “t” de una cola para determinar si esta diferencia era estadísticamente significativa, el resultado que se obtuvo fue que dicha diferencia era significativa al nivel del 1%, descartando de esta manera la hipótesis nula. Este resultado fue esperable, ya que los individuos pertenecientes al grupo clínico se seleccionaron a sabiendas de su condición respecto a la ansiedad, mientras que los participantes pertenecientes al grupo no clínico, al tratarse de personas sin diagnóstico clínico y que se reportaban como sanas, tenían una alta probabilidad de no sufrir de dicha patología, y por lo tanto, de presentar niveles de ansiedad relativamente menores. Este resultado aporta a la validez del Inventario de Ansiedad de Beck como herramienta con la capacidad de discriminar entre grupos clínicos y no clínicos.

	GRUPO NO CLÍNICO	GRUPO CLÍNICO	Δ_{C-NC}
$\bar{x}_{EE}$	19.6	34.8	15.2*
DE_{EE}	5.4	5.1	-
$\bar{x}_{Ansiedad}$	11.8	29.2	17.4*
$DE_{Ansiedad}$	7.9	7.2	-

Tabla 5 - Niveles promedio de Ansiedad y Evitación Experiencial del grupo clínico y no clínico, junto a sus respectivas desviaciones estándar. *Diferencia significativa al nivel del 1%.

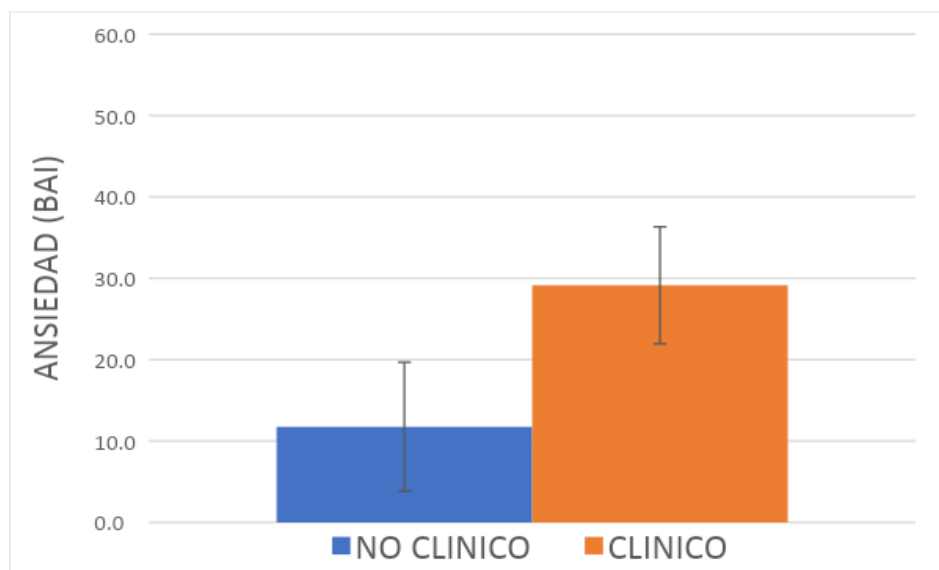


Figura 3 - Nivel de ansiedad promedio del grupo clínico y del grupo no clínico, medidos por medio del Inventario de Ansiedad de Beck.

Una vez que se determinó que el nivel promedio de ansiedad del grupo clínico es efectivamente mayor al del grupo no clínico, se procedió a comparar los niveles promedios de evitación experiencial entre ambos grupos, con la finalidad de verificar que una diferencia significativa en los niveles de ansiedad viene acompañada de una diferencia significativa en el nivel de evitación experiencial. Se observó que el nivel de evitación experiencial del grupo clínico (34.8 ± 5.1) fue mayor al del grupo no clínico (19.6 ± 5.4), ver figura [4]. Se determinó mediante una prueba “t” de una cola, que dicha diferencia fue significativa al nivel del 1%, por lo que a partir de la medición del nivel de EE a través del AAQ-II se pudo discriminar entre los grupos clínico y no clínico, y a priori este resultado respalda la idea de que a mayor nivel de ansiedad mayor nivel de evitación experiencial. Estas observaciones van en concordancia con los resultados reportados por otra investigación (Espinosa, 2013), en la cual también se logró discriminar al grupo clínico del no clínico mediante sus niveles promedio de evitación experiencial medidos a través del AAQ-II. Cabe mencionar que tal investigación utilizó una versión del AAQ-II que, a diferencia de la versión utilizada en este trabajo, posee 10 ítems en lugar de 7, dando lugar a un rango de puntaje distinto. Es por esto, que no se compararon de manera directa los niveles de evitación experiencial con los obtenidos en dicha investigación.

