

Comunicación breve

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

Psychopathology and experiential avoidance: AAQ-MEX, three small samples compared

Jaime Ernesto Vargas Mendoza y Jorge Everardo Aguilar Morales¹

RESUMEN

Se midieron los niveles de evitación experiencial en tres pequeñas muestras de cinco sujetos cada una, una de pacientes psicóticos, otra de pacientes neuróticos y una tercera de personas mentalmente sanas. Se utilizó para ello una versión en español del Acceptance and Action Questionnaire elaborado por Hayes, Strosahl, Wilson y Bissett y adaptado para la población mexicana. En este reporte se exponen los resultados y se discuten las implicaciones

Palabras clave: Evitación experiencial; AAQ-MEX.

ABSTRACT

Experiential avoidance was measured in three small samples of five subjects each. One sample consisted of psychotic patients, another of neurotic ones, and a third of mentally healthy people. Said measurements were taken by means of a Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire by Hayes, Strosahl, Wilson and Bissett, adapted for the Mexican population. In this report the results are shown, and their implications are also debated.

Key words: Experiential avoidance, AAQ, México.

En este trabajo se describen los resultados de la aplicación de una versión en español, adaptada para la población mexicana, del Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ, Acceptance and Action Questionnaire), escala elaborada por Hayes, Strosahl, Wilson y cols. (en prensa) para medir la evitación experiencial.

La *evitación experiencial* (EE en lo sucesivo) es el fenómeno que ocurre cuando una persona es incapaz de mantenerse en contacto con alguna experiencia privada en particular (por ejemplo, sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos, imágenes, predisposiciones conductuales) y hace lo conducente para alterar la forma y la frecuencia de estas experiencias o el contexto que las produce, aun cuando estas formas de evitación le ocasionen perjuicios (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996).

¹ Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C. /Centro Regional de Investigación en Psicología, Calzada Madero 1304, Centro, 68000 Oaxaca, Oax., México, sitio web: www.conductitlan.net, correo electrónico: je_vargas@yahoo.com.mx. Artículo recibido el 15 de junio y aceptado el 26 de agosto de 2006.

Históricamente, puede notarse una preocupación por la EE dentro de tradiciones clínicas con menos bases empíricas, como el interés psicoanalítico en la represión subyacente, el interés existencialista por reducir la conciencia de la muerte, los intentos de la terapia centrada en el cliente por hacer conscientes los sentimientos y las actitudes, o la preocupación de los terapeutas gestálticos para “cerrar” experiencias inconclusas, entre otras.

Más recientemente, diversos enfoques de la terapia conductual han empezado a explorar el papel de la EE desarrollando métodos para debilitarla, incluyendo a la terapia conductual dialéctica, la terapia cognitiva basada en la responsabilidad, la terapia de aceptación y compromiso o la terapia integrativa de parejas, entre varias otras. Aunque se trata de un área empíricamente nueva, los resultados iniciales de estos procedimientos son positivos (Bach y Hayes, 2002; Bond y Bunce, 2000).

La EE tiene implicaciones en una amplia variedad de desórdenes y problemas clínicos, desde el abuso de sustancias hasta el suicidio. Por ejemplo, el abuso de sustancias tiende a ser provocado por estresores psicológicos, sobre todo en aquellos pacientes que hacen uso de la EE como estrategia de afrontamiento y que esperan que el uso de sustancias les ayude a disminuir sus problemas (Cooper, Russell, Skinner, Frone y Mudar, 1992). Los agorafóbicos, que son de los que más utilizan la estrategia de la EE como técnica de afrontamiento, tienden a desarrollar una mayor cantidad de desórdenes de ansiedad con el tiempo de lo que lo hacen los pacientes con menores niveles de EE (Craske, Miller, Rotunda y Barlow, 1990). Más de la mitad de los intentos y los suicidios efectivos involucran una intención de liberarse de situaciones displacenteras (Loo, 1986), especialmente de la culpa y la ansiedad (Baumeister, 1990). De igual forma, se ha conceptualizado a las alucinaciones auditivas y los delirios como episodios de EE en pacientes psicóticos (García y Pérez, 2005). Hoy día, se ha reconocido también el papel que desempeña la EE en el trastorno de estrés posttraumático (Krebs y Johansen, 2005), así como en otros padecimientos.

