



**LA EVITACIÓN EXPERIENCIAL Y LA AUTOESTIMA COMO  
FACTORES DE VULNERABILIDAD PSICOSOCIAL EN LOS  
TRASTORNOS EMOCIONALES:  
¿VARIABLES INDEPENDIENTES O RELACIONADAS?**

**TESIS DOCTORAL**  
**Raquel Vázquez-Morejón Jiménez**

*Directores:*

**Dr. D. José María León Rubio**  
**Dr. D. Agustín Martín Rodríguez**  
**Dr. D. Antonio J. Vázquez Morejón**

**Universidad de Sevilla**  
Facultad de Psicología, 2017









**LA EVITACIÓN EXPERIENCIAL Y LA AUTOESTIMA COMO  
FACTORES DE VULNERABILIDAD PSICOSOCIAL EN LOS  
TRASTORNOS EMOCIONALES:  
¿VARIABLES INDEPENDIENTES O RELACIONADAS?**

*TESIS DOCTORAL*

*Programa de Doctorado en Psicología (RD. 99/2011)*

*Autora:*

*Raquel Vázquez-Morejón Jiménez*

*Directores:*

Dr. D. José María León Rubio

Dr. D. Agustín Martín Rodríguez

Dr. D. Antonio J. Vázquez Morejón

*Tutor:*

Dr. D. Agustín Martín Rodríguez

Universidad de Sevilla

Facultad de Psicología, 2017



A mis hij@s, Sara y Juancho



## Agradecimientos

Me gustaría dedicar estas líneas a expresar mi más sincero agradecimiento a aquellas personas que han contribuido, de uno u otro modo, a la realización de esta tesis doctoral.

En primer lugar, quiero dar las gracias a mi director, José María León Rubio, quien me animó a retomar los estudios de doctorado después de algunos años de compaginar la práctica profesional con la maternidad. Gracias por tu confianza, orientación y seguimiento. Han sido muy importantes para mí.

También quiero agradecer el apoyo incondicional a mi codirector, mi padre, Antonio José Vázquez Morejón, quien ya desde hace muchos años me orientó hacia la investigación, mostrándome siempre pasión por aprender, descubrir, así como un gran sentido de la ética.

Quiero expresar también mi agradecimiento a mi tutor, Agustín Martín Rodríguez, por sus aportaciones, disponibilidad y cercanía.

Son muchas otras personas a las que quiero mostrar mi agradecimiento:

Al profesorado que ha contribuido en mi formación científica durante los años de doctorado.

Al Equipo de Salud Mental Comunitario Guadalquivir y a los/las pacientes que han participado en el estudio.

A José María León Pérez, por su asesoramiento metodológico.

A Marina Andrade, por su colaboración en la traducción del cuestionario.

A Marta Suárez, del CRAI Antonio de Ulloa, por la formación impartida y gran ayuda en cuanto a gestores de referencia bibliográficos.

A Carlos Larrañeta, mi marido, por su ánimo, cariño y apoyo durante estos años.

A mis hij@s, Sara y Juancho, que también se han esforzado pasando tiempo sin mamá para que este proyecto pudiera terminarse.

## Índice

<b>1. Introducción general.....</b>	<b>17</b>
<b>2. Estudio 1. Adaptación española del Brief Experiential Avoidance Questionnaire (BEAQ) en población clínica con trastornos emocionales: el Cuestionario Breve de Evitación Experiencial....</b>	<b>27</b>
2.1. Abstract.....	29
2.2. Introducción.....	30
2.3. Objetivo e hipótesis.....	41
2.4. Método.....	42
2.4.1. Participantes.....	42
2.4.2. Design.....	45
2.4.3. Instruments.....	45
2.4.4. Procedure.....	47
2.4.5. Data analysis.....	48
2.5. Resultados.....	50
2.5.1. Datos descriptivos.....	50
2.5.2. Medidas de fiabilidad.....	52
2.5.3. Medidas de validez.....	54
2.5.4. Análisis factorial.....	56
2.6. Discusión.....	60

<b>3. Estudio 2. La evitación experiencial y la autoestima en los trastornos emocionales. ¿Variables independientes o relacionadas?</b> .....	69
3.1. Abstract.....	71
3.2. Introducción.....	72
3.2.1. El problema de la evitación experiencial.....	75
3.2.2. La evitación en la Terapia de Aceptación y Compromiso y en otras escuelas de psicoterapia.....	78
3.2.3. Variables asociadas con la evitación experiencial.....	86
3.2.4. Diferenciación de la evitación experiencial de otros constructos.....	90
3.2.5. La autoestima como factor de vulnerabilidad.....	98
3.2.6. Definición y evolución de los estudios sobre autoestima.....	99
3.2.7. Principales teorías sobre la autoestima.....	104
3.2.8. Desarrollo evolutivo de la autoestima.....	107
3.2.9. La autoestima y los trastornos emocionales.....	109
3.2.10. Estudios que relacionan la evitación experiencial y la autoestima.....	113
3.2.11. La evitación experiencial, la autoestima y su relación con la psicopatología.....	118
3.3. Objetivo e hipótesis.....	125

3.4. Método	
3.4.1. Participantes.....	126
3.4.2. Design.....	128
3.4.3. Variables.....	128
3.4.4. Instruments.....	129
3.4.5. Procedure.....	131
3.4.6. Data analysis.....	131
3.5. Resultados.....	134
3.5.1. Datos descriptivos.....	134
3.5.2. Correlaciones.....	139
3.5.3. Análisis de mediación.....	143
3.6. Discusión.....	148
3.6.1. Hipótesis preliminares.....	148
3.6.2. Hipótesis centrales.....	153
3.6.3. Implicaciones del estudio.....	159
3.6.4. Limitaciones y perspectivas futuras.....	162

## **4. Conclusions**

4.1. Study 1.....	163
4.2. Study 2.....	164

<b>Referencias</b> .....	165
--------------------------	-----

<b>Citas</b> .....	201
--------------------	-----

<b>Anexos</b> .....	205
---------------------	-----

Anexo 1. Hoja de información al/a paciente.....	207
---	-----

Anexo 2. Hoja de consentimiento informado del paciente.....	209
---	-----

Anexo 3. Informe del Comité de Ética de la Investigación.....	211
---	-----

Anexo 4. Cuestionario Breve de Evitación Experiencial (CBEE).....	213
---	-----

Anexo 5. Brief Experiential Avoidance Questionnaire (BEAQ).....	215
---	-----

Anexo 6. Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR).....	217
---	-----

Anexo 7. Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9).....	219
--	-----

Anexo 8. Generalized Anxiety Disorder-7 Scale (GAD-7) .....	221
---	-----

## Índice de Tablas

### **Estudio 1. Adaptación española del Brief Experiential Avoidance Questionnaire (BEAQ) en población clínica con trastornos emocionales: el Cuestionario Breve de Evitación Experiencial (CBEE)**

**Tabla 1.** Características Sociodemográficas de los Participantes..... 44

**Tabla 2.** Estadísticos Descriptivos de los Ítems y Puntuación Total del CBEE..... 51

**Tabla 3.** Estadísticos Total-Elemento de Consistencia Interna del CBEE..... 53

**Tabla 4.** Correlaciones del CBEE con el Índice Global de Severidad y con las Subescalas del SCL-90-R..... 56

**Tabla 5.** Saturación de los Ítems del CBEE tras Análisis de Componentes Principales con Rotación Varimax para Solución de un Factor..... 58

### **Estudio 2. La evitación experiencial y la autoestima en los trastornos emocionales. ¿Variables independientes o relacionadas?**

**Tabla 1.** Estudios que Analizan la Relación entre Evitación Experiencial, Autoestima y Psicopatología..... 120

**Tabla 2.** Características Sociodemográficas de los Participantes..... 127

**Tabla 3.** Estadísticos Descriptivos de los Ítems y Total del CBEE..... 135

**Tabla 4.** Estadísticos Descriptivos de los Ítems y Total del EAR..... 136

<b>Tabla 5.</b> Estadísticos Descriptivos de los Ítems y Total del PHQ-9.....	137
<b>Tabla 6.</b> Estadísticos Descriptivos de los Ítems y Total del GAD-7.....	138
<b>Tabla 7.</b> Puntuaciones en la Prueba de Normalidad Kolmogorov-Smirnov de los Cuestionarios del Estudio.....	139
<b>Tabla 8.</b> Correlaciones del CBEE, EAR, PHQ-9 y GAD-7.....	140
<b>Tabla 9.</b> Diferencia de Medias entre Mujeres y Hombres en las Escalas del Estudio.....	142
<b>Tabla 10.</b> Coeficientes de la Mediación de la Autoestima en la Relación entre Evitación Experiencial y Síntomas Depresivos.....	145
<b>Tabla 11.</b> Coeficientes de la Mediación de la Autoestima en la Relación entre Evitación Experiencial y Síntomas Ansiosos.....	147

## Índice de Figuras

### **Estudio 1. Adaptación española del Brief Experiential Avoidance Questionnaire (BEAQ) en población clínica con trastornos emocionales: el Cuestionario Breve de Evitación Experiencial (CBEE)**

<b>Figura 1.</b> Correlación de las Puntuaciones del CBEE y del AAQII Mediante la Prueba $r$ de Pearson.....	55
<b>Figura 2.</b> Gráfico de Sedimentación para el CBEE.....	59

### **Estudio 2. La evitación experiencial y la autoestima en los trastornos emocionales. ¿Variables independientes o relacionadas?**

<b>Figura 1.</b> Correlación del CBEE y de la Variable Edad.....	141
<b>Figura 2.</b> Modelo de Mediación para las Variables Evitación Experiencial, Autoestima y Síntomas Depresivos.....	144
<b>Figura 3.</b> Modelo de Mediación para las Variables Evitación Experiencial, Autoestima y Síntomas Ansiosos.....	146



## 1. Introducción general

Los trastornos mentales han experimentado un notable incremento en todo el mundo. La depresión y la ansiedad aumentaron aproximadamente un 50% entre los años 1990 y 2013, pasando de ser 416 millones a 615 millones las personas que presentan estas patologías mentales (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016). En España, se ha estimado que la prevalencia-vida de los trastornos del estado de ánimo es del 4.37% y la de los trastornos de ansiedad es del 9.39% (Haro et al., 2006). La frecuente comorbilidad entre ambas patologías, aproximadamente de un 50% (Mineka, Watson, & Clark, 1998), ha motivado la inclusión de estas categorías diagnósticas bajo la denominación de trastornos emocionales.

Los trastornos emocionales afectan a la calidad de vida de las personas y a su bienestar, con un impacto en diversas áreas como la personal, familiar, laboral y social. El deterioro en el funcionamiento social y las consecuencias en las propias personas, en sus familias y en la comunidad debido a estos trastornos ya ha sido señalado por numerosos estudios (Kessler et al., 1997; Kessler, Foster, Saunders, & Stang, 1995; Kessler, Walters, & Forthofer, 1998; Wohlfarth, Ormel, Koeter, & Oldehinkel, 1993). A estas investigaciones se les suma el dato económico aportado en un reciente análisis sobre el beneficio que supondría la inversión en el tratamiento de estas patologías, destacando que cada dólar invertido en tratamiento de la depresión y de la ansiedad, rinde 4 dólares en

mejora de la salud y la capacidad de trabajo. Esta cantidad es de gran importancia si se tiene en cuenta que la depresión y la ansiedad suponen a la economía mundial aproximadamente un billón de dólares al año (Chisholm et al., 2016). El creciente interés por el tratamiento de estas enfermedades mentales también se ha reflejado en determinados hechos, como la inclusión explícita de la promoción de la salud mental y del bienestar en los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2015-2030 de las Naciones Unidas (United Nations, 2015).

En este contexto, es de gran importancia ampliar el conocimiento de las variables implicadas en el inicio y mantenimiento de la sintomatología ansioso-depresiva en los trastornos emocionales. Profundizar en dichos aspectos puede contribuir a la prevención de esta psicopatología, así como al desarrollo de tratamientos efectivos que consigan a la vez que reducir los síntomas, minimizar el impacto en las diversas áreas funcionales de estas personas (familiar, comunitaria, etc.), así como en la propia economía del país.

En las últimas décadas se han desarrollado tratamientos específicos para diversas patologías ansioso-depresivas que han demostrado su efectividad (NICE, 2009, 2011). No obstante, se trata de intervenciones centradas en el diagnóstico, a las que se les ha criticado, especialmente, la generación de un excesivo número de protocolos de intervención. El problema radica en que la existencia de recomendaciones para cada categoría diagnóstica dificulta el entrenamiento adecuado de los/las profesionales, incrementa el coste de esta

formación, a la vez que obstaculiza la diseminación de dichas intervenciones (Barlow, Levitt, & Bufka, 1999). Para dar respuesta a las anteriores críticas, se ha planteado el desarrollo de abordajes transdiagnósticos (también llamados funcionales), los cuales proponen la intervención sobre los factores psicopatológicos comunes a distintos trastornos (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996; Sandín, Chorot, & Valiente, 2012).

El enfoque transdiagnóstico de la psicopatología ofrece un marco para “entender, clasificar e integrar los diferentes síntomas y diagnósticos desde procesos y factores (dimensiones) más o menos comunes y/o generales” (Sandín et al., 2012, p.187). En este sentido, cabe destacar el constructo de evitación experiencial como una de las dimensiones funcionales que mayor atención ha recibido en las últimas dos décadas (Chawla & Ostafin, 2007; Fledderus, Bohlmeijer, & Pieterse, 2010; Hayes et al., 2004). Se ha definido como “el fenómeno que ocurre cuando una persona no está dispuesta a ponerse en contacto con experiencias privadas concretas (p.ej. sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos, imágenes y/o predisposiciones conductuales) y da pasos para alterar la forma o frecuencia de dichas experiencias o de los contextos que las producen” (Hayes et al., 1996, p.1154).

El interés del constructo de evitación experiencial ha radicado en su implicación en problemas psicopatológicos como la ansiedad, depresión, fobia social, agorafobia y fobia a la sangre, entre otras (Hayes et al., 2004; Roemer,

Salters, Raffa, & Orsillo, 2005; Tull, Gratz, Salters, & Roemer, 2004; Wheaton, Berman, & Abramowitz, 2010). La evitación experiencial correlaciona con síntomas del trastorno de estrés posttraumático (Lewis, 2012), con la predisposición a alucinaciones auditivas y visuales (Langer, Cangas, Perez-Moreno, Carmona, & Gallego, 2010), así como también la evitación experiencial predice los atracones y ha sido señalada como un aspecto importante en los trastornos alimentarios (Lillis, Hayes, & Levin, 2011).

En el ámbito de la Psicología de la Salud se ha estudiado su relación con el mantenimiento del dolor crónico (McCracken, 1998). Asimismo, se ha señalado la correlación negativa de la evitación experiencial con medidas de calidad de vida, satisfacción percibida con la vida y comportamientos dirigidos hacia los valores personales (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006; Jacob, Ower, & Buchholz, 2013; Kashdan, Barrios, Forsyth, & Steger, 2006). Por su parte, en el ámbito laboral ha sido planteada su relación negativa con la salud mental y el bienestar laboral (Bond & Bunce, 2003; Donaldson-Feilder & Bond, 2004; Hayes et al., 2006), así como con el desempeño laboral (Bond & Flaxman, 2006). Además de lo anterior, se ha mostrado la relación positiva de la evitación experiencial con la presencia de problemas interpersonales (Gerhart, Baker, Hoerger, & Ronan, 2014). En concreto, esta relación ha sido explicada apuntando a que la evitación de la experiencia de la ansiedad en situaciones de interacción, paradójicamente incrementa la ansiedad social, provocando a su vez un comportamiento interpersonal más distante y más centrado en la evitación del

malestar que en la propia comunicación, lo cual termina perjudicando las relaciones sociales con una mayor probabilidad.

Entre las variables que consistentemente han sido relacionadas con la evitación experiencial han estado los trastornos emocionales (Hayes et al., 2006; Spinhoven, Drost, de Rooij, van Hemert, & Penninx, 2015). En este sentido, diversos estudios han apoyado la relación entre una mayor evitación experiencial y problemas de depresión (Chawla & Ostafin, 2007) y de ansiedad (Eifert & Heffner, 2003; Levitt, Brown, Orsillo, & Barlow, 2004). Además de ello, se ha señalado que la evitación experiencial no es sólo una consecuencia de la patología relacionada con la ansiedad, sino que se trata de una vulnerabilidad psicológica para la patología ansiosa (Kashdan et al., 2006).

En lo relativo a la evaluación de este constructo, el primer instrumento desarrollado para medir la evitación experiencial ha sido el Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ; Hayes et al., 2004). Una segunda versión de este cuestionario (AAQII; Bond et al., 2011) se desarrolló tras las críticas recibidas en el AAQ, especialmente sobre su baja consistencia interna ( $\alpha = \leq .70$ ), sobre la no adecuada distinción entre proceso y resultado (Chawla & Ostafin, 2007), así como sobre su pobre validez discriminante con medidas de afecto negativo y medidas de neuroticismo. No obstante, esta segunda versión también ha sido puesta en cuestión, entre otros motivos, por no resolver el problema de la

insuficiente validez discriminante con medidas de afecto negativo y neuroticismo.

El Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire (MEAQ; Gámez, Chmielewski, Kotov, Ruggero, & Watson, 2011) surge con la intención de suplir las limitaciones de las dos versiones del AAQ. Pretende ser un indicador de la evitación experiencial comprensible, fiable y diferenciado de la medida de neuroticismo. Sin embargo, su longitud (62 ítems) dificulta su aplicabilidad en diversos contextos donde los recursos temporales son limitados. Con el objetivo de desarrollar un cuestionario breve que pudiera ser utilizado de forma efectiva surgió el Brief Experiential Avoidance Questionnaire (BEAQ; Gámez et al., 2014). Sus autores señalan que este instrumento consigue reducir el tiempo de aplicación de 12 minutos en la escala completa (MEAQ) a 3 minutos. Además, abarca un contenido similar al MEAQ y ambas escalas muestran prácticamente la misma asociación convergente y discriminante. Esta breve versión, BEAQ, ha sido señalada como la medida más apropiada para medir la evitación experiencial en comparación con las ya comentadas (AAQ, AAQII y MEAQ) puesto que estas últimas presentan diversas limitaciones (Wolgast, 2014). No obstante, aún no existe una adaptación española publicada.

En otro orden de cosas, sería de interés la consideración de determinadas variables que pudieran ejercer un efecto de mediación entre la evitación experiencial y los trastornos emocionales, puesto que, tal y como apunta Hayes

(2013), es de gran importancia para el avance de la investigación el análisis de los procesos implicados en la relación entre variables. Concretamente, ha señalado, entre otros, la relevancia de atender a posibles efectos de mediación, para entender la asociación entre dos variables. Además de ello, algunos autores han reconocido el valor de estudiar la evitación experiencial junto con otros factores psicológicos de vulnerabilidad, para entender mejor su relación con terceras variables (Kashdan et al., 2006).

En esta línea, otro constructo de gran importancia considerado como transdiagnóstico, ha sido la autoestima (Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003). La autoestima representa el aspecto afectivo o evaluativo del autoconcepto. Los primeros autores que han trabajado sobre esta variable la han considerado como un constructo global que refleja una actitud de aprobación/desaprobación sobre uno mismo y que incluye tanto aspectos cognitivos como procesos emocionales (Rosenberg, 1965).

Más concretamente, se puede considerar a la autoestima como un constructo de gran relevancia que se ha puesto en relación con el bienestar psicológico y con mayores índices de salud física y mental (DeNeve & Cooper, 1998; Robins, Hendin, & Trzesniewski, 2001; Sanchez Moreno & Barron Lopez de Roda, 2003; Taylor & Brown, 1988), así como se ha asociado de manera negativa con procesos psicopatológicos (Ehnholt, Salkovskis, & Rimes, 1999; Rosenberg, 1965; Silverstone, 1991; Silverstone & Salsali, 2003; Skager &

Kerst, 1989). De entre éstos, los trastornos emocionales han sido uno de los más frecuentemente relacionados con una baja autoestima (Michalak, Teismann, Heidenreich, Ströhle, & Vocks, 2011; O'Brien, Bartoletti, & Leitzel, 2006; Orth & Robins, 2014).

En cuanto a la estimación de la autoestima, la escala de Rosenberg (1965) ha sido considerada gold-standard y es una de las más utilizadas hasta la actualidad (Huang & Dong, 2012; Tafarodi & Ho, 2006; Vázquez Morejón, Jimenez García-Bóveda, & Vázquez-Morejón, 2004).

En la línea apuntada anteriormente, es de interés señalar que algunos estudios han sugerido, de manera indirecta, que la evitación experiencial podría estar relacionada con la autoestima. Concretamente, en estas investigaciones no se han estudiado de forma directa ambos constructos, pero sí aspectos relacionados con ellos. Por ejemplo, se ha propuesto una conexión entre conducta y autoestima, señalándose que la autoestima depende de cómo una persona se comporte en relación a los desafíos de la vida: afrontando vs. evitando (Bednar & Peterson, 1995; Mruk, 1998). Esta vinculación entre conducta y autoestima se ha establecido al plantear que las consecuencias de cómo se manejen las dificultades cotidianas proporcionan información acerca de la propia persona y por ello están vinculadas a su nivel de autoestima. En concreto, se ha señalado que el estilo evitativo de respuesta ante el estrés no es efectivo a largo plazo y por tanto, afecta negativamente a la autoestima. Este estilo

evitativo ha sido considerado como un tipo particular de evitación experiencial, siendo ésta última un constructo más amplio que incluye también otras formas de evitación (Hayes et al., 2004).

Además de lo anterior, se ha sugerido que las personas que obtienen altas puntuaciones en evitación experiencial pueden llegar a percibirse a sí mismas como menos capaces de regular sus respuestas emocionales (Karekla & Panayiotou, 2011). Y esta autopercepción de menor capacidad podría estar relacionada con una más baja autoestima. A su vez, se ha apuntado el hecho de que la evitación experiencial impide el llevar a cabo acciones de acuerdo con valores (Fledderus et al., 2010). Es decir, que dificulta dar pasos hacia lo que es importante en la vida para la persona. En este sentido, el asumir la responsabilidad de actuar con relación a los valores y a los objetivos deseados por cada persona ha sido señalado como clave para el desarrollo de una buena autoestima (Branden, 1988, 1995). A partir de estos resultados podría suponerse que la evitación experiencial, en cuanto que limita la consecución de aspectos importantes para la persona, podría estar relacionada con una más baja autoestima. Además, Mruk (1998) considera el efecto recíproco al señalar que la autoestima también influye en cómo se comporta una persona ante los desafíos.

Por otra parte, el interés por el estudio de la relación entre la evitación experiencial y la autoestima también ha sido puesto de manifiesto por algunos

autores que han analizado directamente la relación entre ambas variables, así como su implicación en diversos procesos psicopatológicos. Sin embargo, estas investigaciones han sido escasas y no han mostrado resultados concluyentes. Unas, encontraron una asociación entre ambas variables y otras, efectos independientes, en su relación con distintas patologías (Al-Jabari, 2012; Moroz & Dunkley, 2015; Udachina et al., 2009; Udachina, Varese, Myin-Germeys, & Bentall, 2014).

Por consiguiente, ampliar el conocimiento de cómo la evitación experiencial y la autoestima se relacionan entre sí y cómo ambas variables se relacionan con una de las patologías con mayor prevalencia y relevancia en nuestra población, los trastornos emocionales, puede dar luz a los complejos y aún no claros mecanismos que derivan en la psicopatología. Indagar en estos procesos es lo que se propone en el presente estudio, por cuanto podría aportar importantes recursos de cara a los distintos niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria.

Asimismo, resulta igualmente de interés el abordar el desarrollo de instrumentos adecuados y validados para la medición de la evitación experiencial. Es por ello que se plantean los dos siguientes estudios.

## ESTUDIO 1

---

ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DEL BRIEF EXPERIENTIAL AVOIDANCE  
QUESTIONNAIRE (BEAQ) EN POBLACIÓN CLÍNICA CON  
TRASTORNOS EMOCIONALES: EL CUESTIONARIO BREVE DE  
EVITACIÓN EXPERIENCIAL (CBEE)



## **2. Estudio 1. Adaptación española del Brief Experiential Avoidance Questionnaire (BEAQ) en población clínica con trastornos emocionales: el Cuestionario Breve de Evitación Experiential (CBEE)**

### **2.1. Abstract**

The purpose of this study was to adapt and validate a Spanish version of the Brief Experiential Avoidance Questionnaire (Gámez et al., 2014) in a clinical sample with emotional disorders treated at a Community Mental Health Center ( $N=135$ ). Results showed satisfactory internal consistency ( $\alpha=.80$ ). No statistically significant gender differences were found in the CBEE scores. The data also showed high test-retest reliability after four to six weeks, acceptable concurrent validity with another measure of experiential avoidance (AAQII) and acceptable convergent validity with a psychopathology measure (SCL-90-R). Exploratory factor analysis supported the one-factor structure proposed in the original scale. The implications and limitations of the study are discussed. The results firmly supported the reliability and validity of this Spanish adaptation, stressing its usefulness as a measure of experiential avoidance in clinical populations with emotional disorders.

## **2.2. Introducción**

En el estudio 1 se aborda el trabajo de traducción, adaptación y validación de la escala Brief Experiential Avoidance Questionnaire (BEAQ; Gámez et al., 2014) en población clínica española con trastornos emocionales.

La adaptación de cuestionarios a idiomas y contextos culturales distintos de los que fueron desarrollados se ha incrementado en las últimas décadas, en parte debido a los cambios sociales y tecnológicos que han facilitado un mayor acercamiento entre culturas (Muñiz, Elosua, & Hambleton, 2013). Esto ha dado lugar al desarrollo de una serie de directrices que pretenden garantizar un correcto proceso de adaptación de los instrumentos. Concretamente, entre dichas directrices, la Comisión Internacional de Test incluye la evaluación de la relevancia del constructo medido por el test en la población de interés.

En esta línea, es posible afirmar que junto con el creciente interés en la tercera generación de Terapias Cognitivo-Conductuales, y especialmente en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, en inglés), el constructo evitación experiencial está recibiendo una importante atención en la comunidad científica y clínica en las últimas dos décadas (Wolgast, 2014), especialmente en el ámbito de los trastornos emocionales (Chawla & Ostafin, 2007; Eifert & Heffner, 2003; Hayes et al., 2006; Levitt et al., 2004; Spinhoven et al., 2015).

La evitación experiencial ha sido definida como “el fenómeno que ocurre cuando una persona no desea permanecer en contacto con experiencias privadas concretas (p.ej. sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos, imágenes, predisposiciones conductuales) y da pasos para alterar la forma o frecuencia de dichas experiencias o de los contextos que las producen” (Hayes et al., 1996, p.1154). En el polo contrario estaría la aceptación, que ha sido definida como la apertura a la experiencia, sin juzgarla, aquí y ahora (Hayes, 2004, p.656) a la vez que se prosigue hacia los propios objetivos y valores (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). Se han señalado dos componentes clave en esta definición de aceptación: por una parte, la apertura a experimentar todos los eventos privados negativos (pensamientos, sentimientos, sensaciones, etc.). Por otra parte, la actuación en base a valores, a lo que es importante para uno/a mismo/a. Se ha destacado que mediante la aceptación se puede utilizar de una manera más efectiva la energía en comportamientos dirigidos hacia los valores, en vez de emplearla en la evitación o control de esos sucesos negativos (Bond & Bunce, 2003).

El contexto cultural, por una parte, es relevante en cuanto a las actitudes que promueve hacia la propia experiencia interna. Las principales teorías sociales sobre la emoción ya señalan que ésta es un proceso adaptativo influido por el contexto social (León, Medina, Barriga, & Cantero, 1998). De este modo, determinados mensajes culturales y sociales promueven el cómo se experimenten las emociones y aspectos internos desagradables, cómo se

expresen y en qué medida se permitan fluir en la experiencia de lo cotidiano. Concretamente, desde la infancia y a medida que las personas se van haciendo adultas, en la cultura occidental reciben un continuo de mensajes afirmando que la clave para alcanzar la salud física y mental, así como la felicidad, es no experimentar vivencias internas negativas (Hayes, 2011).

Por otra parte, la evitación de eventos desagradables no es sólo un mensaje cultural sino también es una reacción humana natural con valor adaptativo. No querer probar un alimento que previamente provocó malestar o no tocar un electrodoméstico que anteriormente dio calambre es una respuesta normal que previene el experimentar situaciones negativas e incluso garantiza la supervivencia. No obstante, cuando la evitación se aplica al mundo interior, por ejemplo de las emociones y pensamientos, y se convierte en un estilo de respuesta rígido e inflexible donde prima la evitación del malestar frente a otros aspectos (como por ejemplo el contacto social y las relaciones humanas o la consecución de metas importantes para uno/a) se habla de evitación experiencial.

La importancia de este constructo viene respaldada por la investigación que propone a la evitación experiencial como un importante factor implicado en el desarrollo y mantenimiento de la psicopatología. Diversos estudios han señalado la asociación entre mayor evitación experiencial y mayores problemas interpersonales, así como mayor psicopatología (Gerhart et al., 2014; Hayes et al., 2006; Spinhoven et al., 2015). Además, existe una asociación entre una

mayor aceptación y medidas de bienestar y calidad de vida (Hayes et al., 2006; Jacob et al., 2013; Kashdan et al., 2006).

El Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ; Hayes et al., 2004) ha sido el primer instrumento desarrollado para medir la evitación experiencial como un constructo global. Es un cuestionario autoinformado del cual se han desarrollado dos modalidades de 9 y 16 ítems respectivamente (Hayes et al.), que se puntúan en una escala Likert de 7 opciones. Ambas versiones han mostrado correlación. Los ítems apuntan a un único factor, a pesar de que miden aspectos conceptuales distintos, como son las excesivas evaluaciones negativas de las experiencias internas, autoreferencias negativas o la inhabilidad para actuar debido a las experiencias internas, entre otras.

A pesar de haber sido una de las escalas más utilizadas para medir la evitación experiencial, han sido señaladas diversas limitaciones en el AAQ. Entre ellas, cabe destacar su inadecuada y baja consistencia interna (alpha de Cronbach  $\leq .70$ ), así como la no distinción entre proceso y resultado (Chawla & Ostafin, 2007). En este sentido, se ha criticado que los ítems que suponen medir la evitación experiencial contienen en cambio formulaciones relacionadas con resultados adaptativos o desadaptativos de esa evitación experiencial, en términos de malestar psicológico, bienestar o funcionamiento (Wolgast, 2014). En esta línea, ha sido apuntada también su pobre validez discriminante con otras medidas de afecto negativo y medidas de neuroticismo. Además de ello, el

contenido de los ítems parece solapar la información referida a la experiencia de malestar, es decir, cómo uno se siente, con la referida a cómo uno reacciona a cómo se siente, que serían las estrategias regulatorias. Por último, también se ha puesto en cuestión si el cuestionario capta todos los aspectos del constructo evitación experiencial, al ser diseñado para evaluar tan sólo dos aspectos concretos de la evitación experiencial: “no aceptación del malestar” e “interferencia con valores” (Gámez et al., 2011).

La segunda versión del AAQ (AAQII; Bond et al., 2011) es una escala compuesta por 10 ítems que se puntúan, al igual que la anterior, en una escala Likert con 7 categorías de respuesta. Posteriormente, 3 de estos ítems fueron eliminados de la escala, estando finalmente compuesto el AAQII por 7 ítems. No obstante, según indican Bond et al., ambas versiones con 7 y 10 ítems serían válidas. A su vez, señalan que este cuestionario tiene mejores propiedades psicométricas que el AAQ y una más clara estructura factorial.