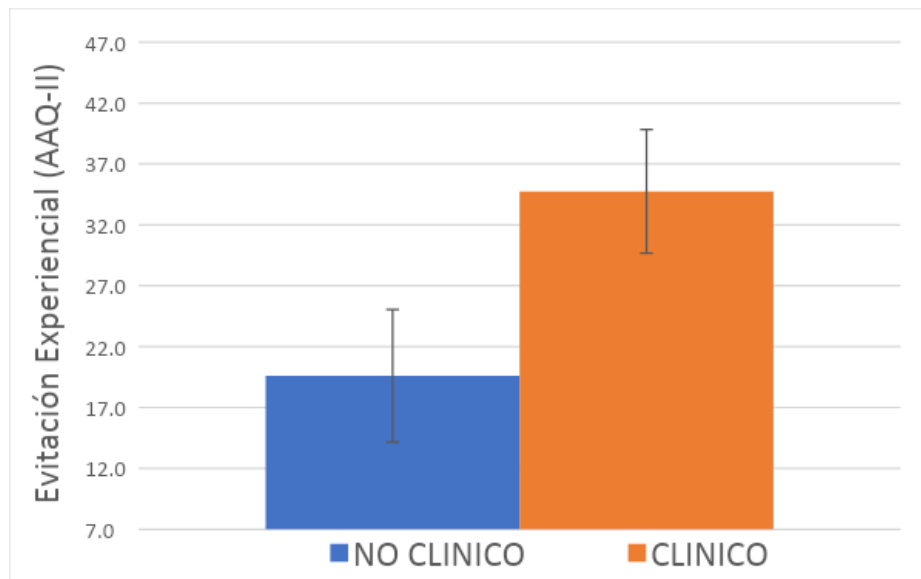


Figura 4 - Nivel promedio de evitación experiencial del grupo clínico y del grupo no clínico, medidos con el Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II).

6.2 Correlación entre evitación experiencial y ansiedad.

Con los datos obtenidos de los niveles individuales de evitación experiencial y ansiedad de cada participante, se confeccionó un gráfico de dispersión, el cual se presenta en la figura [5]. Cada punto en el gráfico representa a un participante, cuyas coordenadas resultan ser su puntaje correspondiente a los cuestionarios AAQ-II y BAI. En color azul los participantes pertenecientes al grupo no clínico, y en naranja los del grupo clínico. La disposición de la variable ansiedad en el eje horizontal del gráfico es meramente arbitraria. Si bien el mínimo valor posible otorgado por el AAQ-II es de 7 puntos, se decidió mantener en cero el origen del eje vertical correspondiente a la variable evitación experiencial.

Visualmente se observaron, en general, mayores niveles de evitación experiencial a mayores niveles de ansiedad, con una clara tendencia lineal de los datos. A modo de visualización, se incluyó en el gráfico de dispersión una línea de tendencia lineal (recta segmentada) ajustando los puntos, observándose que efectivamente la misma tiene una pendiente positiva.

