

LA EVITACIÓN EXPERIENCIAL Y SU MEDICIÓN POR MEDIO DEL AAQ-II¹

Experiential avoidance and its measurement through the AAQ-II

Felipe Patrón Espinosa
*Universidad Autónoma de Yucatán*²

RESUMEN

Se presenta una adaptación al español del Acceptance and Action Questionnaire II, cuyo objetivo es medir el grado de evitación experiencial. Se evaluaron sus propiedades psicométricas en la población yucateca, dividiendo la muestra en no clínica, con trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y psicóticos. Los resultados revelan que esta versión es confiable y válida para medir la evitación experiencial.

Indicadores: Evitación experiencial; Propiedades psicométricas; AAQ-II.

ABSTRACT

A Spanish adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire II, which aims to measure the degree of experiential avoidance, is presented. Its psychometric properties were assessed in the Yucatan population, dividing the sample into no clinic, mood, anxiety, and psychotic disorders. The results show that this version is internally consistent and valid to measure the experiential avoidance.

Keywords: Experiential avoidance; Psychometric properties; AAQ-II.

¹ Este estudio fue extraído de la tesis elaborada por el autor para obtener el grado de maestro expedido por la Universidad Autónoma de Yucatán.

² Facultad de Psicología, Calle 31-A, Núm. 300, Fracc. San Esteban, 97149 Mérida, Yuc., México, tel. y fax (999)943-20-98, correo electrónico: patron6d5@hotmail.com. Artículo recibido el 9 de diciembre de 2008 y aceptado el 4 de mayo de 2009.

Desde hace poco más de dos décadas han surgido cambios importantes dentro de la filosofía de la psicología a la que se conoce como conductismo. Uno de los cambios más notables es el surgimiento de una nueva generación de terapias, llamadas de tercera generación o contextuales (Hayes, 2004), cuya característica principal es que conforman un retorno a las raíces contextuales del conductismo radical de Skinner (Pérez, 2007). Dentro de esta generación de terapias, la que se considera la aportación más completa es la denominada terapia de aceptación y compromiso (ACT) (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999) puesto que encuentra su fundamento en una nueva propuesta llamada teoría de los marcos relaciones (TMR), la cual se considera una aproximación analítica conductual al lenguaje humano y a la cognición (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2004).

A partir de la TMR se han hecho propuestas para explicar las posibles causas de la psicopatología; desde este punto de vista, se dice que existen ciertos contextos verbales que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de problemas psicológicos: *a)* la literalidad o bidireccionalidad, *b)* la formación de categorías o evaluación, *c)* el dar razones y la búsqueda de coherencia y *d)* la búsqueda de control de los eventos privados (Gómez, López y Mesa, 2007); de estos, el último es el contexto clave que da sentido a los anteriores y que completa el ciclo de lo que en esta teoría se conoce como *trastorno de evitación experiencial* (TEE) (Luciano y Sonsoles, 2006). Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl (1996) exponen que “la evitación experiencial puede definirse como un fenómeno que ocurre cuando una persona no está dispuesta a ponerse en contacto con experiencias privadas particulares (p.e., sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos, predisposiciones conductuales) e intenta alterar la forma o la frecuencia de esos eventos y el contexto que los ocasiona” (p. 1156).

Con la consolidación teórica del TEE se han generado importantes propuestas en el área de la psicopatología, desde tomarlo como dimensión funcional que podría integrar una variedad de diagnósticos del sistema DSM (Friman, Hayes y Wilson, 1998; Hayes y cols., 1996), hasta realizar propuestas a partir del mismo para mejorar la estructura del eje II del sistema DSM (Koerner, Kohlenberg y Parker, 1996).

