

## MLS PSYCHOLOGY RESEARCH

<https://www.mlsjournals.com/Psychology-Research-Journal>

ISSN: 2605-5295



### Cómo citar este artículo:

Ortega Alcaraz, V. (2021). Estudio correlacional: evitación experiencial, insomnio y rumiación en adolescentes. *MLS Psychology Research* 4 (1), 99-115. doi: 10.33000/mlspr.v4i1.641.

## ESTUDIO CORRELACIONAL: EVITACIÓN EXPERIENCIAL, INSOMNIO Y RUMIACIÓN EN ADOLESCENTES

Virginia Ortega Alcaraz

Universidad Europea del Atlántico (España)  
[virginia.ortega@alumnos.uneatlantico.es](mailto:virginia.ortega@alumnos.uneatlantico.es)

**Resumen.** El objetivo principal del estudio fue analizar la relación de las variables evitación experiencial, estilo de respuesta rumiativo e insomnio en función del sexo, edad y nivel académico. Se trata de un estudio observacional correlacional transversal, con una muestra no clínica en población adolescente, seleccionados mediante muestreo no probabilístico. Los instrumentos utilizados han sido el AAQ-II, el RRS y el ISI, que miden evitación experiencial, estilo de respuesta rumiativo e insomnio, respectivamente. Los resultados muestran una correlación lineal positiva entre los cuestionarios administrados (AAQ-II, RRS e ISI), siendo la más alta entre AAQ-II y RRS (0,648). Además, se han encontrado diferencias significativas en función del sexo para la evitación experiencial (sig. 0,001, asumiendo varianzas diferentes) y para la rumiación (sig. 0.090, se asumen varianzas iguales). Podría existir una asociación entre estas tres variables, además de una alimentación recíproca en adolescentes.

**Palabras clave:** terapia de aceptación y compromiso, evitación experiencial, insomnio, rumiación, adolescentes.

## CORRELATIONAL STUDY: EXPERIENTIAL AVOIDANCE, INSOMNIA AND RUMIATION IN ADOLESCENTS

**Abstract.** The main objective of the study was to analyze the relationship of the variables experiential avoidance, ruminant response style and insomnia according to sex, age and academic level. It is a cross-sectional correlational observational study, with a non-clinical sample in an adolescent population, selected by non-probabilistic sampling. The instruments used were the AAQ-II, the RRS and the ISI, which measure experiential avoidance, ruminant response style, and insomnia, respectively. The results show a positive linear correlation between the administered questionnaires (AAQ-II, RRS and ISI), the highest being between AAQ-II and RRS (0.648). In addition, significant differences have been found as a function of sex for experiential avoidance (sig. 0.001, assuming different variances) and for rumination (sig. 0.090, assuming equal variances). There could be an association between these three variables, in addition to reciprocal feeding in adolescents.

**Keywords:** acceptance and commitment therapy, experiential avoidance, insomnia, rumination, adolescents.

## Introducción

Dentro de la historia de la terapia de conducta existen tres momentos distinguibles, lo que hace referir a las terapias de primera, segunda y tercera generación, en función de lo que caracteriza a cada una de ellas. La primera generación se sitúa en la década de 1950, y supuso la instauración de principios científicos, dados sobre todo por la psicología del aprendizaje. La segunda generación se sitúa en torno a 1970, con la terapia cognitivo-conductual (TCC); a la ciencia psicológica se le sumaba el procesamiento de la información (Pérez, 2006). La tercera generación se sitúa a partir de la década de 1990; son conocidas como las terapias contextuales. En términos científicos, este movimiento se identificó inicialmente como análisis de la conducta clínica, por enfatizar su carácter conductual asentado en el análisis funcional y el conductismo radical, y con particular interés en la conducta verbal (Kohlenberg, Kohlenberg, Kanter y Parker, 2002).

Concretamente, las terapias de “tercera ola” o, “terapias contextuales cognitivo-conductuales”, denominación acuñada por Hayes, hace referencia a una expansión o prolongación de los desarrollos y estudios previos. Esto se aprecia, por ejemplo, en la inclusión de los procedimientos de TCC tradicionales dentro de los nuevos abordajes terapéuticos, aunque sí es cierto que hay dos diferencias principales: los propósitos y mecanismos de cambio son con el fin de incrementar repertorios conductuales, y no con objetivo de reducir o cambiar nada; y se dejan de usar intervenciones que no han recibido buen soporte experimental. Además, se añade que se acepta integrar cualquier técnica que permita alterar el contexto de un contenido interno. Se enfocan principalmente en el contexto y la función de los eventos psicológicos (pensamientos, sensaciones o emociones) en lugar de en el contenido, validez, intensidad o frecuencia, como pasaba en la primera y segunda generación. Por lo tanto, no se centran en cambiar el contenido de las experiencias internas, sino en modificar su función, a través de la modificación del contexto en el cual tienen lugar. Con los abordajes de tercera ola se trata de crear conjuntos de habilidades que puedan utilizarse en otras situaciones y así, eliminar el abordaje sindrómico y reemplazarlo por nuevos aprendizajes. Por último, otro aspecto a considerar es que se demanda al terapeuta explorar los mismos principios que se van a trabajar con el paciente, y no solo al paciente, como pasa en las anteriores etapas (Maero, 2013).

