

Evitación Experiencial, Personalidad, Inteligencia Emocional, Depresión, Ansiedad y  
Humor.

Trabajo empírico: Planteamiento de una investigación empírica

Álvaro Menéndez Aller

Enero, 2020

## Resumen

**Introducción.** La Terapia de Aceptación y Compromiso plantea que la Evitación Experiencial contribuye al desarrollo de los problemas psicológicos. El AAQ-II mide este constructo, pero la muestra empleada para su validación a población general no era representativa. En este estudio, se lleva a cabo una validación del AAQ-II a población general española. **Método:** Mediante un formulario online, se evaluó la Evitación Experiencial, la personalidad, la Inteligencia Emocional, los usos del humor, la ansiedad y la depresión de 964 participantes (52.8% mujeres) procedentes de todo el territorio español. Además, se estudió la influencia del sexo y de la edad en las puntuaciones en Evitación Experiencial y se observó si esta influía en los usos del humor. Por último, mediante ecuaciones estructurales, se observó si la Evitación Experiencial influencia el efecto de la personalidad sobre variables psicopatológicas. **Resultados:** El AAQ-II es un instrumento válido para su empleo en población general española. La Evitación Experiencial disminuye con la edad, difiere significativamente entre hombres y mujeres e influye en los usos del humor. El modelo de path-análisis propuesto muestra un ajuste correcto. **Conclusiones:** La Evitación Experiencial es un proceso psicológico importante y es posible estudiar cómo afecta a más variables que las clínicas.

Palabras clave: Evitación Experiencial, AAQ-II, sexo, edad, usos del humor

## Abstract

**Introduction.** The Acceptance and Commitment Therapy poses that Experiential Avoidance contributes to the development of psychological problems. AAQ-II measures this construct but the sample used for its validation to the general population was not representative. In this study, a validation of AAQ-II to the Spanish general population was carried out. **Method.** Through an online form, the Experiential Avoidance, personality, emotional intelligence, humour styles, anxiety and depression of 964 participants (52.8% women) from all over the Spanish territory were evaluated. Moreover, the influence of sex and age in Experiential Avoidance was analysed, and it was observed if it modulated humour styles. Finally, through structural equations, it was contemplated whether Experiential Avoidance influenced the effect of personality over psychopathological variables. **Results.** AAQ-II is a valid instrument for its use in the Spanish general population. Experiential Avoidance decreases with age, differs significantly between men and women and influences humour styles. The proposed path-analysis model shows a good fit. **Conclusions.** Experiential Avoidance is an important psychological variable and it is possible to study how it affects more variables than the clinical ones.

Keywords: Experiential Avoidance, AAQ-II, sex, age, humour styles

En los últimos 30 años, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) se ha consolidado como una terapia eficiente y efectiva (Hayes et al., 2004; Hayes et al., 2012; Lappalainen et al., 2007; Samaan et al., 2020). Así, se ha observado que su aplicación resulta beneficiosa para una gran variedad de problemas del comportamiento (Hayes et al., 2004). Varios estudios han constatado su efecto positivo en casos de esquizofrenia y otros problemas psicóticos, en ansiedad, en depresión y en el abuso de sustancias (Bach, 2001; Brown et al., 2020; Coto-Lesmes et al., 2020; De Groot et al., 2014; Seshadri et al., 2020); así mismo, se ha observado que su aplicación produce una mejora en el impacto psicológico en supervivientes de cáncer (Mathew et al., 2020) y en la calidad de vida de los cuidadores de enfermos crónicos (Han et al., 2020).

En estos estudios, se ha analizado la eficacia de la ACT de acuerdo a su capacidad para reducir síntomas, ya fuesen depresivos, psicóticos o de ansiedad. Sin embargo, el objetivo de la ACT no es la reducción significativa de los síntomas emocionales, sino la mejora de la flexibilidad psicológica del individuo (Hayes et al., 2012; Rolffs et al., 2016). Hayes et al. (2012) definieron la flexibilidad psicológica como las diversas maneras en las que el individuo puede responder de forma flexible a sus experiencias internas desagradables. Su concepto contrario, la inflexibilidad psicológica, se refiere a los procesos psicológicos relacionados con un tratamiento rígido de las experiencias internas y, a la larga, al desarrollo de problemas del comportamiento. Ambos conceptos poseen seis dimensiones cada uno, ilustrados de forma conjunta en el denominado Modelo Hexaflex (Hayes et al., 2012). En la Figura 1 y en la Figura 2, se muestran ambas caras del modelo, respectivamente. Como se puede observar, las dimensiones de una cara del modelo son contrarias a las de la otra cara.

### **Figura 1**

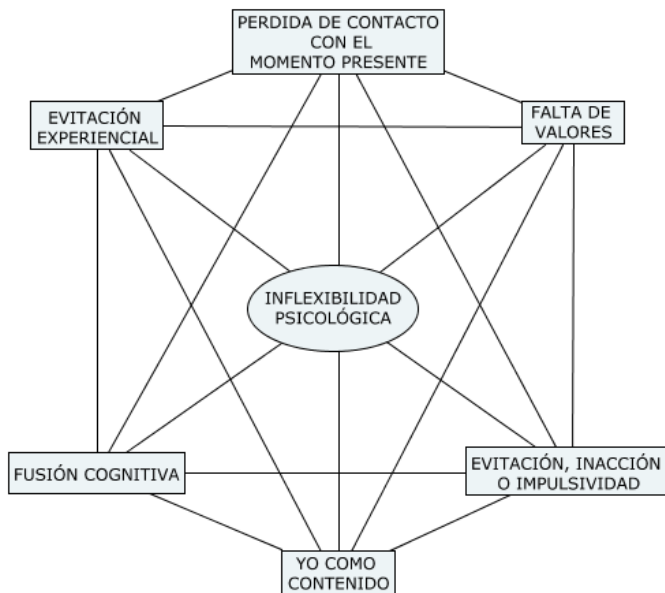
*Modelo de la flexibilidad psicológica*



*Nota.* Tomado de “Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes,” por S. C. Hayes et al., 2006, *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), p. 6. Copyright 2005 por Elsevier.

**Figura 2**

*Modelo de la inflexibilidad psicológica*



*Nota.* Tomado de “Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes,” por S. C. Hayes et al., 2006, *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), p. 8. Copyright 2005 por Elsevier

De esta manera, la ACT plantea la inflexibilidad psicológica como un modelo transdiagnóstico que subyace al desarrollo de la gran mayoría de problemas

psicológicos, como, por ejemplo, la ansiedad y la depresión (Hayes et al., 2004; Hayes et al., 1996). En cambio, el aumento de la flexibilidad psicológica permitiría al individuo vivir una vida plena incluso si todavía estuviese experimentando aquellos recuerdos, sentimientos y pensamientos de los que previamente trataba de huir (Hayes et al., 2012).

De acuerdo al Modelo Hexaflex, la Fusión Cognitiva, definida como el acto de quedarse atrapado en las experiencias internas, es el proceso contrario a la Defusión, definida como la capacidad de distanciarse de las experiencias internas; así mismo, el Yo-como-contenido (la valoración de uno mismo de acuerdo a las experiencias internas) es una postura distinta al Yo-como-contexto (la toma de perspectiva de uno mismo como distinto de las experiencias internas); la Evitación. Inacción, o Impulsividad (la tendencia a actuar de acuerdo a estas experiencias en contra de aquello que la persona valora) es distinta de la Acción comprometida (la tendencia a actuar de acuerdo a lo que la persona valora); la Falta de Valores (la pérdida de contacto con las áreas que la persona más valora) es lo contrario de los Valores (la certeza del individuo acerca de cuáles son las áreas que más valora); la Pérdida de Contacto con el Momento Presente (incapacidad de experimentar lo que está ocurriendo cuando está ocurriendo) es una postura frente al mundo distinta del Contacto con el Momento Presente (estado de atención plena con respecto a lo que está ocurriendo en el momento). Por último, se tendría la Evitación Experiencial (EE) y su contraparte, la Aceptación. De entre todas estas dimensiones, la EE ha sido definida como el componente que más favorece al desarrollo de problemas psicológicos (Hayes et al., 2004; Hayes et al., 2012).