La EE es un proceso y no un término teórico. Una explicación de la EE la proporciona la terapia de aceptación y compromiso y su teoría subyacente sobre el lenguaje y la cognición, que es

la teoría de los marcos relacionales (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001). De acuerdo con este enfoque, la bidireccionalidad del lenguaje humano expande en gran medida el rango de situaciones que son displacenteras debido a que la conducta simbólica permite la categorización de los eventos privados y hace contacto con ellos en casi cualquier lugar. Por ejemplo, a la gente se le enseña a categorizar (calificar) una gran cantidad de señales situacionales, sensaciones corporales, predisposiciones conductuales y demás como “ansiedad” y a evaluarlas como “malas”. Esta “emoción” puede recrearse o predecirse por medio del lenguaje (por ejemplo, “La semana pasada me sentía ansioso en la escuela” o “Me da miedo que me ponga ansioso cuando llegue a ese lugar”). En virtud de que estos estados aversivos pueden formar parte de una situación al producirse mediante el lenguaje (pensamiento), no puede evitarse el malestar psicológico solamente evitando situaciones externas. Las personas, entonces, empiezan a evaluar estos eventos privados, por sí mismos, como el propósito de su evitación. Por ejemplo, pensamientos vinculados con la “ansiedad” pueden evitarse activamente o suprimirse.

Desafortunadamente, los efectos inmediatos de la EE son en apariencia positivos, y al paso del tiempo se aprecia que los pensamientos que se querían evitar se incrementan en realidad (Gold y Wegner, 1995). Este patrón de reducción en el corto plazo e incremento en el largo plazo se establece fácilmente como un servomecanismo amplificado que se torna muy resistente al cambio. Así, el exceso de EE se vincula con altos niveles de psicopatología y con una baja calidad de vida.

Una descripción más clara de la manera en que se adquiere desde la niñez la tendencia a la EE, así como de sus posibles controles contextuales, se encuentra en el reporte de Luciano, Rodríguez y Gutiérrez (2004).

Contar con una escala que permita medir la EE es particularmente útil en los estudios basados en poblaciones de sujetos (diseño de grupos), por lo que se desarrolló originalmente el AAQ. Más recientemente, Barraca (2004) llevó a cabo la adaptación al español para la población ibérica europea de esta prueba. Las propiedades psicométricas de la escala original indican que a partir de una cantidad grande de reactivos potenciales, estos

fueron reduciéndose de 60 a 32, hasta quedar en 9. Se utilizó el moldeamiento mediante ecuaciones estructurales para determinar la estructura interna de la escala. La adaptación al español ibérico por Barraca (2004) mostró un índice de consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0.74, adecuado para una escala en desarrollo, resultado cercano al obtenido por Hayes en el instrumento original (0.70). La validez concurrente mostró correlaciones altas y significativas con medidas de depresión, ansiedad y desórdenes limítrofes de personalidad, así como de personalidad obsesiva. En el campo de la validez predictiva, se aplicó la escala a dos muestras de sujetos, unos bajo psicoterapia (48) y otros sin antecedentes clínicos de psicopatología (66); se usó la prueba *t* de Student, obteniendo $p < .001$; es decir, hubo razones para creer que la prueba era capaz de discriminar entre una muestra general y una muestra clínica.

En el reporte original de Hayes, el puntaje promedio en la muestra clínica se ubicó entre 38-40, y en la no clínica entre 30-31. En el estudio de Barraca (2004), la media de la muestra clínica fue de 44.71 y de la no clínica de 34.61. Así que los puntajes de la población de idioma español fueron más elevados.

El presente trabajo tuvo entonces el propósito de usar una versión al español del AAQ, adaptada a la población mexicana (AAQ-MEX), para evaluar tres pequeñas muestras de sujetos.

MÉTODO

Participantes

Participaron quince voluntarios distribuidos en tres pequeñas muestras: *Psicóticos*, cinco pacientes psiquiátricos que recibían atención en el servicio de esa especialidad en el Hospital General de Zona Núm. 1 (HGZ1), perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social en la ciudad de Oaxaca (México); *Neuróticos*, cinco pacientes atendidos por el servicio de Psicología Médica del HGZ1 debido a sus trastornos de ansiedad, y *No clínicos*, cinco familiares de pacientes que acudían a tratamiento de especialidades en el HGZ1, los que se reportaban como sanos y no tenían antecedentes de diagnóstico o tratamiento en el área de la salud mental.

