



Aceptación Psicológica y Evitación  
Experiencial en Pacientes que Sufrieron un  
Accidente Cerebrovascular en Santiago del  
Estero

**Doctorado en Psicología**

Autor: Lic. Rodrigo A. Quiroga

Directora: Dra. Ana Comesaña  
(CONICET - UNMDP)

Buenos Aires / 2022

## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a mi directora Dra. Ana Comesaña, que sin su conocimiento y estoicismo para transmitirlo, este trabajo no habría sido posible, su observación rigurosa pero motivadora y su abnegada docencia sin perder la confianza en mí, guiaron un proceso basado en todo momento en orientación y acompañamiento incondicional.

A la Universidad de Flores, cuya modalidad de cursado intensivo permitió la federalización del doctorado, en una época pre covid-19 en donde la virtualidad aún no se había instalado en la educación universitaria; asimismo a mis compañeros del doctorado, sin ellos la estadía fuera de mi lugar habría sido menos llevadera.

También a las autoridades del Instituto Provincial de Rehabilitación Integral, lugar en donde desempeño parte de mis actividades profesionales, ya que no sólo autorización la recolección de los datos, sino que tramitaron los permisos necesarios para cursar el doctorado.

A mis compañeros de las cátedras que integro, por sacarme de la comodidad del aula e incentivar la curiosidad hacia la investigación.

Desde lo personal quisiera agradecer también el acompañamiento en este proceso irregular, a personas que en la mayoría de los casos no sabían que lo estaban haciendo, conteniendo. En este sentido, el primer agradecimiento es para mi hijo Salvador, fuente de amor y aprendizaje, sin su existencia la motivación para este trabajo no sería la misma. También a mi madre por su incansable sostén y comprensión, y a mis hermanos por su apoyo ante la necesidad, los cinco conformamos una unidad indivisible. A mi padre, que, con su presencia tácita, implícitamente sigue marcando mi guion por dentro y fuera de lo académico.

Mi agradecimiento se extiende también a mis amigos Rene y Oscar, con quienes la vida nos permitió compartir la emoción de logros universitarios. Y, por último, a las personas que,

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

aunque hoy no cercanas, me apoyaron directa e indirectamente en la realización de este trabajo, mi memoria no permite que se alejen.

# ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

## TABLA DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS.....	2
TABLA DE CONTENIDOS.....	4
ÍNDICE DE TABLAS.....	6
LISTADO DE ABREVIATURAS.....	7
RESUMEN.....	8
CAPITULO I: ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL.....	14
Aceptación Psicológica.....	20
Evitación Experiencial.....	21
CAPÍTULO II: ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.....	29
Características generales.....	30
Clasificación.....	33
Sintomatología.....	36
CAPÍTULO III: ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV.....	43
CAPÍTULO IV: ESTADO ACTUAL DEL CONOCIMIENTO SOBRE EL TEMA.....	47
CAPÍTULO V: METODOLOGÍA.....	54
Objetivos e hipótesis.....	55
Diseño.....	56
Participantes.....	56
Procedimiento.....	57
Instrumentos.....	59
CAPÍTULO VI: RESULTADOS.....	63
CAPÍTULO VII: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS Y CONCLUSIONES GENERALES.....	73
Análisis de los resultados.....	74
Conclusiones generales.....	84
Limitaciones y líneas de investigaciones futuras.....	85
CAPÍTULO VIII: REFERENCIAS.....	88
CAPÍTULO IX: APÉNDICES.....	113

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

APÉNDICE A: CUESTIONARIO DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (AAQ-II).....	114
APÉNDICE B: FICHA CLÍNICA Y SOCIODEMOGRÁFICA.....	117
APÉNDICE C: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES.....	118