En 1996, Hayes et al. definieron la EE como un modo de relacionarse con las experiencias internas. Se caracteriza por la reticencia del individuo a entrar en contacto con ciertas experiencias privadas (por ejemplo, pensamientos, memorias, emociones, sensaciones corporales...) que le perturban o hacen sufrir. En cambio, la Aceptación es definida como la tendencia a estar abierto a entrar en contacto con todas las experiencias internas, tanto las agradables como las desagradables (Hayes et al., 2012).

Es importante mencionar que la EE es un proceso cotidiano, es decir, está presente en el día a día de los individuos (Hayes et al., 1996); sin embargo, esta evitación puede llegar a ser infructífera, de tal manera que la experiencia de la que se

huye puede volver a aparecer e, incluso, con más intensidad (un claro ejemplo serían los pensamientos recurrentes). En ese momento, el individuo podría volver a realizar las mismas acciones u otras distintas para evitar entrar en contacto con dichas experiencias; no obstante, se daría el mismo resultado: el retorno de aquello que trata de evitar. Este círculo vicioso puede dar como resultado una gran variedad de problemas del comportamiento, que van desde el consumo de sustancias y otras conductas compulsivas hasta la depresión y la ansiedad (Den Ouden et al., 2020; Sung et al., 2020). Por el contrario, la ACT plantea que la Aceptación, es decir, la apertura a experimentar sentimientos, recuerdos... agradables o desagradables, permitiría al individuo dirigir de nuevo su vida hacia aquello que más valora ya que, cada vez que apareciese una sensación desagradable, no huiría y continuaría hacia delante (Hayes et al., 2004). Por ejemplo, si una persona presenta altos niveles de ansiedad social pero desea ir a una fiesta con sus amigos, estaría abierta a acudir y a pasar un buen rato, incluso si eso le produjese mucho malestar.

También se ha estudiado la relación de la EE con otra serie de variables psicológicas fuera del ámbito clínico pero que, indirectamente, afectan sobre el bienestar psicológico. Así, por ejemplo, Cobos-Sánchez et al. (2017) observaron que un entrenamiento en flexibilidad psicológica influye en la Inteligencia Emocional. En su estudio, llevaron a cabo una intervención con alumnos de un centro de Educación Secundaria Obligatoria con el objetivo de potenciar la flexibilidad psicológica frente a las experiencias internas desagradables. Al final de la intervención, hallaron que un aumento en la flexibilidad psicológica producía un descenso en las puntuaciones de los participantes en Atención Emocional y un aumento, en Reparación y Claridad Emocional. Estos resultados concuerdan con investigaciones anteriores que observaron que la Atención Emocional es el componente más perjudicial de la Inteligencia Emocional debido a sus altas correlaciones con síntomas ansiosos o depresivos (Barraza-López, 2017; Pena y Losada, 2017). No obstante, es necesario un mayor número de investigaciones para estudiar a fondo la relación entre la Inteligencia Emocional y la EE. Aun así, se puede deducir una relación bastante estrecha entre ambos. La EE consiste, en resumen, en la huida de las experiencias desagradables; sin embargo, es común que estas experiencias regresen y, en muchas ocasiones, con más intensidad. El individuo, por tanto, se ve atascado en un círculo vicioso de huida y re-

experimentación que le obliga a estar constantemente centrado en su estado emocional y sus experiencias internas (Hayes et al. 2012). La Atención Emocional, por otro lado, es definida como el grado de atención prestada al estado emocional (Salguero et al. 2010); en consecuencia, se podría ver una correlación positiva entre ambas variables, dado que ambas se refieren a una preocupación constante acerca de las emociones que se están experimentando.

Investigaciones anteriores también han analizado la relación entre la EE y otros factores de personalidad como, por ejemplo, los cinco rasgos de la personalidad del Modelo Big Five. Steenhaut et al. (2017) quisieron estudiar los mecanismos a través de los cuales la personalidad influye sobre el bienestar psicológico y si el efecto era distinto dependiendo del grupo de edad. Para ello, estudiaron si la flexibilidad psicológica actuaba como un intermediario entre la personalidad y varios indicadores de bienestar psicológico. Para ello emplearon una muestra de 258 adultos divididos en jóvenes adultos y adultos mayores. Los autores observaron que la EE moderaba el efecto entre la personalidad y el bienestar psicológico en ambos grupos de edad. Asimismo, hallaron que el Neuroticismo se relacionaba positivamente con la EE mientras que la Responsabilidad y, en menor medida, la Apertura a la Experiencia, la Extraversión y la Amabilidad correlacionaban de forma negativa. Estos resultados son similares a los encontrados en investigaciones anteriores (Gaméz et al., 2011; Latzman y Masuda, 2013).

También, aunque en menor medida, se ha estudiado la relación del humor con la EE. Pande (2014) estudió la relación entre el sentido del humor, el sexo y la EE. Para ello, empleó una muestra de 70 jóvenes universitarios, procedentes de la India. Asimismo, dividió las puntuaciones en alto y bajo sentido del humor. La autora encontró diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de EE en función del sexo ( $p = .009$ ), pero no en cuanto a si se poseía un alto o bajo sentido del humor ( $p = .59$ ). No obstante, halló que la interacción entre el sexo y el sentido del humor sí era estadísticamente significativa ( $p = .02$ ). Como se puede observar, la muestra empleada por Pande (2014) es pequeña y posee un sesgo al verse compuesta exclusivamente por universitarios; asimismo, la autora no entró a estudiar en profundidad la naturaleza de esta interacción.



Sin embargo, parece existir una escasez de artículos que relacionen la EE con el humor, en especial, con los usos del humor planteados por Martín et al. (2003). Los autores plantearon cuatro usos del humor relacionados con el bienestar psicológico. Estos usos son: el uso afiliativo (orientado al fortalecimiento de las relaciones interpersonales), el uso de auto-mejora (relacionado con el afrontamiento de situaciones estresantes), el uso agresivo (dirigido a la denigración de los demás) y el uso de auto-denigración (relacionado con la presentación de uno mismo como inferior al resto con el objetivo de hacer reír, a pesar de que uno se ve afectado por aquello con lo que está bromeando). Varias investigaciones han definido los dos primeros usos como positivos, es decir, que favorecen al bienestar psicológico, y los dos últimos como negativos, es decir, que lo empeoran (Martín et al., 2003; Menéndez-Aller et al., 2020; Schneider et al., 2018). Por tanto, es posible que los usos del humor y la EE posean algún tipo de relación que podría resultar interesante estudiar a fondo.

Como se ha podido observar, la EE es un concepto relacionado con una gran gama de variables psicológicas. Dada la importancia de este proceso psicológico, se han desarrollado varios instrumentos para su evaluación, entre los cuales se incluyen el Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) (Bond et al., 2011) y el Brief Experiential Avoidance Questionnaire (BEAQ) (Gámez et al., 2014). Ambas pruebas han sido adaptadas al español y parece que poseen una buena fiabilidad y aceptables evidencias de validez en población clínica (Ruiz et al., 2013; Vázquez-Morejón et al., 2019). Ruiz et al. (2013), además, llevaron a cabo una validación del AAQ-II en población general. Sin embargo, la muestra que emplearon estaba formada principalmente por estudiantes universitarios procedentes de Almería; es decir, que no existe una adaptación del test para población general española.

El objetivo principal del presente trabajo consistió en la validación del AAQ-II en población general española. De este objetivo, se desglosan otros más específicos, como el estudio de los parámetros psicométricos de la prueba: la fiabilidad y los índices de discriminación de los ítems, así como su dimensionalidad y las evidencias de validez en relación con otras variables; específicamente, se analizó la relación de la EE con los cinco grandes rasgos de personalidad, la Inteligencia Emocional, la ansiedad y la depresión. También se confeccionó un baremo de puntuaciones para la población. Adicionalmente, se exploraron las diferencias en las puntuaciones de EE en función del

sexo y la edad y se observó si las puntuaciones en EE influían en el uso del humor. Así mismo, se estudió si los ítems presentaban un funcionamiento diferencial con respecto al sexo. Finalmente, se propuso un modelo de path-análisis con la finalidad de explicar la interacción entre la personalidad, la Inteligencia Emocional, la EE, la ansiedad y la depresión.