Otra medida global de la evitación experiencial que fue desarrollada a partir de las mencionadas anteriormente es el Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth (AFQ-Y; Greco, Lambert, & Baer, 2008), destinada a niños y adolescentes.

Por otra parte, se han desarrollado otras versiones más específicas de este instrumento en patologías concretas, que además permiten medir el cambio tras

intervenciones terapéuticas. Entre ellas, se encuentra el Acceptance and Action Questionnaire for Weight (AAQW; Lillis & Hayes, 2008) para problemas con el peso; The Voices Acceptance and Action Scale (VAAS; Shawyer et al., 2007) para la psicosis; The Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ; McCracken, Vowles, & Eccleston, 2004) para el dolor crónico; The Acceptance and Action Diabetes Questionnaire (AADQ; Gregg, Callaghan, Hayes, & Glenn-Lawson, 2007) para el tratamiento de la diabetes; The Acceptance and Action Epilepsy Questionnaire (AAEpQ; Lundgren, Dahl, & Hayes, 2008), para la epilepsia; y The Work-Related Acceptance and Action Questionnaire (WAAQ; Bond, Lloyd, & Guenole, 2013), entre otros. Estos cuestionarios tienen la ventaja de contemplar medidas específicas de evitación para cada área problemática. Sin embargo, no miden la evitación experiencial de una forma más global (Schmalz & Murrell, 2010).

En relación con las escalas globales de medición de la evitación experiencial, se ha señalado que la segunda versión, el AAQII, supera algunas de las limitaciones presentadas por el AAQ, mostrando mejores propiedades psicométricas, como por ejemplo una consistencia interna mayor que la escala original (alfa de Cronbach entre .81- .87) y una estructura factorial más clara (Bond et al., 2011). No obstante, al igual que ocurría con la primera versión, ha recibido críticas en cuanto a su insuficiente validez discriminante con medidas de afecto negativo y neuroticismo, especialmente en muestras clínicas (Gámez et al., 2014). En este sentido, el AAQII tiene una mayor correlación con medidas

de neuroticismo y de afecto negativo que con el AAQ y con otras medidas de evitación (Gámez et al., 2011). Según dichos autores, esto se observa atendiendo al contenido de los ítems, que por ejemplo, se centran en intentos fallidos de controlar el malestar y sus consecuencias (p.ej. “mis emociones me causan problemas en la vida”; “mis preocupaciones obstaculizan mi superación”). Esto puede conducir a la contaminación de criterio (Gámez et al.), ya que confunde proceso con resultado.

Otro de los aspectos criticados en ambas escalas (AAQ y AAQII) es que los autores en un primer momento las conceptualizaron como medidas de evitación experiencial, pero posteriormente redefinieron su alcance, señalando que eran medidas de rigidez psicológica. Este constructo incluye aspectos de la evitación experiencial pero también de otros conceptos como fusión cognitiva, falta de contacto con los valores, falta de acción comprometida y de atención al presente (Bond et al., 2011), sobrepasando el contenido de la variable evitación experiencial (Gámez et al., 2011).

Por otra parte, recientes estudios indican que estas dos versiones del AAQ parecen no abarcar las distintas manifestaciones de la evitación experiencial (comportamientos, pensamientos y emociones). Esta distinción es importante según Gámez y colaboradores (2011) en cuanto que distintos tipos de evitación pueden tener diversas manifestaciones psicopatológicas, además de requerir distintas estrategias de intervención y tratamiento.

El Cuestionario Multidimensional de Evitación Experiencial (MEAQ; Gámez et al., 2011) surge con el objetivo de suplir las limitaciones de las dos versiones del AAQ. Pretende ser una medida de la evitación experiencial comprensible, fiable y diferenciada de la medida de neuroticismo. Se trata de un instrumento de 62 ítems que contiene 6 subescalas: evitación conductual, aversión al malestar, tendencia a demorar, distracción/supresión, represión/negación y resistencia al malestar. Los ítems se puntúan en una escala de 6 opciones de respuesta (1= totalmente en desacuerdo a 6 = totalmente de acuerdo). Las subescalas presentan buena consistencia interna y la puntuación total se relaciona tanto con otras medidas de evitación, como se diferencia de medidas de afectividad negativa (Gámez et al.). Sin embargo, a pesar de los referidos avances que este cuestionario supone a la hora de evaluar la evitación experiencial, su longitud dificulta su aplicabilidad, especialmente en diversos contextos asistenciales donde el tiempo disponible para las intervenciones es limitado.

Con el objetivo de desarrollar un cuestionario breve que pudiera ser utilizado de forma efectiva, surgió el Brief Experiential Avoidance Questionnaire (BEAQ; Gámez et al., 2014). Por ser de interés, a continuación se detallan algunos aspectos del cuestionario así como del proceso de creación del instrumento. Se trata de una escala de 15 ítems puntuados en una escala Likert de 6 opciones de respuesta (1= totalmente en desacuerdo a 6= totalmente de acuerdo). Sus autores señalan que este instrumento consigue reducir el tiempo

de aplicación de 12 minutos en la escala completa (MEAQ) a 3 minutos. Además, abarca un contenido similar que la escala completa y muestran prácticamente la misma asociación convergente y discriminante.

Los ítems se seleccionaron a partir de la escala MEAQ, tanto a partir de la carga ( $>|.40|$ ) que presentaron sobre un mismo factor, como a partir de la mayor representatividad de contenido de las distintas subescalas. Con un total de 15 ítems se consiguió un nivel adecuado de consistencia interna ( $\alpha > .80$ ), así como cubrir la mayoría del contenido que la escala MEAQ recoge. El contenido de los ítems abarca la evitación de las siguientes experiencias internas: dolor, malestar, esfuerzo, disgusto, desagrado, molestia, emociones, emociones dolorosas, sentimientos, sentimientos negativos, sentimientos inquietantes, miedo/ansiedad, recuerdos desagradables y dudas. Ocho ítems se refieren a comportamientos evitativos explícitos (procedentes de las subescalas del MEAQ evitación, distracción/supresión y tendencia a demorar). Cuatro ítems refieren actitudes y creencias en relación con el malestar (de la subescala del MEAQ aversión al malestar). Dos ítems se refieren a evitación implícita (de la subescala del MEAQ represión/negación), y un ítem evalúa la habilidad de responder de forma efectiva al malestar (de la subescala resistencia al malestar).

Para la validación del BEAQ, los autores de la versión original utilizaron tres muestras con distintas poblaciones (estudiantes, población comunitaria y población clínica) en un proceso de tres fases. En la primera se administró el

MEAQ a las tres poblaciones antes señaladas. El objetivo fue determinar qué ítems seleccionar para la medida breve. En la segunda fase se volvió a administrar el MEAQ a otras dos poblaciones distintas de estudiantes y pacientes, y únicamente se analizaron los resultados de los ítems seleccionados en la fase 1 y no el MEAQ completo. En la tercera fase, sólo se administraron los 15 ítems del BEAQ y no el MEAQ completo, en este caso a dos nuevas muestras independientes comunitaria y de estudiantes. La consistencia interna obtenida fue buena, alcanzando un valor similar en las tres fases de validación con las distintas poblaciones (media  $\alpha = .84$ ). Además, la escala mostró las asociaciones esperadas (validez convergente) con otras medidas de evitación, psicopatología y calidad de vida, así como se diferenció (validez discriminante) de otras medidas de afectividad negativa y neuroticismo.

A partir de los resultados obtenidos, los autores concluyeron que el BEAQ era un buen instrumento de medida de la evitación experiencial, consiguiendo una evaluación similar al MEAQ en distintas poblaciones (estudiante, comunitaria y clínica) y reduciendo el tiempo de aplicación del instrumento. Este último aspecto es clave y tiene una gran relevancia en la práctica clínica actual, debido especialmente a los limitados recursos asistenciales.

A pesar de las conclusiones positivas sobre el BEAQ, los autores también señalaron una serie de limitaciones. En primer lugar, apuntaron a la falta de

diversidad en determinadas muestras en el proceso de validación, lo que puede limitar la generalización de algunas conclusiones. En segundo lugar, señalaron la falta de datos en relación a la fiabilidad test-retest. No obstante, en este sentido, indicaron que éste es un paso evaluado normalmente después del desarrollo inicial de la prueba, por lo que no sería imprescindible su aportación. Por otra parte, señalaron el hecho de que la recogida de datos se limitara únicamente a una metodología autoinformada y los resultados fueran también vulnerables a las limitaciones de la utilización de un único instrumento de medida. Por último, refirieron como una posible limitación de esta versión breve la imposibilidad de medir las subdimensiones de la evitación experiencial recogidas en el MEAQ.

A pesar de dichas limitaciones, esta breve versión, BEAQ, ha sido señalada como la medida más apropiada para medir la evitación experiencial por delante de las comentadas previamente: AAQ, AAQII y MEAQ (Wolgast, 2014). No obstante, aún no existe una adaptación española publicada. Debido a la relevancia del constructo evitación experiencial y a su asociación negativa con medidas de bienestar, consideramos de gran importancia adaptar y validar este instrumento en población española, concretamente en una muestra clínica con trastornos emocionales.

### 2.3. Objetivo e hipótesis

El estudio 1 tiene como objetivo la adaptación al español del instrumento BEAQ (Gámez et al., 2014) y su validación en población clínica con trastornos emocionales. Las hipótesis de las que partimos son las siguientes:

- *Hipótesis 1:* el Cuestionario Breve de Evitación Experiencial (CBEE) presentará una adecuada fiabilidad en cuanto a consistencia interna.
- *Hipótesis 2:* el CBEE presentará una adecuada fiabilidad temporal.
- *Hipótesis 3:* el CBEE presentará una adecuada validez concurrente con otra escala de medida de la evitación experiencial.
- *Hipótesis 4:* el CBEE tendrá una adecuada validez convergente con otras medidas de psicopatología.
- *Hipótesis 5:* el CBEE mostrará una adecuada validez de constructo con una estructura factorial similar a la aportada por Gámez et al. (2014) en la escala original.

## 2.4. Método

**2.4.1. Participantes.** La muestra estuvo compuesta por 135 participantes atendidos en una Unidad de Salud Mental Comunitaria perteneciente al Servicio Andaluz de Salud. Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Cumplir con alguno de los criterios diagnósticos de los distintos trastornos emocionales según la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1992). Estos incluyen: episodios depresivos (F32), trastorno depresivo recurrente (F33), trastornos del humor (afectivos) persistentes (F34), trastornos de ansiedad fóbica (F40), otros trastornos de ansiedad (F41), trastorno obsesivo-compulsivo (F42), reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación (F43).
- Mayor de edad (>17 años).
- Aceptación de participación en el estudio.
- Ausencia de deterioro cognitivo o de otra limitación física que impida la realización del cuestionario.

La media de edad fue de 46.67 años con un rango de 18-78 años (*D.T.*=12.25). La distribución de la variable género fue de 38 hombres (28.1%) y 97 de mujeres (71.9%). El diagnóstico utilizado para la inclusión en el estudio fue el realizado por el facultativo referente de cada paciente en la Unidad de Salud Mental Comunitaria. Otros datos sociodemográficos y clínicos se pueden ver en la Tabla 1.

Tabla 1  
*Características Sociodemográficas de los Participantes*

Variables	N	Porcentaje
<b>Estado civil</b>		
Soltero/a	40	29.6
Casado/a/Pareja	76	56.3
Separado/a/Divorciado/a	17	12.6
Viudo/a	2	1.5
<b>Total</b>	135	100
<b>Nivel educativo</b>		
Primarios/E.G.B.	21	15.6
Secundarios	28	20.7
Bachiller/F.P.	37	27.4
Universitarios	49	36.3
<b>Total</b>	135	100
<b>Situación laboral</b>		
Empleo	79	58.5
Desempleo	25	18.5
Pensionista	1	0.7
Invalidez	5	3.7
Jubilación	2	1.5
Estudiante	7	5.2
Tareas domésticas	16	11.9
<b>Total</b>	135	100
<b>Diagnóstico</b>		
Trastornos depresivos	21	15.5
Trastornos de ansiedad	66	48.9
Trastornos adaptativos	48	35.6
<b>Total</b>	135	100

**2.4.2. Design.** The data for this cross-sectional study were acquired in two sessions with a four-to-six week interval between them. The non-random sample was selected by non-probability sampling on the basis of accessibility.

### **2.4.3. Instruments.**

**Brief Experiential Avoidance Questionnaire (BEAQ;** Gámez et al., 2014). This is a self-report questionnaire with 15 items that measure experiential avoidance. In its original version, the BEAQ shows association with measures of avoidance, psychopathology and quality of life, as well as it shows strong convergence with each of the six dimensions of the Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire (MEAQ; Gámez et al., 2011), the original scale which the items for this short version were extracted from. The items are rated on a 6-point Likert scale (1 = "strongly disagree" to 6 = "strongly agree"). The scores range from 15 to 90 points. Higher scores show greater experiential avoidance. The original scale has good reliability, with a Cronbach's alpha of .80 to .89 for the various samples.

**Acceptance and Action Questionnaire II (AAQII)** (Bond et al., 2011). This is a self-report scale measuring experiential avoidance. The seven items in the Spanish adaptation (Ruiz, Langer Herrera, Luciano, Cangas, & Beltrán, 2013) measure on a 7-point Likert scale (1 = "never true" to 7 = "always true"). The items evaluate unwillingness to experience unwanted emotions, thoughts and feelings and the inability to act according to values. Scores range from 7 to 49, with higher scores showing higher experiential avoidance. The Spanish version of the AAQII has acceptable internal consistency, with a Cronbach's alpha of .75 for a sample of clinical patients.

**Symptoms Checklist-90-Revised (SCL-90-R)**; Derogatis, 1977). This self-report scale is composed of 90 items covering a wide variety of psychopathological manifestations. The items are scored on a scale of 0-4 (0 = "not at all" to 4 = "very or extremely"), based on the intensity with which a series of symptoms were experienced during the previous week. The nine dimensions evaluated are somatization, obsessive-compulsive, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid ideation and psychoticism. The results offer a symptomatic profile as well as three global indexes: global severity index, total positive symptoms and positive symptom distress index. The Spanish adaptation (Gonzalez de Rivera, de las Cuevas,

Rodríguez-Abuin & Rodríguez-Pulido, 2002) used has a Cronbach's alpha coefficient of .94 for the 90 elements included in the test.

**2.4.4. Procedure.** First, authorization was requested from the main author of the BEAQ scale for its translation and validation in a Spanish sample. With his permission, it was translated into Spanish by the reverse translation method. Thus two professionals familiar with the subject and with extensive knowledge of the English language proceeded independently to its translation into Spanish. In the process of translating the items, slight modifications were made as necessary to maintain the original meaning of each item. The authors discussed any disagreements until a consensus could be reached. Then another bilingual professional independently translated the Spanish version back into English again. This English translation was compared with the original, finding very high coincidence of the two versions. This scale was applied to a pilot sample of six patients with emotional disorders to make sure they understood it, and it was unnecessary to make any changes in the items. The CBEE as well as the original English instrument (BEAQ) are included in Appendices 4 and 5, respectively.

After that, to collect the data for the study, the CBEE and the other scales were applied to a sample of patients diagnosed with emotional disorders as part of their routine evaluation in a Community Mental Health Unit in Seville. They were previously informed about the aim of the study, that their participation was

voluntary (Appendix 1), and their written consent was requested (Appendix 2). The scales were always applied in the same order, first the CBEE, and afterwards, the AAQII and the SCL-90-R. A professional was always present during their administration. Twenty-six of these patients were requested to complete the CBEE again 4-6 weeks later.

This research was approved (Code RVM16) by the Andalusian Biomedical Research Ethics Committee (see Appendix 3).

**2.4.5. Data Analysis.** First, a descriptive analysis of the CBEE items was carried out by calculating measures of central tendency and dispersion, specifically, the mean, standard deviation, the rank of the score on each item in the sample analyzed and the scale total. Skewness and kurtosis were calculated as well to determine the behavior of the data found from the questionnaire. Next, the normal distribution of data was checked using the Kolmogorov-Smirnov test of normality.

Likewise, scores were described by gender using measures of central tendency and dispersion. The Student's *t* test was also calculated to analyze for any possible gender differences in the scores.

CBEE internal consistency, or homogeneity, that is, the extent to which all items contribute to the concept measured, was then calculated using the Cronbach's alpha coefficient. The mean and variance of the scale were also calculated when

an element was removed, as well as the corrected total item correlation and the Cronbach's alpha for the scale when each item was deleted. In addition, temporal reliability was analyzed with the Pearson's  $r$  correlation. This indicator measured the variation between questionnaire measurements at two different times four to six weeks apart.

Furthermore, the Kaiser-Meyer-Olkin analysis was performed to find out whether the data fit the factorial model, as well as the Barlett's sphericity test to determine whether the items were correlated and adequate for factor analysis. To determine the factor loadings, an analysis of main components with Varimax rotation was carried out, specifying a one-factor solution as proposed by the authors of the original scale. Finally, the instrument validity, which refers to the extent to which the instrument measures what it is intended to measure, was analyzed. First, we calculated the concurrent validity of the CBEE with the AAQII as a reference measure of experiential avoidance, using the Pearson's  $r$  correlation coefficient. An analysis of convergent validity of experiential avoidance with the SCL-90-R, a general psychopathology measure, was performed using Pearson's correlation. Specific correlation with the global severity index, as well as with the subscales most related to emotional disorders (anxiety, depression, phobic anxiety, somatization and obsessive-compulsive) were also explored. Statistical analyses were performed using SPSS v.21.

## 2.5. Resultados

**2.5.1. Datos descriptivos.** Las características descriptivas del CBEE en la muestra analizada se presentan en la Tabla 2, donde se exponen las medias, desviaciones típicas y rangos de los 15 ítems, así como de la puntuación total del CBEE. También se presentan los índices de asimetría y curtosis, que reflejan el comportamiento de los datos en la muestra analizada. Se observa una ligera asimetría negativa a la izquierda ( $g=-.26$ ) y una curtosis ligeramente platicúrtica ( $k=-.45$ ). No obstante, la prueba de contraste de normalidad Kolmogorov-Smirnov confirmó que la distribución de la puntuación del CBEE sigue una distribución normal, al ser el nivel de significación mayor a .05 ( $Z= .795$ ;  $p = .553$ ).

Tabla 2

*Estadísticos Descriptivos de los Ítems y Puntuación Total del CBEE (N=135)*

Nº ítem CBEE	Media	D.T.	Mínimo	Máximo	Asimetría	Curtosis
1	3.67	1.66	1	6	-0.24	-1.24
2	3.66	1.68	1	6	-0.25	-1.24
3	4.04	1.69	1	6	-0.42	-1.10
4	2.96	1.91	1	6	0.36	-1.47
5	3.81	1.79	1	6	-0.41	-1.20
6	3.41	1.82	1	6	0.12	-1.44
7	4.27	1.66	1	6	-0.67	-0.83
8	3.30	1.67	1	6	0.01	-1.27
9	3.76	1.90	1	6	-0.24	-1.47
10	4.22	1.71	1	6	-0.68	-0.84
11	4.73	1.37	1	6	-0.88	-0.26
12	4.27	1.68	1	6	-0.63	-0.93
13	4.18	1.55	1	6	-0.51	-0.79
14	3.34	1.65	1	6	0.04	-1.28
15	4.41	1.82	1	6	-0.77	-0.93
Total	58.04	13.57	25	90	-0.26	-0.45

La prueba *t* de Student para muestras independientes mostró la ausencia de diferencias significativas en las puntuaciones entre el grupo de mujeres ( $M=58.62$ ,  $D.T.=12.31$ ) y de hombres ( $M=56.58$ ,  $D.T.=16.26$ ) en cuanto al nivel de evitación experiencial ( $t= -.698$ ;  $p > .05$ ).

### **2.5.2. Medidas de fiabilidad**

*Consistencia Interna.* El alpha de Cronbach obtenido para la totalidad de la escala fue de .82, lo cual indica una alta consistencia interna del instrumento. Se puede afirmar por tanto que todos sus ítems contribuyen a la medición del constructo de evitación experiencial.

En la Tabla 3 se muestra la media y la varianza de la escala si se elimina el elemento, así como la correlación ítem-total corregida y el alpha de Cronbach si se elimina cada ítem de la escala. La correlación ítem-total corregida fue superior a .35 en 13 de los 15 ítems, un valor adecuado y significativo según los criterios de Cohen y Manion (1990). Las dos excepciones fueron los ítem 3 y 6, que obtuvieron una correlación con el total de la escala de  $r = .19$  y de  $r = .11$ , respectivamente. Con estos resultados, se exploraron los valores de alpha de Cronbach en el caso de eliminar dichos ítems de la escala. Con la eliminación del ítem 3, el alpha de Cronbach se mantuvo en  $r = .82$ . En cuanto al ítem 6, el alpha de Cronbach sólo subió ligeramente al eliminarlo, pasando de obtener un valor de  $r = .82$  para la totalidad de los ítems a  $r = .83$ . La eliminación de los

restantes ítems no mejoraría, en ningún caso, el alpha de Cronbach obtenido con el total de la escala.

Tabla 3

*Estadísticos Total-Elemento de Consistencia Interna del CBEE (N=135)*

Nº ítem CBEE	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alpha de Cronbach si se elimina el elemento
1	54.38	162.77	.44	.81
2	54.39	160.70	.49	.80
3	54.01	173.25	.19	.82
4	55.09	160.95	.41	.81
5	54.24	160.74	.45	.81
6	54.64	175.55	.11	.83
7	53.79	162.56	.45	.81
8	54.75	160.46	.50	.80
9	54.29	159.46	.44	.81
10	53.83	159.98	.50	.80
11	53.33	163.98	.53	.80
12	53.78	157.11	.58	.80
13	53.87	167.48	.36	.81
14	54.71	157.52	.58	.80
15	53.64	157.62	.51	.80

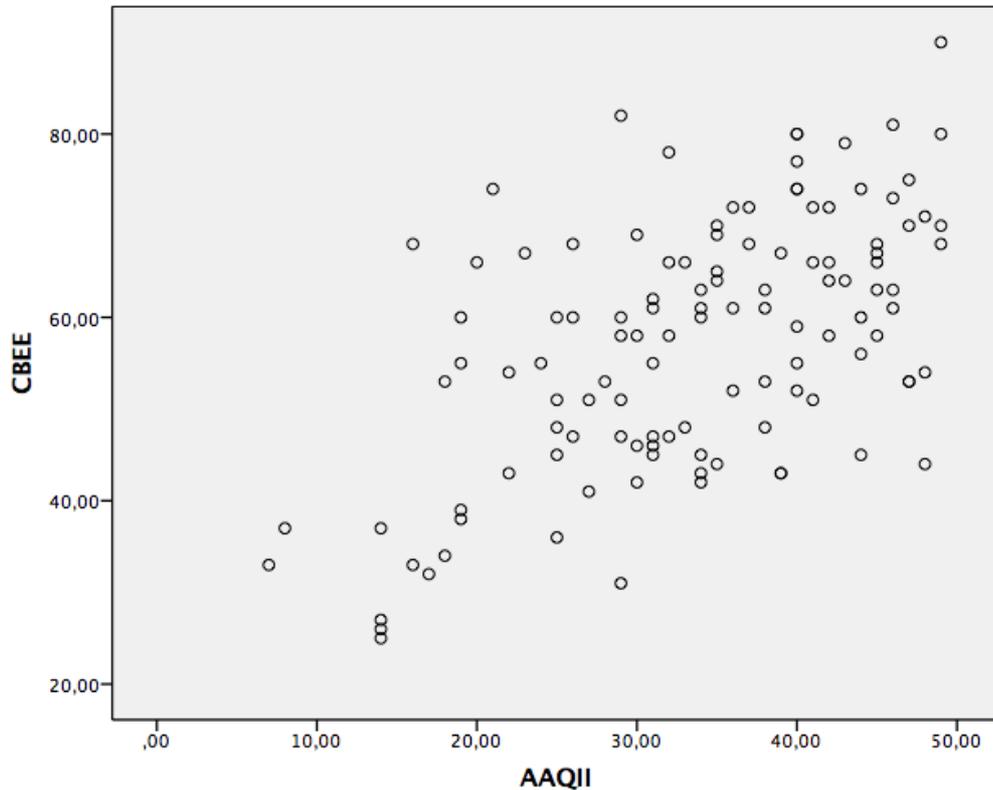
*Fiabilidad temporal.* Los resultados mostraron una correlación positiva alta ( $r = .84, p < .01$ ) entre las dos aplicaciones del CBEE tras un intervalo de 4-6 semanas. Ello indica una alta fiabilidad temporal del instrumento en la versión española con población clínica con trastornos emocionales.

### **2.5.3. Medidas de validez**

*Validez concurrente.* La validez concurrente entre el CBEE y el AAQII, explorada mediante el índice de correlación de Pearson, fue significativa, obteniendo un valor de  $r = .57 (p < .01)$ . Este resultado confirma la correlación del CBEE con otra medida de evitación experiencial, el AAQII, e indica que a mayor evitación experiencial medida con el CBEE, mayor evitación experiencial es reflejada por el AAQII. La Figura 1 muestra la correlación entre las dos escalas.

Figura 1

*Correlación de las puntuaciones del CBEE y del AAQII mediante la prueba  $r$  de Pearson*



*Validez convergente.* Para analizar la validez convergente de la medida de evitación experiencial (CBEE) con otras medidas de psicopatología se utilizó tanto el índice global de severidad del inventario de síntomas SCL-90-R (Derogatis, 1977), como cinco de las subescalas del mismo instrumento: ansiedad, depresión, ansiedad fóbica, somatización y obsesión-compulsión. Se realizaron análisis de correlación de Pearson de los anteriores indicadores con la puntuación global del CBEE, obteniéndose una correlación significativa en todos los casos. Los resultados pueden observarse en la Tabla 4.

Tabla 4

*Correlaciones del CBEE con el Índice Global de Severidad y con las Subescalas del SCL-90-R*

Subescala SCL-90-R	N	CBEE
Ansiedad	51	.43**
Depresión	51	.50**
Ansiedad fóbica	49	.45**
Somatización	50	.31*
Obsesión-compulsión	50	.51**
Índice global de severidad	44	.56**

---

\* Significativo al 0.05 \*\* Significativo al 0.01

**2.5.4. Análisis factorial.** Por una parte se calculó la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (*KMO*). Con este estadístico se valoró si los datos se ajustaban a los criterios requeridos para un análisis factorial, en tanto que se comprueba si las correlaciones parciales entre las variables tienen un tamaño suficiente como para realizar dicho análisis. Los valores bajos indicarían la no recomendación de realizar un análisis factorial, ya

que las correlaciones entre los pares de variables no podrían ser explicadas por otras variables. Se obtuvo una puntuación de .74, lo cual confirmó que era apropiado realizar un análisis factorial, al considerarse el criterio mínimo  $KMO > .50$ . Por otra parte, se llevó a cabo la prueba de esfericidad de Barlett para determinar si los ítems estaban correlacionados y el modelo factorial era adecuado para explicar los datos. Concretamente, este análisis contrasta la hipótesis nula de que la matriz de correlaciones es una matriz de identidad y si se confirmara significaría que no existen correlaciones significativas entre las variables y no sería adecuado llevar a cabo un análisis factorial. El resultado fue significativo ( $X^2 = 582.46$ ;  $p < .01$ ), lo cual indicó que sí existían relaciones significativas entre las variables y, por lo tanto, era apropiado realizar un análisis factorial.

Tras las pruebas anteriores, se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio de componentes principales con rotación Varimax, forzándose a una solución de un factor. Los primeros cinco autovalores fueron 4.52, 1.64, 1.24, 1.12 y 1. El factor extraído explicó un 30.11% de la varianza. La Tabla 5 muestra la saturación de cada ítem para este único factor. A su vez, en la Figura 2, se muestra la gráfica de sedimentación donde se aprecia la varianza explicada por este primer factor.

Tabla 5

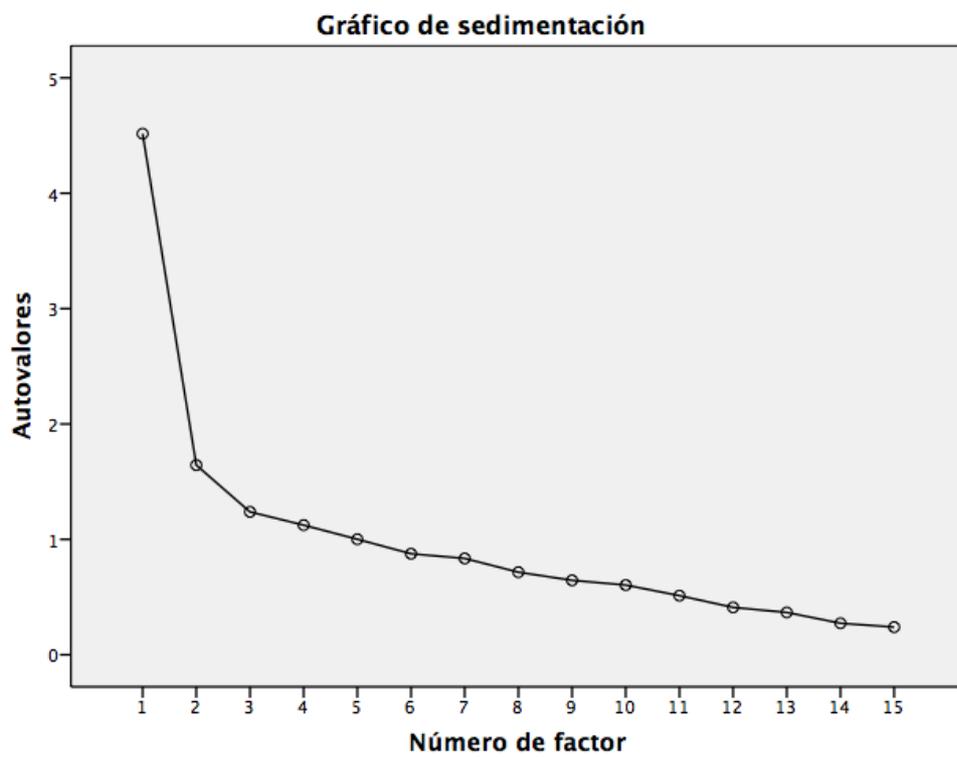
*Saturación de los Ítems del CBEE tras Análisis de Componentes Principales con Rotación Varimax para Solución de un Factor (N= 135)*

Item	Carga factorial
1	.56
2	.58
3	.25
4	.47
5	.54
6	-.15
7	.55
8	.64
9	.54
10	.60
11	.62
12	.66
13	.48
14	.69
15	.62

---

Figura 2

Gráfico de Sedimentación para el CBEE



## 2.6. Discusión

Los resultados del presente estudio muestran unas adecuadas propiedades psicométricas de la adaptación española del BEAQ (CBEE) en población clínica con trastornos emocionales, lo cual aconseja su utilización como medida de la evitación experiencial en población clínica con trastornos ansioso-depresivos. Además, en términos generales, se podría afirmar que esta adaptación alcanza características psicométricas similares a las reflejadas por los autores en la versión original inglesa BEAQ (Gámez et al., 2014).