En la actualidad, existen muchos estudios que aportan evidencia para pensar que el TEE forma parte de diversos desórdenes psicológicos que comúnmente afectan a las personas; por ejemplo, trastornos de ansiedad y psicóticos y psicósomáticos, adicciones (Velasco y

Quiroga, 2001) y sintomatología delirante (García, Luciano, Hernández y Zaldívar, 2004) y psicótica (García, Pérez y Cangas, 2006), entre otros.

Debido a esto y a que toda esta línea de trabajo ya cuenta con una herramienta de tratamiento coherente a su propuesta teórica (la ACT), se considera importante que haya en México una herramienta de evaluación que permita aprovechar los aportes logrados hasta ahora en otros países, o, por lo menos, proporcionar las bases iniciales para que más adelante se haga un mayor número de investigaciones relacionadas con el tema.

Acceptance and Action Questionnaire (AAQ)

La medición del TEE comienza con la primera versión del Acceptance and Action Questionnaire (AAQ), creado por Hayes, Strosahl, Wilson y cols. (2004), que cuenta con un coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach de 0.70 y del cual existen diversas versiones. Por ejemplo, en relación al objetivo de este estudio (México), la primera traducción al español fue hecha por Barraca (2004) en España, cuyo coeficiente de consistencia interna fue de 0.74, semejante al de la versión original de Hayes. Posteriormente, Aguilar y Vargas (2006) lo adaptaron para población mexicana; cabe señalar que a pesar de haber obtenido datos que apoyan su validez predictiva, estos no fueron determinantes para la estandarización del AAQ en la totalidad de la población debido a ciertas características propias del estudio.

No obstante la existencia de esta escala para medir el TEE, la presente investigación se centró en la traducción del AAQ-II (cfr. Ciarrochi y Bilich, 2006). Esta cuestionario es una escala autoaplicable tipo Likert que permite medir la evitación experiencial o, por el contrario, la flexibilidad psicológica, dependiendo de la orientación de sus diez reactivos, cada uno con siete opciones de respuesta, que van de “nunca” (*never*) a “siempre” (*always*), según las creencias y experiencias de cada evaluado (ver Apéndice A).

La decisión de elegir esta nueva versión se basa en la propuesta de Hayes (2005), quien le atribuye al AAQ-II propiedades más confiables que las del AAQ-I; por ejemplo, un mejor coeficiente de consistencia interna alfa Cronbach (0.85) (Bond, Hayes, Baer y cols., en preparación) al contar con reactivos más simples. De igual manera, Hayes (2005) expone otros datos preliminares del AAQ-II: a) La validez de constructo ha sido examinada en seis conjuntos de datos que han variado de 206 a 854 sujetos, mostrando una confiabilidad con rangos de .81 a .87;

el análisis factorial reveló un solo factor con rangos de varianza explicada de 40 a 46%; b) Respecto a la validez de criterio, se han encontrado correlaciones negativas en la dirección esperada teóricamente con la Depression, Anxiety and Stress Scale ($r = -.601$), en sus subescalas de Depresión ($r = -.503$), Ansiedad ($r = -.484$) y Estrés ($r = -.561$), con el Inventario de Depresión de Beck ($r = -.75$), el Inventario de Ansiedad de Beck ($r = -.59$), el General Health Questionnaire ($r = -.31$) y la Symptom Checklist-10R ($r = -.673$) (Hayes, 2005).

MÉTODO

Participantes

La muestra se compuso de 200 participantes con residencia en la ciudad de Mérida, Yuc. (México). La mitad de ellos consistió en pacientes clínicos, los cuales se subdividieron por su diagnóstico: 27 con trastorno de ansiedad, 27 con trastorno psicótico y 46 con trastorno del estado de ánimo. Cabe señalar que todos los participantes clínicos se encontraban en consulta externa, a excepción de los pacientes psicóticos, que estaban institucionalizados. Los pacientes de consulta externa se tomaron del Hospital Psiquiátrico "Yucatán" y los institucionalizados, del anteriormente citado y del grupo "Amanecer Nuevamente".

