

UNIVERSIDAD DE OVIEDO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Máster de Psicología General Sanitaria
2015/2016

**LA EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN LOS TRASTORNOS DEL
ESTADO DE ÁNIMO Y DE ANSIEDAD**

(Modalidad Empírica)

SAÚL MIELGO LÓPEZ

Oviedo, Enero de 2016

Resumen

Objetivo: Analizar la relación entre Evitación Experiencial y los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad. Se seleccionó una muestra de 25 clientes cuya demanda estaba relacionada con un estado de ánimo bajo y problemas de ansiedad. La selección se llevó a cabo en dos clínicas psicológicas. Se empleó la escala BDI-II y sub-escalas HAD-A, HAD-D y HAD-T de la HAD para evaluar el estado de ánimo y la ansiedad. EROS y la puntuación total de la BADS y sub-escalas (BADS-A, BADS-E, BADS-L y BADS-S) para evaluar la Evitación Experiencial. Posteriormente se realizó la correlación de Pearson y un análisis de regresión múltiple. Como variables dependientes se tomaron BDI-II, HAD-A, HAD-D y HAD-T y como variables independientes EROS, BADS-A, BADS-E, BADS-L y BADS-S. La variabilidad de las puntuaciones de BDI-II y HAD-A fueron explicadas por EROS ($R^2 = ,553$ y $R^2 = ,344$ respectivamente). La variabilidad en HAD-D es explicada conjuntamente por EROS y BADS-S ($R^2 = ,652$). La variabilidad en HAD-T es explicada conjuntamente por EROS y BADS-S ($R^2 = ,648$). Conclusión: hay relación entre Evitación Experiencial y los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad aunque la muestra es pequeña para hacer conclusiones significantes.

Palabras clave: Evitación experiencial, trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad.

Abstract

Aim: To analyze the relationship between Experiential Avoidance and mood and anxiety disorders. A sample of 25 customers whose demand was associated with a low mood and anxiety problems was selected. The selection was made in two psychological clinics. BDI-II scale and HAD-A, HAD-D and HAD-T sub-scales from the HAD were used to assess mood and anxiety. EROS scale and the total scores from the BADS and their sub-scales (BADS-A, BADS-E, BADS-S, BADS-L) were used to assess the Experiential Avoidance. Subsequently Pearson's correlation and multiple regression analysis were made. BDI-II, HAD-A, HAD-D and HAD-T were taken as a dependent variables and EROS, BADS-A, BADS-E, BADS-L y BADS-S were taken as a independent variables. The variability in BDI-II and HAD-A scores was explained by EROS ($R^2 = .553$ y $R^2 = .344$ respectively). The variability in HAD-D scores was explained jointly by EROS and BADS-S ($R^2 = .652$). The variability in HAD-T scores was explained jointly by EROS and BADS-S ($R^2 = .648$). Conclusion: there is a relationship between Experiential Aviodance and mood and anxiety disorders, but the sample was too small to make significant conclusions.

Keywords: Experiential Avoidance, mood disorder and anxiety disorder.

INTRODUCCIÓN

Antes de entrar en profundidad en la Evitación Experiencial y en el por qué del estudio que se desarrolla en las páginas siguientes, se hace necesario realizar una contextualización teórica en la que quede plasmada una explicación de cómo conciben los trastornos psicológicos los dos grandes modelos sometidos a debate y que son el modelo médico y el modelo contextual y de cómo la evitación experiencial surge como alternativa a los sistemas de clasificación.

Modelo Médico

En la psicología clínica y en la psiquiatría actual hay un gran debate acerca de la concepción, explicación y práctica clínica referida a los trastornos psicológicos. En un primer lugar cabe citar que hoy en día podemos considerar que el modelo más influyente es el modelo médico, el cual se establece en psicología y psiquiatría con el Manual Diagnóstico y Estadístico conocido como DSM. Podemos considerar que el modelo médico que más presencia tiene en psiquiatría e influencia en psicología (más adelante se verá el porqué se considera influyente) es el modelo psicofarmacológico. Este modelo psicofarmacológico, en palabras de Marino Pérez Álvarez se ha “erigido a sí mismo en un modelo de enfermedad, que ha terminado por establecer diagnósticos y etiologías” (Pérez-Álvarez, 2014, pp. 58). El modelo psicofarmacológico en psiquiatría se denominaría modelo médico-psiquiátrico. ¿Qué explicación ofrece el modelo médico psiquiátrico de los trastornos mentales? Las explicaciones que ofrece dicho modelo son de corte neurobiológico, donde el problema estaría residiendo bien en fallos de estructuras y conexiones neuronales, o bien en desequilibrios neuroquímicos. Para que dichas alteraciones neuronales o bioquímicas vuelvan a funcionar con normalidad se emplearía tratamiento farmacológico, todo ello con el objetivo final de reducir los síntomas que configuran el cuadro psicopatológico (Pérez-Álvarez, 2014). Bajo este punto de vista, la explicación, y por ende el tratamiento del trastorno psicológico, tendría un carácter interno, dirigido a algo que ocurre en un cerebro.

Decíamos que el modelo psicofarmacológico esta especialmente presente en psiquiatría, pero también tiene su influencia en la psicología clínica, ¿cómo influye en esta? Tenemos diferentes terapias que nos pueden servir de ejemplo de esta afirmación, pero quizá, la que más lo represente sea la terapia cognitivo-conductual, solo que

traduciendo sus términos explicativos al lenguaje psicológico (Pérez-Álvarez, 2012a). Estaríamos hablando ahora de un modelo médico psicológico o de déficit con una perspectiva igualmente de carácter interno pero sustituyendo términos y procesos. En este caso pues, ya no se hablaría de fallos en estructuras o conexiones neuronales o en desequilibrios neuroquímicos, si no que se tiene que hablar más bien de términos cognitivos como por ejemplo explicaciones de la depresión basadas en sesgos del procesamiento de la información y esquemas cognitivos. De la misma manera que el modelo médico psiquiátrico, asume una alteración neurobiológica o un desequilibrio neuroquímico, el modelo médico psicológico habla de disfunciones o déficits psicológicos (Pérez-Álvarez, 2014). Así, resumiendo, donde el modelo médico psiquiátrico ofrece explicaciones internas de los trastornos psicológicos en términos neurológicos o neuroquímicos, el modelo médico psicológico ofrece explicaciones también de carácter interno pero en términos psicológicos.

Ambos modelos no se quedan en la explicación, sino que también ofrecen soluciones a esos problemas. Para solucionar esta alteración o desequilibrio, el modelo médico psiquiátrico utiliza medicación supuestamente específica e indicada para dicho déficit o desequilibrio y así reducir los síntomas que configuran el trastorno. De manera análoga, desde el modelo médico psicológico, se persigue el mismo fin, solo que en este caso se emplean técnicas dirigidas a solucionar dichas disfunciones/déficits psicológicos (sea, por ejemplo, la reestructuración cognitiva). Por su parte, en palabras de Marino Pérez Álvarez, “el modelo psicofarmacológico escucha al fármaco, preguntando al paciente en función de las mejorías sensibles a la medicación (no en función del problema presentado)” (Pérez-Álvarez, 2014 pp. 64).

Modelo Contextual

Como se viene comentando, tanto el modelo médico psicofarmacológico como el psicológico dirigen su atención a fenómenos internos que expliquen el porqué de los trastornos y en función de ese porqué desarrollan soluciones específicas (psicofármacos y técnicas psicológicas respectivamente). Ahora bien, hay que tener en cuenta que los seres humanos vivimos en un contexto, de manera que comportamientos como actuar, sentir y pensar (describir, explicar y valorar) son interacciones en un contexto tanto

social como privado y son aprendidos. Ese aprendizaje tiene lugar porque el propio contexto ha ido seleccionando unas u otras acciones.

Por lo tanto, dicho contexto no se puede ignorar o prestarle poca atención a la hora de conceptualizar y entender los trastornos psicológicos y buscar soluciones para estos.

El modelo contextual, en contraposición al modelo médico, abandona la perspectiva del defecto internalista a la hora de explicar los trastornos psicológicos y ofrece una explicación interactiva, funcional y contextual, donde el problema dejaría de estar dentro del individuo para estar situado en la “historia coevolutiva de la persona y sus circunstancias” (Pérez-Álvarez, 2012b). De esta manera, podemos decir que el trastorno psicológico no se sitúa dentro de la persona, sino más bien, es la persona la que se encontraría dentro de una situación problemática o en unas circunstancias determinadas. Por ejemplo la depresión sería una situación en la que se encuentra la persona y no algo que reside en su interior (Pérez-Álvarez, 2007). El problema estaría relacionado en cómo la persona se relaciona con los demás y consigo misma, con sus experiencias, pensamientos, sentimientos, etc. Teniendo en cuenta esta afirmación, en un trastorno psicológico, la persona estaría luchando por salir de esa situación, lucha que podemos calificar como contraproducente (Pérez-Álvarez, 2012a). Esta lucha sería contra sus eventos privados, experiencias subjetivas, sentimientos y pensamientos y la lleva a cabo la persona a través de sus propias acciones (entre ellas, la que interesa en este trabajo, la evitación experiencial) (Pérez-Álvarez, 2012a).

Por último, el modelo contextual, a la hora de medir la eficacia de sus intervenciones no se va a centrar en la mera reducción de síntomas, sino que más bien dirige su atención a cómo a la persona le va en la vida, es decir, si se mueve o no en dirección a sus valores, a las cosas que le importan y realmente le son valiosas. Que la persona haga lo que considere valioso para ella a pesar de los síntomas que tenga con el objetivo de cambiar el contexto en el que tienen lugar los síntomas y el problema (Pérez-Álvarez, 2014).