El rango de puntuación en la escala puede oscilar entre 15 y 90 puntos. En el presente estudio, la media de la puntuación total obtenida en la muestra española es de 58.04 puntos. Este valor es muy parecido al obtenido en las dos muestras clínicas analizadas con el instrumento original inglés ( $M=56.41$  y  $M=52.03$ , respectivamente). La desviación típica presentada ( $D.T.=13.57$ ) es asimismo semejante a la obtenida con el instrumento original ( $D.T.=12.64$  y  $D.T.=12.23$ , respectivamente). En este sentido, se puede apuntar que la similitud observada entre las puntuaciones obtenidas en la validación española y en el instrumento original es esperable, ya que ambas muestras se basan en población clínica con trastornos emocionales. De hecho, la diferencia es mayor si se

compara la puntuación clínica española, por ejemplo con la media obtenida en la muestra comunitaria de la versión original inglesa ( $M=43.33$ ).

La presente adaptación española ha obtenido una buena consistencia interna ( $\alpha = .82$ ), que a su vez ha sido parecida a la aportada por Gámez et al. (2014) de  $\alpha = .83$  en población clínica. Este resultado apoya la homogeneidad de la escala y la contribución de todos los ítems a la medición del constructo de evitación experiencial en la versión española analizada, por lo que se confirma la hipótesis 1 sobre la adecuada fiabilidad en cuanto a consistencia interna.

Por otra parte, si se analiza con detalle la correlación de cada ítem con el total de la escala, se observa una puntuación más baja en los ítems 3 y 6, que obtienen unas correlaciones de .19 y .11 respectivamente. Dichos valores, que no llegan al puntaje de .35 aconsejado para considerar significativa su correlación con el total de la escala (Cohen & Manion, 1990), sugieren una menor aportación de los ítems al constructo que se pretende medir. El ítem 3 recoge la afirmación “Cuando se me vienen a la mente recuerdos desagradables, trato de desecharlos”. Como consecuencia de esta correlación no significativa, se exploró la consistencia interna de la escala si se eliminara el ítem 3 y se comprobó al respecto que la escala no incrementaría su valor del alpha de Cronbach, que se mantendría en .82. Es por ello que se decide mantener el ítem en la escala para conservar la mayor similitud posible con la escala original.

En el caso del ítem 6, se trata del único componente de la escala que está expresado en sentido inverso: “El miedo o la ansiedad no me impedirán hacer las cosas importantes”. Así, una alta puntuación no indicaría alta evitación experiencial sino alta aceptación. A pesar de que sus valores han sido recodificados para operar en los análisis, de manera que todos los ítems midieran evitación experiencial, su correlación elemento-total corregida ha resultado la más baja de toda la escala. Debido a ello, se analizó el valor del alpha de Cronbach si se eliminara el ítem 6 y se observó que incrementaría ligeramente de .82 a .83. No obstante, se decide mantener este ítem por criterios de representatividad de contenido, al igual que hicieron los autores del BEAQ.

Es importante señalar en este momento algunas características sobre el proceso de desarrollo del BEAQ que explicarían, en parte, estos resultados. Gámez et al. (2014), al desarrollar el instrumento a partir de la versión extensa MEAQ, realizan en la primera fase del estudio un análisis factorial exploratorio en tres muestras distintas, y seleccionan aquellos ítems que presentan una carga mayor de .40. No obstante, para desarrollar esta versión breve, también integran el criterio de inclusión del mayor rango de contenido posible del constructo y así mantienen contenidos de las seis escalas presentes en el MEAQ. Para ello tienen que incluir un ítem, el ítem 6, que no llega al criterio de carga mayor de .40, pero que recoge el contenido de la escala “resistencia al malestar”: “El miedo o la ansiedad no me impedirán hacer las cosas importantes”. Es por este mismo motivo que en la validación de la versión española se decide conservar el ítem

6, manteniendo el criterio de los autores del instrumento de incluir este ítem para cubrir el contenido referido a resistencia al malestar, a pesar del ligero descenso del alpha de Cronbach de la escala.

La fiabilidad temporal del CBEE, en un intervalo de 4 a 6 semanas, ha sido alta ( $r = .84$ ;  $p < .01$ ), indicando que se trata de un instrumento estable en el tiempo para medir el constructo de evitación experiencial. Este resultado confirmaría la hipótesis 2. A su vez, la aportación de la fiabilidad temporal es de interés, especialmente considerando que no existe información sobre este aspecto en la versión original inglesa.

En relación con las puntuaciones de los grupos según género, aunque las mujeres muestran unos valores ligeramente más altos que los hombres, no se observan diferencias significativas entre ellas. La no existencia de diferencias significativas entre ambos grupos podría ser explicada por el hecho de tratarse de una muestra clínica donde tanto hombres como mujeres, han mostrado una relativamente alta evitación experiencial.

En cuanto a la validez concurrente, tal y como apuntaba la hipótesis 3, el CBEE correlaciona de manera significativa con otra medida de evitación, el AAQII ( $r = .57$ ,  $p < .01$ ). Por su parte, en la versión original inglesa encuentran una correlación significativa entre ambas escalas para la muestra de estudiantes ( $r = .61$ ,  $p < .01$ ), aunque no alcanza la significación para las dos muestras de pacientes ( $r = .62$  y  $r = .63$ , respectivamente). No obstante, y a pesar de que la

correlación no es significativa en alguna de las muestras que utilizan, los autores de la versión original concluyen que la correlación del BEAQ con diversas medidas de evitación es fuerte, en comparación con la correlación del BEAQ con otras medidas de emocionalidad negativa. Es de interés recordar que este era uno de los principales objetivos de los autores que desarrollaron el BEAQ. Concretamente, que el instrumento fuera una medida de la evitación experiencial fiable y válida y que la diferenciara de otros constructos asociados, como es el caso del neuroticismo. Así pues, podemos concluir señalando que en el presente estudio, los datos también apoyan la validez del CBEE como escala de medida de la evitación experiencial al confirmarse su correlación con otra medida de evitación experiencial, el AAQII.

Por otra parte, en relación a la validez convergente del CBEE con las medidas de psicopatología medidas a través del SCL-90-R, cabe destacar que todas fueron significativas al nivel .01 excepto la subescala somatización, que fue significativa al nivel .05. Este resultado apoya la hipótesis 4 sobre la adecuada validez convergente del CBEE. A su vez, está en consonancia con el resultado obtenido con la escala original. Gámez et al. (2014) apuntan en su estudio a robustas relaciones entre el BEAQ y diversas escalas de psicopatología, entre las que incluyen medidas de depresión, fobia situacional y obsesiones-compulsiones.

En base a estos resultados se puede apuntar que, al igual que ocurre en el instrumento original, el CBEE muestra correlaciones moderadas con indicadores de emocionalidad negativa (media  $r = .46$ ) pero muestra una correlación más fuerte con una medida de evitación experiencial ( $r = .57$ ). Así, la adaptación española también consigue el objetivo marcado por los autores del instrumento original de desarrollar un instrumento que mida la evitación experiencial, pero que discrimine ésta de la emocionalidad negativa. Los presentes resultados, por lo tanto, vienen a apoyar la validez del CBEE como medida del constructo evitación experiencial.

En relación con el análisis factorial, los resultados obtenidos son similares a los señalados por la versión inglesa. El análisis Kaiser-Meyer-Olkin, con una puntuación de .74, confirmó que los datos eran adecuados para realizar un análisis factorial. Por su parte, la prueba de esfericidad de Barlett resultó significativa, indicando por lo tanto que sí existían relaciones significativas entre las variables y que era apropiado realizar un análisis factorial. Utilizando el análisis factorial exploratorio con rotación Varimax y forzando para la obtención de un factor como la escala original, se consiguió explicar un 30.11% de la varianza. Este porcentaje es muy similar al presentado por Gámez et al. (2014), que señalan un 28.98% como indicador de la varianza explicada por el factor. Los cinco primeros autovalores en la muestra española fueron 4.52, 1.64, 1.24, 1.12 y 1, respectivamente. Observando el gráfico de sedimentación se puede ver el porcentaje de varianza explicado por este factor. En base a estos resultados,

se puede afirmar que se confirma la hipótesis 5 del estudio sobre la obtención de una estructura factorial similar a la escala original.

En la adaptación española las cargas de los ítems en este único factor van desde .25 a .69, excepto para el ítem 6 que carga -.15. El signo es negativo debido a que es el único ítem de la escala que evalúa aceptación en vez de evitación. De manera similar a lo que ocurre en nuestro estudio, en una primera muestra de pacientes que utilizan en la versión inglesa, el ítem que presenta una carga menor al factor es el ítem 6, que obtiene el valor -.33. El resto de factores obtiene cargas que van desde .38 a .63. Podemos suponer que el hecho de que el ítem 6 fuera incluido para cubrir un contenido específico recogido en el cuestionario MEAQ, a pesar de presentar una carga factorial inicial menor de .40, hace que en nuestra muestra se mantenga la misma tendencia y que obtenga la carga más baja en el factor. Por otra parte, el ítem 3, “Cuando se me vienen a la mente recuerdos desagradables, trato de desecharlos”, también obtiene una carga factorial menor (.25) que el resto de los 13 ítems que sí cargan de forma significativa. Ello viene a coincidir con los resultados obtenidos por Gámez et al. (2014), en los que obtiene una de las cargas factoriales más bajas en este ítem. Si bien en su caso, sí resulta significativa. Resumiendo los anteriores resultados, podemos concluir afirmando que la escala viene a ajustarse a la solución de un factor de forma similar a la propuesta por los autores en la versión original.

En lo relativo a las limitaciones, conviene señalar que los datos se han recogido exclusivamente a través de medidas autoinformadas, por lo que son vulnerables a los posibles sesgos asociados al uso de un único método (Podsakoff, MacKenzie, Lee, & Podsakoff, 2003). En este sentido, sería importante validar los datos del CBEE con los obtenidos mediante otros métodos, como por ejemplo evaluaciones de los profesionales sobre el paciente en relación al constructo de evitación experiencial. Por otra parte, la muestra no se obtuvo de forma aleatoria y por tanto, no se le puede considerar representativa de la población española con trastornos emocionales.

En cuanto a las posibles líneas de investigación futuras, sería de interés, en una muestra más amplia, la confirmación de la estructura factorial mediante un análisis factorial confirmatorio. Además, sería pertinente el estudio de las características psicométricas de la presente escala en población clínica española con otros trastornos psicopatológicos así como en población general.

En resumen, a la vista de los resultados del estudio, podemos concluir destacando las adecuadas características psicométricas de la presente adaptación española del BEAQ. Estos buenos resultados apoyan la utilización del CBEE como instrumento de medición de la evitación experiencial en población clínica española con trastornos emocionales. En este sentido, se trata de una contribución relevante, en cuanto que permite la disposición de un instrumento de medición de la evitación experiencial, considerado el más adecuado en la

actualidad (Wolgast, 2014), de rápida cumplimentación (3 minutos aproximadamente), en diversos contextos clínicos. Este aspecto permite su administración en contextos asistenciales donde la gestión del tiempo y los recursos limitados hacen que se prioricen instrumentos que requieran un breve tiempo de aplicación.

## ESTUDIO 2

---

LA EVITACIÓN EXPERIENCIAL Y LA AUTOESTIMA EN LOS  
TRASTORNOS EMOCIONALES: ¿VARIABLES INDEPENDIENTES O  
RELACIONADAS?



### **3. Estudio 2. La evitación experiencial y la autoestima en los trastornos emocionales: ¿variables independientes o relacionadas?**

#### **3.1. Abstract**

The aim of this study was to find out whether self-esteem mediated the relationship between experiential avoidance and emotional disorders. Even though the relationship between experiential avoidance and emotional disorders has been attributed substantial importance in research, little is known about the processes that take place between them. A sample of 174 outpatients treated at the Community Mental Health Center filled in self-report measures of experiential avoidance, self-esteem, depression and anxiety. Analysis with the PROCESS macro indicated that self-esteem mediated the relationship between experiential avoidance and depression. Self-esteem was also found to mediate the relationship between experiential avoidance and anxiety. Implications and limitations of these results are discussed.

### **3.2. Introducción**

El progreso en las condiciones de vida de los seres humanos en el mundo occidental ha avanzado notablemente respecto a décadas anteriores. No obstante, no se ha producido un desarrollo paralelo en el bienestar psicológico de la población. Así por ejemplo, en el caso de la depresión y la ansiedad, han aumentado aproximadamente un 50% entre los años 1990 y 2013, pasando de ser 416 millones a 615 millones las personas que presentan estos trastornos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016). En este sentido, es posible apuntar a diversos aspectos sociales y culturales en el origen y mantenimiento de un funcionamiento adecuado y de estados de bienestar, así como en la fuente de problemas de salud y trastornos psicológicos.

En el campo de la psicología social se han formulado diversas teorías sobre las emociones que tienen un elemento en común: considerar que éstas son definidas socialmente. Entre ellas, tanto la teoría de la activación-cognición (Schachter & Singer, 1962), como la teoría psico-social cognitiva de la emoción (Lazarus & Folkman, 1986), así como la teoría neocultural de Ekman (Ekman & Oster, 1981) vienen a apoyar la idea que “la emoción es un proceso adaptativo regulado, en gran medida, por el contexto social” (León et al., 1998, p.71). Es decir, estas teorías comparten la consideración de que es el contexto cultural el que promueve qué emoción y qué intensidad, es adecuada e inadecuada.

En este sentido, es de interés reflexionar la propuesta ofrecida por la cultura occidental sobre el sueño de la felicidad constante, como meta alcanzable. Para ello propone, entre otras, estrategias de evitación vivencial que parece que ayudan a escapar del dolor que la vida conlleva. Medicación, bebidas alcohólicas, ropa de moda o coches de última generación son ofrecidos como modos de alcanzar estados placenteros y formas de evitar experiencias internas desagradables. La filosofía del bienestar consumista ha sustituido en la cultura occidental a la ideología del deber. La meta propuesta es vivir feliz, evitando a toda costa el malestar (Hayes, 2011; Hayes & Wilson, 1994; Lipovetsky, 2014; Wilson & Luciano, 2002). Sin embargo, paradójicamente, este camino de evitación parece alejar a las personas de la meta soñada de la felicidad plena, y así lo han señalado algunos estudios. Por ejemplo, se ha encontrado que un mayor materialismo en los valores personales estaba asociado a un menor bienestar, y esta relación estaba mediada por la evitación experiencial (Kashdan & Breen, 2007).

Por otra parte, la realidad es que todo el rango de emociones, sentimientos y experiencias tienen lugar en los seres humanos. También los negativos. Y existe una razón evolutiva para que las personas sean así, seres emocionales con experiencias internas positivas y negativas: las emociones son parte de la inteligencia, junto con la razón (Greenberg, 2000). Teniendo en cuenta que la principal función de la inteligencia humana ha sido la de garantizar la supervivencia, no la de conseguir la felicidad, se puede entender el valor

adaptativo de las emociones negativas. El miedo avisa de un peligro que hay que evitar y la culpa de un daño que es mejor reparar. La tristeza indica que ha habido una pérdida de la que hay que hacer un duelo y el enfado señala que los límites personales han sido vulnerados y da la fuerza para defenderlos. El amor y la felicidad, por su parte, preparan a las personas para la socialización y cooperación, factores que a su vez facilitan la creación de grupos sociales y que, tanto protegen física y psicológicamente a individuos que de otra manera quedarían aislados y vulnerables, como garantizan la procreación de la especie.

En un debate abierto desde hace siglos, se ha señalado que es muy importante integrar las emociones con la razón, ya que ambas regulan el funcionamiento mental, organizando el pensamiento y la acción (Greenberg & Paivio, 2000). Para conseguir dicha integración, es necesaria la consciencia de todo el rango de emociones, así como la apertura y permiso para que éstas informen a la acción razonada. Esto significaría estar abierto/a a que las emociones expongan los problemas, para que la razón los resuelva (Greenberg, 2000). Con ello, es probable tanto un manejo más adecuado de la vida personal y social, como niveles mayores de bienestar y calidad de vida.

Como consecuencia de lo anteriormente señalado, es posible afirmar que el atender a la experiencia interna, a las emociones, pensamientos, sensaciones, etc. es un aspecto fundamental para el bienestar psicológico y para la integración social de las personas. Con la observación de dicha experiencia interna, se

obtienen datos sobre cómo uno/a mismo/a está manejando las distintas facetas de la vida, tanto personal, como social y laboral, así como sobre si es importante realizar cambios en alguna de ellas para alcanzar una mayor calidad de vida.

El caso contrario sería el de la evitación de determinadas experiencias internas, proceso fomentado en cierta medida por la cultura occidental, y cómo esto podría estar influyendo negativamente en el bienestar de las personas, en tanto promueve una desconexión con el propio cuerpo y las señales que éste genera mediante todo el rango de emociones.

**3.2.1. El problema de la evitación experiencial.** La evitación de eventos desagradables no es solo promovida por mensajes culturales, como se ha comentado, sino que también es una reacción humana natural. Evolutivamente, la evitación de los sucesos negativos tiene un valor adaptativo para las especies animales así como para el ser humano. Ambos, animales y humanos, tienden a evitar lo negativo y acercarse a lo positivo o placentero como forma de relacionarse con el medio.

La habilidad mental de imaginar y anticipar el futuro, de recordar y aprender del pasado, ha sido una herramienta fundamental que ha permitido que los seres humanos, menos fuertes físicamente que otros animales, se hayan hecho con el poder de la tierra. No obstante, esta capacidad también puede originar una serie de inconvenientes. Así, las personas, a diferencia de los

animales, sufren emocionalmente también por situaciones que no están ocurriendo en ese momento. Por ejemplo, un animal sólo siente miedo si tiene a un león delante. En cambio, las personas también sienten dicha emoción por imaginar que éste puede aparecer, aunque en ese momento no esté presente. En este sentido, esta capacidad simbólica promueve que en ocasiones las personas no sólo traten de evitar los acontecimientos externos potencialmente dañinos o negativos, sino también sus representaciones simbólicas internas. Y a su vez, traten de evitar las emociones y sensaciones desagradables que estas representaciones internas generan. Es aquí donde comienza el problema de la evitación en los seres humanos (Chawla & Ostafin, 2007; Hayes, Strosahl, & Wilson, 2014; Hayes et al., 2004).

La evitación de pensamientos y emociones, entre otros eventos internos, suele terminar convirtiéndose en un problema debido a que, como la investigación ha venido señalando en diversos estudios, el manejo efectivo del mundo interno no se rige por las mismas normas que el del mundo externo. Para el mundo interno de los pensamientos, emociones, sensaciones, etc., la norma que viene mostrándose como válida es que “si no lo quieres, lo tendrás” (Hayes, 2011). Esto se ha corroborado desde investigaciones sobre la supresión de los pensamientos no deseados (Gold & Wegner, 1995), desde la investigación sobre el dolor crónico (McCracken, 1998; McCracken, Spertus, Janeck, Sinclair, & Wetzel, 1999) y desde los estudios sobre las estrategias de afrontamiento (Flett, Blankstein, & Obertynski, 1996; Holahan & Moos, 1987), entre otros. Los

resultados indicaron que dichos intentos de evitación hacían más presentes el material que se pretendía evitar y ocasionaron mayor impacto psicológico en la vida de estas personas (Brewin, Watson, McCarthy, Hyman, & Dayson, 1998; Purdon, 1999; Rafnsson & Smári, 2001; Wegner, Schneider, Carter, & White, 1987).

Este efecto contrario que se obtiene al intentar suprimir pensamientos no deseados ha sido explicado por la Teoría de los Procesos Irónicos (Wegner & Zanakos, 1994), al plantear que el mecanismo de supresión implica dos aspectos: por una parte, un proceso de distracción que aleja la atención de los pensamientos que se desea evitar. Y por otra parte, un sistema de monitorización que vigila si hay intrusiones del contenido evitado, para volver a activar la distracción. No obstante, en situaciones donde se requieren más recursos cognitivos, el proceso de distracción, que es un proceso consciente, tiene menos medios cognitivos para operar. En cambio, el proceso de monitorización, que es un proceso más automático, sigue funcionando. De esta manera, el sistema de monitorización interfiere con el objetivo del proceso de distracción y trae de forma más recurrente el pensamiento evitado que si no se hubiera tratado de suprimir (Wenzlaff & Luxton, 2003).

Por otra parte, el problema de la evitación en los humanos ha venido dado no sólo por el contenido interno de lo que se desea evitar (pensamientos, emociones, sensaciones, etc.), sino también por el hecho de llevarla a cabo de

una manera rígida e inflexible, independiente del contexto que rodea al suceso en cuestión (Hayes et al., 1996; Kashdan et al., 2006). La evitación experiencial ha funcionado en estos casos como una barrera, limitando el alcance de una existencia más placentera y con mayor significado para la persona, impidiendo dar pasos en dirección hacia los valores y hacia la vida que desea vivir. Este tipo de respuestas rígidas son independientes del contexto en el que se producen y no se ajustan a él. Esto es, sólo se llevan a cabo con un objetivo: evitar el malestar interno. Y esto se hace independientemente de si ello es perjudicial para la vida de la persona y para la consecución de sus valores y objetivos vitales. Por ejemplo, cuando un individuo se aferra a una relación sentimental de maltrato, por miedo a la soledad, podemos afirmar que la evitación de la experiencia de soledad le mantiene en una situación dañina y le aleja de la posibilidad de alcanzar una vida más sana, limitando entre otros aspectos la opción de encontrar una relación más satisfactoria.

**3.2.2. La evitación en la Terapia de Aceptación y Compromiso y en otras escuelas de psicoterapia.** El efecto perjudicial de la evitación experiencial ha sido especialmente señalado por el modelo de psicopatología defendido por la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Hayes et al., 1999). La ACT, perteneciente a la tercera ola de terapias cognitivo-conductuales, está basada en el contextualismo funcional y considera el sufrimiento humano consecuencia principalmente de la intrusión del lenguaje simbólico en áreas de la vida donde no es útil (Hayes et al.). Concretamente, proponen que el lenguaje es parte del

problema cuando se usa como una forma de evitación experiencial. En este sentido, sugieren desarrollar intervenciones que promuevan el uso del lenguaje como una herramienta para notar y describir eventos internos y no tanto como un instrumento que los juzgue y clasifique como positivos o negativos y por tanto los considere en ocasiones como sucesos a evitar (Hayes, Levin, Plumb-Villardaga, Villatte, & Pistorello, 2013). La ACT es un modelo de salud y no de enfermedad, ya que considera el dolor humano como algo universal y, por ello, el objetivo terapéutico no es tanto el de eliminarlo, sino el de orientar la atención del cliente hacia sus valores y objetivos, a pesar de dicho malestar (Wilson & Luciano, 2002).

Históricamente, importantes y diversas escuelas de psicoterapia ya han puesto de relieve la importancia de la evitación y sus distintas manifestaciones en el origen del malestar psicológico y la psicopatología (Hayes et al., 2004).

Freud, como fundador del psicoanálisis, ya señaló la evitación como origen de muchos de los problemas psicológicos. Mantuvo que el ego, para protegerse ante pensamientos ansiógenos, desarrollaba a nivel inconsciente mecanismos de defensa como son la supresión y la represión. Estos sistemas prevenían que ciertos contenidos mentales llegaran a la consciencia y los señalaba como uno de los orígenes de la psicopatología. El tratamiento que propuso es precisamente el de trabajar la consciencia de los pensamientos, recuerdos y emociones evitados (Freud, 1966).

Carl Rogers, por su parte, propuso como objetivo terapéutico, en la Terapia Centrada en el Cliente, el incremento de la consciencia de los sentimientos y las actitudes, así como la reducción de los intentos de evitación de la experiencia (Rogers, 1961). También en la Terapia Gestalt propuesta por Fritz Perls se señaló como meta terapéutica el experimentar completamente las experiencias pasadas, reduciendo la evitación de las emociones dolorosas (Perls, Hefferline, & Goodman, 1951).

En esta misma línea, diversos estudios llevados a cabo desde la Teoría del Apego (Bowlby, 1980) recogen los análisis y observaciones sobre distintos patrones de apego y sus consecuencias. En concreto, el patrón de apego evitativo (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978) mostraba la tendencia de la persona a “desconectarse” como forma de afrontar las amenazas. Esto suponía distanciarse física, cognitiva y emocionalmente de las relaciones cercanas que requerían implicación emocional. Entre los efectos negativos de este tipo de apego se han señalado, por ejemplo, una menor resolución de problemas, un peor ajuste y una menor habilidad para afrontar los retos vitales (Mikulincer & Shaver, 2003).

El apego evitativo también parece tener un efecto negativo en la relación terapéutica. La psicoterapia basada en la teoría del apego de Bowlby (Wallin, 2012) supone otro enfoque de terapia basado en la importancia de la relación terapéutica como base del cambio. En este sentido, esta perspectiva ha señalado

la relevancia de la comprensión del patrón de relación del paciente, conformado en su infancia, y que se muestra en el presente en la relación terapéutica. Uno de los tipos de apego que recoge es el del paciente negador, que podría considerarse que emplea un tipo de comportamiento de evitación. El objetivo terapéutico en estos casos ha sido el de favorecer en las sesiones el desarrollo de un estilo de apego seguro y no evitativo, más relacionado con el bienestar psicológico.

Asimismo, desde el enfoque de la Terapia de Esquemas (Young, 1990), se ha señalado como problemático el mantenimiento de un estilo de afrontamiento evitativo ante distintas experiencias. Se considera que, aunque esta evitación hubiera podido tener su utilidad durante la infancia como forma de “sobrevivir” ante determinadas experiencias traumáticas, no la tiene en la vida adulta en cuanto que no permite un adecuado afrontamiento. Este tipo de estilo de afrontamiento evitativo se relaciona con distintas manifestaciones psicopatológicas como alcoholismo, drogadicción, conductas compulsivas, etc.

Por otra parte, en la Terapia Cognitivo Conductual el interés por la evitación ha sido importante y ha ido en aumento en los últimos años. Así, distintas investigaciones apoyan la idea de que diversas formas de evitación son aspectos centrales en el origen y mantenimiento de distintos trastornos emocionales (Barlow, Allen, & Choate, 2004; Moses & Barlow, 2006). Por ejemplo, se ha señalado la relación existente entre la evitación de sensaciones corporales internas y la ansiedad (Barlow, 1988).

Otro ejemplo de la importancia que se ha venido dando desde distintas aproximaciones a la evitación como núcleo de la psicopatología sería el de la Terapia Focalizada en las Emociones (Greenberg, 2000; Greenberg & Johnson, 1988; Greenberg & Paivio, 2000). Desde este enfoque se sostiene que en el proceso de recuperación es clave el permitir y aceptar aquellas emociones que han sido previamente rechazadas y evitadas.

A pesar de la presencia del fenómeno de la evitación en muy diversas aproximaciones terapéuticas, es en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) donde esta idea ha sido reformulada, en los últimos años, bajo el término de evitación experiencial. Concretamente, es propuesto como un constructo más amplio que otros que muestran estrategias específicas de evitación (Hayes et al., 2004). En este sentido, la evitación experiencial se ha considerado como un proceso que se diferencia de otras estrategias más concretas de evitación (supresión del pensamiento, afrontamiento evitativo, etc.) y que, a su vez, añade poder explicativo. Además de ello y a diferencia de otras aproximaciones terapéuticas, la ACT no trata de cambiar el contenido de los sucesos internos desagradables. Por ejemplo, la Terapia Cognitivo-Conductual incluye en su trabajo terapéutico el modificar los pensamientos automáticos a través de la identificación de las distorsiones cognitivas. Por el contrario, en la ACT se trabaja la relación de la persona con esas experiencias internas, sin tratar de cambiarlas, sino favoreciendo el distanciamiento de ellas, en el sentido de considerarlas algo distinto al Yo (“yo no soy mis pensamientos”), así como a

través de la disminución de la evitación experiencial y el aumento de la aceptación de las emociones, sensaciones y pensamientos desagradables. La propuesta es que cuando disminuye la propia lucha contra las emociones, sensaciones y pensamientos que existen en una persona, la intensidad del malestar disminuye.

La alta prevalencia de la evitación experiencial en la población se ha explicado desde el Modelo de Aceptación y Compromiso debido a diversos factores. Por una parte, la evitación es una estrategia eficaz en numerosos contextos donde se pueden controlar sucesos aversivos externos. Así, en principio tiene sentido que se utilice esta misma estrategia para eventos internos. Además, los efectos inmediatos de la evitación experiencial son a menudo positivos. Una persona que teme estar ansiosa en una reunión social puede no acudir a dicho encuentro, por lo que evita a corto plazo la ansiedad temida. Por otra parte, hay gran influencia social en el uso de esta estrategia, tanto mediante el modelado de este tipo de conductas, como en el reforzamiento social cuando se producen. Por ejemplo, una madre o padre puede alentar la evitación experiencial negando la emoción que su hijo exprese: “No puedes estar triste, ¡con todos los juguetes que tienes!”. Este tipo de premisas que cuestionan la experiencia interna del hijo, si se repiten con frecuencia, pueden, a la larga, enseñar que sentir determinadas emociones no es correcto. Con ello, se favorece la desconfianza en la experiencia interna, la desconexión de la misma, así como se promueve la evitación experiencial.

Por último, otro motivo por el que socialmente se justifica la evitación experiencial es por el hecho de considerar que los pensamientos y emociones son motivos suficientes que justifican la conducta posterior: “No voy a la autoescuela, que me pongo muy nervioso allí”. En cambio, si alguien quiere conseguir el carné de conducir, debe ir a la autoescuela aunque sienta ansiedad y aunque pudiera tener pensamientos negativos como “no voy a aprobar”.

Desde la ACT, se han señalado diversos motivos por los que la evitación experiencial puede ser perjudicial para el ser humano (Hayes et al., 1996). Por una parte, los eventos internos no responden en gran medida al control verbal, por lo que los intentos de evitación experiencial pueden terminar originando un efecto contrario al deseado. Un ejemplo sería el caso comentado sobre la supresión del pensamiento: querer controlar lo que no se quiere pensar aumenta las probabilidades de su intrusión mental. De la misma manera, no querer sentir ansiedad y controlar si se está sintiendo hace que incremente dicha emoción. Por otra parte, en ocasiones, sí es posible evitar experiencias internas desagradables, pero ello termina por generar problemas indeseados adicionales. Por ejemplo, para evitar un recuerdo desagradable una persona puede, desde evitar determinados lugares, hasta llegar a experimentar una disociación, entre otros. Así, el problema es que aunque estas estrategias sean eficaces para evitar dicho recuerdo, limitan la vida de la persona restringiendo su acceso a situaciones frecuentemente importantes, así como dificultando la consciencia de la propia

historia. Además de ello, la evitación experiencial también puede ser negativa en tanto impide a las emociones ejercer su función. Un ejemplo de ello sería la evitación de la tristeza por una pérdida. El alcohol, las drogas o la medicación para evitar esta emoción impedirían el duelo, tan necesario para la recuperación. Así pues, lo sano, sería permitir y sentir la tristeza. Por último, otro ejemplo del impacto negativo de la evitación experiencial en la vida de las personas se entiende si se tiene en cuenta que, en numerosas ocasiones, cambios saludables implican experiencias difíciles. La evitación experiencial restringe el cambio necesario para una vida mejor cuando, por ejemplo, una persona evita una estancia en el extranjero para terminar los estudios, por miedo al fracaso. O bien no termina una relación para evitar la crítica familiar o la propia culpa. Estas son situaciones en las que la persona abandona sus objetivos a largo plazo y sus valores vitales y prioriza el objetivo a corto plazo de evitar el malestar.