Una revisión exhaustiva de los estudios de las terapias de primera y segunda generación confirman que hay poco apoyo empírico para el papel de cambio cognitivo como causal en las mejoras sintomáticas logradas en la TCC. Se han identificado tres anomalías empíricas en cuanto a la literatura de investigación: hay escasez de datos que indiquen que los cambios en los mediadores cognitivos provocan cambios sintomáticos; los análisis de los componentes de tratamiento no han demostrado que las intervenciones cognitivas aporten un valor añadido significativo a la terapia; y los tratamientos de TCC se han asociado con una rápida mejoría sintomática antes de la introducción de intervenciones cognitivas específicas (Hayes, 2004).

Las terapias de tercera generación son: Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999); Psicoterapia Analítica Funcional (PAF) (Kohlenberg Tsai, 2008); Terapia de Conducta Dialéctica, (TCD) (Linehan, 1993); Terapia Integral de Pareja (TIP) (Jacobson et al., 2000); Activación Conductual (AC)

(Jacobson, Martell y Dimidjian, 2001); Terapia con Base en Mindfulness (BMT) (Segal, Williams y Teasdale, 2002); Terapia Cognitiva con Base en la Persona para las Psicosis (Chadwick, 2009) (ver Pérez, 2014).

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), desarrollada por Steven Hayes, es la más conocida y desarrollada de todas las terapias de tercera generación. Tiene su base conceptual en la Teoría del Marco Relacional (RFT), teoría psicológica del lenguaje y la cognición humana (Hayes, Barnes-Holmes y Wilson, 2012). La RFT pone su foco de análisis en la influencia que tienen el lenguaje y la cognición, concebidos como aprendizaje relacional (Ramnerö y Törneke, 2008). Sostiene que en el proceso del lenguaje se aprenden a relacionar objetos y eventos sobre la base de símbolos o claves socialmente establecidas hasta que se produce la abstracción de la clave contextual que los relaciona (Hayes, Barnes-Holmes, Roche, 2001). Tanto RFT como ACT, cuentan con creciente evidencia empírica (Ruiz, 2010), así como una variedad de extensiones, desde el consumo de sustancias (Luciano, Páez-Blarrina y Valdivia-Salas, 2010) a la mejora ajedrecística (Ruiz y Luciano, 2009).

Además, ACT se enmarca en una posición filosófica funcional. Así es que, los eventos psicológicos (entendidos como cualquier conducta emitida por el individuo, incluyendo pensar, sentir, recordar...) solo se comprenden en relación a su contexto, y se conceptualizan como el conjunto de interacciones en curso entre el organismo con su contexto actual e histórico (Hayes, 2004). En el contextualismo funcional se realiza un análisis de los eventos psicológicos, tanto públicos como privados, como si fuesen un todo indivisible, teniendo en cuenta las circunstancias presentes y las determinadas por su historia; se toma el rol del contexto como centro del análisis y comprensión de la naturaleza y función de cualquier evento psicológico; se pone énfasis en un criterio de verdad pragmático, es decir, se tomará verdadero aquello que para la persona funcione y resulte útil para producir cambios; y se establecen objetivos científicos específicos, que hará posible la valoración de lo útil y lo que ha funcionado (Bligan y Hayes, 1996; Hayes, 2004).

A partir de los estudios experimentales en torno a la RFT y su concepción acerca de cómo funciona la conducta, ACT plantea un sistema dimensional y transdiagnóstico de la psicopatología en el que se establecen una serie de procesos comunes a la mayoría de problemas psicológicos, lo que se ha denominado “evitación experiencial” o más recientemente “inflexibilidad psicológica” (Hayes et al., 1996; Luciano, 2016).

La evitación experiencial puede definirse como la tendencia a evitar o escapar de los eventos privados particulares como sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos, predisposiciones conductuales, etc. e intenta modificar la forma o frecuencia de esos eventos y el contexto que los provoca (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996), aun cuando haciéndolo así es inefectivo, costoso o innecesario (Hayes y Lillis, 2012). Se trata de un patrón que se encuentra en la base de numerosos diagnósticos diferenciados en los sistemas de clasificación tradicionales, como adicciones, trastornos de control de impulsos, trastornos alimentarios, afectivos, de ansiedad, síntomas psicóticos, en el estrés postraumático y enfermedades crónicas (Hayes, Masuda, Bissett, Luoma y Guerrero, 2004; Ruiz, 2010). Las actuaciones dirigidas a la evitación y el control son movimientos reforzados negativamente, aligeran la experiencia dolorosa, así como reforzados positivamente, ya que se ajustan a las reglas culturales que establecen que el control es la solución del problema. Sin embargo, estas conductas son el auténtico problema y provocan un efecto rebote, volviendo a traer de vuelta el malestar, e incluso, en ocasiones con mayor intensidad y más extendido (Campbell-Sills, Barlow, Brown y Hofmann, 2006).