**ÍNDICE DE TABLAS**

<b>Tabla N° 1</b>	Síntomas del ACV ( <i>OMS</i> , 2019) .....	36
<b>Tabla N° 2</b>	Frecuencia de AP y EE según escala de puntuación en el AAQ-II por grupo.....	66
<b>Tabla N° 3</b>	Estimación de riesgo.....	68
<b>Tabla N° 4</b>	Resultados de clasificación para la variable EE y AP.....	69
<b>Tabla N° 5</b>	Estadístico, frecuencia y relación del tiempo transcurrido desde el ACV y los puntajes AAQ-II.....	71

**LISTADO DE ABREVIATURAS**

AAQ-II	Acceptance and Action Questionnaire – II
AC	Acción Comprometida (compromiso)
ACV	Accidente Cerebrovascular
ACT	Terapia de Aceptación Compromiso
AIT	Accidente Isquémico Transitorio
AP	Aceptación Psicológica
APA	American Psychological Association
DC	Defusión Cognitiva
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
EE	Evitación Experiencial
EP	Estar Presente
HTA	Hipertensión Arterial
IPRI	Instituto Provincial de Rehabilitación Integral de Santiago del Estero
NINDS	National Institute of Neurological and Stroke
ODD	Ods Ratio
OMS	Organización Mundial de la Salud
PFP	Procesos de Flexibilidad psicológica
RC	Reserva Cognitiva
TMR	Teoría del Marco Relacional
V	Valores
YC	Yo Contexto

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

### RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue poner a prueba la relación existente entre la Aceptación Psicológica y la Evitación Experiencial en pacientes que sufrieron un ACV. La Aceptación Psicológica es uno de los procesos de flexibilidad psicológica para una adaptación saludable al contexto. En este sentido, la Evitación Experiencial es su opuesto, o sea un proceso inflexible que obstaculiza la adaptación contextual. Estos son dos constructos que pertenecen a la teoría Aceptación y Compromiso dentro de las teorías de las llamadas de tercera generación en psicoterapias cognitivo-conductuales.

La muestra estuvo compuesta por dos grupos: el grupo ACV por 76 pacientes con diagnóstico de ACV, con edades de entre 20 y 81 años, y el grupo control por 76 sujetos de entre 31 y 75 años. A todos/as se les administró un cuestionario sociodemográfico y la adaptación argentina del Cuestionario de Aceptación y Compromiso II.

Luego de realizar los análisis, los resultados mostraron que existe diferencias significativas en las variables Evitación Experiencial y Aceptación Psicológica entre los dos grupos, no así entre las variables y tipo de ACV, ni con ninguno de los datos sociodemográficos seleccionados, aunque si con el dato clínico tiempo transcurrido de ocurrido el ACV.

Se podría concluir que los pacientes con ACV presentan una propensión a la Evitación Experiencial a diferencia de las personas que no presentan esa enfermedad.

Palabras claves: aceptación psicológica, evitación experiencial, ACV.

## INTRODUCCIÓN

La Aceptación Psicológica (AP) y la Evitación Experiencial (EE) son concepciones relativamente nuevas, dentro de la también relativamente novel psicoterapia llamada Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes, 2019).

La AP se trata de un proceso en el que las personas no controlan ni buscan cambiar los elementos que producen malestar, sino que se proponen no enfrentarse ni luchar o resistir sus emociones y/o pensamientos (sean estos negativos o no); implica admitir y tolerar estos eventos privados o la situación que los haya producido (Hayes, 2019). Así, desde esta perspectiva, el contexto y las reacciones son simplemente vivenciadas, p. ej. ante una situación formada por estímulos aversivos, una persona siente emociones y, entonces escapa, evita o ataca; la AP sería la tolerancia de las emociones evocadas por esos estímulos aversivos, sin evitar, escapar o atacar, lo que implicaría tomar contacto con ellas (Kohlenberg et al., 2005; Hayes, 2017). Por lo tanto, la AP de los eventos privados o de experiencias externas, sean dolorosas o no, acercaría al ajuste de la persona con la situación que le toca vivir, reduciendo las consecuencias disfuncionales de la misma y, con ello, generando motivación para una mejora (Hayes, 2016).