En otro orden de cosas, es importante tener en cuenta que la evitación experiencial es el polo contrario de la aceptación psicológica y ambos han sido considerados parte del mismo constructo (Butler & Ciarrochi, 2007). Asimismo, es de interés señalar que la aceptación no es el fin último de este tipo de terapia, sino que lo sería la acción orientada por los valores. Es decir, el objetivo es que la persona actúe en relación a sus valores, a lo que es importante para ella, aceptando el malestar que en ocasiones trae la vida sin que éste le desvíe de su camino. Así, la energía es utilizada para conseguir objetivos, y no en luchar en contra de la propia experiencia interna, o lo que es igual, contra uno mismo/a.

**3.2.3. Variables asociadas con la evitación experiencial.** Numerosos estudios han analizado la asociación de la evitación experiencial con otras medidas de psicopatología y de salud. Los resultados han mostrado una clara implicación de este constructo en diversos problemas psicopatológicos, como ansiedad, depresión, fobia social, agorafobia y fobia a la sangre, entre otros (Hayes et al., 2004; Roemer et al., 2005; Tull et al., 2004; Wheaton et al., 2010). La evitación experiencial correlaciona con la predisposición a alucinaciones auditivas y visuales (Langer et al., 2010), así como también la evitación experiencial predice los atracones y ha sido señalada como un aspecto importante en los trastornos alimentarios (Lillis et al., 2011; Litwin, Goldbacher, Cardaciotto, & Gambrel, 2017; Skinner, Rojas, & Veilleux, 2017) y en los comportamientos sexuales compulsivos (Brem, Shorey, Anderson & Stuart, 2017).

En el ámbito laboral ha sido apuntada su relación con la salud mental y bienestar laboral (Bond & Bunce, 2003; Donaldson-Feilder & Bond, 2004; Hayes et al., 2006) y con el desempeño laboral (Bond & Flaxman, 2006). Además, en el ámbito de la psicología de la salud se ha estudiado su relación con el mantenimiento del dolor crónico (McCracken, 1998) y de la sintomatología emocional en pacientes con cáncer de pecho (Aguirre-Camacho et al., 2017). Asimismo, se ha señalado la correlación negativa de la evitación experiencial con medidas de calidad de vida, satisfacción percibida con la vida y

comportamientos dirigidos hacia los valores personales (Hayes et al., 2006; Jacob et al., 2013; Kashdan et al., 2006). Los estudios que han recogido las implicaciones de la evitación experiencial, han mostrado también la relación positiva de la evitación experiencial con la presencia de problemas interpersonales (Gerhart et al., 2014).

Entre las variables que más frecuente y consistentemente han sido relacionadas con la evitación experiencial están los trastornos emocionales (Hayes et al., 2006; Spinhoven et al., 2015). Por ejemplo, diversos estudios han apoyado la relación entre una mayor evitación experiencial y problemas de depresión (Chawla & Ostafin, 2007; Wagener, Baeyens, & Blairy, 2016) y de ansiedad. Dentro de los trastornos de ansiedad, se ha señalado la asociación de la evitación experiencial con los síntomas de pánico y con el trastorno de pánico (Eifert & Heffner, 2003; Karekla, Forsyth, & Kelly, 2004; Levitt et al., 2004). También se la ha relacionado con los síntomas del trastorno de estrés postraumático (Lewis, 2012; Marx & Sloan, 2005) y con el trastorno de ansiedad generalizada (Lee, Orsillo, Roemer, & Allen, 2010; Roemer et al., 2005).

En este sentido, sirva como ejemplo para entender la asociación entre evitación experiencial y estados de ansiedad, el proceso psicopatológico propuesto en el caso del trastorno de ansiedad generalizada (TAG). En varios de los modelos teóricos que se han desarrollado para explicar la etiología y mantenimiento del TAG, la evitación en sus distintas manifestaciones juega un

papel fundamental (Behar, DiMarco, Hekler, Mohlman, & Staples, 2009; Newman & Llera, 2011). Concretamente, en el modelo basado en la aceptación del TAG (Roemer & Orsillo, 2002) se propone que tanto la relación problemática con las experiencias internas, como los consecuentes intentos de evitación de las mismas, son el núcleo del trastorno. La preocupación sería uno de los procesos de evitación principales a través de los que se manejarían las experiencias internas. Dicha preocupación es una actividad lingüística verbal basada en el pensamiento, que inhibe tanto las imágenes de la mente como la activación física y emocional (Behar, Zullig, & Borkovec, 2005). Esto supone una reducción del malestar a corto plazo, lo cual a su vez, refuerza este proceso de evitación: la preocupación. No obstante, a largo plazo, resulta una estrategia ineficaz en cuanto que impide un procesamiento adecuado de las emociones así como una resolución eficiente del problema que origina dichas experiencias internas (Borkovec, Alcaine, & Behar, 2004). Además, esta evitación tiende a restringir el repertorio conductual de la persona, resultando con mayor probabilidad en una menor implicación en actividades y en un detrimento de las relaciones sociales. En este sentido, en las personas con TAG, gran parte de su preocupación se centra en las dificultades interpersonales (Roemer, Molina, & Borkovec, 1997).

Así pues, se puede afirmar que los datos anteriores apoyan la consideración de la evitación experiencial como factor de riesgo en el inicio y mantenimiento del TAG. En esta línea, se ha señalado que la evitación

experiencial no es sólo una consecuencia de la patología relacionada con los distintos trastornos de ansiedad, sino que se trata de una vulnerabilidad psicológica para la patología ansiosa (Kashdan et al., 2006).

Por otra parte, otro ejemplo de la relevancia de la evitación en los trastornos emocionales es el de la rumiación en los trastornos depresivos (Wenzlaff & Luxton, 2003). La rumiación ha sido considerada como un proceso de evitación experiencial implicada en el mantenimiento de los esquemas depresógenos (Nolen-Hoeksema, 1991), los cuales a su vez incrementan el riesgo de recaída. Este último aspecto es de gran importancia si se tienen en cuenta los datos que indican que entre un 50% y un 85% de las personas que solicitan tratamiento por depresión volverán a tener otro episodio en el curso de su vida (Vázquez, Hervás, & Romero, 2010). El proceso rumiativo consiste principalmente en la comparación constante entre el “cómo se está” con el “cómo se debería estar”. La discrepancia entre ambos estados contribuiría a iniciar una “lucha” contra la propia experiencia interna, que “no debería ser así”, lo cual mantiene un bajo estado de ánimo y aumenta el riesgo de recaída en la depresión (Cebolla & Miró, 2007). En parte, esto se debe a que los intentos por controlar las experiencias internas hacen que los recursos atencionales se inviertan en comportamientos evitativos, en lugar de en conductas más adaptativas (Bond & Bunce, 2003). En esta línea, también se ha señalado que las personas tienen mayor probabilidad de alcanzar estados de depresión cuando no

solucionan activamente los problemas y recurren a la evitación (D'Zurilla, Chang, Nottingham, & Faccini, 1998).

Así pues, los distintos estudios ponen de manifiesto que en los trastornos emocionales, la evitación experiencial tiene un papel fundamental en el inicio, mantenimiento y evolución de los mismos (Spinhoven et al., 2015). Parte del interés por ampliar el conocimiento sobre el desarrollo de los trastornos emocionales, viene determinado por la relevancia de entender los mecanismos que hacen que, emociones naturales mantenidas a lo largo de la evolución humana por su importancia adaptativa, como son el miedo y la tristeza, se transformen en emociones limitantes que restringen la vida y funcionamiento social de las personas. Teniendo en cuenta que la depresión y la ansiedad han aumentado aproximadamente un 50% entre los años 1990 y 2013 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016), es de urgente necesidad detectar los procesos implicados en estos trastornos para desarrollar programas preventivos de salud y optimizar las intervenciones psicológicas. En este sentido, los resultados de las investigaciones previamente señaladas apuntan a la evitación experiencial como uno de los principales factores a tener en cuenta para disminuir la prevalencia de estos trastornos y mejorar la calidad de vida y el bienestar psicológico y social de la población.

**3.2.4. Diferenciación de la evitación experiencial de otros constructos.** La evitación experiencial comparte cierta similitud con otros

procesos, como son los de regulación emocional y los de afrontamiento. Diversos estudios han analizado la relación entre estos constructos y, en ellos, se ha destacado el papel mediador de la evitación experiencial en la relación entre ciertas formas de regulación emocional y los trastornos emocionales, concretamente en la patología ansiosa. En este mismo sentido, también se ha señalado el papel mediador de la evitación experiencial en la relación entre algunas formas de afrontamiento y la psicopatología emocional (Kashdan et al., 2006). No obstante, se ha planteado la necesidad de más investigación que amplíe este área.

La regulación emocional es el proceso a través del cual las personas influyen en las emociones que tienen, en cuándo las tienen y en cómo las sienten y las expresan (Folkman & Moskowitz, 2004). Se trata de un mecanismo que sirve para incrementar, mantener o reducir uno o más aspectos de la emoción y es una característica que siempre está presente en las respuestas emocionales. Es decir, las emociones raramente se generan sin un proceso regulatorio que las acompañe. A su vez, este proceso regulatorio se manifiesta a través de un continuo, que va desde técnicas de regulación emocional conscientes, hasta técnicas más inconscientes y automáticas (Amstadter, 2008). Además, a diferencia de la evitación experiencial, los procesos regulatorios no son en sí mismos positivos o negativos. Depende principalmente del contexto en el que se manifiesten. Por ejemplo, en principio, la evitación de una manifestación de desagrado no sería negativa en el caso de una persona que decidiera no expresar

descontento ante un regalo recibido que no fuera de su gusto, para no perjudicar a una relación de amistad.

A pesar de existir cierta similitud entre los procesos de regulación emocional y la evitación experiencial, se trata de constructos diferentes. Los estudios sobre regulación emocional se centran principalmente en analizar los distintos procesos regulatorios y sus consecuencias. No obstante, un campo menos estudiado es el de qué objetivo busca la persona que utiliza uno u otro proceso regulatorio (Gross, 1998). En cambio, en la evitación experiencial, el propósito perseguido por la persona es uno de los elementos clave: la evitación del malestar producido por los eventos internos.

Por otra parte, los procesos incluidos en la regulación emocional abarcan mecanismos no sólo para reducir algún aspecto de la emoción, sino también contienen medios para mantener o ampliar algunas características de la misma. En cambio, en la evitación experiencial, los intentos para manejar la experiencia interna se limitan a reducir o evitar el malestar. A su vez, esta experiencia interna incluye no sólo a las emociones como en el caso de la regulación emocional, sino también a los pensamientos, sensaciones, recuerdos, etc.

Se puede resumir planteando que, aunque al hablar de evitación experiencial se está señalando a un proceso de regulación emocional

disfuncional, se trata de un término más amplio en diversos aspectos (incluye otras áreas además de la regulación de las emociones, como la evitación de pensamientos o de determinadas situaciones) y más específico en otros (su objetivo es reducir la intensidad de las emociones negativas y otras experiencias internas desagradables, y no el de mantenerlas o amplificarlas). Por ello, se puede apuntar a que son constructos distintos, que a su vez provienen de tradiciones de investigación diferentes. En cuanto a la relación entre ambos, como se ha recogido previamente, la investigación ha señalado, especialmente, el papel mediador de la evitación experiencial en la relación entre determinados procesos de regulación emocional (por ejemplo, la rumiación) y los trastornos emocionales (Kashdan et al., 2006).

Otro constructo que ha sido puesto en relación con la evitación experiencial es el de afrontamiento. Éste ha sido definido como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus & Folkman, 1986, p.164).

A pesar de los puntos en común entre ambos, son varias las diferencias entre los dos constructos. Por una parte, los estudios sobre el afrontamiento provienen de una tradición científica distinta a los desarrollados sobre la evitación experiencial. Además, la investigación sobre el afrontamiento se centra

en la relación sujeto-medio y, en este sentido, un elemento muy importante es la valoración cognitiva que hace la persona sobre la propia capacidad de afrontar la situación estresante. De esta percepción surgen los dos principales estilos de afrontamiento: el afrontamiento dirigido al problema y el afrontamiento dirigido a la emoción, respectivamente (Lazarus & Folkman, 1986). En el primer caso se pretende manipular o alterar el problema a través de una respuesta activa, que incluye estrategias como la resolución del problema, la búsqueda de información o de ayuda instrumental, la planificación, etc. En el segundo, se trata de regular la respuesta emocional, que es consecuencia del problema, mediante estrategias de afrontamiento. Entre ellas estarían el distanciamiento, la culpa, la ventilación emocional, etc. A su vez, dependería de cada situación el que una estrategia de afrontamiento fuera más adaptativa que otra.

Los estudios sobre afrontamiento también se diferencian de las investigaciones sobre evitación experiencial y sobre regulación emocional en que incluyen estrategias que no abarcan estos dos últimos constructos. Concretamente, el afrontamiento dirigido al problema no es considerado un tipo de proceso de regulación emocional ni de evitación experiencial en cuanto que esta estrategia está dirigida a manipular o solucionar un problema externo y no a modificar emociones o experiencias internas.

En el caso del afrontamiento dirigido a la emoción, éste comparte algunos aspectos con el proceso de evitación experiencial, como por ejemplo

algunas de las estrategias utilizadas: evitación, minimización, distanciamiento, etc. No obstante, en los estudios sobre afrontamiento se ha señalado que el que una persona utilice estas estrategias o las anteriormente señaladas de afrontamiento dirigido al problema está determinado en gran medida por los recursos de la propia persona, entre los que se señalan: la salud, las creencias, las habilidades sociales, el apoyo social, o las creencias sobre el control de la situación. En cambio, en la literatura sobre evitación experiencial no se señala tanto los recursos de la persona y su valoración cognitiva como determinantes de la conducta de evitación, sino que lo que motiva la conducta es el deseo de disminuir o evitar el malestar experiencial. Es decir, no es tanto que la persona piense que no es capaz de resolver una situación estresante, sino que la persona desea evitar un malestar interno. Además de lo anterior, el proceso de evitación experiencial incluye no sólo a las emociones como objetivo de manipulación, como en el caso del afrontamiento centrado en la emoción, sino también a los pensamientos, sensaciones, recuerdos, etc., así como a los diversos contextos que los provocan.

Por lo anteriormente expuesto, se puede plantear a que la evitación experiencial y el afrontamiento son constructos distintos. Esto ha sido a su vez sustentado por diversos estudios que han analizado la asociación entre la evitación experiencial y distintos tipos de afrontamiento (Hayes et al., 2004; Kashdan et al., 2006). En este sentido, la investigación ha apoyado el papel mediador de la evitación experiencial en la relación entre determinados procesos

de afrontamiento (por ejemplo, el evitativo) y los trastornos emocionales (Kashdan et al.).

Por otra parte, es importante diferenciar la evitación experiencial del constructo rigidez psicológica (Hayes, Pistorello, & Levin, 2012). Un comportamiento es psicológicamente rígido cuando dificulta el contacto con el momento presente o con los valores identificados (Hayes et al.). Implica el dominio de las experiencias internas sobre los valores personales como guías de acción y comportamiento (Bond et al., 2011).

Algunos estudios han utilizado como equivalentes a las variables evitación experiencial y rigidez psicológica. Ello ha sido así especialmente por parte de los propios autores que desarrollaron el primer instrumento para medir la evitación experiencial: el AAQ (Hayes et al., 2004). Así, inicialmente este cuestionario fue desarrollado para medir la evitación experiencial, pero posteriormente se han referido a él como un instrumento adecuado para medir la rigidez psicológica. No obstante, en investigaciones más recientes, se han ido diferenciando ambos términos (Gloster, Klotsche, Chaker, Hummel, & Hoyer, 2011; Ruiz et al., 2013; Wolgast, 2014). Concretamente, desde el Modelo de Aceptación y Compromiso, la rigidez psicológica se ha presentado como un término más amplio que el de evitación experiencial (y que lo incluye) y abarca la evitación de experiencias internas negativas así como también la de experiencias neutras y positivas (Ruiz et al.). En este sentido, un ejemplo de

rigidez psicológica sería el caso de una persona que, en una relación de pareja, evitara sentimientos intensos de felicidad para protegerse de un posible futuro desengaño. Este tipo de evitación no estaría recogida en el área de la evitación experiencial, que se centra en la evitación exclusiva de las experiencias internas negativas. Por su parte, lo mismo ha ocurrido con los términos opuestos de evitación experiencial y rigidez psicológica: aceptación y flexibilidad psicológica, respectivamente. En un primer momento han sido utilizados indistintamente en algunas investigaciones, pero se han distinguido posteriormente en los estudios sobre el tema (Hayes et al., 2013).

Por último, es importante distinguir la evitación experiencial de diversos términos que refieren evitación. Las estrategias cognitivas de evitación del pensamiento (p.ej. la distracción, la preocupación), las estrategias conductuales de afrontamiento evitativo, así como las estrategias de supresión de la emoción, entre otras, pueden ser etiquetadas como estrategias de evitación experiencial en la medida en que son métodos para alterar experiencias privadas negativas (Chawla & Ostafin, 2007). No obstante, según Hayes et al. (2004), el concepto de evitación experiencial es más amplio que estos otros que muestran estrategias específicas de evitación.

Esta distinción entre evitación experiencial y otras formas de evitación viene apoyada por algunos estudios. Por ejemplo, Karekla y Panayiotou (2011) encuentran que ambos, evitación experiencial y diversas medidas de

afrontamiento, estaban asociadas y ambas predecían el malestar psicológico. Sin embargo, hallaron que la evitación experiencial explicaba una varianza adicional a las medidas de afrontamiento. Por otra parte, se ha señalado a la evitación experiencial como un mejor predictor de la ansiedad (p. ej. de la ansiedad social) y del malestar emocional, comparado con otras estrategias concretas de regulación emocional (Kashdan et al., 2006). Así, la evitación experiencial se ha considerado como un proceso que se diferencia de otras estrategias más específicas de evitación y que a su vez añade poder explicativo.

**3.2.5. La autoestima como factor de vulnerabilidad.** Con el objetivo de entender el proceso mediante el cual la evitación experiencial influye en determinadas variables, se ha señalado la importancia de estudiar dicho constructo junto con otros factores psicológicos de vulnerabilidad (Kashdan et al., 2006). En este sentido, un concepto de gran importancia considerado por algunos autores como transdiagnóstico, es la autoestima (Fairburn et al., 2003).

La autoestima ha sido relacionada con el bienestar físico, psicológico y social (DeNeve & Cooper, 1998; Robins et al., 2001; Sanchez Moreno & Barron Lopez de Roda, 2003; Taylor & Brown, 1988). También ha sido relacionada con procesos psicopatológicos (Ehnholt et al., 1999; Rosenberg, 1965; Silverstone, 1991; Silverstone & Salsali, 2003; Skager & Kerst, 1989). Concretamente, una baja autoestima ha sido asociada con mayor frecuencia con trastornos emocionales (Michalak et al., 2011; O'Brien et al., 2006; Orth & Robins, 2014).

Además, la autoestima representa el aspecto afectivo o evaluativo del autoconcepto. Los primeros estudios sobre la autoestima la han considerado como un constructo global que refleja una actitud de aprobación/desaprobación sobre uno mismo y que incluye tanto aspectos cognitivos como procesos emocionales (Rosenberg, 1965).

**3.2.6. Definición y evolución de los estudios sobre autoestima.** En 1890 William James ofreció una primera aproximación al constructo de autoestima, una aportación que sigue siendo de referencia en la actualidad (Mruk, 1998). Su definición destacó el componente afectivo de la autoestima y la consideró como un fenómeno que se vive como una emoción o sentimiento hacia uno mismo/a. Además, apuntó a su carácter dinámico y abierto al cambio, así como destacó el papel de la conducta y de las acciones llevadas a cabo por la propia persona, en el desarrollo de su autoestima, siempre que estas conductas fueran en el mismo sentido de las aspiraciones que tenga dicha persona (citado en Mruk, p. 24).

El auge del conductismo pudo influir en que el estudio de la autoestima, variable de difícil observación y medida, casi desapareciera desde el acercamiento de James en 1890 hasta los años 60. En esta década resurgen los estudios de la psicología social relativos a la autoestima (Mruk, 1998). Además, es en este período cuando surge una de las definiciones más utilizadas de la

autoestima, la de Morris Rosenberg: “La autoestima es una actitud positiva o negativa hacia un objeto particular: El sí mismo [...] Se relaciona con el hecho de que crea ser lo suficientemente bueno” (Rosenberg, 1965, p. 39). En su definición, este autor añadió la dimensión cognitiva a la afectiva, incorporando así el factor evaluador. En este sentido, consideró que la autoestima implicaba establecer comparaciones entre uno mismo con determinados valores. Según este autor, el resultado de este proceso ofrecía información sobre uno mismo como persona (Mruk). Por otra parte, Rosenberg aportó un instrumento de medición de la autoestima que ha sido uno de los más utilizados hasta la actualidad (Huang & Dong, 2012; Tafarodi & Ho, 2006; Vazquez Morejon et al., 2004): la escala de autoestima de Rosenberg (EAR, Rosenberg).

La dimensión evaluadora sobre el propio valor como ser humano ha sido considerada como el componente de merecimiento, dentro del concepto de autoestima. Esta dimensión es la que se recoge en la definición de Rosenberg presentada en este estudio, así como en la de otros destacados autores en la investigación sobre la autoestima, como Coopersmith (citado en Mruk, 1998, p. 30). Se trata de una dimensión de carácter en gran parte social, “porque los valores que definen el merecimiento emergen en primer lugar del contexto de la cultura” (Mruk, p. 116).

Posteriormente algunos autores añadieron un segundo componente al constructo de autoestima, el cual fue aportado inicialmente por Nathaniel

Branden y recogido en su definición, junto al de merecimiento. Se trata del aspecto de competencia, referido a un sentido de eficacia personal. Es decir, la autoestima, además de un sentimiento o creencia sobre el valor de uno/a mismo/a, requiere dedicación y acción. A su vez, la autoestima es una fuerza motivadora que facilita un tipo de comportamiento y que influye en los actos (Branden, 1995). Según Branden, la alta autoestima facilita el que una persona se sienta mejor, pero también promueve el que responda de manera más apropiada a los retos y oportunidades de la vida.

Paralelamente a la investigación y tras el auge de los estudios sobre autoestima en los años 60 y 70, diversos países desarrollados fueron incorporando como objetivo el aumento de la autoestima en su población, siendo el máximo exponente el Movimiento por la Autoestima de EEUU (Roca, 2013). No obstante, pronto empezaron a aparecer críticas desde distintos ámbitos a estos intentos por perseguir el incremento de la autoestima y al hecho de tener como objetivo, exclusivamente, el sentirse bien con uno/a mismo/a. Especialmente la crítica señalaba que este afán por una valoración positiva de uno/a mismo/a, en muchas ocasiones, no estaba asociado a un comportamiento adecuado tanto a nivel personal como social ni a estados de mayor bienestar. Esto fue confirmado también por los hallazgos de algunos estudios en los que se evidenciaba que algunas personas con alta autoestima eran, a su vez, narcisistas y egocéntricas y distorsionaban la realidad para mantener su autoimagen positiva, utilizando en ocasiones para ello estrategias de dominio hacia los demás y presentando

reacciones de ira o violencia (Baumeister, Campbell, Krueger, & Vohs, 2003; Baumeister, Smart, & Boden, 1996).

No obstante, lejos de abandonar el estudio de la autoestima tras las críticas sobre las intervenciones en la autoestima y a sus resultados contradictorios, diversos autores y autoras han tratado de continuar en este campo de investigación analizando qué aspectos se deben considerar junto al componente de merecimiento, que contribuyan a explicar las consecuencias esperadas para una alta autoestima. En este sentido, destacan las aportaciones realizadas por Mruk (2006), por Deci y Ryan (2000) desde la perspectiva de la Teoría de la Autodeterminación, así como las publicadas por Kernis (2003).

Por una parte, Mruk (2006) incorpora el componente de competencia propuesto por Branden y, a su vez, propone observar la relación entre ambos, merecimiento y competencia. Añadir la consideración de la competencia en la valoración de la autoestima implicaría tener en cuenta hasta qué punto la persona es exitosa y eficaz. Concretamente, para este autor, la mayor importancia recae en la conexión entre ambos componentes, en tanto que ello implicaría una relación entre lo que la persona hace y cómo se siente consigo misma.

Por otra parte, desde la perspectiva de la Teoría de la Autodeterminación (Deci & Ryan, 2000), también se ha propuesto distinguir entre dos tipos de autoestima para explicar el motivo por el que, en ocasiones, una alta autoestima

está ligada al buen funcionamiento y a la salud psicológica y otras veces no. Concretamente, diferencian la autoestima contingente de la autoestima verdadera (también llamada óptima). La primera es un tipo de autoestima basada en la consecución de ciertos estándares externos. Está supeditada a la consecución de determinados objetivos, como por ejemplo la obtención de la admiración de los demás o bien el éxito, en comparación con los demás. Se ha señalado que este tipo de autoestima es más inestable y está asociada a un menor bienestar.

La autoestima verdadera, en cambio, está relacionada con un sentimiento interno de valor como persona, que no es dependiente de la consecución de objetivos concretos, como por ejemplo el éxito social. Este tipo de autoestima sí está vinculado con un mayor bienestar personal y social. Desde esta perspectiva, se plantea como camino para cultivar la autoestima verdadera la práctica de la conciencia, entendida como el contacto con el momento presente, tanto dentro de uno mismo como en el contexto social. Concretamente, una de las formas de operacionalizar la conciencia que se propone es a través del mindfulness o conciencia plena. A su vez, se sugiere que cuanto menor es la búsqueda de la autoestima como fin último, más óptima es la autoestima.

Por último, destaca la aportación realizada por Kernis (2003) al proponer el constructo de autenticidad como forma de operacionalizar la autoestima óptima. Según este autor, la alta autoestima puede ser segura o frágil, estando

únicamente la primera relacionada con el bienestar y la salud. La alta autoestima segura, también llamada óptima, implica sentimientos positivos y estables hacia uno/a mismo/a, congruentes a nivel implícito y explícito y que no requieren una validación continua. Kernis mantiene que la autoestima óptima se basa en la autenticidad, que se refiere al hecho de ser uno/a mismo/a, sin autoengañarse. La autenticidad incluye autoconciencia, procesamiento no sesgado de la información, congruencia entre valores y conductas y sinceridad y honestidad (Roca, 2013).

Estos aspectos señalados son similares, en cierto sentido, al constructo de evitación experiencial. Así, la autenticidad implicaría aceptación, es decir, baja evitación experiencial y un contacto pleno con uno mismo. Teniendo en cuenta estas aportaciones, se podría suponer que, en este sentido, una baja evitación experiencial también contribuyera a la alta autoestima óptima y segura propuesta por Kernis (2003) y también a la llamada autoestima verdadera, sugerida por la Teoría de la Autodeterminación, que a su vez se relaciona con mayor bienestar y salud.

**3.2.7. Principales teorías sobre la autoestima.** Las principales teorías sobre la autoestima destacan su componente social y relacional. La Teoría del Manejo del Terror (Greenberg, Pyszczynski, & Solomon, 1986; Greenberg, Solomon, & Pyszczynski, 1997) plantea que la búsqueda humana de autoestima viene potenciada por la necesidad de protección ante la ansiedad originada por

la conciencia de la propia muerte. La autoestima reflejaría el grado en el que una persona piensa que es un individuo de valor que participa en un mundo con significado, lo cual atenuaría dicha ansiedad. Desde esta perspectiva se considera que todas las personas necesitan la autoestima, aunque la forma en la que la obtienen varía culturalmente. Es decir, al menos en parte, la autoestima es un reflejo de la propia cultura y de las propias normas y roles sociales. De esta manera, con la contribución a un mundo con sentido, la persona se siente partícipe de él y por tanto, inmortal a través de la integración en la sociedad. La Teoría del Manejo del Terror considera que es la valoración del individuo sobre su propia vida y la medida en que ésta se ajusta a los estándares culturales, lo que contribuye a la propia autoestima. No obstante, en el mantenimiento de la autoestima, también atribuye un papel relevante al entorno social, mediante un proceso de validación y consenso de la propia percepción sobre uno mismo/a. Concretamente, se destaca el deseo de apego a los demás no como fin en sí mismo, sino como medio para validar la propia valía y contribución social y, por tanto, asegurar así la inmortalidad mediante la contribución a un mundo con significado. Con la autoestima se consigue, por tanto, reducir la ansiedad ante la inevitabilidad de la muerte en los seres humanos, deseosos de sobrevivir.

Por otra parte, se ha propuesto la Teoría del Sociómetro (Leary & Baumeister, 2000) como teoría alternativa para explicar la función de la autoestima en los seres humanos. Desde esta perspectiva se considera que la autoestima es una estimación interna del grado de ajuste a la sociedad y a los

distintos grupos sociales. Así, una baja autoestima sería una señal que indicaría poca adaptación e incitaría a realizar cambios en uno mismo para mejorar la integración social. Está basada en la necesidad de los seres humanos de pertenencia a grupos sociales, en cuanto que el estar integrado socialmente facilita la supervivencia y la reproducción.

Por último, la Teoría de la Autodeterminación (Deci & Ryan, 1985, 1995) destaca como marco explicativo del papel que juega la autoestima en la consecución del bienestar humano. Se trata de una teoría de la motivación humana que analiza los factores que impulsan la conducta de las personas. Entre otras aportaciones, esta teoría ha relacionado determinados aspectos motivacionales de la conducta con la autoestima y, a su vez, ha vinculado a ambos con el bienestar personal y el adecuado funcionamiento social. A su vez, ha propuesto como factores clave del desarrollo de una alta autoestima, tanto a la tendencia innata humana al crecimiento, como al contexto social óptimo. Éste es favorecedor de la alta autoestima en la medida en que apoya las tres necesidades que esta teoría propone como básicas en las personas: la necesidad de competencia, autonomía y relación social. Cuando la conducta se produce para satisfacer dichas necesidades intrínsecas básicas del ser humano, se relaciona con más frecuencia con un tipo de autoestima asociada con el bienestar. La consecución de las necesidades de competencia, autonomía y relación social, a su vez, facilitan la integración social y el bienestar de las personas. Por el contrario, la conducta motivada para obtener un resultado

externo (como es el actuar para conseguir mucho dinero, éxito, estatus social, o bien para la evitación del malestar emocional), y no por objetivos intrínsecos, ha sido asociada con un tipo de autoestima más narcisista y menos relacionada con el bienestar personal y social. Se trataría de una autoestima más vinculada a recompensas externas y menos estable en el tiempo.

**3.2.8. Desarrollo evolutivo de la autoestima.** La investigación sugiere que no es hasta la edad de 8 años que niños y niñas pueden mostrar mayor o menor satisfacción global con ellos/as mismos/as (Harter, 2006). Según esta autora, previamente pueden valorar aspectos concretos de competencia o adecuación, pero aún no poseen las habilidades cognitivas necesarias para una valoración global de sí mismos/as como personas.

En relación al origen y a los determinantes de la autoestima, se ha señalado, por una parte, la influencia de la genética. Diversos estudios apoyan esta perspectiva y dan visibilidad a un aspecto relegado en la investigación sobre la autoestima, el de la influencia hereditaria. Así, algunos resultados mostraron que el entorno familiar compartido no estaba correlacionado con el nivel de autoestima de los niños y niñas que habitaban en él (McGuire et al., 1999). Concluyeron por tanto que la variabilidad en la autoestima que presentaban era debida a factores genéticos y a influencias ambientales únicas de cada chico/a (como por ejemplo experiencias escolares dispares, grupo de iguales diversos, así como un trato parental entre hijos/as distinto).