La mitad no clínica de la muestra se dividió tomando 50% de estudiantes de la licenciatura en Informática del Centro de Estudios Superiores CTM "Justo Sierra O'Reilly", y el otro 50% de empleados sin estudios universitarios de un hotel y un restaurante de la misma ciudad para no crear un sesgo por el nivel de educación al compararlo con el de los participantes clínicos.

Instrumentos

Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II), traducido y adaptado para Yucatán por el presente autor (ver Apéndice B).

Inventario de Ansiedad de Beck (IAB), el cual, en su versión para México, cuenta con un coeficiente de alfa de Cronbach de 0.86 (Tafuya, Peresmitré, Ortega y Ortiz, 2006).

Procedimiento

El primer paso consistió en obtener la autorización del autor del AAQ-II para proceder a la traducción. Con el permiso obtenido, se hizo la traducción del AAQ-II al español, para lo que se solicitó la ayuda de dos personas de nacionalidad mexicana con amplio conocimiento del idioma inglés: un licenciado en lengua inglesa y una instructora de idiomas extranjeros con experiencia docente. De manera independiente, los traductores prepararon sendas versiones del AAQ-II al español, las cuales fueron comparadas para seleccionar los reactivos más eficaces.

El primer borrador del AAQ-II en español se sometió a dos jueces, licenciados en Psicología y estudiantes de la maestría en Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Yucatán, el primero de ellos para que evaluara la traducción y el segundo su contenido. Como último paso para la traducción, se hizo una aplicación piloto con personas que tenían un nivel de estudios básico.

Durante el proceso de traducción, jueceo y pilotaje, el AAQ-II sufrió algunas modificaciones, las más importantes en los reactivos 1 y 10, ya que al traducirlas literalmente se caía en una doble negación.

Para llevar a cabo la aplicación fue necesario solicitar la autorización a los directivos de las instituciones antes mencionadas. En el Hospital Psiquiátrico "Yucatán" se hizo la aplicación en la consulta externa cuando los pacientes salían de la misma y una vez obtenido el diagnóstico por parte del psiquiatra. Después, se prosiguió a aplicar los instrumentos en el área de hospitalización a los participantes con trastornos psicóticos, así como a los participantes del grupo "Amanecer Nuevamente" que se encontraban institucionalizados.

Los participantes no clínicos fueron obtenidos de las instituciones mencionadas arriba, previa invitación.

RESULTADOS

Traducción y adaptación

A partir del proceso de traducción y adaptación, se logró obtener una versión del AAQ-II apta para la población yucateca, la cual tiene una gran similitud con la versión original. Cabe señalar que de los diez reactivos del AAQ-II, los correspondientes a los números 1 y 10 fueron los que sufrieron cambios en su estructura, aunque no en su contenido.

Validez y confiabilidad

Se aplicó la versión traducida y adaptada al español del AAQ-II a 200 personas residentes en la ciudad de Mérida, Yucatán, de los cuales la edad promedio fue de 33.82 años (DE = 11.666), con un valor mínimo de 18 y máximo de 61 años (Tabla 1).

Tabla 1. Análisis de frecuencias de las variables sexo y edad de los participantes.

Grupos	M	F	Media de edad
No clínico	67	33	29.47
T. ánimo	7	39	40.63
T. ansiedad	9	18	36.11
T. psicótico	15	12	36.07
Total	98	102	33.83

Confiabilidad

El coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach obtenido en esta versión del AAQ-II para Yucatán fue de 0.89, muy semejante al propuesto por Bond y cols. (en preparación) para la versión en inglés (0.85).

Validez

Para establecer la validez de constructo, se hizo un análisis exploratorio de componentes principales con rotación varimax para estimar el número de factores y el porcentaje de varianza explicado por cada uno de ellos. A partir de este análisis, se obtuvieron resultados similares a los presentados por Hayes (2005) para la versión en inglés del AAQ-II, en los cuales el análisis reveló un solo factor con rangos de varianza explicada de 40 a 46%.