Casi de manera inversa, el concepto EE se basa en la negación por parte de la persona de aquello que lo aqueja (sea ésta una experiencia interna o externa), y también, es considerado un componente transdiagnóstico, ya que se encuentra presente en una gran variedad de patologías psiquiátricas, psicológicas y neurológicas (Ruiz Sánchez et al., 2019). Esta evitación de los síntomas y/o de las emociones negativas que ellos producen, perpetúa el problema y genera uno nuevo: el de controlar lo temido o lo que produce malestar. Por lo tanto, la EE no solo es un factor de mantenimiento, sino que podría hacer que el cuadro empeore. Es así que, la EE es definida como un fenómeno que ocurre cuando una persona no está dispuesta a ponerse en contacto con

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

experiencias privadas (como sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos, etc.) y busca eludir o cambiar la forma o la frecuencia de esos eventos y las situaciones que los ocasionan (Hayes y Hofmann, 2017). Se la considera una dimensión funcional y transversal en una variedad de trastornos mentales descritos en los manuales estadísticos de salud mental, por lo tanto, la EE podría llegar a ser un proceso patogénico funcional y alternativo a los sistemas tradicionales de clasificación basados en la topografía (Friman et al., 1998). Su surgimiento se dio gracias a la naturaleza bidireccional del lenguaje, ya que existe una relación de equivalencia entre las palabras y las cosas que significan, o sea, la generalización inapropiada del control y seguimiento de las reglas verbales, llamada literalidad del lenguaje (Hayes, 2019). Por lo tanto, la teoría de la ACT concluye que la EE es una consecuencia de la adquisición del lenguaje, más precisamente en la característica de la necesidad de control de las experiencias que se produce en el moldeamiento de las experiencias privadas al adquirir el lenguaje. Así, las personas daríamos explicaciones de los hechos en términos valorativos, como p. ej. bueno/malo (Luciano, 2016).

La EE es considerada el proceso opuesto a la AP, porque como se dijo de este último, la persona no evita, ni controla ni busca cambiar los elementos que producen malestar, tampoco busca enfrentarse ni luchar o resistir sus emociones y/o pensamientos. Por el contrario, se busca admitir y tolerar esos eventos u hechos privados (Hayes, 2016).

La AP pertenece al llamado proceso de flexibilización psicológica (PFP) dentro de la teoría de la ya mencionada ACT, en donde la EE es un proceso contrapuesto, por lo tanto no compatible, y es por ello que esta teoría promueve la adquisición de AP como uno de los objetivos generales del tratamiento. Así, esta psicoterapia no busca reducir la frecuencia ni la intensidad de las respuestas emocionales, como la clásica terapia de conducta (que utiliza p. ej. las técnicas de exposición, o desensibilización sistemática), su objetivo es tratar justamente de impedir que se

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

produzca la EE, ya que existe una gran cantidad de literatura que concluye que la EE es un posible predisponente a un amplio rango de trastornos mentales, en este sentido, la AP sería un protector con respecto a ellos (Hayes, 2019).

Por otro lado, en relación al Accidente Cerebrovascular (ACV), se lo considera una enfermedad neurológica con afectación en la funcionalidad en un amplio rango de áreas cerebrales, y es provocado por la interrupción de la llegada de sangre a alguna parte del cerebro, o por la presencia de sangre en el interior de los ventrículos cerebrales o en el espacio subaracnoideo. Es la principal causa de discapacidad en el mundo, y la cuarta causa de muerte en los países más desarrollados (Casaubon et al., 2016), y si bien no hay muchas estadísticas en Latinoamérica, se estima que es la segunda causa de muerte (OMS, 2019).