A partir de estos objetivos, se proponen las siguientes hipótesis. Si el AAQ-II es una escala precisa, entonces se obtendrá una fiabilidad adecuada. Si los ítems del AAQ-II discriminan adecuadamente, entonces el índice de discriminación de cada ítem será superior a .3. Si la estructura factorial del AAQ-II es unidimensional, entonces, al llevar a cabo un análisis factorial confirmatorio, se podrá ver un buen ajuste a un solo factor. Si el AAQ-II posee evidencias de validez en relación con otras variables, entonces las correlaciones con los demás instrumentos empleados seguirán un patrón y una dirección esperados. Si el AAQ-II es un instrumento fiable y posee evidencias de validez, entonces será útil disponer de un baremo de puntuaciones con el que clasificar a la población. Si el sexo influye en la EE, entonces se hallarán diferencias estadísticamente significativas ( $\alpha < .05$ ) entre hombres y mujeres en las puntuaciones en el test AAQ-II. Si la edad influye en la EE, entonces se hallarán diferencias estadísticamente significativas ( $\alpha < .05$ ) entre los Grupos de Edad en las puntuaciones en el test AAQ-II. Si las puntuaciones en EE afectan al uso del humor, entonces se podrán observar diferencias estadísticamente significativas en los usos de auto-mejora y de auto-denigración del humor entre los grupos extremos de las puntuaciones de EE. Si el AAQ-II no presenta sesgos de medida en función del sexo, entonces ninguno de los ítems mostrará funcionamiento diferencial. Si variables psicopatológicas, como la ansiedad y la depresión, pueden ser explicadas por variables orécticas, tales como el Neuroticismo y la Responsabilidad, a través de la Inteligencia Emocional y modulado por la EE, podrá proponerse un modelo de ecuaciones estructurales cuyos índices de ajuste sean adecuados.

## **Método**

### **Participantes**

La muestra empleada estaba compuesta, inicialmente, por 982 participantes procedentes de todo el territorio español. Tras analizar las respuestas a la escala de

atención, se eliminaron 18 participantes por no cumplir con el criterio establecido. La muestra final, por tanto, estaba formada por 964 participantes (52.8% mujeres) de nacionalidad española, con edades comprendidas entre 18 y 84 años. La media de edad fue 43.43 años y la desviación típica, 15.27. Con respecto al nivel de estudios completados, se obtuvo una gran variabilidad, desde participantes habiendo completado únicamente la educación obligatoria hasta estudiantes universitarios. En la Tabla 1, se presenta una descripción más detallada de los grupos de edad.

**Tabla 1.**

*Porcentaje de la muestra total en función de los Grupos de Edad, separado con respecto al sexo.*

Grupos de Edad <sup>a</sup>	Porcentaje	
	Hombre	Mujer
18-29 años	7.3	18.0
30-45 años	9.4	14.4
46-54 años	11.7	10.8
55 años en adelante	18.8	9.6

*Nota.* <sup>a</sup>: Los puntos de corte fueron establecidos mediante los intervalos indicados por García-Madruga (2010).

## **Instrumentos**

Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II; Bond et al., 2011). Se empleó la adaptación al español de Ruiz et al. (2013). La versión adaptada está compuesta por 7 ítems, con un  $\alpha = .88$ . Los ítems de la escala son de tipo Likert, con 7 opciones de respuesta donde 1 significa “*Nunca es verdad*” y 7, “*Siempre es verdad*”. La escala mide, de forma general, la EE, centrándose en la tendencia a huir de las experiencias desagradables (e.g., “Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir”), así como la incapacidad de entrar en contacto con el momento presente

mientras se experimenta dicho malestar (e.g., “Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría”).

Cuestionario Educativo-Clínico de Ansiedad y Depresión (CECAD; Lozano et al., 2010). Se trata de un autoinforme compuesto de 50 ítems tipo Likert, dividido en dos dimensiones: (a) Depresión, con un  $\alpha = .95$ , definida como un estado alterado del humor caracterizado por un estado disfórico (e.g., “Me siento vacío”); y (b) Ansiedad, con un  $\alpha = .90$ , definida en base a los síntomas psicofisiológicos (e.g., “Tengo la sensación de que me falta el aire para respirar”). Con la idea de utilizar una prueba breve para medir tanto la ansiedad como la depresión, manteniendo una alta precisión en la medida, se seleccionaron los diez ítems de cada escala con mayor índice de discriminación. Todos los ítems son tipo Likert, con cinco opciones de respuesta, donde 1 significa “*Nada de acuerdo*” y 5, “*Totalmente de acuerdo*”.

Trait Mood-Meta Scale (TMMS; Salovey et al., 1995). Se empleó la adaptación española de Fernández-Berrocal et al. (2004). La versión adaptada es una versión reducida del original y recibe el nombre de TMMS-24. Está formada por 24 ítems, divididos en tres dimensiones: (a) Atención Emocional, con un  $\alpha = .90$ , definida como el grado de atención prestada al propio estado emocional (e.g., “Presto mucha atención a los sentimientos”); (b) Claridad Emocional, con un  $\alpha = .90$ , definida como la comprensión que posee el individuo de sus propios estados emocionales (e.g; “Frecuentemente puedo definir mis sentimientos”); (c) Reparación Emocional, con un  $\alpha = .86$ , definida como la habilidad del individuo para poder regular sus propios estados emocionales (e.g., “Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme”). Cada dimensión está formada por ocho ítems tipo Likert con cinco opciones de respuesta, donde 1 significa “*Nada de acuerdo*” y 5, “*Totalmente de acuerdo*”.

Humor Style Questionnaire (HSQ; Martin et al., 2003). Se empleó la adaptación a población española realizada por Torres-Marín, Navarro-Carrillo y Carretero-Dios (2018). La versión adaptada está compuesta por 32 ítems, agrupados en cuatro dimensiones referentes a un uso habitual del humor: (a) Humor afiliativo, con un  $\alpha = .81$  (e.g., “Disfruto haciendo reír a la gente”), definido como aquel empleo del humor dirigido a formar amistades y a mantenerlas; (b) Humor de auto-mejora, con un  $\alpha = .82$

(e.g., “Si me siento deprimido/a, generalmente puedo levantarme el ánimo usando el humor”), definido como el uso del humor para lidiar positivamente con conflictos estresantes; (c) Humor agresivo, con un  $\alpha = .68$  (e.g., “Si alguien comete un error, normalmente me burlo de esa persona por ello”), definido como el empleo del humor con fines vejatorios hacia los demás; y (d) Humor de auto-denigración, con un  $\alpha = .75$  (e.g., “Permito que las personas se rían de mí o se diviertan a mi costa más de lo que debería”), definido como un uso del humor encaminado a presentarse cómicamente como inferior. Cada dimensión está formada por ocho ítems tipo Likert con cinco opciones de respuesta, donde 1 significa “*Nada de acuerdo*” y 5, “*Totalmente de acuerdo*”.

Overall Personality Assessment Scale (OPERAS; Vigil-Colet et al., 2013). Se trata de un autoinforme formado por 40 ítems, divididos en 6 dimensiones: (a) Extraversión, con un  $\alpha = .70$  (e.g., “Me desenvuelvo bien en situaciones sociales”); (b) Neuroticismo, con un  $\alpha = .70$  (e.g., “Me dejo llevar por el pánico con facilidad”); (c) Responsabilidad, con un  $\alpha = .75$  (e.g., “Cuando hago planes los mantengo”); (d) Amabilidad, con un  $\alpha = .73$  (e.g., “Respeto a los demás”); (e) Apertura a la Experiencia, con un  $\alpha = .79$  (e.g., “Me gusta visitar sitios nuevos”). Cada dimensión estaba formada por 7 ítems tipo Likert, con cinco opciones de respuesta donde 1 significaba “*Completamente en desacuerdo*” y 5, “*Completamente de acuerdo*”.