Por otro lado, se describen seis procesos dentro de la ACT. Todos ellos tienen como objetivo final, tratar la función de los procesos internos molestos (no de alterar el contenido) y de generar así, flexibilidad en la regulación del comportamiento. Dicho de otro modo, romper con la rigidez conductual del trastorno de evitación experiencial (TEE), que viene dado por la inflexibilidad psicológica (Wilson y Luciano, 2002; Hayes y Strosahl, 2004). El esclarecimiento de valores y la práctica de defusión cognitiva, o discriminar y tomar conciencia de los pensamientos y sensaciones o recuerdos que sobrevienen en el aquí y ahora son los dos aspectos centrales (Törneke, Luciano, Barnes-Holmes y Bond, 2015). Los valores serían direcciones globales elegidas, deseadas, construidas verbalmente, que no pueden ser alcanzadas como objetos, pero pueden ser elegidas momento a momento a partir de la conducta (Páez, Gutiérrez, Valdivia y Luciano, 2006). Para entender la defusión es necesario saber lo que es la fusión. Así es que, la fusión se da cuando la persona queda enredada en los pensamientos y funciones de las palabras, y queda controlada por ellas. Esta forma de funcionar “fusionado” desemboca en repertorios conductuales estrechos, inflexibles e insensibles. Por lo tanto, la defusión implica crear contextos no literales y conlleva aceptación, apertura y conciencia de los eventos privados para quedar al servicio de las acciones basadas en los propios valores de la persona (Hayes, 2004). Los demás procesos serían la aceptación de los eventos privados; el nivel de contacto con el momento presente “aquí y ahora” haciendo lo que importa; yo como contexto, que entiende el yo como un proceso que está presente, en contraposición del yo-contenido; y, por último, la acción comprometida con los valores presentes. El análisis funcional indicará las características del patrón de inflexibilidad de la evitación experiencial, y el objetivo terapéutico se centrará en facilitar la flexibilidad cognitiva con los eventos privados mientras la persona orienta su vida hacia lo que verdaderamente importe (Luciano y Valdivia, 2006).

La flexibilidad psicológica es la alternativa terapéutica que se va a perseguir desde ACT. Es definida como la habilidad de contactar plenamente con el momento presente, ser conscientes y poder apreciar con distancia los pensamientos y sensaciones que se tienen, y persistir o cambiar el comportamiento, cuando hacerlo sitúe a la persona en una dirección con valores (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006). Por lo tanto, el principal objetivo terapéutico en ACT es flexibilizar la reacción al malestar, partiendo de que la resistencia limita la vida, y centrarse en el control del malestar, dejarse llevar, o fusionarse a éste, supone perder la dirección valiosa (Luciano y Valdivia, 2006).

Diversos estudios han demostrado el efecto positivo de ACT en varios trastornos mentales. Por ejemplo, el entrenamiento en la aceptación del dolor aumenta la tolerancia a éste (Dahl, Wilson y Nilsson, 2004); en enfermedades crónicas, la aceptación de los pensamientos difíciles y sentimientos, así como la disposición a seguir adelante son buenos predictores de un adecuado automanejo de la enfermedad (Gregg, 2004).

Así, también se ha investigado sobre el insomnio, y parece ser que la evitación experiencial puede ser un factor de riesgo para el insomnio (Zakiei et al., 2017). Además, investigaciones muestran que los trastornos emocionales y los trastornos del sueño están relacionados (Spoormaker y van den Bout, 2005). Por lo que, deducen que la evitación experiencial puede asociarse con el insomnio. Evitar pensamientos y experiencias internas aumenta la excitación fisiológica y las emociones negativas, lo que conduce al insomnio (Fledderus, Oude Voshaar, Ten Klooster y Bohlmeijer, 2012). Zakiei, Khazaie, Reshadat, Rezaei y Komasi (2020) reafirmaron en su investigación que las dificultades en la regulación de las emociones eran mayores en los pacientes con insomnio. Así mismo, se ha comprobado que ACT también puede ser eficaz para controlar el insomnio (Khazaie y Zakiei, 2019; Päivi et al., 2019; Zakiei y Khazaie, 2019; Dalrymple et al., 2010). ACT aumenta el deseo del paciente de tener una buena experiencia de sueño al

realizar cambios en la relación con las actitudes y pensamientos en el contexto de la persona con su problema de sueño, con miras a mejorar la calidad del sueño (Khazaie y Zakiei, 2019).

Por otro lado, existen estudios que han relacionado la evitación experiencial y la rumiación (Aldao, Nolen-Hoeksema y Schweizer, 2010). La rumiación es el estilo de respuesta por el cual las personas se centran en pensamientos repetitivos, sus causas o consecuencias, en lugar de plantearse estrategias de resolución de problemas que ayudarían a reducir tales eventos privados (Nolen-Hoeksema, 1991). Pérez Álvarez (2014) agrega que la rumiación es la conducta de analizar repetidamente sobre un mismo hecho, sin que estos sean esclarecedores de la situación, sino más bien como una pauta de evitación. La rumia se presenta como una forma de perseveración cognitiva (Aldao, Nolen-Hoeksema y Schweizer, 2010). Se cree que estrategias de regulación emocional desadaptativas agravan este estilo de respuesta rumiativa, teniendo importantes implicaciones en numerosos trastornos mentales y físicos, denominados, por lo tanto, procesos “transdiagnósticos” (Harvey, Watkins, Mansell y Shafran, 2004; Kring y Sloan, 2009). Por otro lado, resultados de estudios relacionales han encontrado relaciones significativas entre evitación experiencial y rumiación, junto con depresión y ansiedad, en poblaciones no clínicas (estudiantes universitarios) (Cribb, Moulds, y Carter, 2006; Moulds, Kandris, Starr, y Wong, 2006).