La rehabilitación de los pacientes con esta afección es un proceso progresivo y dinámico que, tiene como objetivo principal, el que puedan alcanzar un restablecimiento de las funciones perdidas o deficitarias tras el ACV. A su vez, para su tratamiento se involucra a un grupo multidisciplinario de profesionales, en donde se incluye al propio paciente y cuidadores como parte del equipo. Dos tercios de aquellas personas que han sufrido un ACV, requieren rehabilitación (Winstein et al., 2016). Por otro lado, es beneficioso iniciar la rehabilitación apenas el paciente se encuentre listo y pueda tolerarla, esto sería, en condiciones ideales, luego de las 24 hs. del inicio del evento, incluso esto puede hacerse en las unidades cerebrovasculares o de terapia intensiva, a este periodo de rehabilitación se lo llama etapa aguda o intrahospitalaria. Sin embargo, en la mayoría de los casos, la rehabilitación es ambulatoria, reservada para los pacientes de baja o mediana complejidad, ya que este tipo de rehabilitación demostró la misma eficiencia que la realizada en la internación o la realizada de manera domiciliaria, y además produjo un aumento de la propensión a la independencia del paciente y también resultó menos costosa (Alessandro et al.,

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

2020). Uno de los aspectos que se ha demostrado que tiene un impacto negativo en el proceso de rehabilitación, y paradójicamente es muy poco estudiado, es el desajuste psicológico y las reacciones relacionadas con la discapacidad, que se producen como consecuencia de un ACV. Esto se fundamenta en la no aceptación de la discapacidad, lo que está ampliamente demostrado que resulta un factor crítico para la regulación psicosocial durante dicho proceso de rehabilitación post ACV (Chai et al., 2016).

Por lo tanto, determinar la presencia de AP y EE ayudaría a visibilizar posibles obstáculos en el cumplimiento de la rehabilitación, ya que, si existiera una preponderancia de la EE en los/as pacientes, no sólo se pondría en riesgo su rehabilitación, sino que también podrían ser más propensos/as a padecer un trastorno en su salud mental (Gilpin et al., 2019). En muchos casos una mayor EE, predice un aumento de la angustia en los/as pacientes (Rauwenhoff et al., 2019; Ugwu et al., 2020). Por el contrario, la presencia de AP es propedéutica para lo motivacional en los/as pacientes respecto a la adhesión a su rehabilitación.

Por todo lo dicho, se busca realizar la evaluación de estas dimensiones en pacientes con ACV, no solo para ampliar la mirada más allá de lo biomédico por parte del equipo de salud para acrecentar la adhesión a los tratamientos indicados, sino también como posible predictor de una mayor vulnerabilidad emocional en las personas que hayan sufrido un ACV. Así, un estudio que evalúe la presencia de AP y de EE, realizaría un aporte para predecir los tiempos necesarios de adaptación en pacientes post-ACV, y con ello en su rehabilitación, lo cual tendría hasta implicancias económicas, si tenemos en cuenta el costo/beneficio de una rehabilitación que sea realizada en tiempo y forma, según lo que recomiendan los/as profesionales. Debido a las características específicas de esta patología (ACV), la rehabilitación, en estos casos, posee tiempos acotados para la recuperación y, por lo tanto, se hace necesaria una adaptación rápida de los

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

pacientes a su enfermedad y a las pautas del tratamiento (Benito Velasco y Da Cuña Carrera, 2018).

Por último, los interrogantes que guiaron a este trabajo de investigación fueron: ¿Existen diferencias respecto a la AP y EE entre personas que padecieron un ACV y personas que no? ¿Existen diferencias respecto a la AP y EE entre los pacientes que sufrieron un ACV? Por todo lo mencionado, el objetivo general de este trabajo fue el de evaluar la AP y la EE en pacientes que sufrieron un ACV y, es lo que se pasará a desarrollar a lo largo de esta tesis.

En cuanto a la organización del trabajo, en el primer y segundo capítulo se describen y definen las variables principales abordadas, así, tanto la clasificación y sintomatología del ACV, como las características que definen a la AP y la EE y la teoría que sustenta a dichos constructos son expuestos en las dos primeras secciones. En el capítulo III se presentan algunos de los pocos fundamentos existentes en la actualidad sobre la relación entre AP, EE y ACV. En el capítulo IV se exhiben los antecedentes o evidencias recientes de trabajos que indagaron la relación de estas variables. La metodología es descripta en el capítulo V, en donde se detallan las especificaciones de la muestra, el diseño y los procedimientos utilizados. El capítulo VI se encuentra dedicado al análisis de los datos y los resultados obtenidos. Por último, el capítulo VII, es el de la conclusión y discusión, el cual cierra el presente trabajo.