Problemas con el modelo médico: alternativas a los sistemas de clasificación.

El principal motivo por el que se considera que el modelo médico de enfermedad es problemático es que los trastornos psicológicos/psiquiátricos no pueden ser

considerados enfermedades. Como se ha comentado en líneas anteriores, tanto el modelo médico de psiquiatría como el modelo médico (o de déficit) en psicología, miden su eficacia a partir de la reducción de una serie de síntomas que configuran un determinado trastorno. Esos trastornos, con sus correspondientes síntomas se encuentran en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la APA (DSM) (y también en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS). Así, nos podemos encontrar una gran clasificación de trastornos psicológicos/psiquiátricos y subclasificaciones que ha ido en aumento desde el primer DSM hasta el actual DSM-5. Todos los trastornos vienen definidos por una serie de signos y síntomas de los cuales la persona ha de reunir un número mínimo de ellos y de ciertas condiciones para que el profesional pueda establecer el diagnóstico. De esta manera, si tomamos en consideración el modelo médico psiquiátrico, para la reducción de dichos síntomas (criterio de eficacia) existiría un tipo de medicación específica que regulara de alguna manera los desequilibrios neuroquímicos que dan lugar a los síntomas; y si tomamos en consideración el modelo médico psicológico adoptado por la terapia cognitivo-conductual (entre otras), para reducir dichos síntomas habría disponibles una serie de técnicas psicológicas específicas. Esta medición de eficacia se haría utilizando a los signos y síntomas de la lista como guía. Lo que ocurre es que los manuales de clasificación, teniendo fiabilidad, esto es, grado de acuerdo entre diferentes profesionales para el diagnóstico en un paciente, carecen de validez: no encontramos diferencias claras entre diagnósticos ni lo que se considera “no patológico” o “normal” (validez discriminante o de contenido); tampoco ofrece orientaciones de cuál va a ser el pronóstico o la evolución de los trastornos (validez predictiva); y tampoco que es lo que están diagnosticando, es decir, cuál es fenómeno en sí (validez de constructo) (Pérez-Álvarez, 2014).

Ante esta falta de validez, es de entender que surjan diferentes alternativas a las categorías diagnósticas como por ejemplo el caso de la estrategia de investigación en psiquiatría desarrollada en torno a 1970 *Research Diagnostic Criteria* (RDoC), desarrollada por el *National Institute of Mental Health* (NIMH), una institución psiquiátrica que se dedica a la investigación en el campo de la salud mental (Pérez-Álvarez, 2014). El propósito perseguido en investigación a través de los RDoC es el de identificar “dimensiones patofisiológicas que pudieran estar implicadas en distintos

trastornos” (Pérez-Álvarez, 2014, pp. 37). Lo que ocurre es que también presenta problemas, y es que tiene una visión, de nuevo internalista de los trastornos mentales, situándolos en defectos en las conexiones o en los circuitos cerebrales. Con esta perspectiva se estaría, de nuevo, en el error de perder de vista el contexto, clave en la comprensión de los trastornos psicológicos.

Al igual que con los RDoC en psiquiatría, en el campo de la psicología clínica también han surgido una alternativa a los sistemas de clasificación diagnóstica y es la de las dimensiones transdiagnósticas comunes en los trastornos psicológicos. Estas dimensiones se encuentran abarcadas por el término general “Hiperreflexividad” (Pérez-Álvarez, 2012a). En la vida hay problemas: podemos perder a seres queridos, perder el trabajo, tener discusiones de pareja o familiares, estar sometidos a altas épocas de estrés o tener un fracaso de tipo académico entre otras variadas problemáticas. Estos problemas, como es normal, dan lugar a sufrimiento, donde la persona va a llevar a cabo diferentes acciones (por ejemplo darle vueltas a lo que a uno le pasa, por qué le pasa, a no querer tener y experimentar ese sufrimiento) que lejos de resolver la situación, van a interferir en la vida de la persona. De esta manera, esos problemas se convierten en problemas psicológicos (Pérez-Álvarez, 2012a).

Esta idea de trastorno psicológico, va de la mano de la conceptualización que el modelo contextual tiene de los trastornos psicológicos (como se ha visto en el apartado correspondiente al modelo contextual). El modelo contextual es adoptado por las llamadas terapias de tercera generación o contextuales, las cuales tienen este enfoque de dimensiones transdiagnósticas de los trastornos psicológicos en términos de Evitación Experiencial o Inflexibilidad psicológica (el término varía dependiendo de la terapia) (Pérez-Álvarez, 2014).

Una vez realizado el recorrido por el modelo médico de psicopatología y el modelo contextual y qué explicación ofrece cada uno de ellos de los trastornos psicológicos, vamos a centrarnos en la evitación experiencial, primero explicando dicho concepto para después hacer mención a diferentes estudios que constatan su presencia en numerosos trastornos psicológicos en general y posteriormente explicar qué formas toma en los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad con el fin de justificar el por qué del interés del presente estudio.

Evitación Experiencial: concepto y estudios.

Los seres vivos, en el momento del nacimiento, quedamos expuestos al sufrimiento y éste nos acompaña durante toda la vida tomando diferentes formas. No se estaría hablando de un sufrimiento exclusivamente físico, sino también psicológico. Ambos forman parte de la vida y son inseparables de esta. Lo que sucede, en ocasiones, es que este sentirse mal, este sufrimiento, no es tolerado de ninguna manera por la persona y por tanto puede no asumirlo como algo natural, lo que llevaría a esta persona a llevar a cabo acciones con el fin de anular esos sentimientos o sensaciones desagradables que lleva consigo el sufrimiento. Dicho de otro modo, la persona no quiere experimentar dichos sentimientos. En esa acción de tratar de anular hay costes, pierdes algo (Wilson y Luciano, 2007). Hablamos del proceso de evitación experiencial. La evitación experiencial está en la base de la Terapia de Aceptación y Compromiso de Steven Hayes, Strosahl y Wilson (1999) (Pérez-Álvarez, 2012a). En dicho proceso, la persona, ante la experiencia de malestar o de sufrimiento, o sensaciones negativas, siente la necesidad de hacer algo, liberarse, o aplacar esas sensaciones. Intentará por tanto controlar o evitar esos eventos privados. Esto envuelve a la persona en un “círculo vicioso”, que lejos de ser una solución, es más un problema (Wilson y Luciano, 2007).

Por tanto, podemos definir la evitación experiencial como un conjunto de conductas que se repiten cuyo objetivo es el de controlar los eventos privados desagradables. Los eventos privados de los que hablamos y que se pretenden evitar toman forma de sentimientos, emociones, pensamientos, imágenes indeseadas, etc. El resultado de este “tratar de evitar” podemos calificarlo como paradójico, y es que, en lugar de evitar las experiencias o sensaciones, lo que consigue la persona es tener más de esos eventos y eso es lo que acabaría por constituir el problema (Pérez-Álvarez, 2012a). Por ejemplo el intento de supresión de pensamientos o de supresión de respuestas emocionales da lugar a un incremento de esos pensamientos (Clark, Ball y Pape, 1991; Gold y Wegner, 1995; Wegner, Schneider, Carter, y White, 1978; Wegner, Schneider, Knutson, y McMahon, 1991, citados en Chawla y Ostafin, 2007) y emociones objetivo (Gross, 1989, 2004; Gross y John, 2003, citados en Chawla y Ostafin, 2007). Esta evitación experiencial se considera problemática y perjudicial en las siguientes condiciones (Wilson y Luciano, 2007): en un primer lugar, la evitación

resulta perjudicial cuando el resultado que deseamos obtener se ve contradicho en el propio proceso de evitación (de ahí su carácter contraproducente). En segundo lugar también resulta perjudicial cuando, a través del propio lenguaje, no se consiguen regular eventos privados considerados desagradables. Es posible que el cambio que se persigue pueda ser logrado, pero en el esfuerzo que se requiere para ello podemos encontrar formas de evitación que son perjudiciales para la salud, por ejemplo en el consumo de las drogas (consumir puede llevarte a evitar estar en contacto con sentimientos o recuerdos que no quieres tener. Esto puede ser logrado a corto plazo, pero a un plazo mayor, ese consumo resulta perjudicial para la salud). Así mismo, es perjudicial cuando la experiencia que se quiere eliminar no puede ser eliminada.

Para concluir la presentación general del proceso de evitación experiencial, podemos afirmar que este está compuesto por dos partes (Spinhoven, Drost, de Rooij, van Hemert y Penninx, 2014):

- A) Una parte de falta de aceptación en la que la persona no está dispuesta a convivir o permanecer en contacto con experiencias privadas negativas.
- B) Una parte de acción, en la que la persona pone en marcha estrategias para tratar de cambiar esas experiencias privadas negativas.

Ahora bien, presentado el proceso de evitación experiencial, toca revisar sus implicaciones. Se han realizado diversas hipótesis acerca de que la evitación experiencial juega un papel importante en la etiología, mantenimiento y modificación de varias formas de psicopatología (Hayes, 2004, citado en Spinhoven *et al.*, 2014). Así por ejemplo, de manera específica, en el caso del origen y del mantenimiento de las adicciones se ha encontrado que diversas medidas de aceptación y de evitación tienen correlaciones mayores o menores con el abuso de sustancias (Forsyth, Parker y Finlay, 2003, citado en Luciano, Páez-Blarrina y Valdivia-Salas, 2010). También se ha encontrado relación entre la evitación experiencial y los trastornos de ansiedad y psicóticos (Vargas y Aguilar, 2006, citado en Patrón-Espinosa, 2013). También en el trastorno obsesivo-compulsivo (Gold y Wegner, 1995; McCarthy y Foa, 1990, citados en Wilson y Luciano, 2007), aunque en un estudio más actual se demostró que la evitación experiencial correlacionaba de manera diferente en función del síntoma, siendo significativa esta correlación con pensamientos inaceptables, simetría y

responsabilidad de los daños pero no para la contaminación (Wetterneck, Steinberg y Hart, 2014). En el trastorno de estrés postraumático (Orcutt, Pickett, y Pope, 2005, citados en Chawla y Ostafin, 2007), en el trastorno dismórfico corporal (Wilson, Wilhelm y Hartmann, 2014), etc.