También se observó que los puntos pertenecientes a ambos grupos se encuentran localizados de manera bien diferenciadas, siendo que los puntos pertenecientes al grupo clínico (puntos naranjas) se encuentran en un área con mayores niveles de ansiedad y evitación experiencial, a excepción de un único punto que se encuentra en la región que ocupan los puntos del grupo no clínico (azules), con menores niveles de ambas variables. Esto último podría deberse a que dicho punto pertenece a una persona mal diagnosticada, o bien, que se encuentra en una fase avanzada en su terapia, por lo que su nivel de ansiedad resultó bajo al momento en el que se le suministró el BAI. Se puede observar también que

hay unos pocos participantes pertenecientes al grupo no clínico con un nivel de ansiedad relativamente alto, lo cual puede deberse a que, si bien los participantes del grupo no clínico no están diagnosticados con ninguna psicopatología, esto no implica que no la posean o que no tengan un nivel elevado, en el caso de esta investigación, de ansiedad.

Si bien visualmente se observó una buena correlación entre ambas variables, se procedió a calcular el coeficiente de correlación de Pearson para obtener un valor cuantitativo que refleje el grado de dependencia lineal entre las variables estudiadas. El valor obtenido para el coeficiente de Pearson fue 0.77, ver tabla [6]. Se determinó que dicho coeficiente de correlación fue significativo al nivel del 1%, por lo que se descartó la hipótesis nula de que no existe relación entre las variables. Se consideró que dicho valor calculado significa una correlación entre ambas variables moderadamente alta. Esto quiere decir que existe una dependencia lineal moderadamente alta entre las variables, y el hecho de que este valor fue positivo, indicó que existe una tendencia en la que a medida que crecen los niveles de ansiedad también lo hacen los niveles de evitación experiencial, y viceversa. Este resultado, está en concordancia con la propuesta de varios autores de considerar a la evitación experiencial como una dimensión funcional de los trastornos de ansiedad, así como también con varias investigaciones realizadas (Chávez, 2018; Berman, 2018; Martínez, 2013), las cuales reportan una correlación moderada y positiva entre las variables estudiadas.

	Coeficiente de correlación de Pearson	
	1.	2.
1. Evitación Experiencial	1	0.77*
2. Ansiedad	0.77*	1

Tabla 6 - Coeficiente de correlación de Pearson entre los niveles obtenidos de ansiedad y evitación experiencial. *Correlación significativa al nivel del 1%.