El análisis factorial para el AAQ-II, versión yucateca, indica que la estructura de la escala se encuentra compuesta por un solo factor (Tabla 2), por medio del cual es posible explicar 51.224% de la varianza (Tabla 3).

El análisis preliminar indica que el coeficiente de Kaiser-Meyer-Olkin de suficiencia de muestreo es de .882, que corresponde a la categoría de “muy bueno”, indicando que los datos son aptos para un análisis factorial.

La prueba de esfericidad de Bartlett resultó estadísticamente significativa ($\chi^2_{(45)} = 956.83$, $p \leq .001$), lo que indica que probablemente hay relaciones significativas entre los reactivos.

Tabla 2. Resultados del análisis factorial para el AAQ-II: Matriz de componentes.

Ítems	Componente 1
AAQ5	.831
AAQ2	.797
AAQ4	.796
AAQ7	.775
AAQ8	.745
AAQ3	.741
AAQ9	.737
AAQ10	.609
AAQ6	.529
AAQ1	.512

Tabla 3. Resultados del análisis factorial para el AAQ-II: Varianza total explicada.

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de varianza	% de varianza acumulada	Total	Porcentaje de varianza	Porcentaje acumulado
1	5.122	51.224	51.224	5.112	51.224	51.224
2	.980	9.797	61.021			
3	.845	8.453	69.474			
4	.700	7.004	76.478			
5	.573	5.728	82.206			
6	.481	4.811	87.018			
7	.448	4.476	91.493			
8	.365	3.654	95.147			
9	.305	3.049	98.196			
10	.180	1.804	100.000			

Validez concurrente. El índice de correlación de Pearson entre los resultados del AAQ-II y el BAI para la muestra estudiada reveló que hay una correlación positiva moderada (0.68), lo que indica que a mayor grado de ansiedad, mayor grado de evitación experiencial. Como muestra la Tabla 4, los resultados obtenidos en este estudio son semejantes a los reportados anteriormente por otros autores; por ejemplo, el AAQ-I de nueve reactivos, versión en inglés (Hayes, 2004), la versión en español del AAQ-I de nueve reactivos (Barraca, 2004) y la versión en inglés del AAQ-II (Hayes, 2005).

Tabla 4. Índice de correlación de Pearson entre el AAQ/AAQ-II y el BAI por estudio.

Estudio	r de Pearson
AAQ Hayes	.58 **
AAQ Barraca	.76**
AAQ-II Hayes	.59**
AAQ-II Yucatán	.68**

**p ≤ .001

Validez predictiva. Para conocer las propiedades predictivas del AAQ-II para la población yucateca, se realizó un análisis de diferencias de medias para establecer si había diferencias entre los resultados de los grupos según su diagnóstico (ver Tabla 1). El análisis de varianza simple reveló que existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. La prueba post hoc de Scheffé ($\alpha = .05$) reportó que había diferencias estadísticamente significativas entre el grupo no clínico y todos los demás grupos clínicos, de los cuales el que contaba con diagnóstico de trastorno psicótico mostró un nivel de evitación experiencial menor que el que los grupos con trastorno de ansiedad o del estado de ánimo. Entre estos dos últimos, el nivel de evitación experiencial no exhibió diferencias estadísticamente significativas (Tabla 5).

Tabla 5. Análisis de la varianza por diagnóstico para el grado de evitación experiencial.

EE	No clínico	psicótico	ánimo	ansiedad	F	p	η^2
	21.62	38.333	45.695	47.518	73.667	.0005***	.052

*** p ≤ .001

Como se muestra en la Tabla 5, los resultados obtenidos de este estudio son diferentes a los de estudios anteriores o a lo que teóricamente se podría esperar, en cuanto que las personas con trastornos psicóticos obtuvieron un puntaje menor que los que tenían diagnóstico de trastorno de ánimo y de ansiedad (por ejemplo, el estudio más cercano geográficamente hablando, realizado por Aguilar y Vargas [2006] en Oaxaca [México], con una versión adaptada para población mexicana del AAQ-I) (Tabla 6).