De manera general, se ha estudiado su presencia en los trastornos del estado de ánimo como la depresión (Shahar y Herr, 2011) y en los trastornos de ansiedad (Spinhoven, *et al.*, 2014).

Forma de la evitación experiencial en los trastornos del estado de ánimo y ansiedad:

De manera general, en la depresión se estaría evitando la pena, la tristeza, y en la ansiedad se estaría evitando el miedo.

En el caso de la depresión, en la mayoría de los casos, lo que la precede es un evento, un acontecimiento que podemos denominar negativo (por ejemplo una ruptura matrimonial, pérdida del empleo, un fracaso en un proyecto académico ambicioso, etc.). Las personas, ante estos eventos, reaccionan, responden de una determinada manera que puede llegar a mantener la condición depresiva. Experimentamos (a través del aprendizaje en el contexto de socialización y no como una condición “bio-neuro-psíquica”) una serie de síntomas ante esos acontecimientos como tristeza, desánimo, apatía, irritabilidad, anhedonia, indiferencia, actividad reducida, pensamientos de fracaso e inutilidad, etc., síntomas, experiencias que van a resultar desagradables. Por otra parte, los eventos negativos que se mencionan al comienzo del presente apartado pueden dar lugar a una reducción de reforzamiento positivo o de alicientes del entorno, por ejemplo actividades que la persona realizaba previamente y que le resultaban reforzantes han perdido ese valor. Ante esta situación que venimos exponiendo, podría tener lugar la evitación experiencial. Esta evitación puede tomar diferentes formas que no solo consisten en “dejar de hacer” (como por ejemplo: no coger el teléfono o evitar amigos, no asumir tareas difíciles, quedarse sentado en casa o pasar mucho tiempo en la cama, no tomar decisiones, dar vueltas constantes a la solución de un problema que no podemos resolver, darle vueltas al pasado, etc.) sino que también en (digamos) “hacer más” (como por ejemplo: realizar un número de tareas excesivo retrasando el momento de llegar a una casa vacía, ver demasiadas horas la televisión ocupando la atención sobre asuntos diferentes a los que preocupan o molestan, abuso de alcohol y drogas o

comer en exceso procurándose una euforia temporal que aparte el malestar, etc.). En cualquier caso siempre es una evitación dirigida a no querer experimentar el malestar. La evitación dificulta a las personas resolver los problemas que dieron lugar a la situación depresiva y no solo eso, sino que las estaría metiendo en un círculo vicioso, es decir, al evitar las condiciones que generan malestar encuentran un alivio, al menos a corto plazo, con el que se refuerza esta forma de actuar; sin embargo, con ello, lejos de resolver el problema se mantienen alejados de las propias condiciones de la vida en las que se encontraría la solución de la situación que generó el malestar y por tanto seguirán experimentando esa tristeza. Por ejemplo, una persona que ha perdido su empleo y se niega a buscar en internet ofertas de trabajo porque sabe que cuando se ponga a ello, le asaltarán pensamientos de fracaso o la tristeza y por tanto se quedará en la cama y no buscará las ofertas evitando de esta manera el experimentar dichas sensaciones y sintiendo por tanto alivio. Esta manera de actuar, no sólo le estaría alejando de encontrar un empleo sino que estaría empeorando aún más la situación en la que se encuentra la persona.

En cuanto a la ansiedad, ocurre de manera similar. La ansiedad, una respuesta normal ante determinadas situaciones estresantes para la persona, al igual que la depresión, constituye un conjunto de emociones discriminadas (junto con las situaciones en las que aparecen una serie de sensaciones, de síntomas, que resultan desagradables para la persona como por ejemplo taquicardias, sudoración, sensación de ahogo, temblor, incremento de la respiración, rubor, etc). La persona tiene miedo a experimentar dichas sensaciones y por tanto hace todo lo posible para no experimentarlas (para no experimentar ese miedo), por ejemplo evitar una conversación por temor a ruborizarse, evitar salir a la calle por temor a sufrir una taquicardia o sensación de ahogo, poner excusas y faltar a clase o al trabajo el día que se tiene que realizar una exposición oral por miedo a sudoración y temblor y entonces hacer el ridículo en público, etc. En cualquier caso, sea cual sea la forma de evitación que la persona pone en marcha, lejos de solucionar el problema, lo estaría manteniendo debido a ese alivio que produce a corto plazo. Estamos de nuevo ante un círculo vicioso en el que con la evitación se sigue teniendo precisamente lo que se quiere evitar.

De esta forma, lo que a priori sería una respuesta normal, sea la pena o tristeza ante una pérdida o la ansiedad ante una situación estresante, acabaría a posteriori

convirtiéndose en una condición patológica debido al fenómeno de la evitación experiencial que termina por cronificar o empeorar la situación en la que se encuentra la persona.

Objetivos e hipótesis

Como podemos comprobar, diversos estudios se han marcado como objetivo el tratar de demostrar la presencia de evitación experiencial en numerosos trastornos psicológicos. Como se ha comentado en el apartado correspondiente al marco teórico, la perspectiva contextual de las terapias contextuales localiza, sitúa el núcleo de los trastornos psicológicos en la evitación experiencial. Una vez descritas las formas que tomaría aquella en la ansiedad y en la depresión, lo que se quiere conseguir en este trabajo es analizar si existe una relación entre la evitación experiencial y los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad-

Teniendo en cuenta la literatura expuesta anteriormente y la perspectiva contextual, se espera que exista una relación significativa entre la evitación experiencial y los trastornos del estado de ánimo y ansiedad.

Con los resultados que se obtengan en el estudio se pretende incrementar un poco más el campo de investigación en esta temática para que se sigan trabajando tratamientos que aborden dicho fenómeno.

MÉTODO

Participantes

Se ha seleccionado de manera no probabilística y en contexto clínico (dos centros de atención ambulatoria) una muestra de 25 participantes (21 mujeres y 4 varones) cuya demanda a la hora de acudir al centro estaba relacionada con problemas emocionales, del estado ánimo, o ambos. La edad de la muestra se encuentra comprendida entre los 18 y 65 años. Así mismo, con el fin de tener más información acerca de los participantes, se les ha solicitado mediante una pequeña entrevista las siguientes variables socio-demográficas:

- Estado civil
- Nivel de estudios

- Ocupación laboral/educativa
- Convivencia en el domicilio familiar

La toma y recolección de los datos pertinentes para el estudio se ha llevado a cabo después de leer y entregar la hoja de información a los participantes (ANEXO I) y de firmar tanto los participantes como el encargado del estudio el consentimiento informado (ANEXO II). En el apartado correspondiente a los resultados se realiza una descripción detallada de las variables mencionadas.

Instrumentos y variables de medida

Los instrumentos de medida empleados en el presente estudio son: Inventario de la Depresión de Beck-II (BDI-II), Escala de Observación de Recompensa del Entorno (EROS), Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADS), y Escala de Ansiedad y Depresión de pacientes Hospitalarios (HAD). La descripción y propiedades psicométricas de cada instrumento se muestran a continuación:

- EROS (Escala de Observación de Recompensa del Entorno): es un instrumento de 10 ítems dirigido a obtener una autoevaluación objetiva del grado en el que la persona considera que el entorno le resulta reforzante. Cada ítem se puntúa de 0 (totalmente en desacuerdo) a 4 (totalmente de acuerdo). La puntuación total se obtiene sumando los ítems directos e inversos. Su consistencia interna es de .85 y presenta una alta fiabilidad test-retest ($r_{xx} = .85$) correlacionando con el BDI-II y BADS entre otros (Barraca, 2010). Su puntuación total oscila entre 10-40. Cuanto más cercana a 40 sea la puntuación, mayor reforzamiento del entorno percibe la persona.
- BADS (Escala de Activación Conductual para la Depresión): cuestionario de 25 ítems que mide cuatro dimensiones básicas en cuatro subescalas: activación, evitación/rumia, afectación del trabajo/actividad y afectación de la vida social (Barraca, 2010). Su consistencia interna total es de .90 (Barraca, Pérez-Álvarez y Lozano, 2011). Los ítems están en escala Likert de 0 (en absoluto) a 6 (totalmente cierto), siendo recodificados todos los ítems pertenecientes a todas las subescalas, a excepción de la subescala “activación” (Barraca *et al.*, 2011). La consistencia interna para cada subescala también es elevada: Activación (7 ítems; consistencia interna = .81), Evitación/Rumia (8 ítems; consistencia

interna .82), Deterioro Laboral/Escolar (5 ítems; consistencia interna = .76) y Deterioro Social (5 ítems; consistencia interna = .88) (Barraca *et al.*, 2011). La puntuación total del test oscila entre 0-150, para la dimensión “activación” oscila entre 0-42, para la dimensión “evitación/rumia” oscila entre 0-48, para la dimensión “deterioro laboral/actividad” oscila entre 0-30, y para la dimensión “deterioro social” oscila entre 0-30. Las puntuaciones se interpretarían de la siguiente manera: para subescala de activación, una puntuación cercana a 42 indicaría alta activación y cercana a 0 baja activación, para la subescala evitación/rumia, una puntuación cercana a 48 indicaría ausencia de evitación y cercana a 0 presencia de evitación, para la subescala deterioro laboral/actividad, una puntuación cercana a 30 indicaría escaso deterioro laboral y cercana a 0 deterioro laboral, para la subescala deterioro social una puntuación cercana a 30 indicaría escaso deterioro social y cercana a 0 deterioro social, y la puntuación total de la escala si es cercana a 150 indicaría una buena activación global y cercana a 0 baja activación.