Los adolescentes presentan dificultades, especialmente, en el control de sus reacciones e impulsos cuando experimentan emociones intensas. Por lo tanto, en muchas ocasiones carecen de herramientas para hacer frente a las demandas de interacciones sociales y a la búsqueda de un camino de vida (Madil, Quintero y Maero, 2017). En la población adolescente se anota un exceso de conductas de evitación experiencial para mitigar el dolor a corto plazo, así como una fusión excesiva con los pensamientos, lo que hace difícil a los adolescentes comprometerse con unos valores y un camino de vida (Murrell, Coyne y Wilson, 2004). Por otro lado, se ha evidenciado una particular relación entre la rumiación y los trastornos depresivos y ansiosos (Cova, Rincón y Melipillán, 2007). Así, diversos estudios epidemiológicos, señalan como factores críticos el sexo y la edad, indicando que las mujeres son dos veces más propensas que los hombres a presentar rumiación y depresión y, a su vez se ha señalado una mayor tendencia a la rumiación en respuesta a un malestar emocional en la adolescencia y la adultez (Nolen-Hoeksema y Watkins, 2011). Por último, diversos estudios han encontrado una alta prevalencia de insomnio tanto en niños sanos como en niños con comorbilidad psiquiátrica, como ansiedad, depresión y desórdenes del espectro autista (Chesson, Anderson y Littner, 1999; Roberts, Roberts, Chan, 2006). En un metaanálisis realizado por Dewald, Meijer, Oort, Kerkhof y Bögels (2010) se concluyó que el sueño insuficiente, la mala calidad del sueño y la somnolencia son problemas comunes en niños y adolescentes y que se relacionan con el aprendizaje, la memoria y el rendimiento escolar.

El presente estudio ampliará el conocimiento de la evitación experiencial como una posible dimensión funcional diagnóstica a ser utilizada. Más específicamente, permitirá lograr una mayor comprensión acerca de las pautas de evitación experiencial y su relación con el insomnio y el estilo de respuesta rumiativo, así como entre insomnio y rumiación. Conocer cómo se presentan estas variables en la población adolescente y, cómo se asocian entre ellas teniendo en cuenta edad, sexo y curso académico. Puesto que la evitación experiencial está en la base de numerosos diagnósticos, que es un factor de riesgo para el padecimiento de insomnio, y se ha visto relacionado con el pensamiento rumiativo; a la vez que, se ha encontrado relación entre el insomnio y trastornos emocionales, y la rumiación con la depresión y la ansiedad, explorar la asociación de estas tres variables y, cómo pueden influir edad, sexo y curso académico ofrecerá un mayor

entendimiento sobre qué influencia tienen estas variables en adolescentes, ya que son población de riesgo, para el padecimiento de problemas emocionales y, con miras a poder en un futuro establecer líneas de intervención en estos puntos.

El objetivo de este estudio fue analizar la relación entre las variables evitación experiencial, rumiación e insomnio en función de la edad, sexo y nivel académico en jóvenes de entre 12 y 17 años, con el fin de lograr una mayor comprensión, conocer de qué manera se presentan y, si existen asociaciones entre estas variables. Para este propósito se administró un cuestionario de datos demográficos; el AAQ-II, para medir la evitación experiencial; el RRS, para evaluar pensamiento rumiativo y; el ISI, para el insomnio.

Las hipótesis que se plantean son las siguientes: (1) a mayor evitación experiencial, mayor insomnio; (2) a mayor evitación experiencial, mayor rumiación; (3) a mayor rumiación, mayor insomnio; (4) diferencias significativas en las puntuaciones de evitación experiencial, rumiación e insomnio con respecto al sexo, edad y curso académico; y, (5) a mayor edad y mayor nivel académico mayores puntuaciones en evitación experiencial, rumiación e insomnio.

## Método

### *Diseño*

Estudio observacional correlacional transversal con muestra no clínica.

### *Participantes*

Se incluyó una muestra no probabilística de 103 estudiantes, de 1º, 2º, 3º y 4º de E.S.O. que participaron de manera voluntaria en la investigación, de los cuales 58 eran mujeres (56,3%) y 45 hombres (43,7%). Las edades estaban comprendidas entre 12 y 17 años con una edad media total de 13,87. La muestra fue extraída del Colegio y Escuela Hogar Cristo Rey Alcalá La Real (Jaén), matriculados en el año académico 2019-2020.

Los criterios de inclusión fueron: (1) consentimiento para participar en el estudio; (2) estar escolarizados en los cursos académicos de 1º a 4º de E.S.O. y (3) estar en el rango de edad de 12 a 18 años. Los criterios de exclusión fueron: (1) tener déficits audiovisuales; (2) tener algún trastorno psiquiátrico o patología médica que impidan una correcta participación.

### *Instrumentos*

Acceptance and Action Questionnaire – II (AAQ-II) (Bond et al., 2011). Se ha usado la adaptación española de Ruiz, Langer, Luciano, Cangas, and Beltrán (2013). Es una medida general de evitación experiencial o inflexibilidad psicológica. Está formado por 7 ítems en una escala baremada en 7 puntos tipo Likert, siendo 1 *nunca es verdad* y 7 *siempre es verdad*. Los ítems reflejan falta de voluntad para experimentar emociones o pensamientos indeseados y falta de habilidad para estar en el momento presente y comportarse de acuerdo a lo valorado cuando se experimentan eventos psicológicos indeseados. El instrumento presenta una solución unifactorial con buena consistencia interna (alfa de Cronbach = .88), buena validez convergente, divergente y discriminante.

Ruminative Responses Scale (RRS) de Nolen-Hoeksema et al. (1990; cit. en Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991). Se ha usado la adaptación española de Hervás (2008). Evalúa la presencia de un estilo de respuesta rumiativo: reproches y reflexión. Está compuesta por 22 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de 4 puntos, siendo 1 *casi*

*nunca* y *4 casi siempre*. Se comprobó una adecuada confiabilidad a través del retest, siendo la consistencia interna mayor que en la prueba original ( $\alpha = 0,93$ ) para la escala global (Hervás, 2008).