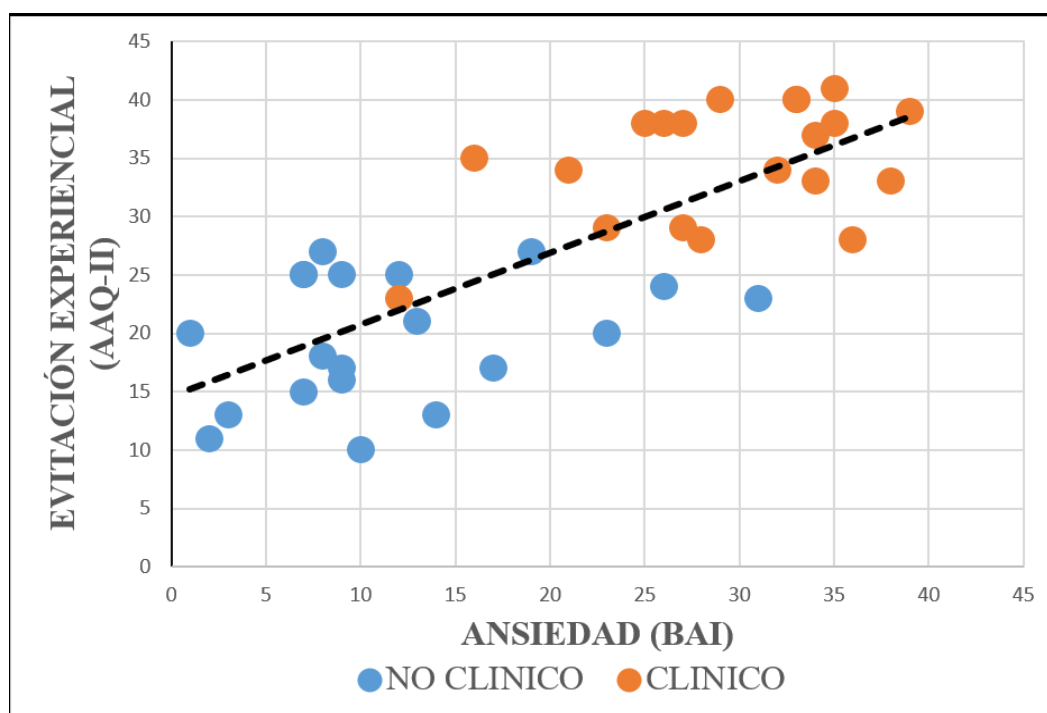


Figura 5 - Gráfico de dispersión de Evitación Experiencial vs. Ansiedad. Cada punto en gráfico representa a un participante, donde sus coordenadas están dadas según puntaje en los cuestionarios AAQ-II y BAI según corresponda. Se incluye una línea de tendencia lineal ajustando los datos.

De los resultados obtenidos se desprende que las variables de ansiedad y evitación experiencial están efectivamente relacionadas y, que un nivel alto en una de ellas conlleva un nivel alto en la otra y viceversa. Esto puede explicarse, vinculándolo con la teoría, que un paciente ansioso tiende a evitar las acciones o situaciones que supone que le pueden producir o aumentar su ansiedad, por lo que puede pensarse que el proceso de evitación experiencial se encuentra presente en el accionar de las personas que padecen de trastornos de ansiedad. Esta estrategia de control de eventos privados es muy frecuente, ya que a corto plazo la persona consigue reducir temporalmente su malestar, pero la condena a un patrón rígido de conducta, el cual se caracteriza por numerosos modos de respuesta que buscan evitar y suprimir o alterar la presencia de pensamientos, recuerdos, sensaciones y otros eventos privados, que resultan negativos o se acompañan de malestar, con el fin de poder vivir, lo que irónicamente magnifica su malestar a largo plazo. Estos pensamientos, recuerdos y sensaciones se encontrarían dentro de un contexto verbal negativo para la persona. Dichos contextos verbales pueden ser identificados como trampas psicológicas generadas por el

lenguaje que pueden favorecer la aparición de trastornos psicológicos, y en cada caso hay uno que prevalece. Por ejemplo, como se ha mencionado anteriormente uno de los contextos verbales que caracterizan al trastorno de evitación experiencial es el contexto de la evaluación, comparación y categorización: dadas las características del lenguaje, una vez valoramos, comparamos o categorizamos un evento, nos relacionamos con dicho evento de forma indistinta a como lo hacemos con la valoración o comparación o características de la categoría que le hayamos atribuido. De esta forma, si la ansiedad es evaluada como algo malo, angustioso, amenazante, etc., nos relacionamos con la ansiedad en función de tales conceptos y, por lo tanto, será algo contra lo que hay que luchar. Estos intentos de controlar dichos eventos privados son considerados por la Terapia de aceptación y compromiso como parte del problema. Por ejemplo, en el Trastorno obsesivo compulsivo (TOC) la realización de compulsiones o rituales provoca un alivio a corto plazo del malestar, reforzando de esta manera la compulsión, pero, sin embargo, compromete la vida de la persona a largo plazo, ya que cada vez los comportamientos neutralizadores conllevan más tiempo e interfieren más en la vida de la persona. Esto puede pensarse como un aumento en su nivel de ansiedad y de evitación, ya que trata de aliviar su malestar, cada vez mayor, realizando rituales cada vez más frecuentes e irracionales. Es decir, cuando el paciente no enfrenta las situaciones negativas o atemorizantes durante un tiempo prolongado se genera inflexibilidad psicológica, lo cual implica el rígido dominio de reacciones psicológicas, sobre valores escogidos y contingencias, como guías de acción. De esta forma, se crea un círculo vicioso en el que la persona siente malestar y realiza conductas con el fin de eliminar dicho malestar, lo que le impide comprometerse con los valores fundamentales de su vida.