- HAD (Escala de Ansiedad y Depresión en pacientes Hospitalarios): Esta escala evalúa el estado emocional de los sujetos que son atendidos en servicios hospitalarios, excluyendo cualquier referencia a síntomas físicos (entendiéndose que de esta manera se evitarían confusiones en los pacientes a la hora de cubrirlo). Es una escala formada por 14 ítems en escala Likert (0-3) que se dividen en dos subescalas, ansiedad y depresión, cada una formada por 7 ítems. En cada una de las escalas, valores totales entre 0 y 7 indican ausencia de caso clínico, entre 8 y 10 caso dudoso y de 11 a 21, caso clínico. Las propiedades psicométricas de esta escala parecen ser adecuadas, mostrando una fiabilidad de .80 para cada una de las subescalas y una validez de .70 (Aaronson, Bullinger & Ahmedzai, 1988; citado en Fernández, Villoria, Amigo, Padierna, García, Fernández y Peláez, 2011).
- BDI-II (Inventario de la Depresión de Beck-II): Es un instrumento de autoinforme de 21 ítems en escala Likert (0-3) diseñado para evaluar la gravedad de los síntomas depresivos en adultos y adolescentes. La persona elige de entre un conjunto de alternativas que están ordenadas de mayor a menor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas, incluyendo

el mismo día en el que realiza la prueba. La puntuación total del test oscila entre 0-63. Cuanto mayor sea la puntuación, más bajo será el estado de ánimo. De 0-13 indica depresión mínima, de 14-19 depresión leve, de 20-28 depresión moderada y de 29-63 depresión grave (Sanz, Gutiérrez, Gesteira y García-Vera, 2014). Dicho cuestionario ofrece una fiabilidad de consistencia interna elevada en la población general española (coeficiente alfa = 0,87) (Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003) y en pacientes con trastornos psicológicos (coeficiente alfa = 0,89) (Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortún y Vázquez, 2005).

Las variables que se someten a estudio son de corte cuantitativo:

- Puntuación total del BDI-II.
- Puntuación de la subescala de ansiedad de la HAD (HAD-A).
- Puntuación de la subescala de depresión de la HAD (HAD-D).
- Puntuación total del EROS.
- Puntuación de la subescala “Activación” de la BADS (BADS-A).
- Puntuación de la subescala “Evitación/Rumia” de la BADS (BADS-E).
- Puntuación de la subescala “Deterioro laboral/actividad” de la BADS (BADS-L).
- Puntuación de la subescala “Deterioro social” de la BADS (BADS-S).
- Puntuación total de la BADS (BADS-T).

Procedimiento

Los participantes fueron seleccionados de dos clínicas: “Clínica San Rafael” (La Corredoria) y “Clínica Avantia” (Gijón). Antes de comenzar la recogida de datos, se solicitó permiso a un psicólogo de cada clínica para llevar a cabo la evaluación del estudio en pacientes cuya demanda estaba relacionada con un estado de ánimo bajo y problemas de ansiedad. A dichos profesionales les fue entregado un pequeño dossier en el que se resumían los objetivos del presente trabajo.

La recogida de los datos se abrió el día 18 de Julio de 2015 y se cerró el 23 de Octubre de 2015. La evaluación se llevó a cabo en el despacho de un psicólogo que trabajaba en el centro. Los cuestionarios fueron aplicados por el investigador antes o tras la sesión del participante con el psicólogo correspondiente. En un primer momento se procedió a explicar brevemente a los pacientes en qué consistía la evaluación que se les iba a realizar y cuál era su fin mediante la lectura y entrega del documento

“Información para los participantes”. Posteriormente, si el participante estaba de acuerdo con la evaluación, se procedía a leer y a entregar el “Consentimiento Informado” firmado tanto por el investigador como por el paciente, quedándose cada uno con una copia de dicho documento. Posteriormente, se les proporcionaron los cuestionarios mencionados y procedían a cubrirlos.

Diseño

En el presente estudio se empleará en primer lugar la estadística bivariada para estudiar la relación entre las variables objeto de estudio. En segundo lugar se llevará a cabo un análisis de regresión con las variables que más correlacionen con los criterios.

Análisis de Datos

Dado que el tipo de variables que se manejan son cuantitativas (puntuaciones totales de las pruebas) se utilizará el Coeficiente de Correlación de Pearson (r_{xy}). Éste coeficiente oscila entre -1 y 1 e indica la relación lineal entre dos variables. Un valor positivo indica que el aumento en una de las variables va asociado a un aumento en la otra variable, por otro lado, un valor negativo indica que el aumento en una variable va asociado a una disminución de la otra variable. Es importante, antes de calcular el coeficiente, comprobar la hipótesis nula de que los datos siguen una distribución normal en la población, lo cual será calculado mediante la prueba Shapiro-Wilk, ya que se trata de una muestra con menos de 30 participantes. De no seguir los datos una distribución normal, sería necesario emplear el Coeficiente de Correlación de Spearman (r_s). Posteriormente se llevará a cabo un Análisis de Regresión Lineal con la finalidad de encontrar qué variable o variables explican la variabilidad de la puntuación en BDI-II, HAD-A, HAD-D y HAD-T. Se emplearán como variables criterio en cada análisis una de las siguientes variables: BDI-II, HAD-A, HAD-D y HAD-T. Como variables predictoras (EROS, BADS-A, BADS-E, BADS-S, BADS-L y BADS-T) se emplearán aquellas cuya correlación con la variable criterio sea significativa y alta. Los cálculos de la Correlación de Pearson, de la Regresión Lineal y de la prueba de normalidad, serán analizados con el programa IBM SPSS Statistics 22. Las tablas están diseñadas de acuerdo a la normativa APA.

RESULTADOS

Descripción de la muestra

La muestra se compone de 25 participantes (N=25), de los cuales, el 84% son mujeres (21) y el 16% restante hombres (4) (tabla 1):

Tabla 1:

Porcentaje de hombres y mujeres de la muestra

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Hombre	4	16,0	16,0	16,0
Mujer	21	84,0	84,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

En lo referido a la edad, tenemos que la media de edad de los participantes es de 38,88 años, la mediana 39 años y las edades que más se repiten son 34, 38 y 46 años. En la tabla 6 se muestran dichos resultados (tabla 2):

Tabla 2

Edad de la muestra

Estadísticos	Edad
Media	38,88
Mediana	39
Moda	34 38 46

En cuanto al nivel de estudios de la muestra, el 60% son universitarios (15), un 16% tiene la Educación Básica (4) y otro 16% el Bachillerato (4), el 8% restante tiene una Formación Profesional (2) (tabla 3):

Tabla 3

Nivel de estudios de la muestra

Nivel de estudios	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
EGB	4	16,0	16,0	16,0
FP	2	8,0	8,0	24,0
Bachillerato	4	16,0	16,0	40,0
Universitarios	15	60,0	60,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

En cuanto a la ocupación laboral/educativa, el 60% de la muestra se encuentra activa (15), el 16% es estudiante (4), el 12% se dedica a tareas del hogar (3), un 8% es pensionista (2), y un 4% es desempleada (1) (tabla4):

Tabla 4:

Ocupación laboral

Ocupación Laboral	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Estudiante	4	16,0	16,0	16,0
Activo	15	60,0	60,0	76,0
Desempleado	1	4,0	4,0	80,0
Pensionista	2	8,0	8,0	88,0
Hogar	3	12,0	12,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

En lo que respecta a la convivencia, el 36% de la muestra convive con otra persona (9), un 28% convive con otras tres personas en el domicilio familiar (7) el 20%

vive sola (5), y el 16% convive con otras dos personas en el domicilio familiar (4) (tabla 5):

Tabla 5:

Convivencia

Personas en domicilio familiar	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
1	5	20,0	20,0	20,0
2	9	36,0	36,0	56,0
3	4	16,0	16,0	72,0
4	7	28,0	28,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

En lo que respecta al estado civil, el 52% de la muestra es soltera (13) y el 48% está casada (12), no habiendo casos de separaciones (tabla 6):

Tabla 6:

Estado civil de los participantes

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Soltero	13	52,0	52,0	52,0
Casado	12	48,0	48,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Por último, se ofrecen los estadísticos de las puntuaciones de la muestra en las diferentes variables. Para el BDI-II la media de las puntuaciones es 27,32 (Desviación Típica = 11,42); para HAD-A la media de las puntuaciones es 11,56 (Desviación Típica = 4,053); para HAD-D la media de las puntuaciones es 8,12 (Desviación Típica = 4,772); para HAD-T la media de las puntuaciones es 19,68 (Desviación Típica = 7,952).

Si echamos un vistazo a la interpretación de las puntuaciones de los instrumentos, vemos que la media en cada uno de ellos responde a caso clínico. Por otra parte, tenemos que para EROS la media de las puntuaciones es 23,6 (Desviación Típica = 5,38); para BADS-A la media de las puntuaciones 20,84 (Desviación Típica = 8,54); para BADS-E la media de las puntuaciones es 20,96 (Desviación Típica = 10,71); para BADS-L la media de las puntuaciones es 18,08 (Desviación Típica = 8,93); para BADS-S la media de las puntuaciones es 19,44 (Desviación Típica = 8,92); y para BADS-T la media de las puntuaciones es 79,32 (Desviación Típica = 28,24). Un resumen de estos datos se muestra en la tabla 7 (tabla 7):

Tabla 7

Estadísticos de las puntuaciones en las variables

VARIABLES	Media	Desviación Típica
BDI-II	27,32	11,42
HAD-A	11,56	4,05
HAD-D	8,12	4,77
HAD-T	19,68	7,95
EROS	23,6	5,38
BADS-A	20,84	8,54
BADS-E	20,96	10,71
BADS-L	18,08	8,93
BADS-S	19,44	8,92
BADS-T	79,32	28,24

Correlaciones

Antes de calcular el coeficiente de correlación de Pearson, es necesario comprobar que las variables siguen una distribución normal. Para ello se ha llevado a cabo un análisis de la normalidad con la prueba Shapiro-Wilk, ya que la muestra no supera los 30 participantes y por tanto es más adecuada que Kolmogorov Smirnov (K-S). Las hipótesis a contrastar son:

Hipótesis nula (H_0): la variable se ajusta a una distribución normal.