Escala de Atención. Se utilizó una escala formada por diez ítems con la función de medir el grado de atención prestada a los enunciados de los ítems y asegurarse de que las respuestas no estuviesen siendo dadas al azar. Cada ítem ofrecía cinco opciones de respuesta, del 1 al 5, y se pedía que se escogiese una en concreto (“Por favor, marque la opción 1”)

## **Procedimiento**

La aplicación de las pruebas se llevó a cabo a través de la creación de un formulario online. Los ítems de los diferentes cuestionarios fueron aleatorizados, junto con la escala de control atencional, con la condición de que dos ítems seguidos no perteneciesen a la misma dimensión. A continuación, se difundió siguiendo un muestreo de bola de nieve, empleando distintas redes sociales y contactos cercanos. Paralelamente, se llevó a cabo una difusión masiva del formulario a través de una base

de correos electrónicos. En cada correo, se informaba a la persona acerca de la investigación y se les pedía su colaboración, indicándoles que su correo electrónico sería eliminado de la base de datos para asegurar la más absoluta confidencialidad. Ninguno de los participantes recibió ningún tipo de compensación por participar en el estudio. Posteriormente a la recogida de datos, se procedió a eliminar aquellos participantes que no hubiesen cumplido el grado de atención exigido, es decir, que tuviesen más de dos fallos en la escala de atención. Así, se eliminaron 18 participantes.

El anonimato de cada participante fue cuidadosamente respetado, manteniéndose la confidencialidad y asegurando el cumplimiento de la Ley de Protección de Datos (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales), así como de los artículos 34 y 37 del Código Deontológico del Colegio Oficial de Psicólogos (Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias, 2015).

### **Análisis de datos**

Para estimar la fiabilidad del AAQ-II, el TMMS-24, CECAD, el HSQ y el OPERAS, se empleó el coeficiente alfa. Para calcular el índice de discriminación de los ítems del AAQ-II, se utilizó el coeficiente de correlación parcial entre cada ítem y la puntuación global en el test, eliminando el influjo del primero.

Para estudiar evidencias de validez factorial, se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio con el método de validación cruzada; para ello, se dividió la muestra en dos mitades aleatorias y se llevó a cabo un análisis factorial en cada una de ellas. En la primera, se emplearon índices de modificación para encontrar el mejor ajuste de los datos del modelo y, en la segunda, se repitieron los análisis con los mismos parámetros. Después, se observó si los índices de ambos ajustes eran similares. En ambos análisis, se emplearon dos índices distintos para confirmar el buen ajuste de los datos (Kline, 2011): CFI, cuyo valor debe superar .90, y RMSEA, que debe ser inferior a 0.08, aunque aquellos inferiores a 0.10 son igualmente válidos (Hoyle, 2012).

Para el estudio del análisis diferencial de los ítems del AAQ-II se realizó, en primer lugar, un análisis del impacto de los ítems en función del sexo; una vez se observó que todos los ítems presentaban impacto, se estudió si tenían DIF siguiendo el procedimiento propuesto por Zumbo (1999). Dicho procedimiento indica que, para

observar si un ítem posee un funcionamiento diferencial, se debe llevar a cabo una regresión logística y un cálculo del tamaño del efecto. Si la regresión logística es estadísticamente significativa y el tamaño del efecto es superior a 0.035, se considera que el ítem posee DIF (Gómez-Benito et al., 2013; Zumbo, 1999).

Para el estudio de las evidencias de validez con otras variables, se empleó el coeficiente de correlación de Pearson. Para hallar diferencias significativas en las puntuaciones de la EE en función del sexo y la edad y de los usos del humor en función de la puntuación en EE, se comprobó previamente el supuesto de normalidad a través de Shapiro-Wilks, ya que es la más adecuada para la muestra empleada (Pedrosa et al., 2015); dado que el supuesto no se satisfizo, se procedió con la prueba no-paramétrica U de Mann-Whitney para la variable Sexo. Así mismo, se llevó a cabo la prueba H de Kruskal Wallis para la variable Grupos de Edad. Posteriormente, se estudiaron las diferencias a posteriori mediante la correspondiente prueba post-hoc.

Para estudiar si el grado de EE influye en el uso del humor de auto-mejora y de auto-denigración, se analizó si existían diferencias entre los grupos extremos (25% con la puntuación más alta en EE y 25% con la puntuación más baja) empleando la prueba U de Mann-Whitney. En todas estas pruebas, se empleó la *d* de Cohen para calcular el tamaño del efecto (Lenhard y Lenhard, 2016). Si el valor rondaba entre 0.2 y 0.4, se consideró que era un tamaño del efecto pequeño; si rondaba entre 0.4 y 0.8, era mediano, y, a partir de 0.8, grande (Lenhard y Lenhard, 2016). El test fue baremado en una escala de decatipos.

Para estudiar la influencia de la personalidad sobre variables clínicas como la ansiedad y la depresión, modulada por la Inteligencia Emocional y la EE, se propone un modelo de path-analysis. Para estudiar el ajuste de los datos al modelo, se empleó el método de validación cruzada; para ello, se dividió la muestra en dos mitades aleatorias y se analizó el ajuste del modelo en ambas. En la primera, se emplearon índices de modificación para encontrar el mejor ajuste de los datos al modelo y, en la segunda, se repitieron los análisis con los mismos parámetros. Después, se observó si los índices de ambos ajustes eran similares. En ambas pruebas, se emplearon dos índices distintos para confirmar el buen ajuste de los datos (Kline, 2011): CFI, cuyo valor debe superar 0,90, y RMSR, que debe ser inferior a 0,10 para considerar un ajuste correcto (Hoyle, 2012).

Los datos fueron analizados con el programa IBM SPSS (Versión 24), Factor (Versión 10.10.02) y MPlus (Versión 8).

### Resultados

En primer lugar, se calculó la fiabilidad de todas las escalas para la muestra utilizada en este estudio. Los resultados se muestran en la Tabla 2. Como se puede ver, muchas de las escalas poseen valores buenos ( $\alpha \geq .70$ ) y otras, excelentes ( $\alpha \geq .80$ ) (Hernández et al., 2016), siendo Amabilidad la escala con la fiabilidad más baja ( $\alpha = .74$ ).

**Tabla 2.**

*Fiabilidad de los instrumentos empleados*

Instrumentos	Escalas	Valor de $\alpha$
AAQ-II		.93
TMMS-24	Atención Emocional	.90
	Claridad Emocional	.91
	Reparación Emocional	.85
CECAD	Ansiedad	.90
	Depresión	.95
HSQ	Humor afiliativo	.88
	Humor de auto-mejora	.82



	Humor agresivo	.80
	Humor de auto-denigración	.80
OPERAS		
	Neuroticismo	.88
	Extraversión	.85
	Responsabilidad	.77
	Apertura a la Experiencia	.79
	Amabilidad	.74

En el estudio de los índices de discriminación de los ítems del AAQ-II, se observó que su valor era muy superior al criterio de .20, con un rango que iba desde .687 hasta .796.

En la Tabla 3, se pueden observar los indicadores de ajuste del análisis factorial confirmatorio, llevado a cabo con el método de validación cruzada. Como se puede ver, tanto en una mitad de la muestra como en la otra, los indicadores muestran un buen ajuste y no hay apenas diferencias entre las dos muestras.

**Tabla 3.**

*Indicadores de ajuste del análisis factorial confirmatorio con validación cruzada*

Muestra	CFI	RMSEA
Muestra 1 (n = 486)	.999	0.06
Muestra 2 (n = 478)	.999	0.05

En la Tabla 4, se pueden observar las correlaciones de las puntuaciones en el AAQ-II con el resto de las escalas empleadas, excepto la HSQ. Todas las correlaciones siguen un patrón y una dirección esperados.

**Tabla 4.**

*Correlaciones de Pearson del AAQ-II con las escalas del CECAD, el OPERAS y el TMMS-24*

---

Escalas	AAQ-II
Ansiedad	.59
Depresión	.77
Atención Emocional	.52
Claridad Emocional	- .38
Reparación Emocional	- .35
Extraversión	- .23
Neuroticismo	.74
Responsabilidad	- .30
Amabilidad	- .24
Apertura a la Experiencia	- .11

---

Antes de proceder con el estudio de las diferencias en relación con la EE, se realizó una prueba de Shapiro-Wilks para comprobar el supuesto de normalidad. Se rechazó la hipótesis nula ( $p < .001$ ), por lo que se procedió con pruebas no-paramétricas, al no cumplirse el supuesto de normalidad.