7. Conclusiones

El motivo de este trabajo fue corroborar lo propuesto por la Terapia de Aceptación y Compromiso, y reportado por otras investigaciones, sobre la existencia de una correlación entre la ansiedad y la evitación experiencial; así como también, corroborar una diferencia significativa entre los niveles de evitación experiencial, y también de ansiedad, entre un grupo con diagnóstico de ansiedad y un grupo sin diagnóstico clínico, lo cual también es reportado por dichas investigaciones. Para ello, en primer lugar, se identificaron por medio de la administración de los cuestionarios BAI y AAQ-II, los niveles de ambas variables en personas adultas que poseían diagnóstico de ansiedad y en personas sin diagnóstico clínico. Se encontró, corroborando los resultados de otras investigaciones, que al comparar el nivel promedio de evitación experiencial de ambos grupos de personas, el grupo con diagnóstico de ansiedad, los cuales poseían un nivel promedio mayor de ansiedad, también poseían un nivel promedio mayor de evitación experiencial. Es decir, se encontró que las personas con mayor nivel de ansiedad poseían un nivel mayor de evitación experiencial respecto a las personas con un nivel de ansiedad menor. Esto apoya la idea, propia de la teoría de los marcos relacionales, de que la ansiedad trae consigo intentos de evitar experiencias emocionales y cognitivas aversivas mediante reglas verbales que se convierten en patrones de respuesta inflexibles. Debido a que estas respuestas de evitación son aprendidas dentro de una comunidad que alienta el control de los eventos privados, es natural que desde edades tempranas se aprenda a responder de esta manera cuando se expone a una persona a contextos ansiógenos. Se podría pensar entonces, que la ansiedad provocaría respuestas de evitación automáticamente, y sería perjudicial sólo en la medida en que estas respuestas se conviertan en un patrón inflexible que no resuelve el problema y que imposibilita el desarrollo de una conducta efectiva, pues se interpone con lo que la persona quiere para su vida.

A partir de los datos recolectados, se observó también una dependencia lineal entre los niveles de evitación experiencial y los de ansiedad. A través del cálculo del coeficiente de correlación de Pearson, se obtuvo el tipo y grado de correlación lineal entre dichas variables, dando como resultado un grado de correlación moderadamente alto y positivo, corroborando una vez más los resultados obtenidos por otras investigaciones. Esto quiere decir, en concordancia con lo anteriormente dicho, que ambas variables están efectivamente relacionadas y que existe una tendencia referida a que un aumento en el nivel de ansiedad viene acompañado con un aumento en el nivel de evitación experiencial, y viceversa. Con

esto se refuerzan las observaciones realizadas a través de la comparación de los valores promedios de evitación experiencial entre grupo clínico y no clínico.

Los resultados encontrados apoyan, a través de evidencia empírica, la conceptualización de la evitación como una dimensión funcional transdiagnóstica que se encuentra presente en diferentes psicopatologías, en particular en los trastornos de ansiedad. Por lo que también de manera indirecta, estos resultados dan apoyo a las intervenciones terapéuticas basadas en la aceptación frente a las estrategias de control de la ansiedad. En base a lo expuesto, las terapias de tercera generación, fundamentadas en principios terapéuticos que buscan la aceptación de la experiencia y abordan los comportamientos de evitación que mantienen y exacerban el malestar, se muestran efectivos en el desarrollo de comportamientos más flexibles que permitan a la persona conseguir sus objetivos.

Entre las limitaciones del presente trabajo se puede mencionar que los participantes fueron seleccionados de manera no probabilística y por conveniencia, lo cual podría resultar en datos sesgados o en una capacidad limitada para hacer conclusiones generales basadas en los resultados obtenidos. En un trabajo a futuro se recomienda una estrategia de selección de muestras del tipo probabilístico, las cuales son más adecuadas para este tipo de trabajo.