**CAPITULO I**

**ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y**

**EVITACIÓN EXPERIENCIAL**

### ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL

Las últimas dos décadas fueron fructíferas respecto a la realización de estudios vinculados con la comprensión de como emergen los pensamientos, emociones y otros eventos privados, su papel en la regulación de la conducta y su injerencia en el sufrimiento personal limitante. Contemporáneamente se presentaron numerosos trabajos que demostraron la efectividad de la ACT con una casuística considerable, lo que permitió, p. ej. que esta psicoterapia sea reconocida como válida para el tratamiento del dolor crónico (Cazorla-Navarrete, 2017). Los avances logrados por esta teoría psicoterapéutica son evidentes en investigaciones realizadas en tres direcciones: en clínica con estudios desde la ACT, la relacionada con la Teoría del Marco Relacional (TMR) y la influencia de la EE en los trastornos categoriales (García y Balam, 2019).

Hayes y Strosahl (2004), consideran a la ACT como perteneciente a un conjunto de psicoterapias que se enmarcan en una tercera generación dentro de la tradición de las psicoterapias conductuales: la primera generación, son las psicoterapias conductuales, que buscaron desde principios de los 40's del siglo pasado dar científicidad a la psicología clínica, adecuando toda su teoría al positivismo comteano más radical, instituyéndose como un dominio de la observación conductual y desacreditando lo mental; la segunda generación nace gracias a dos factores importantes: algunos déficits explicativos de las psicoterapias conductuales y el advenimiento de herramientas objetivas para el estudio de lo mental, estas son las psicoterapias llamadas cognitivo-conductuales, que asumen que el estudio de la conducta es insuficiente para dar explicación y generar cambios en los trastornos mentales. Estas últimas están basadas en la psicología cognitiva y su auge se dio desde la segunda mitad de los años 50's del siglo pasado, en donde se puso el énfasis en lo mental no solo por sobre la conducta, sino también por sobre la pretendida concepción objetiva de la realidad; estas teorías se basan en descubrir los esquemas mentales (término

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

evolucionado del Eschema de Kant) disfuncionales del paciente y combatirlos, o sea, ya no centrarse en la conducta sino en el pensamiento (Luciano, 2016). Por último, la ACT como toda psicoterapia perteneciente a la tercera generación, se diferencia del anterior enfoque psicoterapéutico y, en eso quizá consiste su particularidad, en no asumir que el objetivo del tratamiento es controlar mejor los pensamientos, sensaciones, u otros eventos privados, sino más bien en promover en los pacientes la observación de estos fenómenos y que puedan tomar una postura sin prejuicios hacia ellos. Por lo tanto, esta terapia no busca cambiar los contenidos de los pensamientos, como si era la pretensión de las terapias de la segunda generación, sino que procura que las personas aprendan a utilizar eficazmente su lenguaje bajo el control contextual apropiado (Hayes y Hofmann, 2017). Se trata de una aproximación que utiliza los procesos de conciencia plena, acción comprometida y el cambio conductual, y a través de ellos, los pacientes logran una mayor flexibilidad; de hecho, esta corriente considera que el sufrimiento de las personas tiene justamente su origen en la falta de flexibilidad psicológica, por lo tanto, su objetivo es lograrla a través de la AP y del establecimiento del sentido de sí mismo, estar y vivir el presente, los valores y la aceptación orientada a dichos valores. Se trata de un modelo de salud mental que entiende que la participación del lenguaje de manera dogmática e inflexible es la causa del sufrimiento y, que se ajusta desde el punto de vista clínico, a pacientes que muestran tendencia a evitar sistemáticamente aquello que temen o consideran desagradable (Gómez y Bibiana, 2019).