Insomnia severity index (ISI) (Morin, 1998; Bastien, Vallières y Morin, 2001). Se utilizó la versión española adaptada para jóvenes y adultos (Fernandez-Mendoza et al., 2012). Es un cuestionario breve, sencillo y autoadministrado. Consta de 5 ítems que se evalúa en una escala tipo Likert de 5 puntos, donde 0 es *nada* y 4 *muchísimo*, obteniéndose una puntuación de 0 a 28. El primer ítem evalúa la gravedad del insomnio; el segundo, la satisfacción del sueño; el tercer ítem, las interferencias en el funcionamiento diurno; y el cuarto y quinto, la percepción del problema del sueño y el nivel de preocupación con respecto al sueño, respectivamente. La versión española del ISI muestra índices adecuados de consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach = 0,82). El análisis factorial confirmatorio mostró que una estructura de tres factores proporciona un mejor ajuste a los datos. Se confirmó la fiabilidad y validez para evaluar la gravedad subjetiva del insomnio en la población de habla hispana (Fernandez-Mendoza et al., 2012).

### **Procedimiento**

En primer lugar, se procedió a la preparación de los instrumentos AAQ-II, RRS e ISI, junto con el consentimiento informado y un cuestionario de datos demográficos, en formato papel para su administración.

Todos los instrumentos fueron administrados en el Colegio y Escuela Hogar Cristo Rey Alcalá La Real en el periodo lectivo del curso académico 2020-2021, en concreto en el mes de enero. Para acceder a la muestra fue necesario ponerse en contacto con el director del Centro para explicar de manera detallada la finalidad y objetivos del estudio, y que éste diese su consentimiento. Se determinó el momento de la administración de los cuestionarios con antelación. Todos los participantes dieron su consentimiento para colaborar voluntariamente en el estudio. Se proporcionó a los participantes una explicación detallada de cómo completar los cuestionarios y se garantizó el anonimato de las respuestas. El orden de administración de los instrumentos fue: cuestionario de datos demográficos, AAQ-II, RRS e ISI, con una duración aproximada de 20 minutos para el total de la clase.

Finalmente, se recolectaron los cuestionarios, se procedió a la debida corrección y anotación de datos y puntuaciones. Luego se realizó el análisis estadístico pertinente.

### **Análisis de datos**

Los análisis estadísticos se realizaron utilizando el paquete estadístico IBM SPSS versión 22.0.

Para comenzar, se realizó un análisis descriptivo, expresando las variables cualitativas mediante una distribución de frecuencias y, las variables cuantitativas mediante distribución de frecuencias, media aritmética, varianza y desviación estándar. Se prosiguió analizando la posible asociación entre las variables del estudio mediante el cálculo de coeficientes de correlación de Pearson bivariadas: evitación experiencial con pensamiento rumiativo y, con insomnio, respectivamente; y, por otra parte, pensamiento rumiativo con insomnio. La prueba T de Student para muestras independientes se utilizó con el fin de comparar si existen diferencias significativas para la variable sexo (con dos niveles, masculino y femenino) y según el cuestionario administrado (AAQ-II, RRS e ISI). Por último, para analizar las otras dos variables, edad (con seis niveles, 12, 13, 14, 15, 16 y 17 años) y curso (con cuatro niveles, 1º, 2º, 3º y 4º de E.S.O.) elegimos el ANOVA de un Factor para muestras independientes.

Puesto que no hemos encontrado diferencias significativas entre ninguna de las variables analizadas en el ANOVA, no tiene sentido realizar un análisis más exhaustivo mediante las pruebas post hoc, para conocer exactamente entre qué dos niveles existen las diferencias significativas.

### Resultados

De la muestra total de estudio, 103 participantes, el 43,7% fueron hombres y el 56,3% mujeres con un rango de edad de 12 a 17 años, siendo la media de edad de 13,87. En cuanto al nivel académico, el 22,3% cursaban estudios de 1° de E.S.O., el 26,2% 2° de E.S.O., el 29,1% 3° de E.S.O., y el 22,3% 4° de E.S.O. (Ver tabla 1).

Tabla 1  
*Variables demográficas de la muestra de estudio*

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombre	45	43,7
	Mujer	58	56,3
	Total	103	
Nivel Académico	1° E.S.O.	23	22,3
	2° E.S.O.	27	26,2
	3° E.S.O.	30	29,1
	4° E.S.O.	23	22,3
	Total	103	
Edad	12	18	17,5



13	23	22,3
14	27	26,2
15	27	26,2
16	5	4,9
17	3	2,9
Total:	103	
Media:	13,87	
Desviación típica:	1,28	
Varianza:	1,64	

---

Entre las puntuaciones de todos los cuestionarios existe una relación lineal positiva, es decir, si puntúan alto en un cuestionario puntuarán alto en el otro. Comparando las correlaciones, la más alta es entre el cuestionario AAQ-II y RRS (0,648), después entre el ISI y el RRS (0,386), y por último el AAQ-II e ISI (0,297). (Ver tabla 2)

Tabla 2  
 Correlación de Pearson entre AAQ-II y RRS, AAQ-II e ISI y RRS e ISI

	AAQ-II y RRS	RRS e ISI	AAQ-II e ISI
Correlación de Pearson	0,648	0,386	0,297
Sig. (bilateral)	0	0	0,002
N	103	103	103