Hipótesis alternativa (H_1): la variable no se ajusta a una distribución normal.

En la tabla que sigue a continuación se muestran los resultados referidos a la distribución de las variables del estudio: BDI-II, HAD-A, HAD-D, HAD-T, EROS, BADS-A, BADS-E, BADS-L, BADS-S y BADS-T (tabla 8):

Tabla 8

Prueba de normalidad Shapiro-Wilk

Variable	Estadístico	Grados de Libertad	Significación
BDI-II	,974	25	,747
HAD-A	,946	25	,198
HAD-D	,953	25	,291
HAD-T	,953	25	,285
EROS	,963	25	,487
BADS-A	,955	25	,321
BADS-E	,956	25	,333
BADS-L	,920	25	,052
BADS-S	,926	25	,070
BADS-T	,976	25	,790

Puesto que el valor de significación para todas las variables es mayor que $p = 0,05$, no podemos rechazar la hipótesis nula de normalidad y por tanto se asume que todas las variables siguen una distribución normal. De esta manera es posible calcular el Coeficiente de Correlación de Pearson.

En la siguiente tabla se muestran los resultados de la correlación entre las diferentes variables del estudio con $N=25$ para todas ellas (tabla 9):

Tabla 9

Coefficientes de Correlación de Pearson

Variables	BDI-II	HAD-A	HAD-D	HAD-T	EROS	BADS-A	BADS-E	BADS-L	BADS-S	BADS-T
BDI-II	1	,647**	,802**	,811**	-,743**	-,415*	-,465*	-,564**	-,624**	-,678**
Sig.		,000	,000	,000	,000	,039	,019	,003	,001	,000
HAD-A	,647**	1	,621**	,882**	-,587**	-,107	-,511**	-,258	-,543**	-,479*
Sig.	,000		,001	,000	,002	,611	,009	,213	,005	,015
HAD-D	,802**	,621**	1	,917**	-,760**	-,579**	-,506**	-,534**	-,688**	-,754**
Sig.	,000	,001		,000	,000	,002	,010	,006	,000	,000
HAD-T	,811**	,882**	,917**	1	-,755**	-,402*	-,564**	-,452*	-,689**	-,696**
Sig.	,000	,000	,000		,000	,047	,003	,023	,000	,000
EROS	-,743**	-,587**	-,760**	-,755**	1	,560**	,650**	,686**	,626**	,831**
Sig.	,000	,002	,000	,000		,004	,000	,000	,001	,001
BADS-A	-,415*	-,107	-,579**	-,402*	,560**	1	,386	,326	,264	,629**
Sig.	,039	,611	,002	,047	,004		,070	,111	,203	,001
BADS-E	-,465*	-,511**	-,506**	-,564**	,650**	,386	1	,493*	,452*	,790**
Sig.	,019	,009	,010	,003	,000	,070		,012	,023	,000
BADS-L	-,564**	-,258	-,534**	-,452*	,686**	,326	,493*	1	,701**	,824**
Sig.	,003	,213	,006	,023	,000	,111	,012		,000	,000
BADS-S	-,624**	-,543**	-,688**	-,689**	,626**	,264	,452*	,701**	1	,789**
Sig.	,001	,005	,000	,000	,001	,203	,023	,000		,000
BADS-T	-,678**	-,479*	-,754**	-,696**	,831**	,629**	,790**	,824**	,789**	1
Sig.	,000	,015	,000	,000	,000	,001	,000	,000	,000	

* La correlación es significativa en el nivel 0,05.

** La correlación es significativa en el nivel 0,01.

Las correlaciones que interesan para el estudio son aquellas entre las variables BDI-II, HAD-A, HAD-D y HAD-T y las variables EROS, BADS-A, BADS-E, BADS-L, BADS-S y BADS-T:

- BDI-II: podemos encontrar una correlación negativa estadísticamente significativa entre BDI-II y EROS (reforzamiento del entorno) de $-,743$ ($p. 0,000 < p. 0,01$). Esto nos indica que una puntuación elevada en BDI-II, se relacionan con una puntuación menor en EROS y viceversa y por tanto, cuanto más bajo es el estado de ánimo de la persona, menor reforzamiento percibe ésta del entorno (y al contrario). Encontramos una correlación negativa estadísticamente significativa entre BDI-II y BADS-A (subescala del BADS encargada de medir el nivel de activación de los participantes) de $-,415$ ($p. 0,039 < p. 0,05$). Dicha correlación nos está indicando que una puntuación mayor en

BDI-II, se relacionan con una puntuación menor en la subescala de activación del BADS y viceversa, por tanto un nivel bajo de activación se relacionaría con un estado de ánimo bajo. Del mismo modo encontramos una correlación negativa estadísticamente significativa entre BDI-II y BADS-E (subescala de la BADS que mide la evitación y la rumia) de $-.465$ ($p. 0,019 < 0,05$). De nuevo una puntuación alta en BDI-II se relacionan con una puntuación baja en BADS-E y viceversa, por tanto un grado de evitación elevado estaría relacionado con un estado de ánimo bajo. También es significativa y negativa la correlación entre BDI-II y BADS-L (deterioro laboral) y BADS-S (deterioro social), siendo el coeficiente de correlación del primer caso $-.564$ ($p. 0,003 < p. 0,01$) y en el segundo $-.624$ ($p. 0,001 < p. 0,01$). De este modo, una puntuación alta en BDI-II se relaciona con una puntuación baja en BADS-L y BADS-S y viceversa. Teniendo en cuenta estos coeficientes, se puede entender que haya una relación entre el deterioro laboral y social y un estado de ánimo bajo. Por último la correlación es negativa y estadísticamente significativa entre BDI-II y BADS-T (total de BADS) con un coeficiente $-.678$ ($p. 0,000 < p. 0,01$). Dicha correlación era de esperar, ya que BADS-T es la suma de las subescalas BADS-A, BADS-E, BADS-L y BADS-S y por tanto una puntuación alta en BDI-II se relaciona con una puntuación baja de BADS-T y viceversa, lo que indicaría que cuanto más bajo es el grado de activación global de la persona, mayor relación tendría con el estado de ánimo bajo.

- HAD-A: podemos observar en la tabla que HAD-A tiene una correlación negativa estadísticamente significativa con EROS de $-.587$ ($p. 0,002 < 0,01$), lo que indica que una puntuación alta en HAD-A se relacionan con una puntuación baja en EROS y viceversa, por tanto cuanto más acentuado sea el problema de ansiedad, menos reforzamiento del entorno percibe la persona y viceversa. En cambio no se encuentra una correlación significativa entre HAD-A y BADS-A (activación), siendo ésta bastante pobre $-.107$ ($p. 0,611$) no pudiendo afirmar en este caso que el problema de ansiedad, se relacione con el grado de activación o viceversa en las condiciones/supuestos evaluados con BADS. Sí que hay una correlación negativa estadísticamente significativa entre HAD-A y BADS-E (evitación y rumia) de $-.511$ ($p. 0,009 < p. 0,01$) y por tanto, una puntuación alta

en HAD-A se relacionan con una puntuación baja en BADS-E y viceversa, lo que refleja que niveles altos de evitación se relacionan con un problema de ansiedad más intenso. Tampoco se encuentra una correlación estadísticamente significativa entre HAD-A y BADS-L (deterioro laboral), siendo el coeficiente de correlación $-.258$ ($p. 0,213$), no pudiendo afirmar que haya una relación entre el problema de ansiedad y el deterioro laboral. En cambio si se encuentra una correlación negativa estadísticamente significativa entre HAD-A y BADS-S (deterioro social) de $-.543$ ($p. 0,005 < 0,01$), de esta manera una puntuación alta en HAD-A se relacionan con una puntuación baja en BADS-S y viceversa, lo que nos estaría indicando que un deterioro social acentuado estaría relacionado con un problema de ansiedad más intenso. Por último, podemos encontrar una correlación negativa estadísticamente significativa en entre HAD-A y BADS-T (total BADS) de $-.479$ ($p. 0,015 < 0,05$) dándose a entender que una puntuación alta en HAD-A se relacionan con una puntuación baja en BADS-T y viceversa, por tanto, una activación global reducida estaría relacionada con la gravedad del problema de ansiedad.