Por otra parte, diversos estudios han destacado el papel de los comportamientos parentales en el desarrollo de distintos niveles de autoestima en los hijos/as. La autoestima sería el resultado de procesos de interacción que se inician en la relación de dependencia de un bebé con una figura adulta y en la satisfacción de las necesidades físicas y emocionales que presentan (Kaplan, 2006). La importancia del tacto en los primeros meses de vida, las expectativas adecuadas de los padres sobre sus hijos/as, la validación y aceptación de todo el rango de emociones que puedan experimentar, entre otros, han sido aspectos resaltados como clave para fomentar una alta autoestima (Branden, 1995; Kaplan). Por ejemplo, la aceptación incondicional del mundo emocional del niño o niña por parte de los adultos principales hacen que éste/a tienda a interiorizar dichas respuestas de validación y aprenda así a aceptarse a sí mismo/a. Según la Teoría de la Autodeterminación (Deci & Ryan, 1995) los procesos interpersonales, concretamente, la cantidad de amor incondicional que los padres ofrezcan al niño/a, fomentará una alta autoestima ligada al bienestar. Por el contrario, si el amor ofrecido se ve condicionado a que el niño/a muestre determinados comportamientos, emociones, etc., ello propiciará una autoestima más dependiente del contexto y menos de su propia autorrealización. En este caso, el niño/a tenderá a interiorizar las expectativas parentales, mediante el proceso de socialización, y su autoestima dependerá de alcanzar estos estándares. Algunos estudios han analizado el tipo de relación entre padres e hijo/as, así como los efectos en la autoestima y en el bienestar de éstos últimos.

Los resultados apuntan a un papel mediador de la autoestima en la relación entre una parentalidad adversa que desarrolle un estilo de apego inseguro y síntomas depresivos en etapas posteriores de la vida (Gamble & Roberts, 2005; Roberts, Gotlib, & Kassel, 1988).

Más adelante, la influencia parental se comparte con los iguales. Y paralelamente, con las expectativas sociales y valores culturales. Así por ejemplo, según la Teoría de la Autodeterminación, en el caso de que el amor parental al hijo/a esté condicionado a la consecución de determinados estándares, es más probable que posteriormente la autoestima dependa de alcanzar ciertos patrones sociales, como por ejemplo controlar las propias emociones, ser famoso/a o rico/a, etc. A su vez, esto implica verse a sí mismo/a a través de los ojos de los demás (Moller, Friedman, & Deci, 2006). Este tipo de autoestima está asociada a un menor bienestar, en comparación con la autoestima alcanzada cuando, por ejemplo, se aspira a conseguir objetivos internos de crecimiento personal.

**3.2.9. La autoestima y los trastornos emocionales.** La autoestima aparece como criterio diagnóstico en el Manual diagnóstico DSM IV-TR (APA, 2002) en 24 contextos diagnósticos distintos (O'Brien et al., 2006). Entre las distintas patologías, el mayor número de asociaciones de la autoestima se presenta con los trastornos del estado de ánimo, siendo la autoestima un criterio diagnóstico específico en cada categoría. Por otra parte, en el caso de los trastornos ansiosos, la autoestima no es un criterio diagnóstico. No obstante, se

considera un factor de relevancia asociado a determinadas patologías ansiosas. Además, la mayoría de los trastornos de ansiedad tienen alta comorbilidad con los trastornos del estado de ánimo y, a su vez, presentan síntomas de baja autoestima (O'Brien et al.).

Branden (1995) considera que la autoestima es una fuerza motivadora que facilita un comportamiento adaptativo para afrontar diversos retos y oportunidades de la vida. Por otra parte, son numerosos los estudios que han relacionado la baja autoestima con los trastornos emocionales (Andrews & Brown, 1993; Brown, Andrews, Bifulco, & Veiel, 1990; Brown, Bifulco, & Andrews, 1990a, 1990b, 1990c; Brown, Bifulco, Veiel, & Andrews, 1990; Orth & Robins, 2014; Sowislo & Orth, 2013), apoyando la consideración de la autoestima como factor de vulnerabilidad para los trastornos emocionales.

Se han ofrecido algunas posibles explicaciones sobre la vinculación entre autoestima y depresión. Por ejemplo, a menor autoestima, menor sería la protección contra los contratiempos que ésta ofrece. El aumento de la vulnerabilidad implicaría una menor capacidad para resolver los problemas (Mruk, 1998). Además de ello, las personas con menor autoestima experimentan más emociones negativas que las que poseen una mayor autoestima (Dehart & Tennen, 2006). Por su parte, desde el modelo cognitivo, la autoestima se ha asociado a la creencia de que uno/a puede ejercer control sobre procesos de pensamiento disfuncionales, comportamientos poco efectivos en las relaciones,

o bien sobre un estado de ánimo negativo (Bandura, 1997), lo cual tendría un efecto positivo sobre el estado de ánimo. El caso contrario sería el de una baja autoestima, que generaría sentimientos de desesperanza, que se asociarían a su vez con síntomas depresivos.

Por otra parte, Rosenberg (1965) propone cuatro factores asociados con la baja autoestima que pueden generar ansiedad. En primer lugar, señala el hecho de que las personas con baja autoestima tienden a tener una autoimagen más inestable. Sherif (tal como se cita en Rosenberg) en la teoría del marco de referencia apunta que la mente humana asimila nuevos sucesos en relación a marcos referenciales ya existentes. En este sentido, Rosenberg (p. 132) propone que:

Si un individuo tiene opiniones, actitudes y percepciones de sí mismo confusas, inestables e inciertas, si simplemente no está seguro de cómo es, se ve privado de su más valioso marco de referencia, y es muy posible que esta privación provoque ansiedad.

En segundo lugar, este autor propone que las personas con una baja autoestima presentan una “falsa fachada” a la hora de enfrentarse al mundo. Esta actuación supone un esfuerzo por mostrar aspectos que no se tienen o sienten y además, implican un riesgo de “dar un paso en falso” y revelar la verdad. Esto, a su vez, provocaría una mayor ansiedad. En tercer lugar, plantea que las

personas con baja autoestima son más vulnerables ante la crítica y la adversidad. Y, a su vez, las personas más vulnerables tienen más altos niveles de ansiedad. En último lugar, Rosenberg (1965) apunta a los sentimientos de aislamiento psíquico que presentan con mayor frecuencia los individuos con baja autoestima. Estas personas, frente a los sentimientos negativos hacia sí mismos, o bien tienden a retraerse al mundo de la imaginación o bien muestran una falsa fachada, ya comentada. En ambos casos se generan unos sentimientos de aislamiento y de incompreensión por parte de los demás. A su vez, este aislamiento y soledad están asociados a mayores síntomas de ansiedad.

Además de la asociación entre la autoestima y los trastornos emocionales, un tema objeto de estudio ha sido la dirección de esta relación. Se ha tratado de esclarecer si es la baja autoestima la que lleva a una mayor vulnerabilidad para presentar trastornos emocionales, o bien si son los trastornos emocionales los que terminan originando una baja autoestima. En este sentido, en un reciente meta-análisis que revisa esta cuestión (Sowislo & Orth, 2013), se concluye que el efecto de la autoestima en la depresión era significativamente mayor que el efecto de la depresión en la autoestima. En el caso de la dirección del efecto entre autoestima y ansiedad, los resultados muestran un efecto igualado: ambas se predecían.

**3.2.10. Estudios que relacionan la evitación experiencial y la autoestima.** Son diversos los datos en la literatura científica que apoyan, de alguna manera, una asociación entre los constructos de evitación experiencial y de autoestima. Por ejemplo, según Branden (1988, p. 122), “la buena autoestima exige coherencia, lo cual significa que el sí-mismo interior y el sí-mismo que se ofrece al mundo deben concordar”. Podemos suponer, en este sentido, que una alta evitación experiencial distancia al sí mismo interior y exterior, disminuyendo con el tiempo la coherencia entre ambos. Todo ello, a su vez, es probable que termine afectando a la autoestima.

Algunos estudios han señalado aspectos que nos pueden llevar a esta conclusión de manera indirecta, en la medida en que no han analizado directamente los constructos evitación experiencial y autoestima, sino conceptos relacionados con ellos. Por ejemplo, se ha asociado a la autoestima con el afrontamiento, con el vivir de acuerdo con los valores personales, con la apertura hacia uno/a mismo/a, con el autoconocimiento y con la autoaceptación, todos ellos constructos que muestran similitud con características de la evitación experiencial.

Desde el ámbito de los estudios sobre afrontamiento, se han analizado los factores que afectan al desarrollo y mantenimiento de la autoestima (Bednar & Peterson, 1995), señalándose dos formas de afrontar y manejar el estrés: la superación o la evitación. Señalan que la evitación, a pesar de ser una estrategia

que reduce el dolor a corto plazo, a largo plazo, es contraproducente y provoca un fenómeno que denominan “manejo de la impresión”. Concretamente, se refiere a la necesidad de mantener las apariencias y seguir evitando la fuente de estrés, con el elevado coste de energía psicológica que ello conlleva. Como propuesta para aumentar la autoestima, señalan la modificación de la tendencia a la evitación, y el favorecimiento del afrontamiento.

Por otra parte, se ha asociado la evitación experiencial con la percepción de la capacidad que uno/a tiene para una adecuada regulación de las respuestas emocionales, así como con vivir de acuerdo con los valores personales, aspectos, a su vez, relacionados con la autoestima. Por ejemplo, se ha sugerido que el hecho de que la persona viva o no conductualmente en relación con sus propios valores, puede implicar que se considere a sí misma una persona merecedora o no (Pope, McHale, & Craighead, 1988; Rosenberg, 1965). El merecimiento es un componente de la autoestima que se refiere al sentimiento o creencia sobre el valor de uno mismo/a. En este sentido, el comportarse de acuerdo con lo que para uno es importante, parece tener una influencia en la autoestima.

En esta misma línea, Mruk (1998), en sus estudios sobre la autoestima, propuso una conexión entre conducta y autoestima, señalando que esta última depende de cómo una persona se comporte en relación a los desafíos de la vida (p. ej. afrontando vs. evitando). Esta vinculación entre conducta y autoestima la establece señalando que, las consecuencias de cómo se manejen las dificultades

cotidianas, proporcionan información acerca de la propia persona y por ello, están asociadas a su nivel de autoestima. A su vez, este autor considera el efecto recíproco, al indicar que el cómo se comporte dicha persona ante tales desafíos también está influenciado por el nivel de autoestima.

Además de lo anterior, se ha planteado que las personas con alta autoestima parecen conocerse mejor a sí mismos que las que tienen baja autoestima (Blaine & Crocker, 1993). Esto podría vincular la alta autoestima con una mayor apertura a estar en contacto con uno/a mismo/a, lo que implicaría, entre otros aspectos, permitir y tolerar ciertos aspectos negativos (emociones, pensamientos, etc.) presentes en la experiencia. Es decir, la autoestima podría estar asociada con una baja evitación experiencial. En esta misma línea, recientes avances en la práctica clínica han apuntado la importancia, para el propio bienestar, de aceptar aspectos de uno/a mismo/a previamente rechazados o evitados, en lugar de tratar por todos los medios de cambiarlos (Hayes et al., 1999; Segal, Williams, & Teasdale, 2002).

Por otro lado, se ha sugerido que las personas que obtienen altas puntuaciones en evitación experiencial pueden llegar a percibirse a sí mismas como menos capaces de regular sus respuestas emocionales (Karekla & Panayiotou, 2011). Y esta autopercepción de menor capacidad podría estar relacionada con una más baja autoestima. Además de ello, se ha apuntado el hecho de que la evitación experiencial impide llevar a cabo acciones de acuerdo

con valores (Fledderus et al., 2010). Es decir, la evitación experiencial dificulta dar pasos hacia lo que es importante en la vida para la persona. En este sentido, asumir la responsabilidad de actuar en relación con los valores y objetivos deseados ha sido señalado como clave para el desarrollo de una buena autoestima (Branden, 1988, 1995). A partir de estos resultados, podría suponerse que la evitación experiencial, en cuanto que limita la consecución de los aspectos importantes para la persona, estaría relacionada con una más baja autoestima.

Desde la Terapia de Aceptación y Compromiso, el modelo teórico que propone el constructo de evitación experiencial, se pueden señalar algunos resultados interesantes para el tema que nos ocupa, en cuanto que revisan variables relacionadas con la evitación experiencial y la autoestima. Por ejemplo, se ha analizado la eficacia de la intervención con un componente específico de la ACT, la defusión cognitiva, en diversas variables, entre ellas la autoestima (Hinton & Gaynor, 2010). El objetivo de la intervención con la defusión cognitiva es el de alterar la manera en que la persona se relaciona con sus pensamientos, no en cambiar los pensamientos en sí. En concreto, se trabaja la aceptación de los contenidos mentales a diferencia de las estrategias de evitación o supresión de los mismos. Concretamente, el resultado del estudio fue que los pensamientos negativos sobre uno mismo disminuyeron tras tres sesiones de defusión cognitiva. Estos hallazgos sugieren que el mantenimiento de una actitud de aceptación y baja evitación experiencial hacia los contenidos, ya sean

positivos o negativos, tiene como resultado una mejor valoración de uno mismo, es decir, una mayor autoestima.

Por otra parte, diversos estudios en el área del mindfulness, han señalado la relación de este constructo con la autoestima (Bajaj, Robins, & Pande, 2016; Brown & Ryan, 2003; Randal, Pratt, & Bucci, 2015; Thompson & Waltz, 2008). Mindfulness ha sido definido como “el estado de estar atento y consciente sobre lo que acontece en el presente” (Brown & Ryan, p.822). Concretamente, en cuanto a la relación de este constructo con el de autoestima, se ha apuntado que a mayor nivel de mindfulness, más centra una persona su atención en las experiencias presentes, y menos probable es que tenga pensamientos críticos hacia sí mismo/a, promoviendo esto a su vez, la autoestima. Además, el promover la conciencia plena o mindfulness ayuda a que la persona reconozca los pensamientos o sentimientos como sucesos de la mente, pasajeros, y no como aspectos del yo que lo definen, consiguiéndose así mayor nivel de autoestima (Bajaj et al., 2016; Pepping, O’Donovan, & Davis, 2013). Así por ejemplo, pensamientos negativos sobre uno mismo/a no se tomarían como verdades absolutas reflejo de la realidad, sino simplemente, como eventos mentales, por lo que afectarían en menor medida a la autoestima. Además de ello, se ha puesto de relieve que el entrenamiento en mindfulness promueve una autoconciencia que es no autoevaluativa, por lo que minimizaría las autoreferencias negativas relacionadas con una baja autoestima (Rasmussen & Pidgeon, 2011).

Estos resultados tienen interés para nuestro estudio en tanto que la aceptación (una baja evitación experiencial) es un componente del mindfulness, junto con otros aspectos, como la curiosidad y apertura (Bishop et al., 2006). Así, la práctica del mindfulness aumentaría la aceptación.

Con el objetivo de diseñar intervenciones específicas que contribuyan en el incremento de la autoestima asociada con el bienestar, es necesario entender qué componentes del mindfulness se asocian con una mayor autoestima (Pepping et al., 2013). Las aportaciones en el estudio de la relación entre evitación experiencial y autoestima son importantes en tanto proporcionan información sobre un elemento del mindfulness, la aceptación, que se asocia con la autoestima. Así, podemos concluir afirmando que también, desde el campo de estudio del mindfulness, se apunta al interés de analizar la relación de la evitación experiencial y la autoestima.

**3.2.11. La evitación experiencial, la autoestima y su relación con la psicopatología.** La vinculación entre la evitación experiencial y la autoestima ha sido señalada por algunas investigaciones que, aunque escasas, las han puesto directamente en relación. Estos estudios han analizado, a su vez, la asociación de ambos constructos con determinadas variables psicopatológicas (Al-Jabari, 2012; Moroz & Dunkley, 2015; Udachina et al., 2009, Udachina et al., 2014).

Ya sea como variable predictora o dependiente, mediadora o moderadora, estos autores y autoras han tratado de dar luz a la relación entre los dos constructos, así como a su asociación con la psicopatología. No obstante, los resultados han sido dispares, tanto en cuanto a la vinculación existente entre ambas variables, como en referencia a la conexión de las dos con la psicopatología (Ver Tabla 1).

Tabla 1

*Estudios que analizan la relación entre evitación experiencial, autoestima y psicopatología*

Estudio	Muestra	Instrumentos	Evitación experiencial y autoestima: ¿Constructos relacionados o independientes?
<b>Udachina et al. (2009)</b>	n= 427 estudiantes	<b>*Acceptance and Action Questionnaire-II</b> (AAQII; Bond et al., 2011) <b>*Self-Esteem Rating Scale</b> (SERS; Nugent & Thomas, 1993) <b>* Persecution and Deservedness Scale</b> (PaDS; Melo et al., 2009) <b>*Medidas del Experience Sample Method</b> (autoestima, evitación experiencial, paranoia, depresión y estrés)	Existe una relación bidireccional entre evitación experiencial y autoestima. Ambas, a su vez, influyen en la variable paranoia.
<b>Michalak et al. (2011)</b>	n= 216 estudiantes	<b>*Kentucky Inventory of Mindful Skills -Accept without judgement scale</b> (Baer et al., 2004) <b>*Rosenberg Self-Esteem Scale</b> (RSE; Rosenberg, 1965) <b>*Beck Depression Inventory</b> (BDI; Beck & Steer, 1987)	La relación entre autoestima y depresión está moderada por la aceptación
<b>Al-Jabari (2012)</b>	n= 82 estudiantes	<b>*The Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth</b> (AFQ-Y; Greco et al., 2005) <b>* Rosenberg Self-Esteem Scale</b> (RSE; Rosenberg, 1965) <b>*Symptom Checklist-90-R</b> (SCL-90-R; Derogatis, 1994)	No hay efecto moderador de la flexibilidad psicológica en la relación entre autoestima y sintomatología. La autoestima y la flexibilidad psicológica predicen negativa e independientemente la sintomatología psicológica.
<b>Udachina et al. (2014)</b>	n= 41 pacientes con esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo o delirante	<b>*Experience Sample Method</b> (evitación experiencial, autoestima, paranoia, afecto negativo y estrés) <b>*Positive and Negative Syndrome Scale</b> (PANSS; Kay et al., 1987) <b>*Persecution and Deservedness Scale</b> (PaDS; Melo et al., 2009)	La relación entre evitación experiencial y paranoia es directa e indirecta a través de la autoestima. Igualmente, la relación entre autoestima y paranoia es directa e indirecta a través de la evitación experiencial.

<b>Moroz &amp; Dunkley (2015)</b>	<i>n</i> = 210 adultos	<p><b>*Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire</b> (MEAQ; Gámez et al., 2011)</p> <p><b>* Rosenberg Self-Esteem Scale</b> (RSE; Rosenberg, 1965)</p> <p><b>*Beck Depression Inventory</b> (BDI; Beck &amp; Sterr, 1987)</p> <p><b>*Frost Multidimensional Perfectionism Scale</b> (FMPS; Frost et al., 1990)</p>	<p>La evitación experiencial no media la relación entre autoestima y síntomas depresivos.</p> <p>Evitación experiencial y autoestima median de forma independiente la relación entre perfeccionismo y síntomas depresivos</p>
-----------------------------------	------------------------	--	---

La Tabla 1 recoge los estudios que analizaron la asociación entre evitación experiencial, autoestima y psicopatología. En primer lugar, Udachina et al. (2009) encontraron una relación bidireccional entre evitación experiencial y autoestima en una muestra de estudiantes. Ambas variables, a su vez, se asociaron con el constructo paranoia. Posteriormente, se observó la vinculación de estas tres variables (evitación experiencial, autoestima y paranoia) en una muestra de 41 pacientes diagnosticados de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo o trastorno delirante (Udachina et al., 2014). Los resultados señalaron que tanto la baja autoestima como la evitación experiencial contribuían a aumentar la paranoia. El efecto era tanto directo, como indirecto. Es decir, la baja autoestima influyó en el pensamiento paranoico tanto directamente como a través de la evitación experiencial. Y lo mismo le ocurrió a la evitación experiencial, que influyó en el pensamiento paranoico tanto de manera directa como indirecta a través de la baja autoestima. Estas dos investigaciones apuntaron a una relación recíproca entre evitación experiencial

y autoestima. Y ambas, a su vez, contribuyeron a los síntomas psicopatológicos de paranoia.

Además de lo anterior, también ha sido señalado el papel moderador de la aceptación, similar a una baja evitación experiencial, en la relación entre autoestima y síntomas depresivos en una muestra de estudiantes (Michalak et al., 2011). En los participantes con una baja aceptación (es decir, una alta evitación experiencial), la autoestima estaba más estrechamente asociada con la depresión. En cambio, en los que mostraron una alta aceptación, la autoestima estaba menos asociada con la depresión.

Por su parte, en la tesis doctoral de Al-Jabari (2012), se propuso un efecto moderador de la flexibilidad psicológica (término más amplio que el de aceptación y que refiere una baja evitación experiencial) en la relación entre autoestima y sintomatología psicológica en una muestra de estudiantes. Los resultados no apoyaron su hipótesis, puesto que apuntaron a un efecto independiente de la autoestima y de la flexibilidad psicológica sobre los síntomas psicológicos.

Por último, otro estudio que analizó ambas variables, en población adulta comunitaria, planteó la hipótesis de una posible mediación de la evitación experiencial entre la baja autoestima y los síntomas depresivos (Moroz & Dunkley, 2015). A pesar de que encontraron una relación entre baja autoestima

y síntomas depresivos, y entre alta evitación experiencial y síntomas depresivos, no confirmaron su hipótesis sobre el efecto mediador de la evitación experiencial, por lo que concluyeron que existía una relación independiente de la evitación experiencial y de la autoestima, sobre los síntomas depresivos.

Podemos resumir lo anterior señalando que han sido escasos los estudios que han analizado la asociación entre estos dos factores, la evitación experiencial y la autoestima, así como la relación de ambos con determinados síntomas psicopatológicos. A su vez, estas investigaciones no han alcanzado resultados concluyentes. En unas, la relación entre evitación experiencial y autoestima era bidireccional y ambas variables mediaban la relación con los síntomas psicopatológicos estudiados, en concreto, con la paranoia (Udachina et al., 2009; Udachina et al., 2014). En otras, encontraban un efecto de moderación de la aceptación en la relación entre autoestima y psicopatología (Michalak et al., 2011). En cambio, en otros estudios, los efectos de ambas eran independientes en su asociación con la psicopatología, y no estaban relacionadas entre sí (Al-Jabari, 2012; Moroz & Dunkley, 2015).

Por otra parte, las muestras utilizadas en los estudios anteriormente presentados se limitaron a estudiantes, adultos sin patología o bien a población clínica muy específica (trastorno esquizofrénico, delirante o esquizoafectivo). No existe ningún estudio, que los presentes autores tengan conocimiento, sobre la relación entre evitación experiencial, autoestima y sintomatología ansioso-

depresiva, en muestras de personas con trastornos emocionales, una de las patologías con mayor prevalencia en la actualidad.

Además de ello, ningún estudio utilizó el Cuestionario Breve de Evitación Experiencial (Brief Experiential Avoidance Questionnaire; BEAQ), instrumento reconocido como la medida más apropiada para medir la evitación experiencial (Wolgast, 2014), que supera las limitaciones de instrumentos desarrollados con anterioridad (Gámez et al., 2014).

Como conclusión, cabe destacar que la evitación experiencial y la autoestima pueden ser consideradas como importantes recursos para un adecuado funcionamiento personal y social, así como factores de vulnerabilidad para la psicopatología (Chawla & Ostafin, 2007; Gerhart et al., 2014; Hayes et al., 2004; Sowislo & Orth, 2013). Por ello, contribuir a aclarar la relación entre estas variables y su relación con la psicopatología emocional puede ser de gran interés para una población cada vez más numerosa, la diagnosticada con trastornos emocionales.

### 3.3. Objetivo e hipótesis

El objetivo general del Estudio 2 es avanzar en la comprensión de los mecanismos a través de los cuales la evitación experiencial influye en los trastornos emocionales. Así, nuestro interés se centra en analizar “cómo” el efecto de la evitación experiencial sobre los síntomas ansioso-depresivos tiene lugar. Concretamente, proponemos explorar un posible efecto mediador de la autoestima en la relación entre estas dos variables. Consideramos que este análisis es de gran importancia en tanto ofrece información sobre procesos de mediación que contribuyen aportando un conocimiento más profundo del fenómeno o proceso bajo investigación (Hayes, 2013).

Concretamente, se analizarán una serie de hipótesis preliminares (hipótesis 1- 4) y unas hipótesis principales (hipótesis 5 y 6). Éstas son:

1. Los participantes con un mayor nivel de evitación experiencial mostrarán una mayor intensidad en la sintomatología depresiva.
2. Los participantes con un mayor nivel de evitación experiencial obtendrán una mayor intensidad en la sintomatología ansiosa.
3. Los participantes con un mayor nivel de autoestima presentarán una menor intensidad en la sintomatología depresiva.
4. Los participantes con un mayor nivel de autoestima manifestarán una menor intensidad en la sintomatología ansiosa.

5. La relación entre una menor evitación experiencial y una menor sintomatología depresiva estará mediada por una mayor autoestima.

6. La relación entre una menor evitación experiencial y una menor sintomatología ansiosa estará mediada por una mayor autoestima.

### 3.4. Método

**3.4.1. Participantes.** En el estudio participaron 174 pacientes atendidos en una Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) perteneciente al Servicio Andaluz de Salud. Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Cumplir con alguno de los criterios diagnósticos de los distintos trastornos emocionales según la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1992). Estos incluyen: episodios depresivos (F32), trastorno depresivo recurrente (F33), trastornos del humor (afectivos) persistentes (F34), trastornos de ansiedad fóbica (F40), otros trastornos de ansiedad (F41), trastorno obsesivo-compulsivo (F42), reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación (F43).
- Mayor de edad (>17 años).
- Aceptación de participación en el estudio.
- Ausencia de deterioro cognitivo o de otra limitación física que impida la realización del cuestionario.

La muestra estuvo compuesta por 174 personas, de entre las cuales 123 son mujeres (70.7%) y 51 son hombres (29.3%), con una edad media de 46.7 años y un rango de 18 a 73 años ( $D.T.= 11.98$ ). Otros datos sociodemográficos y clínicos se pueden ver en la Tabla 2.

Tabla 2

*Características Sociodemográficas de los Participantes (N=174)*

Variable	N	Porcentaje
<b>Estado civil</b>		
Soltero/a	49	28.2
Casado/a/Pareja	94	54
Separado/a/Divorciado/a	28	16.1
Viudo/a	3	1.7
Total	174	100
<b>Nivel educativo</b>		
Primarios/E.G.B.	23	13.22
Secundarios	29	16.67
Bachiller/F.P.	51	29.31
Universitarios	71	40.80
Total	174	100
<b>Situación laboral</b>		
Activo	96	55.17
Desempleo	38	21.84
Pensionista	13	7.47
Estudiante	12	6.90
Tareas domésticas	15	8.62
Total	174	100
<b>Diagnóstico</b>		
Trastornos depresivos	32	18.40
Trastornos de ansiedad	80	46.00
Trastornos adaptativos	62	35.60
Total	174	100

**3.4.2. Design.** This was an ex post facto cross-sectional study. The non-random sample was collected by non-probability sampling on the basis of accessibility.

### **3.4.3. Variables**

**Sociodemographic and clinical information.** This included sociodemographic data (age, sex, marital status, education and employment status) and diagnoses.

**Experiential avoidance.** Score found from the CBEE (Gámez et al., 2014). The Spanish adaptation described in Study 1 was used.

**Self-esteem.** Calculated from the score on the Spanish version of the Rosenberg self-esteem scale (Rosenberg, 1965; Vazquez Morejón et al., 2004).

**Symptomatology.** The intensity of the depressive and anxiety symptomatology of emotional disorders was evaluated with the Spanish adaptation of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for depressive symptoms (Kroenke, Spitzer & Williams, 2001; Spitzer, Kroenke, Williams & P.H.Q.P.C.S. Group, 1999; Vázquez, Castillo, Segura & Salas, 2014), and the Generalized Anxiety Disorder-7 Scale (GAD-7) for anxiety symptoms (Garcia-Campayo et al., 2010; Spitzer, Kroenke, Williams, & Löwe, 2006).

### **3.4.4. Instruments**

**Cuestionario Breve de Evitación Experiencial (CBEE; Gámez et al., 2014).**

This instrument was translated and adapted into Spanish by the authors of this article. It is a self-report questionnaire with 15 items which measure the degree of experiential avoidance. In its original English version, the Brief Experiential Avoidance Questionnaire (BEAQ; Gámez et al., 2014) shows association with measures of avoidance, psychopathology and quality of life. The BEAQ shows a strong convergence with each of the six dimensions of the Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire (MEAQ; Gámez et al., 2011), the original scale which the items are extracted from for this short version. The items are rated on a 6-point Likert scale (1 = "strongly disagree" to 6 = "strongly agree"). The scores range from 15 to 90 points, higher scores showing greater experiential avoidance. The original questionnaire presented good reliability (Cronbach's alpha .80-.89).

**Rosenberg Self-Esteem Scale (EAR; Rosenberg, 1965).** This scale was designed to assess overall self-esteem. It consists of 10 items with content referring to feelings of respect and acceptance of oneself. It is scored on a Likert scale with a rank of 4 points (1 = "strongly agree" to 4 = "strongly disagree"). Half of the items are stated positively way and the other half negatively. For scoring, this test the scores on the negatively stated items must be reversed and then added to the scores on all the items. The result is an indicator that oscillates between 10 and 40 points, with higher scores showing higher self-esteem. The Spanish adaptation used in this study had a Cronbach's alpha coefficient of .87,

which shows adequate internal consistency and reliability of this adaptation for a Spanish population (Vazquez Morejon et al., 2004).

**Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9;** Kroenke et al., 2001; Spitzer et al., 1999). This is a self-report questionnaire for evaluating the intensity and severity of depressive symptoms. It contains nine items covering the nine DSM-IV depression criteria scored from 0 ("not at all") to 3 ("almost every day"). The total score ranges from 0 to 27. In addition, intervals have been proposed for interpreting the total score: 5-9 (minimal depression symptoms), 10-14 (minor depression), 15-19 (moderately severe depression) and > 20 (severe depression). In this study we used a Spanish version which has acceptable psychometric properties with a Cronbach alpha of .77 (Vázquez et al., 2014).

**Generalized Anxiety Disorder-7 Scale (GAD-7;** Spitzer et al., 2006). This is a self-report questionnaire that detects both the severity of generalized anxiety and other types of anxiety disorders. It has seven items scored on a scale of 0 ("never") to 3 ("almost every day"). The total score can range from 0 to 21, higher scores indicating higher intensity of anxiety symptoms. Cut-off points have been proposed to interpret the results: 5 (mild anxiety), 11 (moderate anxiety) and 16 (severe anxiety). In this study the Spanish adaptation used presents excellent psychometric properties, with a Cronbach's alpha of .94 (García-Campayo et al., 2010).

**3.4.5. Procedure.** This research was approved (Code RVM16) by the Andalusian Biomedical Research Ethics Committee (see Appendix 3). Some of the patients diagnosed with emotional disorders (including the codes referred to before) who were treated in a Community Mental Health Unit in Seville were invited to participate in the study. In the session with the professional, they were informed about the aims of the study and that their participation was voluntary (see Appendix 1 and 2).