Nota: \* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

De la prueba T para muestras independientes para la variable sexo (con dos niveles, masculino y femenino) obtenemos que en el cuestionario AAQ-II sí hay diferencias significativas de la variable sexo, lo que quiere decir que hombres y mujeres puntúan diferente en la evitación experiencial. Se asumen las varianzas diferentes puesto que en la prueba de Levene la significación es menor de 0,05, y se rechaza la hipótesis nula. Nuevamente, encontramos diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a las puntuaciones medias en RRS (pensamiento rumiativo). Se asumen varianzas iguales puesto que en la prueba de Levene la significación es 0,09, mayor que 0,05, y se rechaza la hipótesis nula. Por último, en el cuestionario ISI (problemas de sueño) no se observan diferencias significativas del sexo en las puntuaciones medias. Se asumen varianzas iguales (significación de la prueba de Levene 0,368, mayor que 0,05, por lo que se acepta la hipótesis nula) y vemos que la significación de la prueba T es de 0,101, por lo que, en este caso, al ser mayor que 0,05 se acepta la hipótesis nula. (Ver tabla 3)

Tabla 3  
Prueba T para muestras independientes para la variable sexo según cuestionario

		Prueba Levene para la igualdad de varianzas					Prueba T para la igualdad de medias			
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilat.)	Dif. de medias	Error típ. de la dif.	95% Interv. de confianza para la dif.	
									Inf.	Sup.
AAQ-II	Se asumen var. igual	12,298	0,001	-2,273	101	0,025	-4,03142	1,77395	-7,55045	-0,51238
	No se asumen var.igual			-2,363	100,630	0,020	-4,03142	1,70570	-7,41522	-0,64762
RRS	Se asumen var. igual	2,926	0,090	-3,852	101	0,000	-9,27280	2,40740	-14,04844	-4,49715
	No se asumen var. iguales			-3,951	100,714	0,000	-9,27280	2,34675	-13,92828	-4,61731
ISI	Se asumenvar. igual	0,818	0,368	-1,656	101	0,101	-1,62337	0,98002	-3,56747	0,32073
	No se asumen var. igual			-1,626	87,157	0,108	-1,62337	0,99833	-3,60761	0,36086

El ANOVA de un factor para muestras independientes para analizar la variable edad (con seis niveles, 12, 13, 14, 15, 16, y 17 años) y curso (con 4 niveles, 1º, 2º, 3º y 4º de E.S.O.) no se encuentran diferencias significativas para ninguna de las dos variables en ninguno de los cuestionarios (AAQ-II, RRS e ISI).

### **Discusión y conclusiones**

Se afirma que las personas con dificultades en la regulación emocional asumen la evitación como patrón de resolución de conflictos, no son flexibles con sus eventos privados, por lo que experimentan muchas emociones negativas que llevan a la rumiación (Saxena, Dubey y Pandey, 2011). Por lo tanto, los esfuerzos por suprimir la excitación que sienten los conduce al insomnio y la baja calidad del sueño. Además, en los resultados de la investigación realizada por Zakiei, Khazaue, Reshadar, Rezaei, Komasi (2020) se obtuvo que la evitación experiencial fue mayor en pacientes con insomnio en comparación a población no clínica, concluyendo así, que la evitación experiencial juega un papel en la predicción de los trastornos del sueño. Estudios demuestran que los esfuerzos dirigidos a la evitación de experiencias privadas, causan un aumento de la excitación mental y, por lo tanto, de la rumiación, disminuyendo así, la calidad del sueño. Se ha demostrado que cuando una persona con insomnio trata de controlar sus pensamientos y sentimientos, su insomnio se agrava (Dalrymple y cols., 2010).

La ACT ha sido aplicada para diferentes trastornos en el grupo de población adolescente. Por ejemplo, en el estudio realizado por Wickse, Melin y Lekander en 2009 (en Mandil et al., 2017) aplican ACT a 32 adolescentes con dolor crónico y muestran mejores resultados que un grupo control que recibe tratamiento farmacológico, entre otros. Respecto a los trastornos ansiosos, se encuentran mejoras significativas respecto a la calidad de vida y la sintomatología, así como en el manejo de la vida cotidiana en los jóvenes ansiosos que son tratados con ACT (Mandil et al., 2017). Hayes, Boyd y Sewell (2011) muestran en un estudio que los adolescentes con trastornos del estado de ánimo depresivo que son tratados con ACT, presentan resultados estadísticamente significativos tanto al finalizar el tratamiento, como a largo plazo.

De manera que, tras el análisis de datos pertinente de las puntuaciones presentadas por la muestra de estudio se confirman las correlaciones de las hipótesis planteadas: evitación experiencial correlaciona positivamente con insomnio y rumiación, respectivamente, e igualmente, correlaciones positivas entre rumiación e insomnio. Por otro lado, se encuentran diferencias significativas en función del sexo para las puntuaciones de evitación experiencial y rumiación, pero no para el insomnio. Podríamos decir, entonces, que los objetivos establecidos se han logrado, aunque deberíamos de tener en cuenta las limitaciones de estudio que pueden haber influido en los resultados.