- HAD-D: las correlaciones entre HAD-D y el resto de variables son similares a las de BDI-II si bien con alguna variedad en su potencia, lo que es de esperar, ya que con ambas pruebas se está evaluando el estado de ánimo. De esta manera, en primer lugar encontramos una correlación negativa estadísticamente significativa entre HAD-D y EROS de $-.760$ ($p. 0,00 < 0,01$), lo que indica que una puntuación alta en HAD-D se relacionan con una puntuación baja en EROS y viceversa y por tanto cuanto más bajo es el estado de ánimo de la persona, mayor relación con una percepción reducida de la tasa de reforzamiento del entorno. En segundo lugar tenemos una correlación negativa estadísticamente significativa entre HAD-D y BADS-A de $-.579$ ($p. 0,002 < 0,01$), lo que indica que una puntuación alta en HAD-D se relacionan con una puntuación baja en BADS-A y viceversa, por tanto cuanto más bajo es el grado de activación, más relación tiene esta con un bajo estado de ánimo. En tercer lugar hay una correlación negativa estadísticamente significativa entre HAD-D y BADS-E de $-.506$ ($p. 0,010 < 0,01$) lo que indicaría que una puntuación alta en HAD-D se relacionan con una puntuación baja en BADS-E y viceversa, viéndose de nuevo

cómo la presencia de un nivel alto de evitación, estaría relacionado con un estado de ánimo bajo. En cuarto lugar, tenemos una correlación negativa estadísticamente significativa entre HAD-D y BADS-L y BADS-S. Para el primer caso, el coeficiente de correlación es de $-.534$ ($p. 0,006 < 0,01$) y para el segundo caso $-.688$ ($p. 0,00 < p. 0,01$). Esto indica que una puntuación alta en HAD-D se relacionan con una puntuación baja en BADS-L y BADS-S y viceversa, de lo que se puede interpretar que cuanto más alto sea el deterioro laboral y social de la persona, mayor relación encontraremos con un estado de ánimo bajo y viceversa.

- HAD-T: en primer lugar podemos observar en la tabla que HAD-T tiene una correlación negativa estadísticamente significativa con EROS de $-.755$ ($p. 0,000 < 0,01$). Lo que estaría indicando que una puntuación alta en HAD-T se relacionan con una puntuación baja en EROS y viceversa, por tanto el distrés se relaciona con una percepción reducida de la tasa de reforzamiento el entorno por parte de la persona. En segundo lugar podemos observar una correlación negativa estadísticamente significativa entre HAD-T y BADS-A de $-.402$ ($p. 0,047 < 0,05$). Lo que indica que una puntuación altas en HAD-T se relacionan con una puntuación baja en BADS-A y viceversa, por tanto un nivel de activación bajo estaría relacionado con un nivel mayor de distrés. En tercer lugar podemos encontrar una correlación negativa estadísticamente significativa entre HAD-T y BADS-E de $-.564$ ($p. 0,003 < 0,01$). Lo que indica que una puntuación alta en HAD-T se relacionan con una puntuación baja en BADS-E y viceversa, por tanto un nivel alto de evitación estaría relacionado con un mayor nivel de distrés. En cuarto lugar encontramos una correlación negativa estadísticamente significativa entre HAD-T y BADS-L y BADS-S de $-.452$ ($p. 0, 023 < 0,05$) y $-.689$ ($p. 0,000 < 0,01$) respectivamente. Lo que nos indica que una puntuación elevada en HAD-T se relacionan con una puntuación baja en BADS-L y BADS-S y viceversa, por tanto el deterioro laboral y social estaría relacionado con un nivel mayor de distrés. Por último, tenemos una correlación negativa estadísticamente significativa entre HAD-T y BADS-T de $-.696$ ($p. 0,000 < 0,01$). Lo que indica que una puntuación alta en HAD-T se relacionan con una

puntuación baja en BADS-T y viceversa, por tanto un nivel de activación global reducido, estaría relacionado con un nivel mayor de distrés.

Regresión lineal múltiple

Ahora lo que interesa es saber qué variable o variables predictoras explican la variabilidad en las puntuaciones de las variables criterio. Para ello se llevará a cabo un análisis de regresión lineal tomando como variables predictoras aquellas que han mostrado una mayor correlación estadísticamente significativa con la condición a explicar. Nótese que no se ha tenido en cuenta la variable BADS-T al ser la suma de las subescalas de la BADS evitándose de este modo la presencia de multicolinealidad. Se ha escogido el método “pasos sucesivos” del SPSS.

Los coeficientes seleccionados siguiendo el criterio expuesto son:

- BDI-II: -,743 (coeficiente con EROS); -,624 (coeficiente con BADS-S); y -,564 (coeficiente con BADS-L).
- HAD-A: -,587 (coeficiente con EROS); -,543 (coeficiente con BADS-S); y -,511 (coeficiente con BADS-E).
- HAD-D: -,760 (coeficiente con EROS); -,688 (coeficiente con BADS-S); y -,579 (coeficiente con BADS-A).
- HAD-T: -,755 (coeficiente con EROS); -,698 (coeficiente con BADS-S); y -,564 (coeficiente con BADS-E).

Variable dependiente BDI-II:

En la tabla 10, podemos observar un solo paso, en el que se incluye en la ecuación la variable predictora que más correlación tiene con BDI-II, EROS.

Tabla 10:

Variables de entrada/salida

Modelo	Variables introducidas	Variables eliminadas	Método
1	EROS		Por pasos (Criterios: probabilidad de F para entrar \leq ,050, probabilidad de F para eliminar \geq ,100)

En la tabla 11, podemos ver que el coeficiente de correlación múltiple entre EROS y BDI-II es ,743 (R), siendo el 55,3% ($R^2 = ,553$) de la variabilidad en BDI-II explicado por las diferencias en las puntuaciones de EROS. En la población, las diferencias en BDI-II serían explicadas en un 53,3% (R^2 ajustado = ,533) a partir de las puntuaciones en EROS. Por último el error estándar de estimación es 7,807.

Tabla 11

Resumen del modelo

Modelo	R	R^2	R^2 ajustada	Error estándar de la estimación
1	,743	,553	,533	7,807

A continuación, en la tabla 12 se muestra el ANOVA realizado para calcular la significación del coeficiente correlación. Vemos que dicho coeficiente es estadísticamente significativo con F 28,409 ($p. 0,00 < 0,05$).

Tabla 12

Significación del coeficiente de correlación.

Modelo	Suma de Cuadrados	Gl.	Media Cuadrática	F	Sig.
1 Regresión	1731,559	1	1731,559	28,409	0,000*
Residuo	1401,881	23	60,951		
Total	3133,440	24			

* Significativo p. <0,05

En la tabla 13 se muestra el coeficiente de regresión no estandarizado y el coeficiente de regresión estandarizado de EROS (peso beta = -,743) y la significación de este. Este último es el que tenemos que tener en cuenta para saber la importancia de la variable para predecir el criterio. Dicho coeficiente estandarizado es estadísticamente significativo con T = -5,330 (p. 0,00 < 0,05).

Tabla 13

Coefficientes

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	T	Sig.
	B	Error estándar	Beta		
1 Constante	64,544	7,156		9,019	0,000*
EROS	-1,577	,296	-,743	-5,330	0,000*

* Significativo p. <0,05

Variable dependiente HAD-A:

En el primer y único paso, se incluye en la ecuación la variable predictora que más correlaciona con HAD-A, de nuevo EROS (tabla 14):

Tabla 14

Variables de entrada/salida

Modelo	Variables introducidas	Variables eliminadas	Método
1	EROS		Por pasos (Criterios: probabilidad de F para entrar \leq ,050, probabilidad de F para eliminar \geq ,100)

A continuación, podemos ver que el coeficiente de correlación múltiple entre EROS y HAD-A es ,587 (R), siendo el 34,4% ($R^2 = ,344$) de la variabilidad en HAD-A explicado por las diferencias en las puntuaciones en EROS. En la población, las diferencias en HAD-A serían explicadas en un 31,6% (R^2 ajustado = ,316) a partir de las puntuaciones en EROS. Por último el error estándar de estimación es 3,352 (tabla 15):

Tabla 15

Resumen del modelo

Modelo	R	R^2	R^2 ajustada
1	,587	,344	,316

En la tabla 16 se muestra el ANOVA realizado para calcular la significación del coeficiente correlación. Vemos que dicho coeficiente es estadísticamente significativo con F 12,085(p. 0,002 < 0,05).

Tabla 16

Significación del coeficiente de correlación.

Modelo	Suma de Cuadrados	Gl.	Media Cuadrática	F	Sig.
1 Regresión	135,768	1	135,768	12,085	0,002*
Residuo	258,392	23	11,234		
Total	394,160	24			

* Significativo <0,05

En la tabla 17 se muestra coeficiente de regresión no estandarizado y el coeficiente de regresión estandarizado de EROS (peso beta = -,587) y su significación. Este último es el que tenemos que tener en cuenta para saber la importancia de la variable para predecir el criterio. Dicho coeficiente estandarizado es estadísticamente significativo con T = -3,476 (p. 0,002 < 0,05).

Tabla 17

Coefficientes

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	T	Sig.
	B	Error estándar	Beta		
1 Constante	21,983	3,072		7,155	0,000*
EROS	-,442	,127	-,587	-3,476	0,002 *

* Significativo <0,05

Variable dependiente HAD-D:

En el primer paso, se incluye la variable que más correlación tiene con HAD-D y es EROS. En un segundo paso entra en la ecuación la variable BADS-S (tabla 18):

Tabla 18

Variables de entrada/salida

Modelo	Variables introducidas	Variables eliminadas	Método
1	EROS		<p>Por pasos (Criterios: probabilidad de F para entrar \leq ,050, probabilidad de F para eliminar \geq ,100)</p> <p>Por pasos (Criterios: probabilidad de F para entrar \leq ,050, probabilidad de F para eliminar \geq ,100)</p>
2	BADS-S		

A continuación podemos ver que el coeficiente de correlación múltiple en el paso uno del modelo entre EROS y HAD-D es ,760 (R) y el coeficiente de correlación múltiple en el segundo paso del modelo entre EROS, BADS-S y HAD-D es ,807 (R). Tenemos que HAD-D depende en un 57,8% ($R^2 = ,578$) de EROS y que EROS y BADS-S consideradas conjuntamente explican en un 65,2% ($R^2 = ,652$) las diferencias en HAD-D. En la población, las diferencias en HAD-D serían explicadas en un 55,9% (R^2 ajustado = ,559) a partir de las puntuaciones en EROS y en un 62% ($R^2 = ,620$) a partir de las puntuaciones en EROS y BAD-S (tabla 19):

Tabla 19:

Resumen del modelo

Modelo	R	R ²	R ² ajustada
1	,760	,578	,559
2	,807	,652	,620

Los resultados del ANOVA para determinar la significación estadística de los coeficientes se muestran en la tabla 20. Vemos que el del paso 1 es estadísticamente significativo con F 31,457 (p. 0,000 < 0,05) y el del paso 2 también es estadísticamente significativo con F 20,571 (p. 0,000 < 0,05).