Tabla 6. Comparación de medias para el grado de EE entre grupos según su diagnóstico y estudio.

Estudio	No clínico	Ansiedad	Psicótico
Aguilar y Vargas (2006)	28.00	39.80	45.00
AAQ-II Yucatán	21.64	47.51	38.33

Como se puede observar, se esperaba que el grupo de personas con diagnóstico de trastorno psicótico obtuvieran mayor puntaje que los demás grupos. Sin embargo, a pesar de esta diferencia, los resultados concuerdan con los estudios anteriores al discriminar entre el grupo clínico y no clínico; por ejemplo, al traducir la primera versión del AAQ, Barraca (2004) obtuvo una media de 34.61 para el grupo no clínico y una media de 44.71 para el clínico. Además, en la investigación original realizada por Hayes, Strosahl y cols. (2004), la media obtenida por el grupo no clínico fue de 30-31, mientras que la del clínico fue de 38-40. Cabe señalar que en estos estudios no se distinguió entre pacientes con distintos trastornos psicológicos al realizar el análisis de diferencias de medias.

DISCUSIÓN

A partir de los datos obtenidos del análisis estadístico es posible afirmar que el objetivo del estudio se cumplió. Los resultados son muy similares a los obtenidos en estudios anteriores. Debido a ello y a sus características positivas (simpleza, breve duración, número de reactivos, grado de educación mínimo para responderlo), puede decirse que el AAQ-II tiene las características suficientes para demostrar ser un instrumento útil al medir la evitación experiencial

Asimismo, el análisis factorial reveló que la estructura del AAQ-II que mejor se ajusta a los datos de la población estudiada está compuesta por un solo factor, resultado congruente con los de Hayes (2005) para la versión del AAQ-II en inglés, y de igual manera con el sustento teórico implícito en la evitación experiencial, teniendo en cuenta que Hayes y cols. (1996) la proponen como una sola dimensión implícita en otros trastornos psicológicos.

La consistencia interna de la escala es muy satisfactoria (0.89), y similar o inclusive ligeramente más alta que la propuesta por Bond y cols. (en preparación) para la versión en inglés (0.85). Probablemente, esta diferencia en el índice de consistencia interna se deba a que durante el proceso de traducción y adaptación para la población yucateca los reactivos 1, 3, 6 y 10 sufrieron cambios en su estructura. El primero y el último fueron los que sufrieron más cambios o una traducción radical, porque al ser traducidos literalmente del inglés al español caían en doble negación y perdían su sentido. Los reactivos 3 y 6 tuvieron pocos cambios, los cuales fueron necesarios debido a factores cultura-

les (ver Apéndice B). Sin embargo, como se dijo anteriormente, estos cambios se realizaron solo en la estructura del reactivo, cuidando que el contenido y sentido de los mismos no se viera modificado. Un hecho que apoya lo anterior es el alto grado de confiabilidad de la escala, a pesar de que gran parte de los participantes solo tenían educación básica o nula.

Respecto a la validez concurrente entre el AAQ-II y el IAB, los resultados del estudio revelan una correlación de 0.68, que se identifica como positiva y moderada, resultados semejantes a los propuestos por Hayes (2005) para la versión en inglés del AAQ-II. Teniendo en cuenta este resultado, puede decirse que a más evitación experiencial, más ansiedad, o viceversa.

El AAQ-II para población yucateca demuestra tener propiedades predictivas al diferenciar entre el grupo no clínico y el clínico; sin embargo, hay dos observaciones importantes al discriminar entre subgrupos según su diagnóstico.