Entre las limitaciones del estudio se encuentra principalmente: el tamaño muestral, que lleva a realizar réplicas para mejorar la transferencia de los hallazgos; la muestra no clínica, que podría suponer puntuaciones más representativas de nuestras variables en una muestra clínica; y, no haber realizado comparación con cursos superiores como Bachillerato o Formación Profesional, ya que hay mayor exigencia académica y, la edad más avanzada podría influir en la asociación de las variables. Hay que tener en cuenta que este estudio fue de corte transversal, por lo que sería importante examinar los efectos de las variables evitación experiencial, rumiación e insomnio en estudios longitudinales. Mencionar que, se debe extremar la precaución al generalizar los

resultados del presente estudio, ya que fue llevado a cabo en un único colegio de Alcalá la Real.

Para futuras líneas de investigación podría llevarse a cabo un estudio de tipo observacional correlacional, igualmente con muestra no clínica, pero con un mayor tamaño de la muestra, y ampliando el rango de edad y nivel académico, para observar de manera más precisa cómo puede estar influyendo la edad y nivel académico a nuestras variables. También sería interesante poder realizar una investigación con el mismo planteamiento, pero en muestra clínica, sin ser necesario un tamaño muy extenso. Así, tendríamos mayor entendimiento de cómo interactúan las variables de evitación experiencial, rumiación e insomnio en la adolescencia cuando presentan diagnóstico clínico.

En conclusión, es posible que estas tres variables tengan una alimentación recíproca entre ellas, de manera que, si un adolescente tiene tendencia a la evitación de eventos privados desagradables o molestos, tenga más fácilmente pensamientos orientados a la rumia, lo que esto conlleva a un mayor insomnio, y éste a su vez refuerza la evitación experiencial y la rumia.

### Referencias

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Bastien, C. H., Vallières, A., & Morin, C. M. (2001). Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep medicine*, 2(4), 297–307. [https://doi.org/10.1016/s1389-9457\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/s1389-9457(00)00065-4).
- Biglan, A. y Hayes, S. C. (1996). Should the behavioral sciences become more pragmatic? The case for functional contextualism in research on human behavior. *Applied and Preventive Psychology*, 5(1), 47-57. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(96\)80026-6](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(96)80026-6)
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & 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>
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour research and therapy*, 44(9), 1251–1263. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.001>
- Chesson, A. L., Jr, Anderson, W. M., Littner, M., Davila, D., Hartse, K., Johnson, S., Wise, M., & Rafecas, J. (1999). Practice parameters for the nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. An American Academy of Sleep Medicine report. Standards of Practice Committee of the American Academy of Sleep Medicine. *Sleep*, 22(8), 1128–1133. <https://doi.org/10.1093/sleep/22.8.1128>
- Cova, F., Rincón, P. & Melipillán, R. (2007). Rumiación y presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 24(2), 175-183. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2430/243020637003>

- Cribb, G., Moulds, M. L., & Carter, S. (2006). Rumination and Experiential Avoidance in Depression. *Behaviour Change*, 23(3), 165-176. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1375/bech.23.3.165>
- Dahl, J., Wilson, K. G., & Nilsson, A. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the Treatment of Persons at Risk for Long-Term Disability Resulting From Stress and Pain Symptoms: A Preliminary Randomized Trial. *Behavior Therapy*, 35(4), 785–801. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80020-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80020-0)
- Dalrymple, K. L., Fiorentino, L., Politi, M. C., & Posner, D. (2010). Incorporating principles of Acceptance and Commitment Therapy into Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia: A case example. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40, 209-217.
- Dewald, J. F., Meijer, A. M., Oort, F. J., Kerkhof, G. A., & Bögels, S. M. (2010). The influence of sleep quality, sleep duration and sleepiness on school performance in children and adolescents: A meta-analytic review. *Sleep medicine reviews*, 14(3), 179–189. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2009.10.004>
- Fernandez-Mendoza, J., Rodriguez-Muñoz, A., Vela-Bueno, A., Olavarrieta-Bernardino, S., Calhoun, S. L., Bixler, E. O., & Vgontzas, A. N. (2012). The Spanish version of the Insomnia Severity Index: a confirmatory factor analysis. *Sleep medicine*, 13(2), 207–210. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2011.06.019>
- Fledderus, M., Oude Voshaar, M. A., Ten Klooster, P. M., & Bohlmeijer, E. T. (2012). Further evaluation of the psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psychological assessment*, 24(4), 925–936. <https://doi.org/10.1037/a0028200>
- Gregg, J. (2004). *Development of an acceptance-based treatment for the self management of diabetes* [Master's Thesis]. University of Nevada.
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W. & Shafran, R. (2004) *Cognitive behavioral processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford University Press.
- Hayes, L., Boyd, C. P., & Sewell, J. (2011). Acceptance and commitment therapy for the treatment of adolescent depression: A pilot study in a psychiatric outpatient setting. *Mindfulness*, 2(2), 86–94. <https://doi.org/10.1007/s12671-011-0046-5>
- 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., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Eds.). (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. & Wilson, K. G. (2012). Contextual behavioral Science: Creating a science more adequate to the challenge of the human condition. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1(1-2), 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2012.09.004>
- Hayes S. C. & Lillis, J. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy*. American Psychological Association.

- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., & 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. (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. Springer-Verlag
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experimental avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(6), 1152–1168. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.6.1152>
- Hervás, G. (2008). Adaptación al castellano de un instrumento para evaluar el estilo rumiatiivo: la escala de respuesta rumiatiiva. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(2), 111-121.
- Khazaie, H. (2019). Efficacy of acceptance and commitment therapy on emotional dysregulation and sleep quality in patients with chronic insomnia. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 29(178), 52–63. <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-13283-en.htm>
- Kohlenberg, R. J., Bolling, M. Y., Kanter, J. W., & Parker, C. R. (2002). Clinical behavior analysis: Where it went wrong, how it was made good again, and why its future is so bright. *The Behavior Analyst Today*, 3(3), 248-253. <http://dx.doi.org/10.1037/h0099988>
- Kring, A. M., & Sloan, D. M. (Eds.). (2010). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. The Guilford Press.
- Lappalainen, P., Langrial, S., Oinas-Kukkonen, H., Muotka, J. & Lappalainen, R. (2019). ACT for sleep-internet-delivered self-help ACT for subclinical and clinical insomnia: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 119-127. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.04.001>
- Luciano, C., Páez-Blarrina, 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.
- Luciano, C. y Valdivia, S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT): fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79-91. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77827203>
- Maero, F. (2013). ¿Qué demonios son las terapias de tercera generación? *Psicología Clínica, Terapias de Tercera Generación. PSYCIENCIA*.
- Mandil, J., Quintero, P., y Maero, F., (2017). *Terapia de Aceptación y Compromiso con adolescentes*. Librería Akadia Editorial.
- Morin, C. M. (1998). *Insomnio: asistencia y tratamiento*. Ariel.

- Moulds, M. L., Kandris, E., Starr, S., & Wong, A. C. (2007). The relationship between rumination, avoidance and depression in a non-clinical sample. *Behaviour research and therapy*, 45(2), 251–261. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.03.003>
- Murrell, A.R., Coyne, L.W. & Wilson K.G. (2004) *ACT with Children, Adolescents, and Their Parents*. In: Hayes S.C., Strosahl K.D. (eds) *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. Springer. [https://doi.org/10.1007/978-0-387-23369-7\\_10](https://doi.org/10.1007/978-0-387-23369-7_10)
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of personality and social psychology*, 61(1), 115–121. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.61.1.115>
- Nolen-Hoeksema, S. & Watkins, .R. (2011). A Heuristic for developing transdiagnostic models of psychopathology: explaining multifinality and divergent trajectories. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 589-609. <https://doi.org/10.1177/1745691611419672>
- Páez-Blarrina, M., Gutiérrez-Martínez, O., Valdivia-Salas, S., y Luciano-Soriano, C. (2006). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6(1), 1-20.
- Pérez-Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 5(2), 159-172.
- Pérez-Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Síntesis.
- Ramnerö, J. y Törneke, N. (2008). *The ABCs of human behavior: Behavioral principles for the practicing clinician*. New Harbinger.
- Roberts, R. E., Roberts, C. R., & Chan, W. (2006). Ethnic differences in symptoms of insomnia among adolescents. *Sleep*, 29(3), 359–365. <https://doi.org/10.1093/sleep/29.3.359>
- Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Empirical Evidence: Correlational, Experimental Psychopathology, Component and Outcome Studies. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 10(1), 125-162.
- Ruiz, F. J., Langer, A. I., Luciano, C., Cangas, A. J., & Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: the Spanish translation of the Acceptance and Action Questionnaire. *Psicothema*, 25(1), 123–129. <https://doi.org/10.7334/psicothema2011.239>
- Ruiz, F. J. y Luciano, C. (2009). Eficacia de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en la mejora del rendimiento ajedrecístico de jóvenes promesas. *Psicothema*, 21(3), 347-352.
- Saxena, P., Dubey, A. & Pandey, R. (2011). Role of emotion regulation difficulties in predicting mental health and well-being. *Journal of Projective Psychology and Mental Health*, 18(2), 147–54. <https://doi.org/10.5964/ejop.v7i4.155>
- Spoormaker, V. I., & van den Bout, J. (2005). Depression and anxiety complaints; relations with sleep disturbances. *European psychiatry: the journal of the*



- Association of European Psychiatrists*, 20(3), 243–245.  
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2004.11.006>
- Törneke, N., Luciano, C., Barnes-Holmes, Y. & Bond, F. (2015). Relational Frame Theory and three core strategies in understanding and treating human suffering. En R. D. Zettle, S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes y A. Biglan (eds.), *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science*, 254-272.  
<https://doi.org/10.1002/9781118489857.ch12>
- Treynor, W., González, R., y Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 247-259.  
<https://doi.org/10.1023/A:1023910315561>
- Wilson, K.G., y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Pirámide.
- Zakiei, A., Ghasemi, S. R., Gilan, N. R., Reshadat, S., Sharifi, K., & Mohammadi, O. (2017). Mediator role of experiential avoidance in relationship of perceived stress and alexithymia with mental health. *Eastern Mediterranean health journal = La revue de sante de la Mediterranee orientale = al-Majallah al-sihhiyah li-sharq al-mutawassit*, 23(5), 335–341. <https://doi.org/10.26719/2017.23.5.33>
- Zakiei, A., & Khazaie, H. (2019). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on insomnia patients (A single-arm trial plan). *Journal of Turkish Sleep Medicine*, 6(3), 65–73. <https://doi.org/10.4274/jtstm.galenos.2019.74745>
- Zakiei, A., Khazaie, H., Reshadat, S., Rezaei, M. & Komasi, S. (2020). The Comparison of Emotional Dysregulation and Experiential Avoidance in Patients with Insomnia and Non-Clinical Population *Journal of Caring Sciences*, 9(2), 87–92.  
<https://doi.org/10.34172/JCS.2020.013>

**Fecha de recepción:** 21/04/2021

**Fecha de revisión:** 15/06/2021

**Fecha de aceptación:** 22/06/2021