Tabla 20

Significación estadística del coeficiente de correlación

Modelo	Suma de Cuadrados	Gl.	Media Cuadrática	F	Sig.
1 Regresión	315,766	1	315,766	31,457	0,000*
Residuo	230,874	23	10,038		
Total	546,640	24			
2 Regresión	356,180	1	178,090	20,571	0,000*
Residuo	190,460	23	8,657		
Total	546,640	24			

* Significativo <0,05

En la tabla 21 se muestran los coeficientes no estandarizados, los estandarizados y su significación estadística. Vemos que el coeficiente estandarizado de EROS en el paso 1 es -,760 (beta = -,760) y que es estadísticamente significativo con una T de -5,609 (p. 0,000 < 0,05). En el paso 2 podemos ver que el coeficiente estandarizado de EROS es -,542 (beta = -,542) y que es estadísticamente significativo con una T de -3,356 (p. 0,003 < 0,05), y que el coeficiente estandarizado de BADS-S es -,349 (beta =

-,349) con una T de -2,161 (p. 0,042 < 0,05). Entre los dos pesos, el que más contribuye a la hora de pronosticar el criterio (HAD-D) es EROS.

Tabla 21

Coefficientes

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		T	Sig.
	B	Error estándar	Beta			
1 Constante	24,016	2,904			8,270	0,000 *
EROS	-,674	,120	-,760		-5,609	0,000*
2 Constante	23,073	2,732				0,000*
EROS	-,480	,143	-,542		-3,356	0,003*
BADS-S	-,186	,086	-,349		-2,161	0,042*

* Significativo <0,05

Variable dependiente HAD-T:

Podemos observar que en el primer paso, se incluye la variable que más correlación tiene con HAD-T y es EROS. En un segundo paso entra en la ecuación la variable BADS-S (tabla 22):

Tabla 22

Variables de entrada/salida

Modelo	Variables introducidas	Variables eliminadas	Método
1	EROS		<p>Por pasos (Criterios: probabilidad de F para entrar \leq ,050, probabilidad de F para eliminar \geq ,100)</p> <p>Por pasos (Criterios: probabilidad de F para entrar \leq ,050, probabilidad de F para eliminar \geq ,100)</p>
2	BADS-S		

A continuación podemos ver que el coeficiente de correlación múltiple en el paso uno del modelo entre EROS y HAD-T es ,755 (R) y el coeficiente de correlación múltiple en el segundo paso del modelo entre EROS, BADS-S y HAD-T es ,805 (R). Tenemos que HAD-T depende en un 57,0% ($R^2 = ,570$) de EROS y que EROS y BADS-S consideradas conjuntamente explican en un 64,8% ($R^2 = ,648$) las diferencias en HAD-T. En la población, las diferencias en HAD-T serían explicadas en un 55,2% (R^2 ajustado = ,552) a partir de las puntuaciones en EROS y en un 61,6% ($R^2 = ,616$) a partir de las puntuaciones en EROS y BAD-S (tabla 23):

Tabla 23

Resumen del modelo

Modelo	R	R ²	R ² ajustada
1	,755	,570	,552
2	,805	,648	,616

En la siguiente tabla se presentan los resultados del ANOVA para determinar la significación estadística de los coeficientes. Vemos que el del paso 1 es estadísticamente significativo con F 30,546 (p. 0,000 < 0,05) y el del paso 2 también es estadísticamente significativo con F 20,214 (p. 0,000 < 0,05) (tabla 24).

Tabla 24

Significación estadística del coeficiente de correlación

Modelo	Suma de Cuadrados	Gl.	Media Cuadrática	F	Sig.
1 Regresión	865,641	1	865,641	30,546	0,000*
Residuo	651,799	23	28,339		
Total	1517,440	24			
2 Regresión	982,681	1	491,340	20,214	0,000*
Residuo	534,759	23	24,307		
Total	1517,440	24			

* Significativo <0,05

A continuación se muestran los coeficientes no estandarizados, los estandarizados y la significación estadística de éste último. Vemos que el coeficiente estandarizado de EROS en el paso 1 es -,755 (beta = -,755) y que es estadísticamente significativo con una T de -5,527 (p. 0,000 < 0,05). En el paso 2 podemos ver que el coeficiente estandarizado de EROS es -,532 (beta = -,532) y que es estadísticamente significativo con una T de -3,279 (p. 0,003 < 0,05), y que el coeficiente estandarizado de BADS-S es

-,356 (beta = -,356) con una T de -2,194 (p. 0,039 < 0,05) (tabla 25). Entre los dos pesos, el que más contribuye a la hora de pronosticar el criterio (HAD-T) es EROS.

Tabla 25

Coefficientes

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		T	Sig.
	B	Error estándar	Beta			
1 Constante	45,999	4,888			8,270	0,000 *
EROS	-1,115	,202	-,755		-5,527	0,000*
2 Constante	44,395	4,578				0,000*
EROS	-,786	,240	-,532		-3,279	0,003*
BADS-S	-,317	,145	-,356		-2,194	0,039*

* Significativo <0,05

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La Evitación Experiencial es considerada una dimensión transdiagnóstica de los trastornos psicológicos (Pérez-Álvarez, 2014). Dicho proceso, como se comenta en el marco teórico del presente trabajo, se define como un conjunto de acciones reiteradas con la finalidad de controlar los eventos privados desagradables y es ese mismo conjunto de acciones las que terminan por provocar un incremento de esos eventos desagradables (Pérez-Álvarez, 2012a). Éstas acciones que podemos considerar paradójicas por los resultados que conllevan estarían a la base de los trastornos psicológicos.

Por tanto, el objetivo del presente trabajo es analizar la relación entre la evitación experiencial y los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad. El objetivo sigue la línea de los que se han planteado los autores de las diferentes investigaciones dirigidas a

estudiar el papel de la evitación experiencial en los trastornos psicológicos o su incidencia en el curso y mantenimiento de los mismos

El procedimiento de recogida de datos del presente estudio ha sido complicado debido a que algunos pacientes no accedían a participar, decisión respetada en todo momento. Por otra parte, cabe citar que se ha velado en todo momento por la confidencialidad de los datos personales de los participantes, siendo éstos informados con los documentos correspondientes del proceder (consentimiento informado y hoja de información). Los pacientes que participan en el estudio acudían a consulta con una demanda relacionada con problemas del estado de ánimo y problemas de ansiedad, siendo este el principal criterio de selección con el fin de obtener una muestra representativa.

Los resultados de los análisis siguen la dirección esperada que se había planteado en la hipótesis previa a la realización del estudio y por tanto se ha encontrado cierta relación entre la evitación experiencial y los trastornos del estado de ánimo, tal y como se muestra en uno de los estudios más recientes (Shahar y Herr, 2011) y una relación entre la evitación experiencial y los trastornos de ansiedad, también demostrado en un estudio reciente (Spinhoven, *et al.*, 2014).

Por tanto se ha encontrado que la variable predictora que más variabilidad explica en las variables criterio es EROS. Hay que recordar que la puntuación en EROS hace referencia a la tasa de reforzamiento del entorno que la persona percibe.

Si nos fijamos en la variable criterio BDI-II, interpretada como estado de ánimo, vemos que el peso de EROS es negativo, esto quiere decir que una puntuación alta en BDI-II y por tanto un problema de estado de ánimo bajo se asocia con puntuaciones bajas en EROS. Esto ocurre debido a que la persona no actúa o actúa pero solamente en dirección a evitar, condición que lejos de poner a la persona en contacto con el reforzamiento del entorno la aleja. De esta manera, una persona que ha sufrido una pérdida significativa muestra un estado de ánimo bajo caracterizado por diversas sensaciones y experiencias que le resultan desagradables y deja de comprometerse con ciertas actividades adoptando una postura de evitación de dichas experiencias, la cual reduce las posibilidades de reforzamiento del entorno, quedando la persona aliviada a corto plazo ya que la conducta de evitación queda reforzada de manera negativa (la

persona se libra de esas experiencias que considera desagradables) y de esta manera seguirá sin comprometerse con las actividades, dando lugar de nuevo a una reducción del reforzamiento del entorno y formándose el “ciclo vicioso” al que hacen referencia Kelly G. Wilson y María Carmen Luciano en su obra (Wilson y Luciano, 2007).

Del mismo modo, EROS es la variable que más explica la variabilidad en HAD-A, interpretada como un problema de ansiedad. La persona puede experimentar diversas sensaciones, sea ruborizarse, temblor, taquicardia, sudoración o a la sensación de angustia, y con el fin de no experimentar dichas sensaciones en público, lleva a cabo una retirada social para evitar entrar en contacto con aquellas, lo que de nuevo da lugar a una reducción del reforzamiento del entorno, que lleva de nuevo a evitar las sensaciones, adentrándose en el ciclo de la evitación, ciclo que termina por ser contraproducente.