La primera tiene relación con la diferencia entre los puntajes obtenidos por el grupo con diagnóstico de trastorno del estado de ánimo y el de trastorno de ansiedad; ambos grupos obtienen puntajes similares, sugiriendo que los niveles de evitación experiencial entre personas con trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo son parecidos. Retomando la definición de la evitación experiencial, es posible observar que ésta se caracteriza por ser un patrón de comportamiento de evitación ante eventos privados negativos (por ejemplo, emociones como tristeza o ansiedad). De esta manera, el que no discrimine entre personas con diagnóstico de trastorno de ansiedad y trastorno de estado de ánimo no significa que el AAQ-II no haya cumplido su función al medir evitación experiencial; por el contrario, se podría afirmar que los participantes de estos grupos cuentan con un nivel alto de evitación experiencial, aunque ante distintas emociones, lo que se puede tomar como evidencia a favor de la suposición en la cual se toma a la evitación experiencial como una dimensión funcional que sirve de base a numerosos trastornos y como un modo radicalmente diferente de presentar y entender los trastornos psicológicos o mentales (Luciano y Sonsoles, 2006).

La segunda observación se relaciona con los resultados obtenidos por el grupo con diagnóstico de trastornos psicóticos, quienes muestran una media menor que la obtenida por los grupos con diagnóstico de trastorno del estado de ánimo y de ansiedad. Este resultado es más notorio aún debido a que en estudios anteriores no se había reportado algo similar. A partir de los resultados propuestos anteriormente, es evidente que al discriminar entre la subdivisión por diagnósticos clínicos (estado de ánimo, ansiedad o psicótico), el análisis estadístico arroja resultados incongruentes con los estudios precedentes, e inclusive con el sentido común. En particular, la media del grupo con diagnóstico de trastorno psicótico es menor que la del grupo con diagnóstico de trastorno de ansiedad o trastorno del estado de ánimo; sin embargo, desde el marco teórico con el que se aborda este estudio, el resultado podría no ser tan incongruente. Desde la perspectiva de Bach y Hayes (2002) en relación a los trastornos psicóticos, los delirios pueden constituir una defensa contra de los sentimientos de desesperanza o baja autoestima, lo que podría estar hablando de sujetos que niegan sus síntomas, según lo refleja la media de este grupo.

De igual manera, un dato importante es que los participantes que conformaron el grupo con trastorno psicótico tenían una diferencia que no era viable modificar durante el diseño de la investigación; esta diferencia entre el grupo con diagnóstico psicótico y los demás participantes es que los primeros se encontraban internados. Los participantes tomados del Hospital Psiquiátrico "Yucatán" se hallaban en institucionalización completa, mientras que los participantes del Grupo "Amanecer Nuevamente" experimentaban la institucionalización característica de las llamadas "casas de medio camino". Teniendo en cuenta esta variable, se pueden formular tres hipótesis: 1) los pacientes internos cuentan con un mejor tratamiento, que ataca de manera más eficaz a los síntomas psicóticos; 2) los sujetos niegan sus síntomas o fingen salud para no permanecer más tiempo internos, y 3) por último, y más relacionada con la propuesta de Bach y Hayes (2002), la evitación experiencial desempeña un papel importante en los delirios del paciente psicótico al utilizarlos como defensa de sus emociones desagradables. Sin embargo, confirmar estas suposiciones queda fuera del alcance de este estudio.