8. Bibliografía

- Allgulander C. Generalized anxiety disorder: What are we missing?. *European Neuropsychopharmacology*. 2006; 16: 101-108.
- Beck, A.T., Steer R.A. (2011). Manual BAI. Inventario de Ansiedad de Beck (Adaptación española de Sanz, J.), Pearson Educación, Madrid.
- Chávez, L. G. (2018). Evitación experiencial y ansiedad en estudiantes de una universidad privada de lima metropolitana. Universidad Ricardo Palma facultad de Psicología. Lima, Perú.
- Cía, A.H., Stagnaro, J.C., Aguilar Gaxiola, S. et al. (2018). Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 53: 341. Doi:10.1007/s00127-018-1492-3.
- Cookson C., Luzon O., Newland J, Kingston J. (2019). Examining the role of cognitive fusion and experiential avoidance in predicting anxiety and depression. Doi:10.1111/papt.12233.
- Friman, P. C., Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (1998). Why behavior analysts should study emotion: The example of anxiety. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31, 137-156.
- Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., Suzuki, N., & D., W. (2014). The Brief Experiential Avoidance Questionnaire: Development and initial validation. *Psychological Assessment*, 26(1), 35-45.
- Gross C, Hen R. The development origins of anxiety. *Nature Reviews Neuroscience*. 2005; 5: 545-552.
- Harris, R. (2009). ACT Made Simple: An Easy-To-Read Primer on Acceptance and Commitment Therapy. Oakland, CA: New Harbinger.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the new behavior therapies: Mindfulness, acceptance and relationship. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 1-29). New York: Guilford.

- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Eds.). (2001). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. W., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.
- Hayes, S. c.; Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Bilbao. España: Desclée De Brouwer. ISBN: 978-84-330-2695-8
- Hettema JM, Neale MC, Kendler KS. A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *Am J Psychiatry*. 2001; 158(10):1568-78.
- Houck, P. R., Spiegel, D. A., Shear, M. K., & Rucci, P. (2002). Reliability of the self-report version of the Panic Disorder Severity Scale. *Depression and Anxiety*, 15(4), 183-185. doi:10.1002/da.10049
- Kirk A., Meyer J.M., Whisman M.A., Deacon B.J., Arch J.J. (2019). Safety behaviors, experiential avoidance, and anxiety: A path analysis approach. Doi:10.1016/j.janxdis.2019.03.002.
- Kohlenberg, Robert & Tsai, Mavis & García, Rafael & Valero, Luis & Fernández-Parra, Antonio & Virués-Ortega, Javier. (2005). *Psicoterapia Analítico-Funcional y Terapia de Aceptación y Compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento*. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 5. 349-371.
- Lobo A, Campos R. Factores etiopatogénicos. En *trastornos de ansiedad en atención primaria*. Madrid: Editorial EMISA; 1997. p.41-76.
- Luciano, M. C., & Hayes, S. C. (2001). Trastorno de evitación experiencial [The trauma of experiential avoidance]. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 109-157.

- Marrs JA. Stress, Fears and Phobias: The Impact of Anxiety. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2006; 10(3): 319-22.
- Martínez S.B (2013). Evitación cognitivo-conductual, aceptación psicológica y mindfulness en la psicopatología de la ansiedad y la depresión. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10578/3794>
- Meyer, J. M., Kirk, A., Arch, J. J., Kelly, P. J., Roodenrys, S., & Deacon, B. J. (2018). The Safety Behavior Scale: A novel measure of safety behavior utilization and beliefs about safety behaviors. Manuscript in preparation.
- Patrón Espinosa, F.J. (2013). La evitación experiencial como dimensión funcional de los trastornos de depresión, ansiedad y psicóticos. Doi: 10.5460/jbhsi.v5.1.38728.
- Pérez Álvarez, M. (2014). Las Terapias de Tercera Generación como Terapias Contextuales. Madrid, España: Editorial Síntesis
- Perls, F.S., Hefferline, R.E. and Goodman, P. (1951) *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*. Dell, New York.
- Rodebaugh, T. L., Woods, C. M., Thissen, D. M., Heimberg, R. G., Chambless, D. L., & Rapee, R. M. (2004). More information from fewer questions: the factor structure and item properties of the original and Brief Fear of Negative Evaluation Scale. *Psychological Assessment*, 16(2), 169-181. doi:10.1037/1040-3590.16.2.169
- Ruiz, F. J., Herrera, Á. I. L., Luciano, C., Cangas A, J., Beltrán I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire – II. *Psicothema* 2013, Vol. 25, No. 1, 123-129 Doi: 10.7334/psicothema2011.239.
- S Greenberg, L & Safran, Jeremy. (1989). Emotion in Psychotherapy. *The American psychologist*. 44. 19-29. Doi: 10.1037/0003-066X.44.1.19.
- Twohig MP, Moran DJ, Hayes SC. A functional contextual account of obsessive compulsive disorder. In: Woods DW, Kantor J, editors. *A modern behavioral analysis of clinical problems*. Reno, NV: Context Press; 2007. p. 117-156.
- Tyrer P, Baldwin D. Generalised anxiety disorder. *Lancet*. 2006; 368: 2156–66.