Si además tenemos en cuenta la variable HAD-D, también interpretada como estado ánimo encontramos junto con EROS que la segunda variable que más variabilidad explica en HAD-D es BADS-S interpretada como deterioro social. El peso de esta variable es negativo y por tanto puntuaciones altas en HAD-D o lo que es lo mismo, un estado de ánimo bajo, se asocia con puntuaciones bajas en BADS-S, o lo que es lo mismo, un marcado deterioro social. Dicho deterioro social toma forma de aislarse en casa, no tener contacto con la familia ni con amigos para no hablar o no recordar su problema, condiciones que darían lugar a experimentar la tristeza. Por tanto, con esta retirada social, la persona percibe menor tasa de reforzamiento del entorno, sigue sin comprometerse y esto incidirá en el estado de ánimo empeorándolo y dando lugar a más retirada social formándose el bucle de la evitación.

Esta misma explicación sirve también si ahora tenemos en cuenta la variable criterio HAD-T interpretada como distres, ya que las variables que más explican la variabilidad en HAD-T son en un primer lugar y con más peso EROS y en segundo lugar BADS-S de nuevo. En el distres nos encontramos con experiencias desagradables como son la tristeza y la preocupación excesiva, experiencias desagradables que no se quieren tener y por tanto la persona adopta la postura de evitación, dando lugar a una reducción de la actividad social que reduce al mismo tiempo el reforzamiento del entorno y así sucesivamente.

Aunque en el presente estudio se ha encontrado una relación entre la evitación experiencial y los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, no podemos afirmar con rotundidad que dicha relación sea potente y concluyente, pues el número de participantes (N=25) no es lo suficientemente amplio para afirmar que haya una relación altamente significativa. Si se pueden tomar los resultados del estudio como algo exploratorio, es decir, orientativos de cara a futuras investigaciones que manejen un mayor tamaño de muestra y una evaluación más completa. A parte de servir como guía para futuras investigaciones, se pretende también aportar un pequeño grano de arena más a los tratamientos que actualmente se dirigen a contrarrestar el problema de la evitación experiencial y que son, principalmente la Terapia de Activación Conductual para la Depresión y La Terapia de Aceptación y Compromiso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barraca, J. (2010). Aplicación de la Activación Conductual en un Paciente con Sintomatología Depresiva. *Clínica y Salud*, 21 (2), 183-197.
- Barraca, J., Pérez-Álvarez, M., y Lozano, J.H. (2011). Avoidance and Activation as Keys to Depression: Adaptation of the Behavioural Activation for Depression Scale in a Spanish Sample. *The Spanish Journal of Psychology*, 14 (2), 998-1009.
- Chawla, N. y Ostafin, B. (2007). Experiential Avoidance as a Functional Dimensional Approach to Psychopathology: An Empirical Review. *Journal of Clinical Psychology*, 63 (9), 871-890.
- Fernández, C., Villoria, E., Amigo, I., Padierna, C., García, J.M., Fernández, R., y Peláez, I. (2011). Terapia de Activación Conductual en Pacientes con Cáncer. *Anales de Psicología*, 27 (2), 278-291.
- Luciano, C., Páez, M., y Valdivia-Salas, S. (2010). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el Consumo de Sustancias como Estrategia de Evitación Experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10 (1), 141-165.
- Patrón-Espinosa, J. (2013). La Evitación Experiencial como Dimensión Funcional de los Trastornos de Depresión, Ansiedad y Psicóticos. *Journal of Behaviour, Health and Social Issues*, 5 (1), 85-95.
- Pérez-Álvarez, M. (2007). La Activación Conductual y la Desmedicalización de la Depresión. *Papeles del Psicólogo*, 28 (2), 97-110.

- Pérez-Álvarez, M. (2012a). *Las raíces de la psicopatología moderna: la melancolía y la esquizofrenia*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Pérez-Álvarez, M. (2012b). Third-Generation Therapies: Achievements and Challenges. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12 (2), 291-310.
- Pérez-Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid: Síntesis.
- Sanz, J., Perdigón, A.L., Vázquez, C. (2003). Adaptación Española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades Psicométricas en Población General. *Clínica y Salud*, 14 (3), 249-280.
- Sanz, J., García-Vera, M.P., Espinosa, R., Fortún, M., y Vázquez, C. (2005). Adaptación Española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades Psicométricas en Pacientes con Trastornos Psicológicos. *Clínica y Salud* 16 (2), 121-142.
- Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C., y García-Vera, M.P. (2014). Criterios y Baremos para interpretar el “Inventario de Depresión de Beck-II” (BDI-II). *Psicología Conductual*, 22 (1), 37-59.
- Shahar, B., y Herr, N.R. (2011). Depressive Symptoms Predict Inflexibility High Levels of Experiential Avoidance in Response to Daily Negative Affect: a Daily Diary Study. *Behaviour Research and Therapy*, 49 (10), 676-681.
- Spinhoven, P., Drost, J., de Mark, R., van Hermert, A.M., y Pennix, B.W. (2014). A longitudinal Study of Experiential Avoidance in Emotional Disorders. *Behaviour Therapy*, 45 (6), 840-850.
- Wetterneck, C.T., y Steinberg, D.S. y Hart, J. (2014). Experiential Avoidance in Symptom Dimensions of OCD. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 78 (3), 253-269.
- Wilson, A.C., Wilhelm, S. y Hartmann, A.S. (2014). Experiential Avoidance in Body Dysmorphic Disorder. *Body Image*, 11(4), 380-383.
- Wilson, K.G., y Luciano, M.C. (2007). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. Madrid: Ediciones Pirámide.

ANEXO I

HOJA DE INFORMACIÓN A LOS PARTICIPANTES

Título del proyecto: Trabajo Fin de Máster

Investigador: Saúl Mielgo López

Alumno del Máster de Psicología General Sanitaria en la Universidad de Oviedo. Licenciado en Psicología en la Universidad de Oviedo. Título Propio de Atención Temprana en la Universidad de Oviedo.

Lugar donde se realizará el estudio: (nombre de la clínica)

Finalidad de la investigación: evaluar la presencia de la evitación experiencial en los trastornos del estado de ánimo y ansiedad

Beneficios esperados para el participante: Los pacientes que participen en la investigación serán atendidos por un alumno del Máster de Psicología General Sanitaria tras la sesión clínica con el psicólogo que le corresponda. Solamente se solicita el compromiso de ser sinceros en las respuestas a los cuestionarios. Con la participación de los pacientes, se contribuye a la investigación en la evaluación y tratamiento de los problemas psicológicos.

Implicaciones para el participante: Los pacientes cubrirán los cuestionarios, con fines evaluativos para la investigación, que se les administrarán en un único momento durante unos 15 minutos aproximadamente tras la finalización de la sesión con el psicólogo clínico que le corresponda.

Derechos/garantías del participante en relación con la investigación:

1. Se garantiza la confidencialidad de la información obtenida.
 - Los datos personales que se obtengan durante el estudio se almacenarán de modo que no sea posible establecer la relación entre un dato y la persona a que se refiere.
 - Los datos obtenidos pasarán a formar parte de una base de datos que cumplirá la normativa de protección de datos.
2. Derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento y a decidir el destino de sus datos personales en caso de retirarse del estudio.

ANEXO II

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Datos del estudio para el que se da el consentimiento:

Investigador principal: Saúl Mielgo López
Título del proyecto: Trabajo Fin de Máster
Centro: (nombre de la clínica)

Nombre y apellidos del participante: _____

Nombre y apellidos de la persona que proporciona la información y la hoja de consentimiento:

1. Declaro que he leído la Hoja de Información al Participante sobre el estudio citado y acepto participar en él.
2. Se me ha entregado una copia de la Hoja de Información al Participante y una copia de este Consentimiento Informado, fechado y firmado. Se me han explicado las características y el objetivo del estudio, así como los posibles beneficios y riesgos del mismo.
3. Se me ha dado tiempo y oportunidad para realizar preguntas y plantear las dudas que tenía. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.
4. Se me ha asegurado que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.
5. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre mi tratamiento médico futuro.

DOY

NO DOY

Mi consentimiento para la participación en el estudio propuesto

Firmo por duplicado, quedándome con una copia

Fecha

Firma del participante

“Hago constar que he explicado las características y el objetivo del estudio y sus riesgos y beneficios potenciales a la persona cuyo nombre aparece escrito más arriba. Esta persona otorga su consentimiento por medio de su firma fechada en este documento”.

Fecha

Firma del Investigador o la persona que proporciona la información y la hoja de consentimiento

FE DE ERRATAS

Se hace constar que en el documento “La Evitación Experiencial en los Trastornos del Estado de Ánimo y de Ansiedad” se han advertido los siguientes errores:

1. En la tabla 21 titulada “*coeficientes*” en el paso 2 del análisis de regresión falta la T correspondiente a la Constante, la cual toma un valor de 8,445. A continuación se inserta la tabla con dicho dato corregido:

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		T	Sig.
	B	Error estándar	Beta			
1 Constante	24,016	2,904			8,270	0,000 *
EROS	-,674	,120	-,760		-5,609	0,000*
2 Constante	23,073	2,732			8,445	0,000*
EROS	-,480	,143	-,542		-3,356	0,003*
BADS-S	-,186	,086	-,349		-2,161	0,042*

2. En la tabla 25 titulada “*coeficientes*” la T de la constante en el paso 1 del análisis de regresión es igual que la T de la tabla 21 cuando este dato debería de ser 9,427. En esta misma tabla 25 falta la T de la constante en el paso 2 del análisis de regresión, debiendo ser este dato 9,698. A continuación se adjunta dicha tabla con ambas correcciones.

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	T	Sig.
	B	Error estándar	Beta		
1 Constante	45,999	4,888		9,427	0,000 *
EROS	-1,115	,202	-,755	-5,527	0,000*
2 Constante	44,395	4,578		9,698	0,000*
EROS	-,786	,240	-,532	-3,279	0,003*
BADS-S	-,317	,145	-,356	-2,194	0,039*