En la Tabla 5, se muestran los resultados de la U de Mann-Whitney para el Sexo, junto a las medias de hombres y mujeres y el tamaño del efecto. Como se puede ver, las mujeres tienen mayores puntuaciones en EE, con un tamaño del efecto mediano.

**Tabla 5.**

*U de Mann-Whitney, medias y d de Cohen para la variable Sexo*

	Media		<i>p</i>	<i>d</i>
	Hombre	Mujer		
AAQ-II	16.6	20.7	$p < .001$	0.46

Con respecto al estudio de las diferencias en función de la edad, la prueba H de Kruskal-Wallis indicó que existían diferencias estadísticamente significativas ( $p < .001$ ), con un tamaño del efecto moderado ( $d = 0.75$ ). En la Tabla 6, se muestran las medias de los distintos Grupos de Edad, así como los resultados de la prueba post-hoc. Como se puede ver, a medida que aumenta la edad, disminuyen las puntuaciones.

**Tabla 6.**

*Medias y prueba post-hoc para la variable Grupos de Edad*

Grupos de Edad	Media	30-45 años	46-54 años	55 años en adelante
18-29 años	23.67	$p < .001$	$p < .001$	$p < .001$
30-45 años	19.27		$p = .395$	$p < .001$
46-54 años	17.71			$p = .001$
55 años en adelante	14.86			

Con respecto a los baremos de puntuaciones, se creó un baremo general, así como tantos baremos como grupos de edad empleados, divididos para hombres y mujeres. Se pueden observar los baremos en el Anexo I.

Con respecto al impacto de la EE en el uso de auto-mejora y de auto-denigración del humor, se emplearon grupos extremos. A continuación, se procedió con una prueba U de Mann-Whitney para estudiar las diferencias entre el 25% con las puntuaciones más altas en EE frente al 25% con las puntuaciones más bajas. Los resultados se pueden observar en la Tabla 7. Como se puede observar, las personas con mayor puntuación en EE puntúan más alto en el uso de auto-denigración, con un tamaño del efecto intermedio, y menos en el uso de auto-mejora, con un tamaño del efecto pequeño.

**Tabla 7.***U de Mann Whitney, medias y d de Cohen en función del grupo de EE*

	Media		<i>p</i>	<i>d</i>
	25% inferior	25% superior		
Humor de auto-denigración	19.5	22.0	<i>p</i> < .001	0.41
Humor de auto-mejora	28.78	24.88	<i>p</i> < .001	0.20

Para el análisis diferencial de los ítems, primero se llevó a cabo un estudio del impacto de cada uno de los ítems y se detectaron diferencias estadísticamente significativas en todos los ítems. Dado que todos los ítems presentaban impacto, se procedió a estudiar si tenían DIF a través de la regresión logística, siguiendo el procedimiento de Zumbo (1999). De esta manera, se encontró que dos eran estadísticamente significativos; no obstante, al estudiar el tamaño del efecto, ninguno de los ítems superó 0.035 (ambos fueron inferiores a 0.01). Por tanto, se descarta que los ítems del AAQ-II presenten DIF.

En la Tabla 8, se presentan los índices de ajuste de los dos path-análisis llevados a cabo mediante el método de la validación cruzada, junto al path-análisis realizado con la muestra total. En todas las muestras, los indicadores muestran un ajuste aceptable y los valores son similares entre ellos. En la Figura 3, se presenta el esquema del modelo junto con los pesos factoriales significativos extraídos del path-análisis con la muestra total.

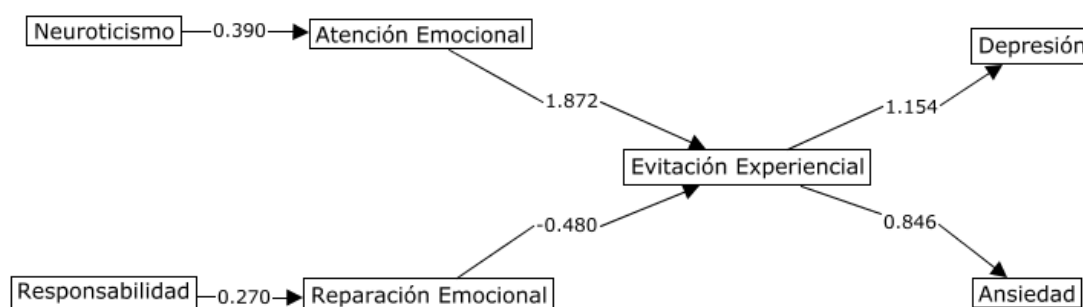
**Tabla 8.***Indicadores de ajuste del path-análisis con validación cruzada*

Muestra	CFI	RMSR
Muestra 1 (n = 486)	.913	0.094

Muestra 2 (n = 478)	.914	0.100
Muestra total (n = 964)	.911	0.097

**Figura 1.**

*Esquema del modelo de path-análisis.*



## Discusión

Desde sus inicios, la ACT se ha vinculado al movimiento transdiagnóstico con el concepto de la inflexibilidad psicológica, que explica, en gran parte, los procesos por los que se desarrollan una gran variedad de problemas mentales (Hayes et al., 2004; Hayes et al., 2012; Rolffs et al., 2016). Dentro de la inflexibilidad psicológica, la EE se ha concebido como uno de sus componentes más importantes (Hayes et al., 1996). Debido a esto, ha aumentado la necesidad de disponer de instrumentos que midan de forma adecuada la EE; tanto el AAQ-II (Bond et al., 2011) como el BEAQ (Gámez et al., 2014) responden a dicha demanda. Ambos instrumentos han sido adaptados al español y han sido validados en población clínica (Ruiz et al., 2013; Vázquez-Morejón et al., 2019). Además, Ruiz et al. (2013) llevaron a cabo una validación del AAQ-II en población no clínica. Sin embargo, la muestra empleada para ello estaba formada, en su mayoría, por participantes universitarios (estudiantes o docentes) procedentes de una sola región de España. De esta manera, se considera que pudiera haber existido un sesgo en la validación debido a que la muestra utilizada era poco representativa de la población general española.

El objetivo principal del presente trabajo consistió en la validación del AAQ-II en población general española, con participantes procedentes de todo el territorio nacional. Como se puede observar en la Tabla 2, el AAQ-II posee una fiabilidad excelente ( $\alpha = .93$ ) (Hernández et al., 2016), y los índices de discriminación de los ítems son correctos (todos por encima de .3). Con respecto al análisis factorial confirmatorio, se puede observar, en la Tabla 3, que los índices de ajuste son muy buenos; en ambas submuestras, el CFI es superior a .9 y los RMSEA son inferiores a 0.08. Las correlaciones descritas en la Tabla 4 muestran evidencias de validez con otras variables, siguiendo un patrón esperado. Con respecto a si los ítems del AAQ-II funcionan de forma diferente en función del sexo, se observó que dos ítems eran estadísticamente significativos; sin embargo, el tamaño del efecto era inferior a 0.035, por lo que no puede considerarse que posean un funcionamiento diferencial en función del sexo. En definitiva, se puede concluir que el AAQ-II es un instrumento válido para su uso en población general; esto permitiría detectar no sólo individuos con altas puntuaciones (y, por tanto, con el potencial de desarrollar problemas psicológicos) sino también posibilita estudiar cómo la EE influye en el día a día en una gran multitud de variables.

Con respecto a las correlaciones del AAQ-II con el resto de las escalas empleadas, las direcciones siguen patrones esperados. La Claridad y Reparación Emocional (-.38 y -.35, respectivamente), así como la Extraversión (-.23), la Apertura a la Experiencia (-.11), la Amabilidad (-.24) y la Responsabilidad (-.30), poseen una correlación negativa con la EE, al igual que ha ocurrido en investigaciones anteriores (Cobos-Sánchez et al., 2017; Steenhaut et al., 2017). Lo mismo ocurre con el Neuroticismo y la Atención Emocional, que poseen altas correlaciones con la EE (.74 y .52, respectivamente). La relación entre la EE y la Atención Emocional se explica debido a que ambas variables plantean que el individuo estaría constantemente repasando sus emociones y sentimientos. La EE se refiere a la tendencia de huir de experiencias internas desagradables (Hayes et al., 1996); la Atención Emocional es definida como el grado de atención prestada al estado emocional (Salguero et al., 2010). Por tanto, se puede concluir que, al huir constantemente de las emociones, recuerdos... desagradables, el individuo está prestando mucha atención a su estado interno.