After signing their informed consent, those who agreed to participate were given the questionnaires and instructions for their completion during the session. When they had finished, the questionnaires were checked to see that they had been filled out correctly, and the data were entered in the database for later analysis. The professional diagnoses used were made from diagnostic interview following the ICD-10 criteria.

**3.4.6. Data Analysis.** First, descriptive analyses of the scores on the scales in the study were performed using measures of central tendency and dispersion. Scores on the scales were also checked with the Kolmogorov-Smirnov goodness-of-fit test to see whether they followed a normal distribution.

Preliminary hypotheses. To test the study's preliminary hypotheses, correlations between scale scores were examined using the Pearson's  $r$ . Hypothesis 1, which

proposed an association between high experiential avoidance and high depressive symptomatology, was tested by means of the correlation between experiential avoidance and depressive symptoms.

Hypothesis 2, which proposed an association between high experiential avoidance and high anxiety symptomatology, was tested with the correlation between experiential avoidance and anxiety symptoms.

At the same time, Hypotheses 3 and 4, which proposed that the higher self-esteem, the lower depressive symptomatology would be on the one hand, and the lower the anxiety symptoms on the other, were tested by means of the correlations between self-esteem and depressive and anxiety symptoms, respectively.

Various statistical analyses explored any possible influence of age and gender on the scores. The Pearson's  $r$  correlation was used to determine whether age was correlated with experiential avoidance, with self-esteem or with anxiety and depression symptoms. Moreover, the Student's  $t$  test was used to analyze the study variables for any significant gender differences.

Main hypotheses. To explore the influence of experiential avoidance on emotional disorders, a simple mediation analysis was performed (Preacher &

Hayes, 2004) using a 95% confidence interval and 5000 bootstrap samples to calculate the coefficient of the indirect effect.

First, this analysis was performed with experiential avoidance as an independent variable, self-esteem as a mediator and depressive symptoms as a dependent variable. Then, the same analysis was carried out, but with anxiety symptoms as the dependent variable. The analyses were performed with the SPSS macro PROCESS (Hayes, 2013). Confidence intervals that did not contain zero would show a significant indirect effect, thus confirming the mediation of the variable studied. The influence of age was controlled for in these analyses. All data analyses were carried out using the SPSS v.21.

### **3.5. Resultados**

Los resultados se organizan en tres apartados. En primer lugar, se presentan los análisis descriptivos del CBEE, EAR, PHQ-9 y GAD-7. A continuación, se exponen las correlaciones entre las variables del estudio y se comenta en qué medida se han confirmado las hipótesis 1 a 4. Por último, se muestran los datos de los análisis de mediación, con el objetivo de comprobar las hipótesis 5 y 6 del presente trabajo.

#### **3.5.1. Datos descriptivos**

*Cuestionario Breve de Evitación Experiencial.* Los resultados relativos al nivel de evitación experiencial de la muestra analizada alcanzaron una media de 56.13 puntos. A su vez, la desviación típica de la puntuación en la muestra fue de 13.63 puntos. La puntuación media, desviación típica así como la asimetría y curtosis en cada ítem del instrumento pueden observarse en la Tabla 3.

Tabla 3

*Estadísticos Descriptivos de los Ítems y Total del CBEE*

Número de ítem	N	Media	Desviación típica	Asimetría	Curtosis
1	174	3.44	1.83	-0.02	-1.50
2	173	3.50	1.70	-0.15	-1.32
3	174	3.97	1.69	-0.31	-1.18
4	173	2.90	1.85	0.37	-1.40
5	174	3.66	1.85	-0.24	-1.40
6	174	3.44	1.86	0.03	-1.48
7	174	4.06	1.76	-0.50	-1.13
8	174	3.18	1.68	0.11	-1.29
9	172	3.66	1.89	-0.16	-1.49
10	174	4.08	1.75	-0.51	-1.07
11	174	4.56	1.51	-0.78	-0.51
12	173	4.10	1.71	-0.48	-1.10
13	174	4.05	1.58	-0.39	-0.94
14	173	3.27	1.69	0.15	-1.31
15	174	4.31	1.79	-0.65	-1.03
Total	170	56.13	13.63	-0.21	-0.22

*Escala de Autoestima de Rosenberg.* En relación a la variable autoestima, la puntuación media obtenida en la muestra analizada fue de 24.97 puntos. Por su parte, la desviación típica fue de 5.36 puntos. Otra información referida a la media, desviación típica, asimetría y curtosis de los ítems puede observarse en la Tabla 4.

Tabla 4

*Estadísticos Descriptivos de los Ítems y Total del EAR*

Número de ítem	N	Media	Desviación típica	Asimetría	Curtosis
1	171	3.26	0.66	-0.60	0.37
2	171	2.58	0.99	-0.09	-1.00
3	172	3.20	0.63	-0.46	0.75
4	172	2.87	0.81	-0.35	-0.34
5	172	2.54	0.84	-0.04	-0.56
6	172	2.28	0.77	0.23	-0.25
7	170	2.20	0.79	0.20	-0.42
8	172	1.62	0.68	0.88	0.55
9	171	2.14	0.91	0.57	-0.36
10	171	2.29	0.97	0.30	-0.85
Total	169	24.97	5.36	0.23	-0.26

*Patient Health Questionnaire – 9.* Las puntuaciones en la escala PHQ-9 oscilan entre 0 y 27 puntos. La media obtenida en la muestra del presente estudio alcanzó 15.09 puntos, lo cual indica un nivel de sintomatología depresiva moderadamente severa. La desviación típica obtenida fue de 6.52. Otros datos descriptivos de la escala se presentan en la Tabla 5.

Tabla 5

*Estadísticos Descriptivos de los Ítems y Total del PHQ-9*

Número de ítem	N	Media	Desviación típica	Asimetría	Curtosis
1	168	1.83	0.88	-0.08	-0.99
2	167	1.97	0.82	-0.07	-1.22
3	168	1.93	1.04	-0.47	-1.06
4	168	1.96	0.90	-0.23	-1.15
5	168	1.57	0.95	0.02	-0.93
6	168	1.77	1.06	-0.29	-1.18
7	167	1.74	1.00	-0.08	-1.18
8	168	1.37	1.01	0.21	-1.04
9	168	0.93	1.07	0.81	-0.68
Total	166	15.09	6.52	0.07	-0.95

*Generalised Anxiety Disorder – 7 Scale.* Las puntuaciones de la escala GAD-7 oscilan entre 0 y 21 puntos. En la muestra analizada se obtuvo una media de 12.59 puntos y una desviación típica de 4.97, lo cual indica un nivel de ansiedad moderado. Otros datos de la escala pueden observarse en la Tabla 6.

Tabla 6

*Estadísticos Descriptivos de los Ítems y Total del GAD-7*

Número de ítem	N	Media	Desviación típica	Asimetría	Curtosis
1	168	1.95	0.84	-0.28	-0.76
2	168	1.97	0.88	-0.37	-0.77
3	168	2.11	0.85	-0.40	-1.06
4	168	2.04	0.81	-0.41	-0.57
5	168	1.26	0.94	0.32	-0.78
6	168	1.62	0.97	-0.02	-1.01
7	168	1.63	1.08	-0.12	-1.28
Total	168	12.59	4.97	-0.14	-0.8

La prueba de contraste de normalidad Kolmogorov-Smirnov mostró que las distribuciones de las puntuaciones en los cuestionarios utilizados seguían una distribución normal. Las puntuaciones Z y sus significaciones pueden observarse en la Tabla 7. En este sentido, se obtuvieron en las distintas escalas una  $p > .05$ , lo cual indicó que no había diferencia entre la distribución de cada cuestionario y la distribución normal.

Tabla 7

*Puntuaciones en la Prueba de Normalidad  
Kolmogorov-Smirnov de los Cuestionarios  
del Estudio*

Escala	Z	p
CBEE	0.66	.78
EAR	1.13	.16
PHQ-9	1.03	.24
GAD-7	1.06	.21

**3.5.2. Correlaciones.** Las correlaciones entre las distintas escalas pueden observarse en la Tabla 8. Por una parte, cabe señalar que se obtuvo una correlación positiva significativa entre la puntuación en el CBEE y la puntuación en el PHQ-9. Este resultado apoya la hipótesis 1, que proponía que en los participantes con un mayor nivel de evitación experiencial se observaría una mayor intensidad en la sintomatología depresiva.

Por otra parte, la correlación entre el CBEE y el GAD-7 también resultó significativa y positiva. Por lo que los datos apuntan a que, a mayor evitación experiencial, mayor intensidad de la sintomatología ansiosa en la muestra analizada. Esta correlación apoya la hipótesis 2 del estudio.

En cuanto a la correlación entre la EAR y el PHQ-9, se obtuvo una correlación negativa significativa. Este resultado apoya la hipótesis 3 del presente estudio, al confirmarse una asociación entre ambas variables. De este modo, los datos mostraron que, a mayor nivel de autoestima, menor sintomatología depresiva.

Por último, la EAR correlacionó de forma significativa con el GAD-7, en sentido negativo. De manera que a mayor autoestima, menor sintomatología ansiosa en la muestra observada. Esta correlación, por su parte, confirma la hipótesis 4 del estudio, que planteaba una asociación negativa entre ambas variables.

Tabla 8

*Correlaciones del CBEE, EAR, PHQ-9 y GAD-7*

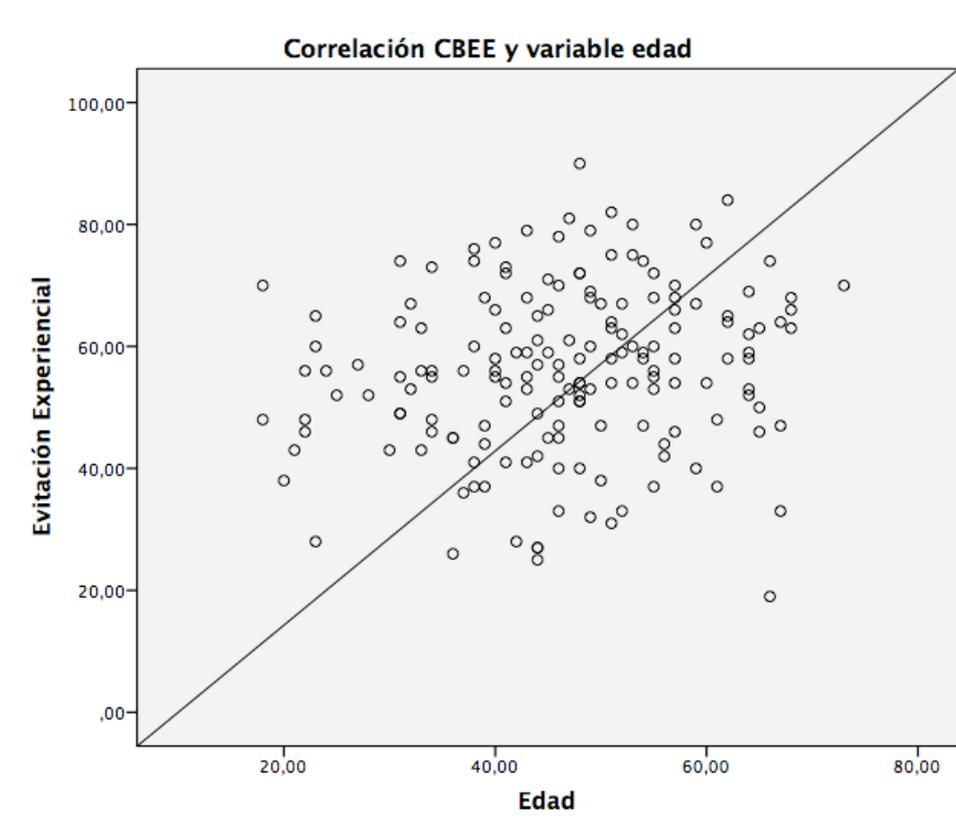
Cuestionario	N	1	2	3	4
1. CBEE	170	1	-.44*	.24*	.28*
2. EAR	165	-.44*	1	-.69*	-.54*
3. PHQ-9	162	.24*	-.69*	1	.76*
4. GAD-7	164	.28*	-.54*	.76*	1

\*  $p < .01$  (bilateral)

En relación a la correlación entre la edad y las puntuaciones obtenidas en las distintas escalas, se obtuvo una correlación significativa únicamente en el caso de la edad y la evitación experiencial ( $r = .16, p < .05$ ). En cambio, las correlaciones no fueron significativas entre la edad y las escalas EAR ( $r = .02, p = .80$ ), PHQ-9 ( $r = .09, p = .23$ ) y GAD-7 ( $r = .00, p = .99$ ). La Figura 1 muestra la representación gráfica de la correlación entre edad y evitación experiencial.

Figura 1

*Correlación de las Puntuaciones en el CBEE y de la Variable Edad*



En el caso de la variable género, no se observaron diferencias significativas entre mujeres y hombres en las puntuaciones de las escalas utilizadas. Así, ambos grupos presentaron puntuaciones sin diferencias significativas en las escalas CBEE, EAR, PHQ-9 y GAD-7. Estos resultados pueden observarse en la Tabla 9.

Tabla 9

*Diferencia de Medias entre Mujeres y Hombres en las Escalas del Estudio*

Escala	Tipo de Muestra						<i>t</i>	<i>p</i>	<i>g.l.</i>
	Mujeres			Hombres					
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>			
CBEE	115	56.47	12.65	50	55.08	16.04	-.60	.55	163
EAR	115	24.51	4.95	50	25.78	6.15	1.40	.16	163
PHQ-9	114	15.62	6.44	47	13.87	6.54	-1.56	.12	159
GAD-7	114	12.98	4.88	49	11.57	5.18	-1.66	.10	161

**3.5.3. Análisis de mediación.** Con el objetivo de comprobar la hipótesis 5, que proponía una mediación de la autoestima en la relación entre la variable independiente evitación experiencial y la variable dependiente sintomatología depresiva, se realizó un análisis de mediación. En este análisis se controló la influencia de la variable edad, debido a que en los análisis correlacionales previos se observó una correlación significativa entre la evitación experiencial y la edad. Los resultados muestran cómo la evitación experiencial influye indirectamente en la sintomatología depresiva a través de la disminución de la autoestima.

Tal y como se muestra en la Figura 2 y en la Tabla 10, las personas con mayor evitación experiencial obtuvieron una menor autoestima ( $a = -0.185$ ), y las personas con menor autoestima presentaron mayor intensidad en la sintomatología depresiva ( $b = -0.879$ ). El intervalo de confianza bootstrap al 95% para el efecto indirecto ( $ab = 0.163$ ), basado en 5000 muestras bootstrap, estuvo por encima del valor cero (0.115 a 0.218), lo cual confirma el efecto indirecto de la evitación experiencial en los síntomas depresivos a través de la autoestima. El tamaño del efecto obtenido mediante el indicador Kappa-squared ( $\kappa^2$ ) fue de 0.364, indicando que el efecto indirecto observado de  $ab = 0.163$  es un 36% del máximo valor que puede alcanzar. Por otra parte, no hubo evidencia de que la evitación experiencial influyera en los síntomas depresivos de forma directa, más allá del efecto a través de la autoestima ( $c' = -0.050, p = .110$ ).

Así pues, estos datos apoyan la hipótesis 5 de la mediación de la variable autoestima en la relación entre evitación experiencial y los síntomas depresivos, controlando la variable edad.

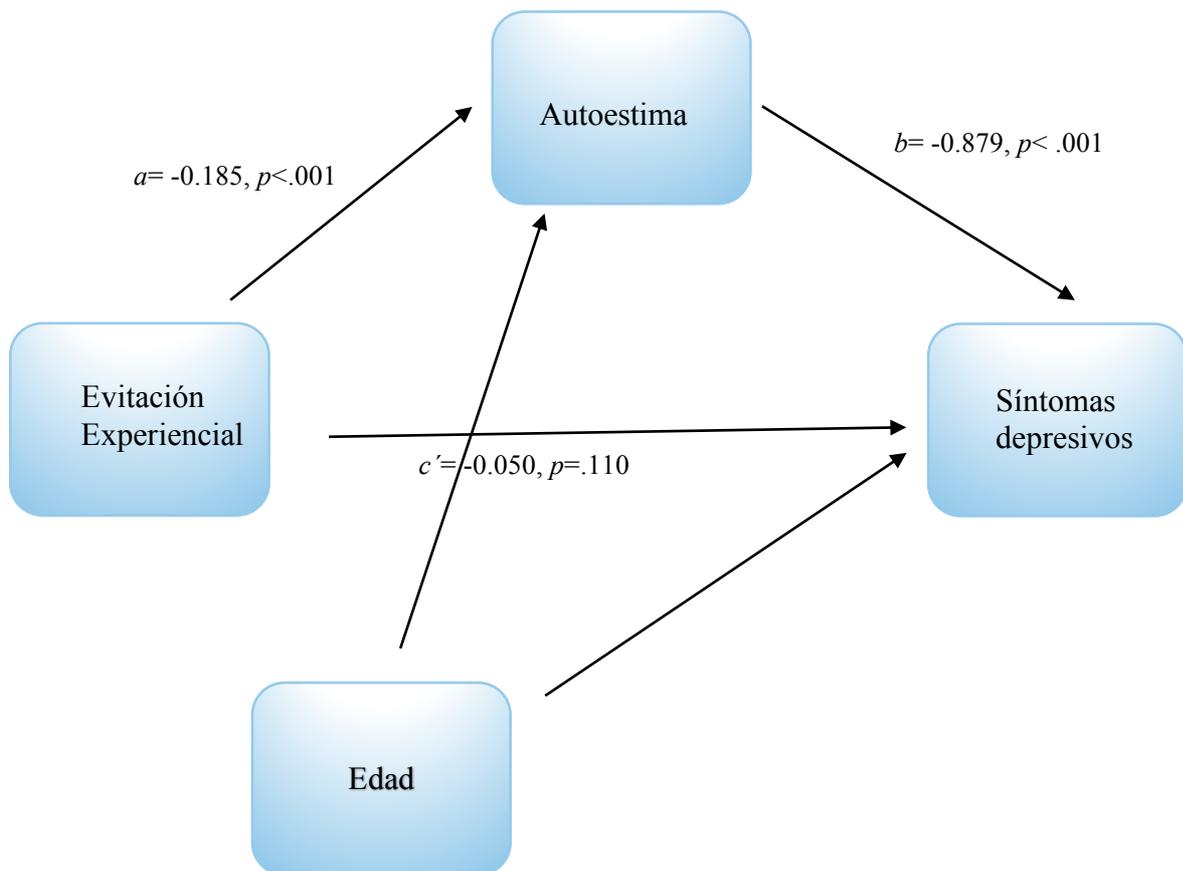


Figura 2  
*Modelo de mediación para las variables evitación experiencial, autoestima y síntomas depresivos, controlando la variable edad*

Tabla 10

*Coefficientes de la Mediación de la Autoestima en la Relación entre Evitación  
Experiencial y Síntomas Depresivos, Controlando la Variable Edad*

Antecedente		Consecuente						
		M (Autoestima)			Y (Depresión)			
		Coefficiente	SE	p		Coefficiente	SE	p
X (Evitación experiencial)	a	-0.185	0.029	<.001	c'	-0.050	0.031	.110
M (Autoestima)		-	-	-	b	-0.879	0.076	<.001
C (edad)	f	0.041	0.033	.224	g	0.083	0.032	.010
constante	i <sub>1</sub>	33.418	2.064	<.001	i <sub>2</sub>	35.806	3.188	<.001
		R <sup>2</sup> =0.205				R <sup>2</sup> =0.506		
		F(2,155)=20.010, p<.001				F(3,154)=52.504, p<.001		

Por otra parte, en relación a la hipótesis 6 sobre la mediación de la autoestima en la relación entre evitación experiencial y síntomas de ansiedad, la Figura 3 y la Tabla 11 presentan los principales resultados. Se observó que los participantes con mayor evitación experiencial obtuvieron una menor autoestima ( $a = -0.185$ ), y los participantes con menor autoestima obtuvieron mayor sintomatología ansiosa ( $b = -0.468$ ). El efecto indirecto ( $ab=0.087$ ), calculado con un intervalo de confianza al 95%, basado en 5000 muestras bootstrap, estuvo por encima del valor cero (0.056 a 0.125), confirmando este resultado el efecto indirecto de la evitación experiencial en la sintomatología ansiosa a través de la autoestima. El tamaño del efecto obtenido mediante el indicador  $\kappa^2$  fue de 0.232, indicando que el efecto indirecto observado de  $ab=0.087$  es un 23% del máximo

valor que puede alcanzar. En cuanto al efecto directo de la evitación experiencial sobre los síntomas ansiosos, no fue significativo ( $c' = 0.025, p = 0.371$ ).

Así pues, teniendo en cuenta los datos obtenidos, podemos afirmar que los resultados apoyan la hipótesis 6 sobre la influencia de la evitación experiencial en la sintomatología ansiosa a través de la autoestima.

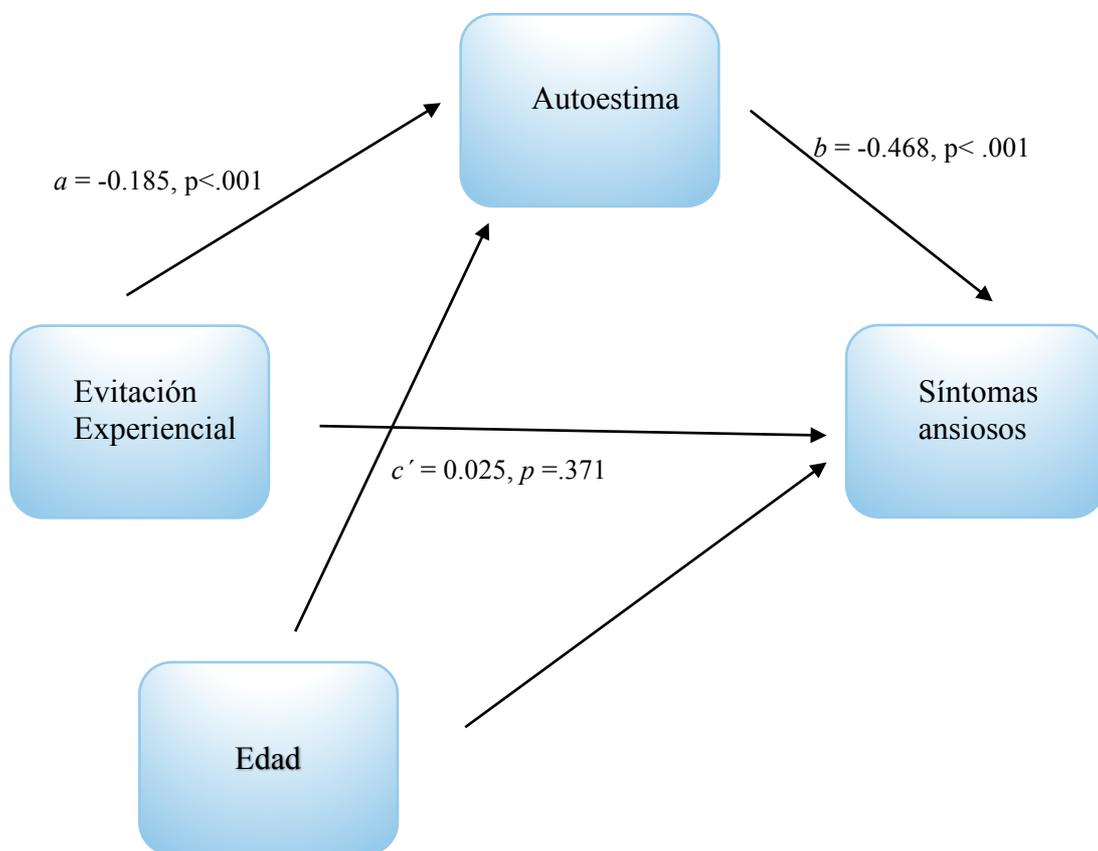


Figura 3

*Modelo de mediación para las variables evitación experiencial, autoestima y síntomas ansiosos, controlando la variable edad*

Tabla 11

*Coefficientes de la mediación de la autoestima en la relación entre evitación experiencial y síntomas ansiosos, controlando la variable edad*

		Consecuente						
		M (Autoestima)			Y (Ansiedad)			
Antecedente		Coefficiente	SE	p		Coefficiente	SE	p
X (Evitación experiencial)	<i>a</i>	-0.185	0.029	<.001	<i>c'</i>	0.025	0.027	.371
M (Autoestima)		-	-	-	<i>b</i>	-0.468	0.068	<.001
C (edad)	<i>f</i>	0.041	0.033	.214		0.008	0.028	.768
constante	<i>i<sub>1</sub></i>	33.369	2.047	<.001	<i>i<sub>2</sub></i>	22.424	2.871	<.001
		$R^2=0.205$				$R^2=0.302$		
		$F(2,157)=20.253, p<.001$				$F(3,156)= 22.554, p<.001$		

### **3.6. Discusión**

En términos generales, los resultados muestran la importancia de la evitación experiencial y la autoestima en los trastornos emocionales. Concretamente, el presente estudio encuentra un efecto mediador de la autoestima en la relación entre evitación experiencial y los síntomas ansioso-depresivos. Estos datos ponen de relieve la importancia de abordar tanto la evitación experiencial como la autoestima y apunta a ellos como procesos clave en intervenciones psicológicas que persigan prevenir o reducir los trastornos emocionales.

**3.6.1. Hipótesis preliminares.** En primer lugar, los resultados muestran una correlación positiva entre la evitación experiencial y los síntomas depresivos, así como una correlación positiva entre la evitación experiencial y los síntomas ansiosos. Estas dos asociaciones habían sido apuntadas en la literatura previa, aunque utilizando otros instrumentos de medida distintos al de la presente investigación (Chawla & Ostafin, 2007; Hayes et al., 2006; Nolen-Hoeksema, 1991; Spinhoven et al., 2015; Wagener et al., 2016). En este estudio estas correlaciones fueron propuestas por las hipótesis 1 y 2 respectivamente, y son confirmadas por los resultados obtenidos: a mayor evitación experiencial (menor aceptación), mayor es la sintomatología depresiva, por una parte. Y a mayor evitación experiencial, mayor es la sintomatología ansiosa, por otra. Nuestros datos confirman en la muestra analizada que la evitación experiencial, como proceso de “lucha” contra la propia experiencia interna y en la que uno

intenta que sea de otra manera, correlaciona con un bajo estado de ánimo (Cebolla & Miró, 2007) y estados de ansiedad.

En lo relativo a la depresión, se han sugerido algunos mecanismos a través de los cuales se produce esta relación con la evitación experiencial. Por una parte, los intentos de evitación producen un efecto “rebote” del material evitado, que la Teoría del Procesamiento Irónico explica (Wegner & Zanakos, 1994; Wenzlaff & Wegner, 2000). Por otra parte, el acto de centrar los recursos atencionales en el proceso de evitación, conduce a comportamientos más desadaptativos que no llevan a una solución activa de las dificultades y problemas y que acaban asociándose a una mayor sintomatología depresiva (Bond & Bunce, 2003; D’Zurilla et al., 1998) y a un mayor desajuste personal y social. En cambio, la baja evitación experiencial, similar a una alta aceptación, contribuiría a invertir los recursos atencionales en conductas adaptativas y de solución de problemas (Bond & Bunce) y estaría así asociada a una menor sintomatología depresiva.

Además, podemos suponer otros caminos por los que la evitación experiencial se asocia con la depresión. Por ejemplo, Gerhart y colaboradores (2014) encuentran en un estudio que la evitación experiencial o el escape de los contextos que provocan las experiencias internas desagradables, tiene una influencia en la integración social y en el ajuste social, lo cual podría afectar a los estados emocionales. Además, los intentos por evitar sentimientos,

sensaciones o pensamientos indeseados hacen que una persona pierda información sobre una misma y sobre su relación con el entorno (Greenberg & Paivio, 2000). Como consecuencia de esta evitación, y de la subsiguiente pérdida de información, las decisiones tomadas en distintos ámbitos de la vida serán menos efectivas, alterando con mayor probabilidad el bienestar emocional.

A su vez, el propósito de las personas con alta evitación experiencial es evitar, no es trabajar para alcanzar los valores y las necesidades innatas básicas. De esta forma, con mayor probabilidad, los intentos de evitación contribuyan a medio y largo plazo a que el malestar sea mayor (Hayes et al., 2014; Wegner & Zanakos, 1994), por ejemplo impidiendo el afrontamiento y duelo, o bien dificultando el desarrollo y crecimiento personal, al limitar el entrenamiento en una cierta tolerancia a la frustración y malestar, que todo avance conlleva. Con ello, la persona evita momentáneamente el malestar, pero su vida con mayor probabilidad esté estancada, con problemas sin resolver y con señales emocionales que se desestiman para no sufrir. Al no modificar nada ante las dificultades, las señales emocionales se intensifican para avisar a la propia persona de que es preciso un cambio. Es en esta espiral, y como consecuencia de ella, que los intentos de evitación incrementan la probabilidad de procesos psicopatológicos.

En lo relativo a los síntomas de ansiedad, los datos muestran que una mayor evitación experiencial se asocia significativamente con una mayor sintomatología ansiosa. Este resultado es acorde con la literatura que refiere, utilizando muestras e instrumentos distintos a los del presente trabajo, un incremento de los problemas de ansiedad ante una mayor evitación experiencial (Eifert & Heffner, 2003; Karekla et al., 2004; Lee et al., 2010; Levitt et al., 2004; Lewis, 2012; Marx & Sloan, 2005; Roemer et al., 2005). En este sentido, algunas de las explicaciones ofrecidas para esta asociación, incluyen la aportada por las teorías cognitivas, que apunta a que los procesos de evitación cognitivos (por ejemplo, la preocupación) impiden el procesamiento emocional del suceso temido (Borkovec et al., 2004). También desde la perspectiva de la Terapia Centrada en las Emociones (Greenberg, 2000; Greenberg & Paivio, 2000), se propone una explicación para entender cómo el intento de evitación de experiencias internas, termina provocando un aumento de la ansiedad. Concretamente, plantean que cuando una persona trata de evitar una experiencia, la está considerando como un “peligro”, lo cual a su vez favorece el sistema de alarma del propio organismo, es decir, la reacción ansiosa.

En cuanto a las asociaciones entre la autoestima y los síntomas depresivos y ansiosos, contempladas en las hipótesis 3 y 4 respectivamente, son confirmadas por los resultados de nuestro estudio. Así, una mayor autoestima se asocia con menor sintomatología depresiva, por una parte, y con menor sintomatología ansiosa, por otra. En este sentido, son numerosos los estudios que

han relacionado, con otros instrumentos y en otros contextos, la baja autoestima con los trastornos emocionales (Andrews & Brown, 1993; Brown, Bifulco, & Andrews, 1990a; Brown, Bifulco, Veiel, et al., 1990; Orth & Robins, 2014; Sowislo & Orth, 2013) y que la consideran un factor de vulnerabilidad para dicha patología.