Respecto a sus bases filosóficas, Hayes (2004) sostiene que la ACT tiene arraigo en el conductismo radical y en el contextualismo funcional, que entiende que los eventos psicológicos son interacciones entre los organismos y su contexto, a los que subyace una historia y situaciones particulares. Desde esta perspectiva todas las conductas tienen una intención y se dan en circunstancias o momentos distintos, que no se pueden desconocer al hacer un análisis, por lo

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

tanto, el contextualismo tiene como propósito la predicción e influencia sobre los eventos psicológicos. Dicha pretensión guarda estrecha relación con los principios conductuales, ya que la ACT busca continuar las directrices de una psicología científica, haciendo uso del rigor experimental a pesar de tener afinidad con otras tradiciones menos empíricas. Es por ello, que está basada en el conductismo, y más específicamente, desarrolla una teoría tomada de la “conducta verbal” de Skinner (1957), la TMR, la cual pretende comprender el lenguaje y la cognición desde una perspectiva conductual, y propone que los marcos son tipos de respuestas relacionales definidos por las propiedades de vinculación mutua y combinatoria y de la transformación de funciones a estímulos (Luciano, 2016).

Así, la TMR postula que desde niños se aprende a responder a una relación de equivalencia entre lo verbal y los objetos, ello requiere un entrenamiento al principio, pero pronto se adquiere una forma de responder que permite deducir o automatizar estas relaciones. La adquisición de esta forma de responder se denomina para la TMR, marco relacional. Hablando técnicamente, un marco relacional consiste en una conducta operante generalizada a las relaciones entre los estímulos que, en la gran mayoría de casos son arbitrarias, es decir no tienen que estar sujetas a las propiedades físicas de los estímulos, p. ej. se puede decir que una moneda de \$5 vale más que la de \$2, independientemente del tamaño o peso de ambas. Es así como las personas responden a las relaciones arbitrarias entre los estímulos, es decir, relaciones establecidas por la comunidad verbal a la que pertenecemos, aunque no tengan relación con su aspecto físico (Gómez, 2007). Así, al aprender a hablar se asimila el proceso de equivaler, la progresiva madurez desde la infancia hace que seamos capaces de derivar relaciones sin que sea necesario muchas repeticiones o entrenamiento previo, con que se diga que “moneda de \$5” equivale a una moneda real de \$5, ya es suficiente para que se relacione la moneda real con las palabras “moneda de \$5”, ello sin

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

esfuerzo aparente y sin entrenamiento adicional, esto en la teoría se denomina relaciones derivadas por implicación mutua (Hayes y Hofmann, 2017). Cuando se produjo un número significativo de asociaciones en todas las direcciones posibles con diferentes estímulos (p. ej. las cosas que se pueden adquirir con \$5), y se alcanzó la conducta de responder a esta relación, es decir, adquirido el marco relacional, con cualquier nuevo estímulo del que se nos diga que equivale a otro, se generaran las relaciones derivadas sin necesidad de más entrenamiento. La importancia de las relaciones derivadas reside en que, dado un estímulo que tiene una función, es decir que dispara una conducta en ese contexto, si otro estímulo establece una relación con él en ese contexto la función de ambos queda transformada por la asociación. P. ej. cuando la imagen de una moneda de \$5 participa en una relación de equivalencia con el valor de una golosina, y esta imagen se corresponde con la de la golosina real, esta última podría adquirir la función de provocar un cambio de conducta en determinado contexto (como el de tener la moneda de \$5, pasar frente a un kiosco y no haber desayunado o tener deseos de una golosina determinada que tenga el valor de \$5), como desviarnos para entrar a un kiosco. Otro ejemplo de relación arbitraria, pero no de equivalencia, podría ser que, si en un comercio el vendedor informa que tal producto es mejor que otro, la probabilidad de comprarlo aumentará, o si de un producto distinto del que usamos habitualmente para limpiar los pisos, alguien nos dice que es mejor y más barato, la probabilidad de que lo compremos aumenta. Su función ha sido transformada por la relación que se ha establecido (Gómez y Bibiana, 2019). Es así como para la TMR, estos procesos son considerados como pilares del lenguaje humano y la cognición, no sólo porque afectan a una persona en particular, sino también a los otros miembros de una misma red relacional (Luciano, 2016).