La relación entre el Neuroticismo y la EE, sin embargo, es más compleja. En los últimos años, diversos autores han criticado la utilidad del AAQ-II, indicando que, en

realidad, mide Neuroticismo y no EE (Gámez et al., 2011; Rocherfort et al., 2018). Como se puede observar en la Tabla 4, en el presente trabajo, ambas variables también poseen una correlación alta. De esta manera, una alta puntuación en Neuroticismo va, por lo general, acompañada de una alta puntuación en EE; esto se debe a que numerosas investigaciones han constatado la relación entre el Neuroticismo y una gran variedad de problemas psicológicos (Rocherfort et al., 2018). Sin embargo, teóricamente, la ACT plantea que la EE es diferente del Neuroticismo, aunque estén relacionados (Hayes et al., 1999) Si se eleva la correlación al cuadrado (.74), se obtiene que ambas variables comparten un 55% de la varianza común. Esto implica que un 45% de la varianza en EE no está relacionada con el Neuroticismo, lo que significa que se pueden dar casos de personas que, aún puntuando alto en Neuroticismo (es decir, que experimentan frecuentemente estados internos desagradables) a la vez puntúan bajo en EE (es decir, que no huyen de dichos estados). En resumen, el AAQ-II y la escala de Neuroticismo del OPERAS miden dos constructos diferentes, aunque muy relacionados. Por tanto, se considera viable el empleo del AAQ-II como una herramienta para la investigación, de acuerdo con otros autores (Barrett et al., 2019).

Con respecto a las diferencias en función del sexo en las puntuaciones de EE, en la Tabla 5 se indica que existen diferencias estadísticamente significativas, con un tamaño del efecto moderado ( $d = 0.46$ ). Asimismo, las mujeres han obtenido una media superior a la de los hombres. Estos resultados concuerdan con algunas investigaciones anteriores (Landi et al., 2020; Pande, 2014), aunque también existen estudios previos que no han hallado diferencias (Leonard et al., 2020; Rolffs et al. 2016). Por tanto, es importante continuar estudiando la influencia del sexo en la EE.

En cuanto a las diferencias en función de la edad, se ha observado que existen diferencias estadísticamente significativas, con un tamaño del efecto moderado-alto ( $d = 0.75$ ). Se han encontrado pocas investigaciones que estudien a fondo el efecto de la edad sobre las puntuaciones en EE. Landi et al. (2020) encontraron que, en su muestra, los adultos jóvenes obtenían peores puntuaciones que adultos de mayor edad en varios medidores de inflexibilidad psicológica. De esta manera, tanto en esta investigación como en el presente trabajo, se puede observar que la edad influye en mayor o menor grado en la EE. En la Tabla 6, las medias indican que, a mayor edad, menor será la puntuación en EE. Este descenso en las puntuaciones puede deberse a dos razones.

La primera tiene que ver con la adquisición de mejores estrategias de afrontamiento frente a las experiencias desagradables con el paso de los años. Un ejemplo de esto se puede observar en las tasas de remisión de los problemas psicológicos a años vista, como muestran varias investigaciones (Eaton et al., 2008; Yonkers et al., 2003). Estos estudios han observado que, a largo plazo, al menos un 50% en los casos diagnosticados con problemas de depresión y ansiedad remiten; esto también se ha observado en investigaciones anteriores, donde tener una edad avanzada es un predictor de la remisión (Kelly y Mezuk, 2017). Unido a esto, Mahlo y Windsor (2020) hallaron que los adultos mayores puntuaban alto en Aceptación, la atención al momento presente y en varios componentes del mindfulness. En el presente trabajo, se puede observar que, además, las puntuaciones en EE se reducen. En resumen, con la edad, es decir, con el paso del tiempo, se van aprendiendo nuevas estrategias de afrontamiento, lo que supone cambios en la flexibilidad psicológica (ansiedad, tristeza, pensamientos intrusivos...).

La segunda razón está relacionada con cambios en el contexto socioeconómico. A lo largo del Siglo XXI, la economía ha evolucionado hacia un corte mucho más neoliberal y la sociedad ha cambiado drásticamente con ella (Pavón-Cuéllar, 2017). En este nuevo contexto socioeconómico, la resistencia al malestar psicológico se ha disminuido y la demanda de métodos con los que evitar dicho malestar y, efectivamente, huir experiencialmente de él ha aumentado (Pérez-Álvarez et al., 2018). Esto ha abierto un mercado explotado todos los días en forma de pseudoterapias, sobremedicación y libros de autoayuda (Maestro et al., 2017; Pérez-Álvarez et al., 2018). En definitiva, las generaciones más jóvenes se han criado en un contexto donde se recomienda huir de las experiencias desagradables mientras que las generaciones más mayores nacieron en una cultura más centrada en la resistencia al malestar psicológico (Maestro et al., 2017; Pavón-Cuéllar, 2017). Esto, unido al efector protector del paso del tiempo, puede explicar por qué los participantes de 18 a 29 años puntúan más en EE que los grupos de edad superiores.

En la Tabla 7 se presenta el estudio de las diferencias en los usos del humor en función de las puntuaciones en EE. Como se puede observar, el 25% con las puntuaciones más bajas y el 25% con las más altas difieren significativamente tanto en el uso de auto-mejora como en el uso de auto-denigración, con un tamaño del efecto



pequeño y moderado, respectivamente ( $d = 0.20$  y  $d = 0.41$ ). Las medias parecen indicar que el 25% inferior emplea con más frecuencia el humor de auto-mejora que el 25% superior y viceversa con respecto al uso de auto-denigración. Esta diferencia es aún más impactante teniendo en cuenta que ambos usos del humor correlacionan positivamente en población general española (Menéndez-Aller et al., 2020), al contrario que en otros países (Martin et al., 2003; Schneider et al., 2018).

De acuerdo a Martin et al. (2003), el uso de auto-denigración consiste en ridiculizarse a uno mismo frente a los demás con el objetivo de no entrar en contacto realmente con un problema que estaría causando malestar. Un ejemplo sería ser rechazado por una chica y presentarse ante los amigos como alguien con habilidades sociales pobres o una apariencia pésima; el rechazo sería un hecho realmente doloroso, pero la persona no quiere entrar en contacto con ese dolor y bromea para intentar huir de él. Se diferencia, por tanto, del humor de auto-mejora en que la intención es no reconocer el dolor que se está padeciendo (Martin et al., 2003). En España, de forma general, ambos usos del humor se confunden, de manera que emplear el humor para autodenigrarse (es decir, para intentar huir de las experiencias desagradables) es una práctica común y se considera similar al uso del humor para afrontar situaciones. Sin embargo, en el presente estudio, se puede observar que la EE influye de tal manera que, cuanto mayor sea la puntuación en EE de una persona, es más probable que emplee el humor para autodenigrarse (para huir del evento que le hace sufrir) y no para afrontar el malestar. Sin embargo, aquellas personas con una puntuación inferior en EE entrarían en contacto con sus experiencias internas de forma más frecuente y podrían usar un humor más orientado a la auto-mejora, es decir, reírse abiertamente de las cosas malas que les ocurren.

Por último, en la Tabla 8 se presentan los índices de ajuste de los path-análisis llevados a cabo, tanto el general como los realizados mediante validación cruzada. Como se puede ver, el ajuste del modelo es bueno, de tal manera que puede servir como un modelo explicativo de la EE. Sin embargo, el presente modelo no trata de explicar completamente los orígenes y mecanismos de la EE (explicados en profundidad en la Teoría de los Marcos Relacionales (Törneke, 2010)) sino que pretende ilustrar las variables de personalidad que influyen sobre la EE y sus consecuencias en la población general. Así, se busca dar un primer paso en el estudio empírico de los factores de

riesgo y los factores de protección de la EE en la población general, con el objetivo de hallar predictores de futuros problemas psicológicos.