Como se ha comentado a lo largo del estudio, algunos autores han ofrecido posibles explicaciones para esta asociación entre autoestima y trastornos emocionales. Entre ellas, Mruk (1998) apunta a que una menor autoestima ofrece una menor protección contra los contratiempos e incrementa la vulnerabilidad, disminuyendo todo ello la capacidad para una adecuada resolución de los problemas, además de implicar un manejo inadecuado de la ansiedad, que la termina potenciando. A su vez, se ha señalado que las personas con menor autoestima experimentan más emociones negativas que las personas que presentan una mayor autoestima (Dehart & Tennen, 2006), así como más sentimientos de desesperanza. En cuanto al efecto protector de la alta autoestima, cabe señalar que desde la perspectiva del modelo cognitivo se ha relacionado la autoestima con creencias de control, autoeficacia, expectativas de éxito y optimismo (Bandura, 1997; Leary, Tambor, Terdal, & Downs, 1995), lo cual se asocia a menor depresión y ansiedad.

A pesar de los estudios existentes que apoyan la relación entre evitación experiencial y la sintomatología emocional, por un lado, y la autoestima y la sintomatología emocional, por otro, son escasos los estudios que han analizado los procesos a través de los cuales se ejerce este efecto.

**3.6.2. Hipótesis centrales.** En cuanto a las hipótesis centrales de la presente investigación, los resultados vienen a mostrar la importancia de la autoestima en la relación entre evitación experiencial y los trastornos emocionales. A su vez, la evitación experiencial así como la autoestima, contribuyen a explicar los síntomas depresivos y ansiosos y son relevantes en el proceso de desarrollo de esta psicopatología. Por lo tanto, los datos obtenidos confirman tanto la hipótesis 5 como la hipótesis 6.

Por una parte, en el caso de los síntomas depresivos, los resultados muestran que una menor evitación experiencial lleva a una mayor autoestima, la cual, a su vez, contribuye a una menor sintomatología depresiva. Así pues, a la vista de los datos obtenidos, podría plantearse que en la medida que la persona permite el contacto con una misma, tanto con las experiencias internas positivas como las negativas, esto conllevaría a una mayor autoestima y aprobación personal tanto a nivel cognitivo como emocional, lo cual a su vez elevaría el estado de ánimo. En este sentido, algunos estudios aportan una posible explicación, al señalar que una mayor aceptación de las experiencias internas contribuye a una menor preocupación y rumiación por contenidos críticos sobre

uno mismo/a. Al mismo tiempo, a dichos contenidos críticos se los considera en mayor medida como procesos mentales y no como hechos reales, lo cual, al poner menor resistencia y atención a los mismos, contribuye a promover una alta autoestima (Pepping et al., 2013; Randal et al., 2015). Esto mismo sugiere Branden (1988) cuando afirma que:

A veces el camino hacia la autoestima es solitario y temible. [...] Pero cuanto más dispuestos estemos a experimentar y aceptar nuestros muchos aspectos peculiares, más rico se volverá nuestro mundo interior, mayores serán nuestros recursos, y más aptos nos sentiremos para afrontar los desafíos y oportunidades de la vida. También es más probable que descubramos -o creemos- un estilo de vida que se adapte a nuestras necesidades individuales (p.68).

Así pues, los datos obtenidos en el presente estudio apoyan la consideración tanto de la evitación experiencial como de la autoestima para la promoción de estados de ánimo saludables, especialmente al tener en cuenta que el efecto significativo es el efecto indirecto que se revela a través de la autoestima, y que el efecto directo de la evitación experiencial sobre los síntomas depresivos no resulta significativo. Así, es la interacción de ambas la que promueve el efecto observado en la sintomatología depresiva.

Por otra parte, en cuanto a los síntomas ansiosos, los resultados apuntaron que una menor evitación experiencial contribuye a alcanzar una mayor autoestima, que a su vez incide en una menor sintomatología ansiosa, independientemente de la edad. Esto significa que el contacto con las experiencias internas negativas, sin huir de ellas de una forma rígida y constante, contribuye a alcanzar una mayor valoración de uno/a mismo/a, lo cual a su vez se asocia con menor sintomatología ansiosa. Cabe señalar también que el efecto directo de la evitación experiencial sobre los síntomas ansiosos no fue significativo, apuntando por tanto los datos a que el efecto de la evitación experiencial sobre la sintomatología ansiosa se produce, en la presente muestra, de forma indirecta a través de la autoestima.

La relación entre estas cuatro variables (evitación experiencial, autoestima y ansiedad/depresión), encontrada en los presentes resultados, puede entenderse también utilizando como marco explicativo a la Teoría de la Autodeterminación (Deci & Ryan, 1985). Concretamente, esta teoría propone que la apertura y contacto con uno mismo (que podría entenderse como una baja evitación experiencial) facilita la satisfacción de lo que consideran las tres necesidades básicas del ser humano: autonomía, competencia y relación. Y éstas, a su vez, promueven una alta autoestima. Este tipo de autoestima, por su parte, está asociada con mayor bienestar y salud (Ng et al., 2012).

Según este marco teórico, cuando la conducta se produce para satisfacer las necesidades intrínsecas básicas del ser humano, se relaciona con más frecuencia con un tipo de autoestima asociada con el bienestar. La consecución de las necesidades de competencia, autonomía y relación social, a su vez, facilitan la integración social y el bienestar de las personas. En este sentido, una de las estrategias que se ha propuesto para alcanzar este tipo de autoestima es la de incrementar el autoconocimiento y el comportamiento autónomo, congruente con las verdaderas necesidades internas. Concretamente, una vía señalada desde esta perspectiva para incrementar la autoestima es la práctica de la autoconciencia, a través de técnicas como el mindfulness o conciencia plena (Brown & Ryan, 2003; Ryan & Brown, 2006); prácticas que consiguen reducir, entre otras cosas, la evitación experiencial.

En un sentido amplio, la Teoría de la Autodeterminación distingue entre la motivación extrínseca y la motivación intrínseca como aspectos que dirigen los comportamientos de las personas. Las conductas extrínsecamente motivadas se refieren a aquellas conductas llevadas a cabo para obtener un resultado externo y no por el placer intrínseco de realizarlas (Ryan & Deci, 2000). Por ejemplo, actuar para conseguir dinero, éxito, estatus social, o bien para la evitación del malestar emocional, entre otros. A las conductas ejercidas para alcanzar estos estándares se las ha asociado con un tipo de autoestima que se le describe como más frágil e inestable y dependiente de recompensas externas. A su vez, la investigación ha apuntado a esta autoestima como más relacionada con

la psicopatología y con conductas de enfermedad (Williams, Hedberg, Cox, & Deci, 2000).

Según lo señalado anteriormente, la Teoría de la Autodeterminación pone en relación a la autoestima con las motivaciones que guían la conducta humana. Esto podría llevarnos a suponer que la evitación experiencial, en cuanto que se refiere a las acciones llevadas a cabo con el objetivo de evitar el malestar, serían conductas extrínsecamente motivadas y por tanto, relacionadas con una más baja e inestable autoestima y con mayores problemas psicopatológicos. En cambio, una baja evitación experiencial (o lo que es lo mismo, una alta aceptación), contribuiría a la satisfacción de las tres necesidades innatas básicas propuestas por el modelo y relacionadas con el bienestar. Por ejemplo, cuando una persona actúa con una baja evitación experiencial, es más consciente de sus necesidades y tiene más probabilidades de comportarse conforme a sus valores y a lo que es importante para ella. Podemos suponer que esto satisface su necesidad de autonomía, puesto que la persona tiene el sentimiento de ser el origen de sus propios comportamientos. No actúa de acuerdo con lo que los demás quieren que haga, ni en relación con lo que creen que debería ser él/ella: se comporta de acuerdo con lo que guían sus valores personales.

Por otra parte, podemos intuir que la evitación experiencial también afecta a las otras dos necesidades básicas: competencia y relación con los demás. En este sentido, cuando una persona muestra una alta evitación experiencial,

tiene un sentimiento de no ser sincero ni con uno mismo ni con los demás. Así se ha señalado en una investigación que analizaba el efecto de la supresión emocional (John & Gross, 2004). Concretamente, apuntaba a que esta supresión, un tipo de evitación experiencial, creaba un sentimiento de inautenticidad en la persona, de no ser sincero con uno mismo ni con los demás en las relaciones sociales. Ello provocaba, por una parte, un sentimiento negativo hacia uno mismo/a; por otra parte, impedía el desarrollo de relaciones sociales más íntimas con los demás. De acuerdo con estos resultados podemos intuir que una baja evitación experiencial fomentará relaciones sociales más estrechas y sinceras, así como un sentimiento de competencia personal.

Por estos motivos, consideramos que la Teoría de la Autodeterminación podría ser un marco explicativo adecuado y oportuno de la relación encontrada entre la evitación experiencial, la autoestima y los trastornos emocionales.

Los resultados de los análisis de mediación llevados a cabo resaltan la necesidad de ir más allá de asociaciones entre dos variables, hacia relaciones más complejas que ayuden a entender las condiciones bajo las cuales diversos elementos de vulnerabilidad y de resiliencia se asocian para dar lugar a efectos concretos. En el presente estudio, comprobamos cómo una baja evitación experiencial contribuye a una menor psicopatología emocional a través del incremento de la autoestima. Concretamente, una menor evitación experiencial potencia una mayor autoestima, la cual a su vez, está relacionada con una menor

sintomatología ansioso-depresiva. Así, los resultados subrayan la importancia de la autoestima en la relación entre evitación experiencial y bienestar psicológico. En este sentido, los datos aportados en la presente investigación contribuyen al enriquecimiento tanto del campo de estudio de la evitación experiencial, como del campo de la autoestima.

**3.6.3. Implicaciones del estudio.** Una primera implicación de los resultados del presente estudio es que tanto la evitación experiencial como la autoestima deben ser consideradas en las intervenciones destinadas a prevenir o reducir la sintomatología ansiosa y depresiva. Esto supone no sólo observar a la autoestima entendida como merecimiento, referido a la evaluación de la persona sobre sí misma, sino también implica tener en cuenta la relación que la persona tiene con sus propias experiencias internas, para poder potenciar el bienestar psicológico. La mayor aceptación y contacto con uno mismo favorece respuestas más adaptativas y en general una mayor adaptación e integración social (Gerhart et al., 2014).

Este estudio contribuye también en el campo de los estudios sobre autoestima, debido a que los programas centrados en incrementar exclusivamente la autoestima, como vía para alcanzar un mayor bienestar personal y ajuste social, han sido criticados por no llegar a obtener los resultados deseados. Las intervenciones centradas en aumentar la consideración positiva de uno/a mismo/a, independientemente de otros aspectos, como la conducta, no han

alcanzado resultados positivos (Mruk, 2006). Así, se ha señalado que las intervenciones centradas únicamente en el aspecto de merecimiento de la autoestima pueden llegar a promover expectativas irrealistas, conductas más narcisistas, además de facilitar determinados comportamientos antisociales (Baumeister et al., 1996). Por lo tanto, a partir del presente estudio se apunta a una variable, la evitación experiencial, como constructo de interés para las intervenciones destinadas a potenciar una autoestima relacionada con la salud, y no un tipo de autoestima más narcisista y patológica promovida en otras intervenciones que se han centrado únicamente en el incremento de la valoración personal del individuo. Algunos autores han ido más allá en esta propuesta y han señalado que la mejor forma de tener una alta autoestima asociada con el bienestar, es no tratando de tenerla (Crocker, 2006). Así, apuntan a objetivos de mejora y de desarrollo como formas de incrementar, de manera indirecta, la autoestima, en lugar de centrarse directamente en la autoestima. El presente estudio sugiere una línea de trabajo en este sentido, donde una intervención centrada en la reducción de la evitación experiencial podría contribuir al aumento de la autoestima sin intervenir directamente sobre ella, siendo además una autoestima relacionada con la salud mental.

El incremento de los trastornos emocionales en la población occidental en las últimas tres décadas, un 50% según la O.M.S (2016), requiere de estudios que aporten luz a los mecanismos que contribuyen a su desarrollo. Por una parte, para generar intervenciones eficaces que disminuyan la patología ansioso-

depresiva. Y por otra parte, para hacer reflexionar sobre los factores personales, familiares y sociales que promueven actualmente la evitación experiencial, contribuyendo con ello a generar una menor autoestima y un incremento de los trastornos emocionales. En este sentido, los resultados del estudio presentado pueden promover sugerencias interesantes para el diseño de intervenciones psicológicas que prevengan o reduzcan la sintomatología emocional a través de la disminución de la evitación experiencial y del aumento de la autoestima. Un ejemplo podría ser el de trabajar en la reducción de la evitación experiencial desde distintos ámbitos. Por una parte, detectando mensajes culturales que favorecen la evitación experiencial y sustituirlos en la práctica educativa o en la intervención clínica por mensajes más “sanos” que favorezcan una aceptación de las distintas emociones y experiencias humanas. Por otra parte, en intervenciones terapéuticas, disminuyendo la evitación experiencial mediante técnicas propuestas por aproximaciones como la Terapia de Aceptación y Compromiso. Una tercera forma de potenciar la aceptación es a través de las prácticas de meditación, tanto en la infancia como en adultos, que favorezcan el contacto con uno/a mismo/a y con el momento presente, reduciendo así la evitación experiencial. Según lo apuntado por nuestros datos, este tipo de prácticas que reducen la evitación experiencial, contribuirían a potenciar la autoestima. Concretamente, la autoestima relacionada con la salud mental.

**3.6.4. Limitaciones y perspectivas futuras.** En cuanto a las limitaciones del presente trabajo, por una parte, cabe apuntar al carácter transversal de la investigación, lo cual implica cautela a la hora de interpretar relaciones causales entre las variables. En estudios futuros, sería de interés contar con datos longitudinales que permitieran examinar y confirmar los modelos de mediación propuestos. Además, cabe señalar que la selección de los participantes no ha sido aleatoria, sino mediante un muestreo no probabilístico por accesibilidad, por lo que sería de interés confirmar estos resultados en muestras aleatorias. Por otra parte, el uso exclusivo de escalas autoinformadas para la recogida de datos conlleva las limitaciones propias de una única fuente de información. Por ello, sería de interés completarla en futuras investigaciones mediante la incorporación de otros instrumentos de evaluación basados en distintas fuentes de información (clínicas u otros informantes), para potenciar la validez de los resultados. También, cabe apuntar al interés de explorar la relación encontrada en el presente estudio en personas con otros trastornos psicopatológicos, así como en población general. Además de ello, podría completarse el análisis de este modelo incorporando la observación de nuevas relaciones entre estas mismas variables. Por ejemplo, explorando si la autoestima predice también la evitación experiencial, así como investigando el efecto de los trastornos emocionales en la evitación experiencial y en la autoestima, mediante análisis más complejos de ecuaciones estructurales. Por último, sería interesante analizar la asociación de la evitación experiencial y la autoestima con otras variables, como la calidad de vida y el bienestar emocional.

## 5. Conclusions

**5.1. Study 1.** According to the results found in Study 1, it may be concluded that:

1. The Spanish adaptation of the Brief Experiential Avoidance Questionnaire (BEAQ) shows satisfactory psychometric properties in a clinical sample with emotional disorders.
2. Internal consistency was satisfactory.
3. Test-retest reliability was observed to be high.
4. Concurrent validity with another measure of experiential avoidance (AAQII) was adequate.
5. The convergent validity of the CBEE with the SCL-90-R subscales was satisfactory, and correlations were significant for all the subscales except somatization.
6. The CBEE fit to the one factor solution proposed for the English version, with a percentage of explained variance similar to the original scale.
7. In summary, the CBEE appears to have psychometric properties comparable to those of the original version, warranting its use in future studies.
8. The CBEE is thus an adequate and useful instrument for improvement of acceptance in people with emotional disorders.

**5.2. Study 2.** It may be concluded from Study 2 that:

1. Experiential avoidance correlates positively with depressive symptoms. The more experiential avoidance there is, the more intense the depressive symptoms are.
2. Experiential avoidance correlates positively with anxiety symptoms. So the more experiential avoidance there is, the higher the intensity of anxiety symptoms.
3. Self-esteem correlates negatively with depressive symptomatology. The higher self-esteem is, the less intense depressive symptoms are.
4. Self-esteem correlates negatively with anxiety symptoms, so the higher self-esteem, the less intense anxiety symptoms are.
5. Self-esteem mediates the relationship between experiential avoidance and depressive symptoms, controlling for the age variable. Lower levels of experiential avoidance would contribute to higher self-esteem, which in turn, would promote lower depressive symptom levels.
6. Self-esteem mediates the relationship between experiential avoidance and anxiety symptoms, controlling for the age variable. Lower experiential avoidance levels would contribute to higher self-esteem, which in turn, would encourage lower anxiety symptom levels.
7. The results support the importance of considering experiential avoidance as a strategy for increasing self-esteem, which in turn, would decrease depressive and anxious symptomatology.

## REFERENCIAS

---



Aguirre-Camacho, A., Pelletier, G., González-Márquez, A., Blanco-Donoso, L. M., García-Borreguero, P., & Moreno-Jiménez, B. (2017). The relevance of experiential avoidance in breast cancer distress: insights from a psychological group intervention. *Psycho-Oncology*, 26(4), 469-475.

DOI: 10.1002/pon.4162

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NY: Erlbaum.

Al-Jabari, R. (2012). *Relationships among self-esteem, psychological and cognitive flexibility and psychological symptomatology* (Tesis doctoral).

University of North Texas.

Retrieved from [http://digital.library.unt.edu/ark:/67531/metadc177172/m2/1/high\\_res\\_d/thesis.pdf](http://digital.library.unt.edu/ark:/67531/metadc177172/m2/1/high_res_d/thesis.pdf)

Amstadter, A. (2008). Emotion regulation and anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(2), 211–221. DOI: 10.1016/j.janxdis.2007.02.004

Andrews, B., & Brown, G. W. (1993). Self-Esteem and Vulnerability to Depression: The Concurrent Validity of Interview and Questionnaire Measures. *Journal of Abnormal Psychology*, 102(4), 565–572.

- Bajaj, B., Robins, R. W., & Pande, N. (2016). Mediating role of self-esteem on the relationship between mindfulness, anxiety, and depression. *Personality and Individual Differences, 96*, 127–131. DOI: 10.1016/j.paid.2016.02.085
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of the anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy, 35*(2), 205–230. DOI: 10.1016/S0005-7894(04)80036-4
- Barlow, D. H., Levitt, J. T., & Bufka, L. F. (1999). The dissemination of empirically supported treatments: a view to the future. *Behaviour Research and Therapy, 37*(1), 147-162. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10402700>
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest, 4*(1), 1-44.
- Baumeister, R. F., Smart, L., & Boden, J. M. (1996). Relation of threatened egotism to violence and aggression: the dark side of high self-esteem. *Psychological Review, 103*(1), 5–33. DOI: 10.1037/0033-295X.103.1.5

- Bednar, R. L., & Peterson, S. R. (1995). *Self-esteem: paradoxes and innovations in clinical theory and practice (2nd ed.)*. Washington: American Psychological Association.
- Behar, E., DiMarco, I. D., Hekler, E. B., Mohlman, J., & Staples, A. M. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): Conceptual review and treatment implications. *Journal of Anxiety Disorders, 23*(8), 1011–1023. DOI: 10.1016/j.janxdis.2009.07.006
- Behar, E., Zullig, A. R., & Borkovec, T. D. (2005). Thought and imaginal activity during worry and trauma recall. *Behavior Therapy, 36*(2), 157–168. DOI: 10.1016/S0005-7894(05)80064-4
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., ... Devins, G. (2006). Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*(3), 230–241. DOI: 10.1093/clipsy.bph077
- Blaine, B., & Crocker, J. (1993). Self-esteem and self-serving biases in reactions to positive and negative events: An integrative review. In R. F. Baumeister (Ed.), *Self-esteem: the puzzle of low self-regard* (pp. 55–85). New York: Plenum Press.
- Bond, F. W., & Bunce, D. (2003). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *The Journal of Applied Psychology, 88*(6), 1057–1067. DOI: 10.1037/0021-9010.88.6.1057

Bond, F. W., & Flaxman, P. E. (2006). The Ability of Psychological Flexibility and Job Control to Predict Learning, Job Performance, and Mental Health. *Journal of Organizational Behavior Management*, 26(1–2), 113–130. DOI: 10.1300/J075v26n01\_05

Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... Zettle, R. D. (2011). Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A Revised Measure of Psychological Inflexibility and Experiential Avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676–688. DOI: 10.1016/j.beth.2011.03.007

Bond, F. W., Lloyd, J., & Guenole, N. (2013). The work-related acceptance and action questionnaire: Initial psychometric findings and their implications for measuring psychological flexibility in specific contexts. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 86(3), 331–347. DOI: 10.1111/joop.12001

Borkovec, T. D., Alcaine, O. M., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In R. Heimberg, C. Turk, & D. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: advances in research and practice* (pp. 77–108). New York: Guilford Press.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol.3. Loss, sadness and depression*. Nueva York: Basic Books.

Branden, N. (1988). *Cómo mejorar su autoestima*. (Trad. L. Wolfson).  
Barcelona: Paidós (Original de 1987).

Branden, N. (1995). *Los seis pilares de la autoestima*. (Trad. J. Vigil Rubio).  
Barcelona: Paidós. (Original de 1994).

Brem, M. J., Shorey, R. C., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2017). Depression,  
anxiety, and compulsive sexual behaviour among men in residential  
treatment for substance use disorders: The role of experiential avoidance.  
*Clinical Psychology & Psychotherapy*, *39*, 264-278.  
DOI: /10.1002/cpp.2085

Brewin, C. R., Watson, M., McCarthy, S., Hyman, P., & Dayson, D. (1998).  
Intrusive memories and depression in cancer patients. *Behaviour Research  
and Therapy*, *36*(12), 1131–1142.

Brown, G. W., Andrews, B., Bifulco, A., & Veiel, H. (1990). Self-esteem and  
depression: I. Measurement issues and prediction of onset. *Social  
Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *25*(4), 200–209. Retrieved from  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2399477>

Brown, G. W., Bifulco, A., & Andrews, B. (1990a). Self-esteem and depression.  
*Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *25*(5), 235–243. DOI:  
10.1007/BF00788644

Brown, G. W., Bifulco, A., & Andrews, B. (1990b). Self-esteem and depression: IV. Effect on course and recovery. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25(5), 244–249.  
Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2237605>

Brown, G. W., Bifulco, A., & Andrews, B. (1990c). Self-esteem and depression. III. Aetiological issues. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25(5), 235–243. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2237604>

Brown, G. W., Bifulco, A., Veiel, H. O. F., & Andrews, B. (1990). Self-esteem and depression II. Social correlates of self-esteem. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 225–234.

Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822–848.  
Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12703651>

Butler, J., & Ciarrochi, J. (2007). Psychological acceptance and quality of life in the elderly. *Quality of Life Research*, 16(4), 607–615. DOI: 10.1007/s11136-006-9149-1

- Cebolla, A., & Miró, M. T. (2007). Eficacia de la terapia cognitiva basada en la atención plena en el tratamiento de la depresión. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 133–157.
- Chawla, N., & Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of Clinical Psychology*. DOI: 10.1002/jclp.20400
- Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., & Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: A global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(5), 415–424. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)30024-4
- Cohen, L., & Manion, L. (1990). *Métodos de investigación educativa*. Madrid: La Muralla.
- Crocker, J. (2006). What is optimal self-esteem? In *Self-esteem issues and answers: A sourcebook of current perspectives* (pp. 119–124). New York: Psychology Press.
- D’Zurilla, T. J., Chang, E. C., Nottingham, E. J., & Faccini, L. (1998). Social problem-solving deficits and hopelessness, depression, and suicidal risk in college students and psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 54(8), 1091–1107.

- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). The general causality orientations scale: self-determination in personality. *Journal of Research in Personality*, 19, 109-134. DOI: 10.1016/0092-6566(85)90023-6
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1995). Human autonomy: the basis for true self-esteem. In M. Kernis (Ed.), *Efficacy, agency and self-esteem* (pp. 31–49). New York: Plenum.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “what” and the “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227–268.
- Dehart, T., & Tennen, H. (2006). Self-Esteem in therapeutic settings and emotional disorders. In *Self-esteem issues and answers: A sourcebook of current perspectives* (pp. 316–325). New York: Psychology Press.
- DeNeve, K. M., & Cooper, H. (1998). The happy personality: a meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 124(2), 197–229. DOI: 10.1037/0033-2909.124.2.197
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual for the Revised Version of the SCL-90*. Baltimore: John Hopkins University Press.

- Donaldson-Feilder, E., & Bond, F. W. (2004). The relative importance of psychological acceptance and emotional intelligence to workplace well-being. *British Journal of Guidance and Counselling*, *32*(2), 187–203. DOI: 10.1080/08069880410001692210
- Ehnholt, K. A., Salkovskis, P. M., & Rimes, K. A. (1999). Obsessive-compulsive disorder, anxiety disorders, and self-esteem: an exploratory study. *Behaviour Research and Therapy*, *37*(8), 771–781. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10452177>
- Eifert, G. H., & Heffner, M. (2003). The effects of acceptance versus control contexts on avoidance of panic-related symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *34*(3–4), 293–312. DOI: 10.1016/j.jbtep.2003.11.001
- Ekman, P., & Oster, H. (1981). Expresiones faciales de la emoción. *Estudios de Psicología*, *7*, 116–144.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, *41*(5), 509-528. DOI: 10.1016/S0005-7967(02)00088-8
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., & Pieterse, M. E. (2010). Does experiential avoidance mediate the effects of maladaptive coping styles on psychopathology and mental health? *Behavior Modification*, *34*(6), 503–519. DOI: 10.1177/0145445510378379

- Flett, J., Blankstein, K., & Obertynski, M. (1996). Affect intensity, coping styles, mood regulation expectancies, and depressive symptoms. *Personality and Individual Differences, 20*, 221–228.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology, 55*, 745–774.  
DOI: 10.1146/annurev.psych.55.090902.141456
- Freud, S. (1966). *Introductory lectures on psychoanalysis*. New York: Norton.
- Gamble, S. A., & Roberts, J. E. (2005). Adolescents' perceptions of primary caregivers and cognitive style: the roles of attachment security and gender. *Cognitive Therapy and Research, 29*(2), 123–141. DOI: 10.1007/s10608-005-3160-7
- Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., Suzuki, N., & Watson, D. (2014). The Brief Experiential Avoidance Questionnaire: development and initial validation. *Psychological Assessment, 26*(1), 35–45. DOI: 10.1037/a0034473
- Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., & Watson, D. (2011). Development of a measure of experiential avoidance: the Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire. *Psychological Assessment, 23*(3), 692–713. DOI: 10.1037/a0023242

- García-Campayo, J., Zamorano, E., Ruiz, M. A., Pardo, A., Pérez-Páramo, M., López-Gómez, V., ... Rejas, J. (2010). Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8, 8. DOI: 10.1186/1477-7525-8-8
- Gerhart, J. I., Baker, C. N., Hoerger, M., & Ronan, G. F. (2014). Experiential avoidance and interpersonal problems: a moderated mediation model. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(4), 291–298. DOI: 10.1016/j.jcbs.2014.08.003
- Gloster, A. T., Klotsche, J., Chaker, S., Hummel, K. V., & Hoyer, J. (2011). Assessing psychological flexibility: what does it add above and beyond existing constructs? *Psychological Assessment*, 23(4), 970–982. DOI: 10.1037/a0024135
- Gold, D. B., & Wegner, D. M. (1995). Origins of ruminative thought: trauma, incompleteness, nondisclosure, and suppression. *Journal of Applied Social Psychology*, 25(14), 1245–1261.
- Gonzalez de Rivera, J. L., de las Cuevas, C., Rodriguez-Abuin, M. J., & Rodríguez-Pulido, F. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas (adaptación española del SCL-90-R de L. R. Derogatis)*. Madrid: TEA.

- Greco, L. A., Lambert, W., & Baer, R. A. (2008). Psychological inflexibility in childhood and adolescence: development and evaluation of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth. *Psychological Assessment, 20*(2), 93–102. DOI: 10.1037/1040-3590.20.2.93
- Greenberg, J., Pyszczynski, T., & Solomon, S. (1986). The causes and consequences of a need for self-esteem: a terror management theory. In R.F. Baumeister (Ed.), *Public self and private self* (pp. 189–212). New York: Springer.
- Greenberg, J., Solomon, S., & Pyszczynski, T. (1997). Terror management theory of self-esteem and cultural worldviews: empirical assessments and conceptual refinements. In M.P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (pp. 61–139). San Diego, CA: Academic Press.
- Greenberg, L. (2000). *Emociones: una guía interna*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Greenberg, L. S., & Johnson, S. M. (1988). *Emotionally focused therapy for couples*. Nueva York: Guilford Press.
- Greenberg, L. S., & Paivio, S. C. (2000). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Barcelona: Paidós. (Original de 1997).

- Gregg, J. A., Callaghan, G. M., Hayes, S. C., & Glenn-Lawson, J. L. (2007). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(2), 336–343. DOI: 10.1037/0022-006X.75.2.336
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *General Review in Psychology, 2*(2), 271–299.
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., ... Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica, 126*(12), 445–451. DOI: 10.1157/13086324
- Harter, S. (2006). The development of self-esteem. In M. H. Kernis (Ed.), *Self-esteem issues and answers: A sourcebook of current perspectives* (pp. 144–150). New York: Psychology Press.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy, 35*(4), 639–665.
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis*. New York: The Guilford Press.