Mas allá de los principios de la TMR en los que se basa, quizá la ACT tiene como principal diferencia gnoseológica con las otras teorías psicoterapéuticas, que se aleja de ellas y de la habitual

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

psicología occidental que considera a la salud mental como el estado normal de los seres humanos, ya que postula que los procesos psicológicos normales a menudo pueden ser sufridos porque a la mente lógica (occidental) se le pide que haga lo que no fue diseñada para hacer, según esta postura la mente humana ha evolucionado para aumentar su flexibilidad para hacer frente al ambiente externo cambiante. Las destrezas para la planificación y las habilidades para hacer frente a las contingencias del contexto evolucionaron en los seres humanos con un alto grado de complejidad, sobre todo con la aparición del lenguaje y la capacidad de pensar simbólicamente. Sin embargo, aunque estas capacidades pueden ser muy eficaces cuando se trata de situaciones externas, lo son mucho menos en el tratamiento de cuestiones internas. Los intentos de ejercer control sobre estas experiencias internas mediante el uso de estrategias que son generalmente eficaces para ejercer el control sobre el entorno externo resultan ser desadaptativas, lo que explicaría la presencia constante en la historia del sufrimiento humano. Estos procesos para ejercer el control se asimilan desde la infancia por medio de mecanismos de aprendizaje, y son iguales tanto para el comportamiento adaptativo como para el desadaptativo, por lo tanto, la psicoterapia sería una instancia de aprendizaje o reaprendizaje (Biber y Ellis, 2019).

El objetivo general o más ambicioso de la ACT es lograr que las personas puedan flexibilizar los procesos rígidos que cronifican los problemas y que con ello traen malestar. Para lograr esto, busca llegar a los procesos que generen esto y, es en este sentido que describe a la EE como una estrategia que debe ser flexibilizada, ya que su presencia y rigidez impide la adaptación al contexto, y uno de los constructos que permite este logro es el de AP. Este último concepto pertenece al grupo de los llamados procesos de flexibilidad psicología (PFP) dentro de la teoría ACT (Luciano, 2016).

### *Aceptación Psicológica*

Dentro de la teoría de la ACT, la expresión de AP no remite ni refiere al concepto de tolerancia, es decir que el paciente evalúe con cierta resignación lo que le pasa o soporte sus sentimientos o sus afectos negativos sin esperanza alguna; la AP va más allá, ya que la aceptación sería precisamente la no evaluación de los eventos privados, sólo dejarlos venir y pasar tal y como se presentan, sin evaluarlos. En general, se suelen eludir estos eventos privados por la valoración negativa que se les atribuye a muchos de ellos, como la ansiedad o la tristeza. Esta resistencia tendría su contrario en la AP, pero no sería producto de un ejercicio racional, sino que tiene características absolutamente vivenciales; p. ej. las personas consideran normal el dolor que genera una pérdida, sin embargo, este razonamiento puede quedar solo en la racionalidad disfuncional cuando ante la tristeza prefieren huir o hacen lo posible para evadir el pensamiento y/o la emoción. Es por ello que la teoría considera que no es posible comprender la AP si no se vive o se experimenta en toda su extensión (Salas y Blarrina, 2019).