REFERENCIAS

- Aguilar, J. y Vargas, J. (2006). Psicopatología y evitación experiencial: AAQ-MEX, comparación de tres pequeñas muestras. *Psicología y Salud*, 16(2), 249-252.
- Bach, P. y Hayes, S.C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1129-1139.
- Barraca, J. (2004). Spanish adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(3), 505-515.
- Bond, F.W., Hayes, S.C., Baer, R.A., Carpenter, K.M., Orcutt, H.K., Waltz, T. y Zettle, R.D. (en preparación). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II: A revised measure of psychological flexibility and acceptance.
- Ciarrochi, J. y Bilich, L. (2006). *Process measures of potential relevance to ACT*. Wollongong (Australia): University of Wollongong.
- García, J., Hernández, M., Luciano, C. y Zaldivar, F. (2004). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) a la sintomatología delirante: un estudio de caso. *Psicothema*, 16, 117-124.
- García M., J., Pérez Á., M. y Cangas D., A. (2006). Aproximación al abordaje clínico de los síntomas psicóticos desde la aceptación. *Apuntes de Psicología*, 24(1-3), 293-307.
- Gómez M., S., López R., F. y Mesa M., H. (2007). Teoría de los Marcos Relacionales: algunas implicaciones para la psicopatología y la psicoterapia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 491-507.
- Friman, P.C., Hayes, S.C. y Wilson, K.G. (1998). Why behavior analysts should study emotion: The example of anxiety. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31, 137-156.
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and relationship. En S. C. Hayes, V. M. Follete y Marsha M. Linehan. (Eds.): *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 1-29). New York: Guilford Publications.
- Hayes, S.C. (2005). *The ACT packet*. Disponible en línea: http://www.actmindfully.com.au/upimages/act_pack.pdf (Recuperado el 18 de agosto de 2008).
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (2004). Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition. *British Journal of Psychology*, 95, 265-268.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press.

Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G., Bissett, R.T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M.A., Dykstra, T.A., Batten, S.V., Bergan, J., Stewart, S.H., Zvolensky, M.J., Eifert, G.H., Bond, F.W., Fosyth, J.P., Karekla, M. y McCurry, S.M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 553-578.

Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M. y 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.

Koerner, K., Kohlenberg, R.J. y Parker, C.R. (1996). Diagnosis of personality disorder: A radical behavioral alternative. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1169-1176.

Luciano, M.C. y Sonsoles, M. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79-91.

Pérez, M. (2007). La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del Psicólogo*, 28(29), 97-110.

Tafoya R., S., Peresmitré, G., Ortega S., H. y Ortiz L., S. (2006). Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): validez y confiabilidad en estudiantes que solicitan atención psiquiátrica en la UNAM. *Psiquis*, 5(3), 82-87.

Velasco, J.A. y Quiroga, E. (2001). Formulación y solución de un caso de abuso de alcohol en términos de aceptación y compromiso. *Psicothema*, 13(1), 50-56.

APÉNDICE A

AAQ-II

18

Below you will find a list of statements. Please rate how true each statement is for you by circling a number next to it. Use the scale below to make your choice.

1	2	3	4	5	6			7			
Never true	Very seldom true	Seldom true	Sometimes true	Frequently true	Almost always true			Always true			
Its OK if I remember something unpleasant.					1	2	3	4	5	6	7
My painful experiences and memories make it difficult for me to live a life that I would value.					1	2	3	4	5	6	7
I'm afraid of my feelings.					1	2	3	4	5	6	7
I worry about not being able to control my worries and feelings.					1	2	3	4	5	6	7
My painful memories prevent me from having a fulfilling life.					1	2	3	4	5	6	7
I am in control of my life.					1	2	3	4	5	6	7
Emotions cause problems in my life.					1	2	3	4	5	6	7
It seems like most people are handling their lives better than I am.					1	2	3	4	5	6	7
Worries get in the way of my success.					1	2	3	4	5	6	7
My thoughts and feelings do not get in the way of how I want to live my life.					1	2	3	4	5	6	7

Note. To use or translate the instrument is necessary to ask permission to the author (hayes@unr.edu).

APÉNDICE B

Folio: _____

AAQ-II (YUC)**19**

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

Use como referencia la siguiente escala para hacer su elección:

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

Los reactivos 1, 6 y 10 se suman de forma inversa; es decir, el 7 equivale a 1 y viceversa.

Nota. Para el uso o la traducción de este instrumento es necesario solicitar permiso al autor (hayes@unr.edu).