- Hayes, S. C. (2011). *Sal de tu mente, entra en tu vida. La nueva Terapia de Aceptación y Compromiso*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy, 44*(2), 180–198. DOI: 10.1016/j.beth.2009.08.002
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy, 44*(1), 1–25. DOI: 10.1016/j.brat.2005.06.006
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and Commitment Therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist, 40*(7), 976–1002. DOI: 10.1177/0011000012460836
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso: proceso y práctica del cambio consciente (mindfulness)*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., ... McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *Psychological Record, 54*, 553–578.
- Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (1994). Acceptance and Commitment Therapy: altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst, 17*(2), 289–303.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(6), 1152–1168. DOI: 10.1037/0022-006X.64.6.1152
- Hinton, M. J., & Gaynor, S. T. (2010). Cognitive defusion for psychological distress, dysphoria, and low self-esteem: a randomized technique evaluation trial of vocalizing strategies. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 6*(3), 164–185. DOI: 10.1037/h0100906
- Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*(5), 946–955. DOI: 10.1037/0022-3514.52.5.946

- Huang, C., & Dong, N. (2012). Factor structures of the Rosenberg self-esteem scale: a meta-analysis of pattern matrices. *European Journal of Psychological Assessment, 28*(2), 132–138. DOI: 10.1027/1015-5759/a000101
- Jacob, G. A., Ower, N., & Buchholz, A. (2013). The role of experiential avoidance, psychopathology, and borderline personality features in experiencing positive emotions: A path analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 44*(1), 61–68.  
DOI: 10.1016/j.jbtep.2012.07.006
- John, O. P., & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality, 72*(6), 1301–1334.
- Kaplan, H. B. (2006). Development of the self-esteem motive. In M. H. Kernis (Ed.), *Self-esteem issues and answers: A sourcebook of current perspectives* (pp. 151–156). New York: Psychology Press.
- Karekla, M., Forsyth, J. P., & Kelly, M. M. (2004). Emotional avoidance and panicogenic responding to a biological challenge procedure. *Behavior Therapy, 35*(4), 725–746. DOI: 10.1016/S0005-7894(04)80017-0
- Karekla, M., & Panayiotou, G. (2011). Coping and experiential avoidance: Unique or overlapping constructs? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 42*(2), 163–170. DOI: 10.1016/j.jbtep.2010.10.002

- Kashdan, T. B., & Breen, W. E. (2007). Materialism and diminished well-being: experiential avoidance as a mediating mechanism. *Journal of Social and Clinical Psychology, 26*(5), 521–539.
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy, 44*(9), 1301–1320. DOI: 10.1016/j.brat.2005.10.003
- Kernis, M. H. (2003). Toward a conceptualization of optimal self-esteem. *Psychological Inquiry, 14*(1), 1-26.
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Foster, C. L., Saunders, W. B., Stang, P. E., & Walters, E. E. (1997). Social consequences of psychiatric disorders, II: Teenage parenthood. *The American Journal of Psychiatry, 154*(10), 1405–1411. DOI: 10.1176/ajp.154.10.1405
- Kessler, R. C., Foster, C. L., Saunders, W. B., & Stang, P. E. (1995). Social consequences of psychiatric disorders, I: Educational attainment. *The American Journal of Psychiatry, 152*(7), 1026–1032. DOI: 10.1176/ajp.152.7.1026
- Kessler, R. C., Walters, E. E., & Forthofer, M. S. (1998). The social consequences of psychiatric disorders, III: probability of marital stability. *The American Journal of Psychiatry, 155*(8), 1092–1096. DOI: 10.1176/ajp.155.8.1092

- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9. Validity of a Brief Depression Severity Measure. *Journal of General Internal Medicine*, *16*(9), 606–613.
- Langer, A. I., Cangas, A. J., Perez-Moreno, P. J., Carmona, J. A., & Gallego, J. (2010). Relation between experiential avoidance, hallucination-like experiences and clinical symptoms, in a non-clinical Spanish sample. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, *10*(2), 161–171.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Leary, M. R. R., & Baumeister, R. F. (2000). The nature and function of self-esteem: Sociometer theory. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (pp. 1–62). San Diego, CA: Academic Press.
- Leary, M. R., Tambor, E. S., Terdal, S. K., & Downs, D. L. (1995). Self-esteem as an interpersonal monitor: the sociometer hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, *68*, 518-530.
- Lee, J. K., Orsillo, S. M., Roemer, L., & Allen, L. B. (2010). Distress and avoidance in generalized anxiety disorder: exploring the relationships with intolerance of uncertainty and worry. *Cognitive Behaviour Therapy*, *39*(2), 126–136. DOI: 10.1080/16506070902966918

- León, J. M., Medina, S., Barriga, S., & Cantero, F. J. (1998). Bases sociales de la emoción. In J. M. León, S. Barriga, T. Gómez, B. González, S. Medina, & F. J. Cantero (Eds.), *Psicología Social. Orientaciones teóricas y ejercicios prácticos* (pp. 59–73). Madrid: McGraw-Hill.
- Levitt, J. T., Brown, T. A., Orsillo, S. M., & Barlow, D. H. (2004). The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior Therapy, 35*(4), 747–766. DOI: 10.1016/S0005-7894(04)80018-2
- Lewis, M. M. (2012). *An investigation of the role of experiential avoidance in posttraumatic stress disorder*. Honor Theses. 2179
- Lillis, J., & Hayes, S. C. (2008). Measuring avoidance and inflexibility in weight related problems. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 4*(1), 348–354. DOI: 10.1037/h0100865
- Lillis, J., Hayes, S. C., & Levin, M. E. (2011). Binge eating and weight control: the role of experiential avoidance. *Behavior Modification, 35*(3), 252–264. DOI: 10.1177/0145445510397178
- Lipovetsky, G. (2014). *El crepúsculo del deber. La ética indolora de los nuevos tiempos democráticos* (5ª Edición). Barcelona: Anagrama.

- Litwin, R., Goldbacher, E. M., Cardaciotto, L., & Gambrel, L. E. (2017). Negative emotions and emotional eating: The mediating role of experiential avoidance. *Eating and Weight Disorders, 22*(1), 97-104.  
DOI: 10.1007/s40519-016-0301-9
- Lundgren, T., Dahl, J., & Hayes, S. C. (2008). Evaluation of mediators of change in the treatment of epilepsy with acceptance and commitment therapy. *Journal of Behavioral Medicine, 31*(3), 225–235. DOI: 10.1007/s10865-008-9151-x
- Marx, B. P., & Sloan, D. M. (2005). Peritraumatic dissociation and experiential avoidance as predictors of posttraumatic stress symptomatology. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 569–583.
- McCracken, L. M. (1998). Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain, 74*(1), 21–27.  
Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9514556>
- McCracken, L. M., Spertus, I. L., Janeck, A. S., Sinclair, D., & Wetzel, F. T. (1999). Behavioral dimensions of adjustment in persons with chronic pain: pain-related anxiety and acceptance. *Pain, 80*(1), 283–289.
- McCracken, L. M., Vowles, K. E., & Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. *Pain, 107*(1–2), 159–166.  
Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14715402>

- McGuire, S., Manke, B., Saudino, K. J., Reiss, D., Hetherington, E. M., & Plomin, R. (1999). Perceived competence and self-worth during adolescence: a longitudinal behavioral genetic study. *Child Development, 70*(6), 1283–96. DOI: 10.1111/1467-8624.00094
- Michalak, J., Teismann, T., Heidenreich, T., Ströhle, G., & Vocks, S. (2011). Buffering low self-esteem: The effect of mindful acceptance on the relationship between self-esteem and depression. *Personality and Individual Differences, 50*(5), 751–754. DOI: 10.1016/j.paid.2010.11.029
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2003). The attachment behavioral system in adulthood: Activation, psychodynamics, and interpersonal processes. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (pp. 53–152). New York: Academic Press.
- Mineka, S., Watson, D., & Clark, L. A. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review of Psychology, 49*, 377–412.
- Moller, A. C., Friedman, R., & Deci, E. (2006). A self-determination theory perspective on the interpersonal and intrapersonal aspects of self-esteem. In M. H. Kernis (Ed.), *Self-esteem issues and answers: a sourcebook of current perspectives* (pp. 188–194). New York: Psychology Press.
- Moroz, M., & Dunkley, D. M. (2015). Self-critical perfectionism and depressive symptoms: low self-esteem and experiential avoidance as mediators. *Personality and Individual Differences, 87*, 174–179. DOI: 10.1016/j.paid.2015.07.044

- Moses, E. B., & Barlow, D. H. (2006). A new unified treatment approach for emotional disorders based on emotion science. *Current Directions in Psychological Science*, 15, 146–150.
- Mruk, C. (1998). *Auto-estima. Investigación, teoría y práctica*. (Trad. J. Aldekoa). Bilbao: Desclée de Brouwer. (Original de 1995).
- Mruk, C. J. (2006). Changing self-esteem: research and practice. In M. H. Kernis (Ed.), *Self-esteem issues and answers: a sourcebook of current perspectives* (pp. 164–169). New York: Psychology Press.
- Muñiz, J., Elosua, P., & Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: Segunda edición. *Psicothema*, 25(2), 151–157. DOI: 10.7334/psicothema2013.24
- Newman, M. G., & Llera, S. J. (2011). A novel theory of experiential avoidance in generalized anxiety disorder: a review and synthesis of research supporting a contrast avoidance model of worry. *Clinical Psychology Review*, 31(3), 371–382. DOI: 10.1016/j.cpr.2011.01.008
- Ng, J. Y. Y., Ntoumanis, N., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, E. L., Ryan, R. M., Duda, J. L., & Williams, G. C. (2012). Self-Determination Theory applied to health contexts: a meta-analysis. *Perspectives on Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science*, 7(4), 325–40. DOI: 10.1177/1745691612447309

NICE (2009). Depression: the treatment and management of depression in adults. *NICE Clinical Guideline 90*.

Retrieved from: [www.nice.org.uk/CG90](http://www.nice.org.uk/CG90) [NICE guideline]

NICE (2011). Generalised Anxiety Disorder and Panic Disorder (with or without agoraphobia) in adults: management in Primary, Secondary and Community Care. *NICE Clinical Guideline 113*. Retrieved from: [www.nice.org.uk/CG113](http://www.nice.org.uk/CG113) [NICE guideline]

Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(4), 569–582. DOI: 10.1037/0021-843X.100.4.569

O'Brien, E. J., Bartoletti, M., & Leitzel, J. (2006). Self-esteem, psychopathology and psychotherapy. In M. H. Kernis (Ed.), *Self-esteem issues and answers: A sourcebook of current perspectives* (pp. 306–315). New York: Psychology Press.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1992). Trastornos mentales y del comportamiento. *Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016). La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%. *WHO*, 4–7. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/#.VyyewbHoSD8.mendeley>

Orth, U., & Robins, R. W. (2014). The development of self-esteem. *Current Directions in Psychological Science*, 23(5), 381–387.  
DOI: 10.1177/0963721414547414

Pepping, C. A., O'Donovan, A., & Davis, P. J. (2013). The positive effects of mindfulness on self-esteem. *The Journal of Positive Psychology*, 8(5), 376–386. DOI: 10.1080/17439760.2013.807353

Perls, F. S., Hefferline, R. F., & Goodman, P. (1951). *Terapia Gestalt: excitación y crecimiento de la personalidad humana*. Ferrol: Sociedad de Cultura Valle Inclán.

Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J. Y., & Podsakoff, N. P. (2003). Common method biases in behavioral research: a critical review of the literature and recommended remedies. *The Journal of Applied Psychology*, 88(5), 879–903. DOI: 10.1037/0021-9010.88.5.879

Pope, A., McHale, S., & Craighead, E. (1988). *Self-esteem enhancement with children and adolescents*. New York: Pergamon Press.

- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, *36*(4), 717–731.
- Purdon, C. (1999). Thought suppression and psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, *37*(11), 1029–1054.
- Rafnsson, F. D., & Smári, J. (2001). Chronic thought suppression and obsessionality: the relationships between the White Bear Suppression Inventory and two inventories of obsessive-compulsive symptoms. *Personality and Individual Differences*, *30*, 159–165.
- Randal, C., Pratt, D., & Bucci, S. (2015). Mindfulness and Self-esteem: a systematic review. *Mindfulness*, *6*(6), 1366–1378. DOI: 10.1007/s12671-015-0407-6
- Rasmussen, M. K., & Pidgeon, A. M. (2011). The direct and indirect benefits of dispositional mindfulness on self-esteem and social anxiety. *Anxiety, Stress & Coping*, *24*(2), 227–233. DOI: 10.1080/10615806.2010.515681
- Roberts, J. E., Gotlib, I. H., & Kassel, J. D. (1988). Adult attachment security and symptoms of depression: the mediating roles of dysfunctional attitudes and low self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, *70* (2), 310-320.

- Robins, R. W., Hendin, H. M., & Trzesniewski, K. H. (2001). Measuring global self-esteem: construct validation of a single-item measure and the Rosenberg self-esteem scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(2), 151–161. DOI: 10.1177/0146167201272002
- Roca, E. (2013). *Autoestima sana: una visión actual basada en la investigación*. Valencia: ACDE.
- Roemer, L., Molina, S., & Borkovec, T. D. (1997). An investigation of worry content among generally anxious individuals. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(5), 314–319. DOI: 10.1097/00005053-199705000-00005
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: integrating mindfulness / Acceptance-Based Approaches with existing Cognitive- Behavioral Models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 54–68. DOI: 10.1093/clipsy.9.1.54
- Roemer, L., Salters, K., Raffa, S. D., & Orsillo, S. M. (2005). Fear and avoidance of internal experiences in GAD: Preliminary tests of a conceptual model. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 71–88. DOI: 10.1007/s10608-005-1650-2

Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: a psychotherapist's view of psychotherapy*. London: Constable.

Rosenberg, M. (1965). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Buenos Aires: Paidós. (Traducción de 1973).

Ruiz, F. J., Langer Herrera, A. I., Luciano, C., Cangas, A. J., & Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire - II. *Psicothema*, *25*(1), 123–129. DOI: 10.7334/psicothema2011.239

Ryan, R., & Deci, E. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation. *American Psychologist*, *55*(1), 68–78. DOI: 10.1037/0003-066X.55.1.68

Ryan, R. M., & Brown, K. W. (2006). What is optimal self-esteem? the cultivation and consequences of contingent vs. true self-esteem as viewed from the self-determination theory perspective. In M. H. Kernis (Ed.), *Self-esteem issues and answers: A sourcebook of current perspectives* (pp. 125–131). New York.

Sanchez Moreno, E., & Barron Lopez de Roda, A. (2003). Social psychology of mental health: the social structure and personality perspective. *The Spanish Journal of Psychology*, *6*(1), 3–11.

Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12765047>

- Sandín, B., Chorot, P., & Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 17*(3), 185–203. DOI: 10.5944/rppc.17.3.11839
- Schachter, S., & Singer, J. E. (1962). Cognitive, social and psychological determinants of emotional state. *Psychological Review, 69*, 379–399.
- Schmalz, J. E., & Murrell, A. R. (2010). Measuring experiential avoidance in adults: the avoidance and fusion questionnaire. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 6*(3), 198–213.  
DOI: 10.1037/h0100908
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Shawyer, F., Ratcliff, K., Mackinnon, A., Farhall, J., Hayes, S. C., & Copolov, D. (2007). The Voices Acceptance and Action Scale (VAAS): Pilot Data. *Journal of Clinical Psychology, 63*(6), 593–606. DOI: 10.1002/jclp.20366
- Silverstone, P. H. (1991). Low self-esteem in different psychiatric conditions. *British Journal of Clinical Psychology, 30*(2), 185–188.  
DOI: 10.1111/j.2044-8260.1991.tb00936.x

Silverstone, P. H., & Salsali, M. (2003). Low self-esteem and psychiatric patients: Part I - The relationship between low self-esteem and psychiatric diagnosis. *Annals of General Hospital Psychiatry*, 2(1), 2. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12620127>

Skager, R., & Kerst, E. (1989). Alcohol and drug use and self-esteem: A psychological perspective. In A. M. Mecca, N. J. Smelser, & J. Vasconcellos (Eds.), *The social importance of self-esteem* (pp. 248–293). Berkeley: University of California Press.

Skinner, K. D., Rojas, S. M., & Veilleux, J. C. (2017). Connecting eating pathology with risk for engaging in suicidal behavior: The mediating role of experiential avoidance. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(1), 3–13. DOI: 10.1111/sltb.12249

Sowislo, J. F., & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 139(1), 213–240. DOI: 10.1037/a0028931

Spinhoven, P., Drost, J., de Rooij, M., van Hemert, A. M., & Penninx, B. W. J. H. (2015). Is experiential avoidance a mediating, moderating, independent, overlapping, or proxy risk factor in the onset, relapse and maintenance of depressive disorders? *Cognitive Therapy and Research*, 40(2), 150–163. DOI: 10.1007/s10608-015-9747-8

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & P. H. Q. P. C. S. Group (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 282(18), 1737–1744. DOI: 10.1001/jama.282.18.1737

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. DOI: 10.1001/archinte.166.10.1092

Tafarodi, R. W., & Ho, C. (2006). Implicit and explicit self-esteem: what are we measuring? *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 47(1), 195–202. DOI: 10.1037/cp2006009

Taylor, S. E., & Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: a social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103(2), 193–210. DOI: 10.1037/0033-2909.103.2.193

Thompson, B. L., & Waltz, J. A. (2008). Mindfulness, self-Esteem, and unconditional self-acceptance. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 26(2), 119–126. DOI: 10.1007/s10942-007-0059-0

- Tull, M. T., Gratz, K. L., Salters, K. R., & Roemer, L. (2004). The role of experiential avoidance in posttraumatic stress symptoms and symptoms of depression, anxiety, and somatization. *Journal of Nervous and Mental Disease, 192*(11), 754–761. DOI: 10.1097/01.nmd.0000144694.30121.89
- Udachina, A., Thewissen, V., Myin-Germeys, I., Fitzpatrick, S., O ’kane, A., & Bentall, R. P. (2009). Understanding the relationships between self-esteem, experiential avoidance, and paranoia: structural equation modelling and experience sampling studies. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 197*(9), 661–668. DOI: 10.1097/NMD.0b013e3181b3b2ef
- Udachina, A., Varese, F., Myin-Germeys, I., & Bentall, R. P. (2014). The role of experiential avoidance in paranoid delusions: an experience sampling study. *British Journal of Clinical Psychology, 53*(4), 422–432. DOI: 10.1111/bjc.12054
- United Nations. (2015). *Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development*. Retrieved from: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/7891Transforming%20Our%20World.pdf>.
- Vázquez, A. J., Castillo, E., Segura, I., & Salas, R. (2014). *PHQ-9: aportaciones sobre sus características psicométricas en población clínica de salud mental. Datos preliminares*. Comunicación presentada al VII Congreso Internacional y XII Nacional de Psicología Clínica, Sevilla, España.

- Vázquez, C., Hervás, G., & Romero, N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: una revisión tras 30 años de investigación. *Psicología Conductual, 18*, 139–165.
- Vazquez Morejon, A. J., Jimenez García-Bóveda, R., & Vazquez-Morejon, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología, 22*(2), 247–255. Retrieved from <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/53>
- Wagener, A., Baeyens, C., & Blairy, S. (2016). Depressive symptomatology and the influence of the behavioral avoidance and activation: A gender-specific investigation. *Journal of Affective Disorders, 193*, 123–129. DOI:10.1016/j.jad.2015.12.040
- Wallin, D. J. (2012). *El apego en Psicoterapia (Trad. M. Pino)*. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Original de 2007).
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*, 5–13.
- Wegner, D. M., & Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality, 62*(4), 615–640. DOI: 10.1111/j.1467-6494.1994.tb00311.x

- Wenzlaff, R. M., & Luxton, D. D. (2003). The role of thought suppression in depressive rumination. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 293–308.
- Wenzlaff, R. M., & Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology*, 51, 59–91. DOI: 10.1146/annurev.psych.51.1.59
- Wheaton, M. G., Berman, N. C., & Abramowitz, J. S. (2010). The contribution of experiential avoidance and anxiety sensitivity in the prediction of health anxiety. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 24(3), 229-239. DOI: 10.1891/0889-8391.24.3.229
- Williams, G. C., Hedberg, V. A., Cox, E. M., & Deci, E. L. (2000). Extrinsic life goals and health-risk behaviors in adolescents. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(8), 1756–1771. DOI: 10.1111/j.1559-1816.2000.tb02466.x
- Wilson, K. G., & Luciano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Wohlfarth, T. D., Ormel, J., Koeter, M. W. J., & Oldehinkel, A. J. (1993). The relationship between social dysfunctioning and psychopathology among primary care attenders. *British Journal of Psychiatry*, 163, 37–44.

Wolgast, M. (2014). What does the acceptance and action questionnaire (AAQ-II) really measure? *Behavior Therapy*, 45(6), 831–839. DOI: 10.1016/j.beth.2014.07.002

Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, Fl: Professional Resource Exchange.

CITAS





“La curiosa paradoja es que cuando me acepto como soy, entonces puedo cambiar”

**Carl Rogers**

“There is no coming to consciousness without pain. People will do anything, no matter how absurd, in order to avoid facing their own soul. One does not become enlightened by imagining figures of light, but by making the darkness conscious”.

**Carl G. Jung**



ANEXOS





## Anexo 1. Hoja de Información al/a Paciente

### INFORMACIÓN AL PACIENTE

Antes de proceder a la firma del consentimiento informado, lea atentamente la información que a continuación se le facilita y realice las preguntas que considere oportunas.

#### **Naturaleza:**

En las últimas décadas se ha destacado el papel que la Evitación Experiencial juega en la aparición y evolución de los trastornos emocionales. La evaluación de esta variable y su relación con otras variables implicadas en los procesos de los trastornos emocionales son, no obstante, aspectos aún poco desarrollados, precisando de un mayor conocimiento.

El estudio trata de adaptar a nuestro idioma un instrumento recientemente desarrollado para la evaluación de la Evitación Experiencial, para posteriormente explorar la relación de la Evitación Experiencial con la Autoestima en personas en tratamiento ambulatorio.

#### **Importancia:**

La disponibilidad de un instrumento para la evaluación de la Evitación Experiencial adaptado a nuestro idioma, con una adecuada fiabilidad y validez, puede facilitar el estudio más preciso de esta variable, permitiendo a su vez un mejor conocimiento de los procesos implicados en la evolución de las personas con trastornos emocionales. Estos conocimientos pueden contribuir al desarrollo de intervenciones más eficaces en el tratamiento de las personas afectadas por estos trastornos.

#### **Implicaciones para el/la paciente:**

- La participación es totalmente voluntaria.
- El paciente puede retirarse del estudio cuando así lo manifieste, sin dar explicaciones y sin que esto repercuta en sus cuidados sanitarios.
- Todos los datos carácter personal, obtenidos en este estudio son confidenciales y se tratarán conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.
- La información obtenida se utilizará exclusivamente para los fines específicos de este estudio.

#### **Riesgos de la investigación para el donante/paciente: NINGUNO**

Si requiere información adicional se puede poner en contacto con el coordinador del estudio en el correo electrónico: [ajvazquez@cop](mailto:ajvazquez@cop).



## Anexo 2. Hoja de Consentimiento Informado del Paciente

### CONSENTIMIENTO INFORMADO – CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DEL PACIENTE

#### “Adaptación española del Cuestionario Breve de Evitación Experiencial. Evitación Experiencial y su relación con otras variables predictivas”

Yo (Nombre y Apellidos):.....

- He leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento (Información al Paciente)
- He podido hacer preguntas sobre el estudio “Adaptación española del Cuestionario Breve de Evitación Experiencial. Evitación Experiencial y su relación con otras variables predictivas”.
- He recibido suficiente información sobre el estudio “Adaptación española del Cuestionario Breve de Evitación Experiencial. Evitación Experiencial y su relación con otras variables predictivas”
- He hablado con el profesional sanitario informador: .....
- Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio.
- Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.
- Se me ha informado de que la información obtenida sólo se utilizará para los fines específicos del estudio.
- **Deseo** ser informado/a de mis datos de carácter personal que se obtengan en el curso de la investigación,

Sí

No

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el *proyecto titulado* “**Adaptación española del Cuestionario Breve de Evitación Experiencial. Evitación Experiencial y su relación con otras variables predictivas**”

Firma del paciente  
(o representante legal en su caso)

Nombre y apellidos:.....  
Fecha: .....

Firma del profesional  
sanitario informador

Nombre y apellidos: .....  
Fecha: .....



### Anexo 3. Informe del Comité de Ética de la Investigación



**Informe Dictamen Favorable**  
**Proyecto Investigación Biomédica**

C.P. RVM16 - C.I. 0869-N-16

18 de octubre de 2016

**CEI de los Hospitales Universitarios Virgen Macarena y Virgen del Rocío**

Dr. Víctor Sánchez Margalet  
Presidente del CEI de los Hospitales Universitarios Virgen Macarena y Virgen del Rocío

**CERTIFICA**

**1º.** Que el CEI de los Hospitales Universitarios Virgen Macarena y Virgen del Rocío en su reunión del día 29/09/2016, acta 10/2016 ha evaluado la propuesta del promotor referida al estudio:

**Título:** La evitación experiencial y la autoestima como factores de vulnerabilidad psicosocial en los trastornos emocionales: ¿Variables independientes o relacionadas?

**Código Promotor:** RVM16 **Código Interno:** 0869-N-16  
**Promotor:** Investigador

**1º.** Considera que

- El estudio se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y su realización es pertinente.
- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- Son adecuados tanto el procedimiento para obtener el consentimiento informado como la compensación prevista para los sujetos por daños que pudieran derivarse de su participación en el estudio.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.
- La capacidad de los Investigadores y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

**2º.** Por lo que este CEI emite un **DICTAMEN FAVORABLE**.

**3º.** Este CEI acepta que dicho estudio sea realizado en los siguientes CEI/Centros por los Investigadores:

CEI de los Hospitales Universitarios Virgen Macarena y Virgen del Rocío      Dr. José Antonio Vázquez Morejón  
(Psiquiatría) Hospital Universitario Virgen del Rocío

Lo que firmo en Sevilla, a 18 de octubre de 2016

Fdo:

Dr. Víctor Sánchez Margalet  
Presidente del CEI de los Hospitales Universitarios Virgen Macarena y Virgen del Rocío

CEI de los Hospitales Universitarios Virgen Macarena y Virgen del Rocío      Página 1 de 1  
Avda. Manuel Siurot, s/n - Edificio de Laboratorios, 6ª planta Sevilla 41013 Sevilla España  
Tel. 600 162 458 Fax. 955 00 80 15 Correo electrónico administracion.eecc.hvm.sspa@juntadeandalucia.es

Código Seguro de verificación: ZIPo7au1y7m7H/sBNsSdtw== Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <a href="http://www.juntadeandalucia.es/fundacionprogresoysalud/verifirma/">http://www.juntadeandalucia.es/fundacionprogresoysalud/verifirma/</a>				
FIRMADO POR	Victor Sanchez Margalet 28691159Q		FECHA	21/10/2016
ID. FIRMA	ws051.juntadeandalucia.es	ZIPo7au1y7m7H/sBNsSdtw==	PÁGINA	1/1
 ZIPo7au1y7m7H/sBNsSdtw==				



## Anexo 4. Cuestionario Breve de Evitación Experiencial (CBEE)

Unidad de Salud Mental Comunitaria Guadalquivir



Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Por favor, indique hasta que punto esta de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes frases.

	1	2	3	4	5	6
	Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. La clave para vivir bien es no sentir nunca ningún dolor						
2. Rápidamente dejo cualquier situación que me haga sentir mal						
3. Cuando se me vienen a la mente recuerdos desagradables, trato de desecharlos						
4. Me siento desconectado/a de mis emociones						
5. No me pongo a hacer algo hasta que no me veo totalmente obligado/a a hacerlo						
6. El miedo o la ansiedad no me impedirán hacer las cosas importantes						
7. Renunciaría a muchas cosas con tal de no sentirme mal						
8. Dificilmente hago algo si hay alguna posibilidad de que me desagrade						
9. Es difícil para mí saber lo que estoy sintiendo						
10. Trato de retrasar todo lo posible las tareas que son desagradables						
11. Me esfuerzo en evitar situaciones desagradables						
12. Uno de mis mayores objetivos es estar libre de cualquier emoción dolorosa						
13. Me esfuerzo mucho para evitar las sensaciones desagradables						
14. Si tengo cualquier duda al hacer una cosa, dejo de hacerla						
15. El dolor siempre lleva al sufrimiento						

Por favor, compruebe que has contestado a todas las preguntas



### Anexo 5. Brief Experiential Avoidance Questionnaire (BEAQ)

Please indicate the extent to which you agree or disagree with each of the following statements

1-----	2-----	3-----	4-----	5-----	6-----
<b>strongly disagree</b>	<b>moderately disagree</b>	<b>slightly disagree</b>	<b>slightly agree</b>	<b>moderately agree</b>	<b>strongly agree</b>

1.	The key to a good life is never feeling any pain	1	2	3	4	5	6
2.	I'm quick to leave any situation that makes me feel uneasy	1	2	3	4	5	6
3.	When unpleasant memories come to me, I try to put them out of my mind	1	2	3	4	5	6
4.	I feel disconnected from my emotions	1	2	3	4	5	6
5.	I won't do something until I absolutely have to	1	2	3	4	5	6
6.	Fear or anxiety won't stop me from doing something important	1	2	3	4	5	6
7.	I would give up a lot not to feel bad	1	2	3	4	5	6
8.	I rarely do something if there is a chance that it will upset me	1	2	3	4	5	6
9.	It's hard for me to know what I'm feeling	1	2	3	4	5	6
10.	I try to put off unpleasant tasks for as long as possible	1	2	3	4	5	6
11.	I go out of my way to avoid uncomfortable situations	1	2	3	4	5	6
12.	One of my big goals is to be free from painful emotions	1	2	3	4	5	6
13.	I work hard to keep out upsetting feelings	1	2	3	4	5	6
14.	If I have any doubts about doing something, I just won't do it	1	2	3	4	5	6
15.	Pain always leads to suffering	1	2	3	4	5	6



## Anexo 6. Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)

### ESCALA DE ROSENBERG - E A R -

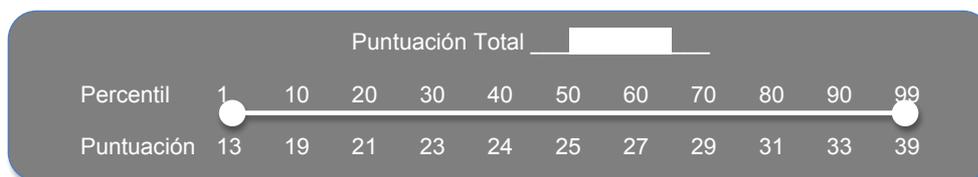
Traducción E. Echeburúa

(Adaptación: Vázquez Morejón, A.J., Jiménez García-Bóveda, R., Vázquez-Morejón, R., 2004).

NOMBRE \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

A continuación se presentan una serie de frases. Marque la respuesta que considere más adecuada para Ud.

- \*1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás..... 1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
2. Me inclino a pensar que, en conjunto, soy un fracasado/a..... 1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
- \*3. Creo que tengo varias cualidades buenas..... 1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
- \*4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente..... 1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
5. Creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a de mí..... 1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
- \*6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a ..... 1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
- \*7. En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a ..... 1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
8. Desearía valorarme más a mí mismo/a..... 1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
9. A veces me siento verdaderamente inútil ..... 1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
10. A veces pienso que no sirvo para nada ..... 1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo



$\Sigma$  2, 5, 8, 9, 10, inv. 1, 3, 4, 6, 7

Versión 2012



## Anexo 7. Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

### PHQ-9

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ AN \_\_\_\_\_

A lo largo de las **dos últimas semanas**, ¿Con qué **frecuencia** ha tenido algunos de las siguientes problemas?

Listado de conductas	Nunca	Algunos días	Bastante s días	Casi todos los días
1. Tener poco interés o satisfacción al hacer las cosas				
2. Sentirse bajo/a de ánimo, deprimido/a o desesperado/a				
3. Tener dificultad para coger el sueño o para dormir durante toda la noche o, por el contrario, dormir demasiado				
4. Sentirse cansado/a o con poca energía				
5. Tener poco o demasiado apetito				
6. Sentirse mal con usted mismo/a, o sentir que usted es un fracaso o que ha decepcionado a su familia o a usted mismo/a				
7. Tener dificultad para concentrarse en las cosas, en leer el periódico, en ver la tv				
8. Moverse o hablar muy lentamente. O estar tan inquieto/a que se ha estado moviendo de un lado a otro mucho mas de lo habitual.				
9. Tener pensamientos de que estaría mejor muerto/a o de hacerse daño a usted mismo/a de alguna forma				
	A11- Puntuacion total PHQ9			

(PHQ: 0-4 No, 5-9 lev, 10-14 mod., 15-19 mode-sev, >19 sev)



## Anexo 8. Generalized Anxiety Disorder-7 Scale (GAD-7)

### GAD-7

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ AN \_\_\_\_\_

A lo largo de las **dos últimas semanas**, ¿Con qué **frecuencia** ha tenido algunos de las siguientes problemas?

Listado de conductas	Nunca	Algunos días	Bastantes días	Casi todos los días
10. Sentirse nervioso/a, ansioso/a o al límite				
11. No poder parar o controlar las preocupaciones				
12. Preocuparse demasiado sobre diferentes cosas				
13. Tener dificultad para relajarse				
14. Estar tan inquieto/a que se le hace difícil permanecer sentado/a				
15. Enfadarse o irritarse fácilmente				
16. Sentirse temeroso/a de que algo horrible pueda pasar				
A12- Puntuacion total GAD7				

(GAD: 0-4 No, 5-9 lev, 10-14 mod, 15-21 sev)