- Vargas Mendoza, J.E., Aguilar Morales, J, E. (2006). Psicopatología y evitación experiencial: AAQ-MEX, comparación de tres pequeñas muestras. *Psicología y Salud*, Vol. 16, Núm. 2: 249-252.
- Wheaton MG1, Deacon BJ, McGrath PB, Berman NC, Abramowitz JS. (2010). Predicting anxiety: The role of experiential avoidance and anxiety sensitivity. (1):109-13. Doi: 10.1016/j.janxdis.2009.09.005.
- Wilson, K. G., & Luciano, C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso: Un Tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Wilson, K. G., Hayes, S. C., Gregg, J., & Zettle, R. D. (2001). Psychopathology and psychotherapy. In S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes, & B. Roche (Eds.), *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition* (pp. 211-237). New York, NY, US: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Anexo A: Carta de consentimiento informado.



Facultad de Psicología y Relaciones Humanas
Licenciatura en Psicología

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada/o participante:

Nos encontramos Su
colaboración en el estudio consistirá en
....., actividad que le tomará alrededor de minutos. Usted tiene total libertad de participar o no en esta recolección de datos, así como también de abandonar su colaboración en cualquier momento del proceso.

La información recopilada mediante su participación será estricta y exclusivamente para nuestro trabajo, y sólo nosotros tendremos acceso a la misma. Asimismo, la información que proporcione no estará identificada con su nombre, para resguardar el anonimato y la confidencialidad de sus respuestas.

Su participación en esta investigación no implica ningún beneficio monetario o de otra clase. No obstante, su colaboración es muy importante para el éxito de este estudio y de futuros estudios relacionados con el tema de investigación.

☐ **Expreso voluntaria y conscientemente mi consentimiento de participar en el estudio.**

☐ **No deseo participar del estudio.**

Firma: _____

Anexo B: Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II).

Sexo:		Edad:				
<i>Debajo encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, puntúe en qué grado cada afirmación ES VERDAD PARA USTED. Use la siguiente escala para hacer su elección e ingrese el número que corresponde a su respuesta</i>						
Nunca verdad 1	Muy raramente verdad 2	Raramente es verdad 3	A veces es verdad 4	Con frecuencia es verdad 5	Casi siempre es verdad 6	Siempre es verdad 7
Item						Respuesta
1	Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría					
2	Tengo miedo de mis sentimientos					
3	Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos					
4	Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena					
5	Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida					
6	Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo					
7	Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir					

Anexo C: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

Indicaciones: En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)				
Sexo:	Edad:			
	En Absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1. Torpe o entumecido				
2. Acalorado				
3. Con temblor en las piernas				
4. Incapaz de relajarse				
5. Con temor a que ocurra lo peor				
6. Mareado				
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados				
8. Inestable				
9. Atemorizado o asustado				
10. Nervioso				
11. Con sensación de bloqueo				
12. Con temblores en las manos				
13. Inquieto, inseguro.				
14. Con miedo a perder el control.				
15. Con sensación de ahogo.				
16. Con temor a morir.				
17. Con miedo.				
18. Con problemas digestivos.				
19. Con desvanecimientos.				
20. Con rubor facial.				
21. Con sudores, fríos o calientes				