Instrumento

Se utilizó la versión adaptada para México del AAQ.

Procedimiento

Las pruebas se aplicaron individualmente en las instalaciones del área de consulta externa del hospital, y posteriormente se calificaron y graficaron los datos obtenidos.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se describen los sujetos que configuraron las tres muestras de este estudio.

Tabla 1. Características de los sujetos.

Sujetos	No clínicos	Neuróticos	Psicóticos
1	Femenino, 42 años	Femenino, 40 años	Femenino, 35 años
2	Masculino, 20 años	Femenino, 62 años	Femenino, 66 años
3	Femenino, 40 años	Femenino, 39 años	Femenino, 33 años
4	Masculino, 37 años	Femenino, 40 años	Femenino, 35 años
5	Masculino, 44 años	Femenino, 18 años	Masculino, 42 años

Todos los sujetos de la muestra de pacientes neuróticos tenían un diagnóstico de trastorno de ansiedad, y de esquizofrenia los de la muestra de pacientes psicóticos.

La Tabla 2 muestra los puntajes obtenidos en la prueba AAQ-MEX de cada sujeto de las tres muestras.

Tabla 2. Puntajes obtenidos por los sujetos.

Sujetos	No clínicos	Neuróticos	Psicóticos
1	29	44	45
2	20	42	42
3	29	39	38
4	37	34	48
5	25	40	52

Los promedios de los puntajes obtenidos por los sujetos de las tres muestras fueron como sigue: no clínicos, 28; neuróticos, 39.8, y psicóticos, 45. Puede, en consecuencia, notarse que los niveles de EE fueron menores en los sujetos no clínicos, en comparación con los pacientes de los servicios de Salud Mental. También hubo un nivel menor de EE en los pacientes neuróticos, en comparación con los psicóticos. No obstante, estas diferencias no resultaron significativas al evaluarse mediante la prueba de Kruskal-Wallis (probablemente para ello se requiera de muestras con un mayor número de sujetos).

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en esta aplicación son semejantes a los que reportaron tanto Hayes como Barraca para sus muestras de sujetos clínicos y no clínicos. El presente trabajo deja ver además que también la prueba puede discriminar entre sujetos neuróticos y psicóticos.

Estos datos apoyan la validez predictiva de la prueba, aunque no son determinantes para la estandarización del AAQ en la totalidad de la población mexicana, meta que escapa a los propósitos de este reporte.

REFERENCIAS

- Barraca M., J. (2004). Spanish adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(3), 505-515.
- Bach, P. y Hayes, S.C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the re-hospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1129-1139.
- Baumeister, R. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97, 90-113.
- Bond, F.W. y Bunce, D. (2000). Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 156-163.
- Cooper, M.L, Russell, M., Skinner, J.B, Frone, M.R. y Mudar, P. (1992). Stress and alcohol use: Moderating effects of gender, coping, and alcohol expectancies. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 139-152.
- Craske, M.G, Miller, P.R, Rotunda, R. y Barlow, D.H. (1990). A descriptive report of features of initial unexpected panic attacks in minimal and extensive avoiders. *Behaviour Research & Therapy*, 28, 395-400.
- García M., J.M. y Pérez A., M. (2005). Fundamentación experimental y primeras aplicaciones clínicas de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en el campo de los síntomas psicóticos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(2), 379-393.
- Gold, D.B. y Wegner, D.M. (1995). Origins of ruminative thought: Trauma, incompleteness, nondisclosure, and suppression. *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 1245-1261.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M. y Strosahl, K.D. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G., Bissett, R.T., Pistorello, J., Toarmino, D. (en prensa). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*.
- Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (Eds.) (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account to human language and cognition*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Krebs, T.S. y Johansen, P. (2005). A pilot process-outcome study of change during MDMA-assisted psychotherapy for the treatment of PTSD. *Maps*, 15(3), Winter, 4-5.
- Loo, R. (1986). Suicide among police in a federal force. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 16, 379-388.
- Luciano, C., Rodríguez, M. y Gutiérrez, O. (2004). A proposal for synthesizing verbal contexts in experiential avoidance disorder and acceptance and commitment therapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(1), 377-394.