En el presente modelo, se plantea que una persona con altas puntuaciones en Neuroticismo prestará excesiva atención a su estado emocional, lo que la llevará a ser más consciente de los estados internos desagradables. Esto, a su vez, la hará más proclive a huir de ellos o a intentar que desaparezcan a corto plazo, lo que no suele ser efectivo (Hayes et al., 1996). La persona, entonces, entrará en un ciclo de huida y re-experimentación de las emociones desagradables, donde abandonará aquello que valora y, a la larga, se hundirá en un problema psicológico de mayor envergadura. Sin embargo, si la persona tiene altas puntuaciones en Responsabilidad, es decir, es propensa a continuar trabajando en aquello que desea y valora, será capaz de manejar su estado emocional de una forma mucho más efectiva y la necesidad de huir de él será menor.

Con respecto a las limitaciones del presente estudio, es necesario mencionar la falta de una muestra clínica. Aunque el objetivo principal consistiese en la validación del AAQ-II para población general española, el empleo de una muestra clínica hubiese ayudado a crear baremos de puntuaciones mucho más precisos. Además, hubiese permitido definir un punto de corte a partir del cual considerar que una persona está en riesgo de desarrollar un problema psicológico en un futuro.

### **Conclusiones**

Tras el estudio realizado, pueden sacarse las siguientes conclusiones, relacionadas con los objetivos y sus respectivas hipótesis planteadas al principio.

La fiabilidad del AAQ-II muestra valores altos ( $\alpha > .90$ ).

Todos los índices de discriminación de los ítems del AAQ-II superan .3.

El AAQ-II posee un buen ajuste a una estructura factorial unidimensional.

Se puede concluir la validez con otras pruebas del AAQ-II gracias al patrón esperado en la matriz de correlaciones.

Ha sido posible construir un baremo de puntuaciones, así como distintos baremos en función del Grupo de Edad, para hombres y para mujeres.

La variable Sexo influye en la EE.

La variable Edad influye en la EE.

Una puntuación baja o alta en EE influye en el uso de auto-mejora y el uso de auto-denigración del humor.

Los ítems del AAQ-II no poseen funcionamiento diferencial en función del sexo.

La creación de un modelo matemático por medio de un path-analysis que relaciona la EE, la ansiedad, la depresión, los cinco grandes factores de la personalidad y la Inteligencia Emocional muestra un ajuste correcto.

## Referencias

- Bach, P. A. (2001). Acceptance and commitment therapy in the treatment of symptoms of psychosis. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 61(11-B), 6124.
- Barraza-López, R. J., Muñoz-Navarro, N. A., y Behrens-Pérez, C. C. (2017). Relación entre inteligencia emocional y depresión-ansiedad y estrés en estudiantes de medicina de primer año. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 55(1), 18-25. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272017000100003>
- Barrett, K., O'Connor, M., y McHugh, L. (2019). A systematic review of values-based psychometric tools within Acceptance and Commitment Therapy (ACT). *The Psychological Record*. <https://doi.org/10.1007/s40732-019-00352-7>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., y Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676–688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Brown, E., Shrestha, M., y Gray, R. (2020). The safety and efficacy of acceptance and commitment therapy against psychotic symptomatology: A systematic review and meta-analysis. *Revista brasileira de psiquiatria*, S1516-44462020005024207. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0948>
- Cobos-Sánchez, L., Fluja-Contreras- J. M., y Gómez-Becerra, I. (2017). Intervención en flexibilidad psicológica como competencia emocional en adolescentes: Una serie de casos. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4(2), 135-141.
- Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias (2015). *Código deontológico del Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias*. [http://www.cop-asturias.org/@ASThiar\\_JUN/uploads/deonto/CodigoDeontologico-COPPA-2015.pdf](http://www.cop-asturias.org/@ASThiar_JUN/uploads/deonto/CodigoDeontologico-COPPA-2015.pdf)
- Coto-Lesmes, R., Fernández-Rodríguez, C., y González-Fernández, S. (2020). Acceptance and Commitment Therapy in group format for anxiety and

- depression. A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 263, 107–120. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.154>
- De Groot, F., Morrens, M., y Dom, G. (2014) Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and addiction: A literature review. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 56(9), 577-585.
- Den Ouden, L., Tiego, J., Lee, R. S. C., Albertella, L., Greenwood, L.-M., Fontenelle, L., Yücel, M., y Segrave, R. (2020). The role of experiential avoidance in transdiagnostic compulsive behavior: A structural model analysis. *Addictive Behaviors*, 108, 106464. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106464>
- Eaton, W. W., Shao, H., Nestadt, G., Lee, H. B., Bienvenu, O. J., y Zandi, P. (2008). Population-based study of first onset and chronicity in major depressive disorder. *Archives of general psychiatry*, 65(5), 513–520. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.5.513>
- Fernandez-Berrocal, P., Extremera, N., & Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94(3), 751–755. <https://doi.org/10.2466/pr0.94.3.751-755>
- Fernandez-Berrocal, P., Extremera, N., y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94(3), 751–755. <https://doi.org/10.2466/pr0.94.3.751-755>
- Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C, y Watson, D. (2011). Development of a measure of experiential avoidance: The Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire. *Psychological Assessment*, 23, 692-713. <https://doi.org/10.1037/a0023242>
- Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., Suzuki, N., y Watson, D. (2014). The Brief Experiential Avoidance Questionnaire: Development and initial validation. *Psychological Assessment*, 26(1), 35–45. <https://doi.org/10.1037/a0034473>
- García-Madruga, J. A. (2010). *Psicología del desarrollo I*. UNED.
- Gómez-Benito, J., Hidalgo, M. D., y Zumbo, B. D. (2013). Effectiveness of combining statistical tests and effect sizes when using logistic discriminant function

- regression to detect Differential Item Functioning for polytomous items. *Educational and Psychological Measurement*, 73(5), 875–897. <https://doi.org/10.1177/0013164413492419>
- Han, A., Yuen, H. K., y Jenkins, J. (2020). Acceptance and commitment therapy for family caregivers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Health Psychology*. <https://doi.org/10.1177/1359105320941217>
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639–665. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., y Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., y Guerrero, L. F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, 35(1), 35–54. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(04\)80003-0](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(04)80003-0)
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., y Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. W., 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.
- Hernández, A., Ponsoda, V., Muñoz, J., Prieto, G., y Elosua, P. (2016). Revisión del modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España. *Papeles Del Psicologo*, 37(3), 192–197.
- Hoyle, R. H., (2012). *Structural equation modeling*. The Guilford Press.
- IBM Corp. (2016). *IBM SPSS Statistics for Windows* (Versión 24) [Computer software]

- Kelly, K. M., & Mezuk, B. (2017). Predictors of remission from generalized anxiety disorder and major depressive disorder. *Journal of affective disorders*, 208, 467–474. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.042>
- Kline, R.B. (2011). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. The Guilford Press.
- Landi, G., Pakenham, K. I., Bocolini, G., Grandi, Si., y Tossani, E. (2020). Health anxiety and mental health outcome during COVID-19 lockdown in Italy: The mediating and moderating roles of psychological flexibility. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02195>
- Lappalainen, R., Lehtonen, T., Skarp, E., Taubert, E., Ojanen, M., y Hayes, S. C. (2007). The impact of CBT and ACT models using psychology trainee therapists. *Behavior Modification*, 31(4), 488–511. <https://doi.org/10.1177/0145445506298436>
- Latzman, R. D., y Masuda, A. (2013). Examining mindfulness and psychological inflexibility within the framework of Big Five personality. *Personality and Individual Differences*, 55(2), 129–134. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.02.019>
- Lenhard, W., y Lenhard, A. (2016). *Calculation of effect sizes*. Psychometrica. [https://www.psychometrica.de/effect\\_size.html](https://www.psychometrica.de/effect_size.html).
- Leonard, K. A., Ellis, R. A., y Orcutt, H. K. (2020). Experiential avoidance as a mediator in the relationship between shame and posttraumatic stress disorder: The effect of gender. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(6), 651–658. <https://doi.org/10.1037/tra0000601>
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. (2018). *Boletín Oficial del Estado*, 294, sec. I, de 6 de diciembre de 2018, 119788 a 119857. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3/dof/spa/pdf>
- Lorenzo-Seva, U., y Joan Ferrando, P. (2020). *Factor* (Versión 10.10.03) [Computer software]. Universitat Rovira i Virgili. <https://psico.fcep.urv.es/utilitats/factor/Download.html>

- Lozano, L., García-Cueto, E. y Lozano, L. M. (2010). *Cuestionario Educativo-Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD)*. TEA Ediciones.
- Maestro, A., González Duro, E., Rendueles, G. O., y Fernández-Liria, A. (2017). *Salud mental y capitalismo*. CISMA.
- Mahlo, L., y Windsor, T. D. (2020). Older and more mindful? Age differences in mindfulness components and well-being. *Aging & Mental Health*, 1–12. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1734915>
- Martin, R. A., Puhlik-Doris, P., Larsen, G., Gray, J., y Weir, K. (2003). Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: Development of the Humor Styles Questionnaire. *Journal of Research in Personality*, 37(1), 48-75. [https://doi.org/10.1016/S0092-6566\(02\)00534-2](https://doi.org/10.1016/S0092-6566(02)00534-2).
- Mathew, A., Doorenbos, A. Z., Jang, M. K., y Hershberger, P. E. (2020). Acceptance and commitment therapy in adult cancer survivors: A systematic review and conceptual model. *Journal of Cancer Survivorship*. <https://doi.org/10.1007/s11764-020-00938-z>
- Menéndez-Aller, Á., Postigo, Á., Montes-Álvarez, P., González-Primo, F. J., y García-Cueto, E. (2020). Humor as a protective factor against anxiety and depression. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 20(1), 38-45. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.12.002>
- Muthén, L. K., y Muthén, B. O. (2017). *Mplus* (Version 8). [Computer Software]. Muthén & Muthén.
- Pande, N. (2014). Effect of sense of humour on positive capacities: An empirical inquiry into psychological aspects. *Global Journal of Finance and Management*, 6(4), 385-390.
- Pavón-Cuéllar, D. (2017). Subjetividad y psicología en el capitalismo neoliberal. *Psicología Política*, 17(40), 589-607.
- Pedrosa, I., Juarros-Basterretxea, J., Robles-Fernández, A., Basteiro, J., y García-Cueto, E. (2015). Pruebas de bondad de ajuste en distribuciones simétricas ¿Qué estadístico utilizar? *Universitas Psychologica*, 14(1), 245-254. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy13-5.pbad>



- Pena, M., y Losada, L. (2017). Test anxiety in spanish adolescents: Examining the role of emotional attention, and ruminative self-focus and regulation. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01423>
- Pérez-Álvarez, M., Sánchez, J. C., y Cabanas, E. (2018). *La vida real en tiempos de la felicidad: Crítica de la psicología (y de la ideología) positiva*. Alianza Editorial.
- Rocheftort, C., Baldwin, A. S., y Chmielewski, M. (2017). Experiential avoidance: An examination of the construct validity of the AAQ-II and MEAQ. *Behavior Therapy*, <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.08.008>
- Rolffs, J. L., Rogge, R. D., y Wilson, K. G. (2016). Disentangling components of flexibility via the Hexaflex Model: Development and validation of the Multidimensional Psychological Flexibility Inventory (MPFI). *Assessment*, 25(4), 458–482. <https://doi.org/10.1177/1073191116645905>
- Ruiz, F. J., Langer Herrera, A. I., Luciano, C., Cangas, A. J., y Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psicothema*, 25(1), 123-129. <https://doi.org/10.7334/psicothema2011.239>
- Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P., Balluerka, N., y Aritzeta, A. (2010). Measuring Perceived Emotional Intelligence in the adolescent population: Psychometric properties of the Trait Meta-Mood Scale. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 38(9), 1197–1209. <https://doi.org/10.2224/sbp.2010.38.9.1197>
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S., Turvey, C, y Palfai, T. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. In J. W. Pennebaker (Ed.). *Emotion, disclosure, and health* (pp. 125-154). American Psychological Association.
- Samaan, M., Diefenbacher, A., Schade, C., Dambacher, C., Pontow, I.-M., Pakenham, K., y Fydrich, T. (2020). A clinical effectiveness trial comparing ACT and CBT for inpatients with depressive and mixed mental disorders. *Psychotherapy Research*, 1–14. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1802080>

- Schneider, M., Voracek, M. y Tran, U. S. (2018). "A joke a day keeps the doctor away?" Meta-analytical evidence of differential associations of habitual humor styles with mental health. *Scandinavian Journal of Psychology*, 59, 289-300.
- Seshadri, A., Orth, S. S., Adaji, A., Singh, B., Clark, M. M., Frye, M. A., McGillivray, J., y Fuller-Tyszkiewicz, M. (2020). Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, and Positive Psychotherapy for Major Depression. *American journal of psychotherapy*.  
<https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20200006>
- Steenhaut, P., Rossi, G., Demeyer, I., y De Raedt, R. (2018). How is personality related to well-being in older and younger adults? The role of psychological flexibility. *International Psychogeriatrics*, 1–11. <https://doi.org/10.1017/s1041610218001904>
- Sung, G., Park, Y., Choi, T. K., & Park, S. W. (2017). Implicit theories and depression in clinical and non-clinical samples: The mediating role of experiential avoidance. *Current Psychology*, 39, 68-73. <https://doi.org/10.1007/s12144-017-9736-z>
- Törneke, N. (2010). *Learning RFT: An introduction to Relational Frame Theory and its clinical application*. Context Press
- Torres-Marín, J., Navarro-Carrillo, G., & Carretero-Dios, H. (2018). Is the use of humor associated with anger management? The assessment of individual differences in humor styles in Spain. *Personality and Individual Differences*, 120, 193-201. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.08.040>
- Vázquez-Morejón, R., Rubio, J. M., Rodríguez, A. M., y Morejón, A. J. (2019). Validation of a Spanish version of the Brief Experiential Avoidance Questionnaire (BEAQ) in clinical population. *Psicothema*, 31(3), 335-340. <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.60>
- Vigil-Colet, A., Morales-Vives, F., Camps, E., Tous, J., y Lorenzo-Seva, L. (2013). Development and validation of the Overall Personality Assessment Scale (OPERAS). *Psicothema*, 25(1), 100-106. <https://doi.org/10.7334/psicothema2011.411>

Yonkers, K. A., Bruce, S. E., Dyck, I. R., y Keller, M. B. (2003). Chronicity, relapse, and illness--course of panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: findings in men and women from 8 years of follow-up. *Depression and anxiety*, 17(3), 173–179. <https://doi.org/10.1002/da.10106>

Zumbo, B. D. (1999). *A handbook on the theory and methods of differential item functioning (DIF): Logistic Regression Modeling as a Unitary Framework for Binary and Likert-Type (Ordinal) Items Scores*. Directorate of Human Resources Research and Evaluation, Department of National Defense.

### Anexo I. Baremos del AAQ-II

Baremo general			
	7		1
	8		2
	9		3
	10-14		4
	15-18		5
	19-23		6
	24-28		7
	29-32		8
	33-37		9
	38-49		10
Baremo para edades entre 18 y 29 años			
Hombres		Mujeres	
7	1	7	1
8	2	8-10	2
9-10	3	11-15	3
11-15	4	16-20	4
16-20	5	21-24	5
21-25	6	25-29	6
26-30	7	30-34	7
31-37	8	35-39	8
38-42	9	40-43	9
43-49	10	44-49	10
Baremo para edades entre 30 y 45 años			

Hombres		Mujeres	
7	1	7	1
8	2	8	2
9	3	9-10	3
10-13	4	11-15	4
14-17	5	16-20	5
18-21	6	21-25	6
22-24	7	26-30	7
25-28	8	31-34	8
29-34	9	35-40	9
35-49	10	41-49	10

Baremo para edades entre 46 y 55 años

Hombres		Mujeres	
7	1	7	1
8	2	8	2
9	3	9	3
10-13	4	10-13	4
14-17	5	14-18	5
18-21	6	19-22	6
22-25	7	23-26	7
26-30	8	27-29	8
31-35	9	30-35	9
36-49	10	36-49	10

Baremo para edades superiores a 55 años

Hombres		Mujeres	
---------	--	---------	--

---

7	1	7	1
8	2	8	2
9	3	9	3
10	4	10-12	4
11-14	5	13-15	5
15-17	6	16-19	6
18-21	7	20-23	7
22-24	8	24-27	8
25-28	9	28-33	9
29-49	10	34-49	10

---