Si la AP no significa resignación o tolerancia, no se buscará la evasión, por lo tanto, se tomará activamente un evento, y algunos aspectos de esa experiencia, como pensamientos, emociones, voces, etc., o sea todo aquello que la persona estuvo intentando modificar sin éxito; y que probablemente, esas experiencias paralizaron su vida. La AP implica relacionarse con el contenido psicológico de esas experiencias, hacer que la persona simplemente se conecte activamente con pensamientos y sentimientos, y que pueda observar su contenido aversivo sin intentar eludirlo (García y Balam, 2019). La AP del malestar, p. ej. significa no luchar para hacerlo desaparecer, lo cual, en la gran mayoría de los casos es infructuoso, y trae como consecuencia más problemas y desgaste de energía. De hecho, este planteo va en contra de la comunidad psicoterapéutica occidental, que invita a no pasarlo mal en ningún momento. La teoría de la ACT

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

propugna la comprensión, la legitimación e incluso el aprendizaje de y desde los problemas psicológicos (Hayes, 2016). Este concepto no solo se diferencia de la idea de resignación como ya se dijo, sino que busca la connotación contraria, y es en este sentido que para lograr esto ello se lo emparenta con otro concepto, el de aceptación comprometida o compromiso (AC), combinación tan importante para la teoría ACT que es la que le da el nombre a esta corriente (Hayes y Hofmann, 2017).

La AP surge naturalmente en contraste a la no aceptación, y de su radicalidad, la evitación. Para esta teoría, la evasión significa una forma disfuncional de procesar la información, y con ello da lugar a facilitar, constituir o perpetuar trastornos mentales. Para explicar mejor esto último y determinar su incidencia, la teoría desarrolló el constructo de EE (Espinosa et al., 2020).

### *Evitación Experiencial*

La ACT toma a la EE como subyacente al malestar psicológico que limita las posibilidades de los individuos para ir en busca de sus objetivos o metas. Por lo tanto, como se dijo, si la EE se contrapone a la AP, es un proceso que puede entenderse que tiene lugar cuando una persona es incapaz de mantenerse o permanecer en contacto con sus experiencias privadas negativas (sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos, imágenes, etc.), tomando medidas para alterar la forma o la frecuencia de estos eventos y los contextos que los ocasionan (Flujas-Contreras y Gómez, 2018).

Si bien, este concepto se desarrolló en el marco de la teoría de la ACT, trasciende a cualquier teoría psicoterapéutica, ya que constituye un factor importante del funcionamiento humano en la etiología y mantenimiento de diversas psicopatologías. Una característica común a los trastornos psicológicos es que la persona que los padece realiza una serie de acciones con el fin de evitar el sufrimiento, pero finalmente estos esfuerzos tienen un efecto rebote, es decir que

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

en lugar de eliminarlo lo aumenta; o sea, las personas usan diferentes estrategias evitativas que, en una gran mayoría de los casos, constituyen uno de los criterios diagnósticos de diversos desórdenes psicológicos (Luciano, 2017). Ratificando esto, Hayes (2019) sostiene que la EE no es sólo un proceso, sino que también es en sí misma una dimensión funcional. Para explicarlo, hace un paralelo entre la clasificación de los trastornos psicológicos y los aspectos funcionales inherentes a la clínica; la clasificación de los trastornos hace referencia a la topografía de las diversas psicopatologías y se circunscribe a la sintomatología y a los criterios diagnósticos descritos, como p. ej. la que utiliza el manual diagnóstico y estadístico de los desórdenes mentales, en su quinta edición (*American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition* [DSM-V TR], 2022). Lo funcional, hacer referencia a los procesos que han producido y mantienen los problemas o los síntomas psicopatológicos, p. ej. el eludir encontrarse con personas es funcional para una persona con fobia social, ya que cumple la función de evitar la ansiedad (que serían los síntomas de los criterios diagnósticos). Es aquí, donde la EE juega un papel importante, ya que se constituye en una dimensión funcional muy presente en la etiología y mantenimiento de varios trastornos. Un creciente número de investigaciones apuntan a que muchas de estas patologías que están conceptualizadas y clasificadas como tal, en los manuales diagnósticos poseen en común la necesidad rígida de las personas por hacer algo para no entrar en contacto con el malestar. Este tipo de regulación inflexible es la base de la EE y, se la ha detectado no solo en los trastornos psicopatológicos, sino también en numerosos problemas de conducta asociados con enfermedades biomédicas, como cáncer, diabetes, epilepsia y problemas en los que el dolor juega un papel esencial (Kelly et al., 2019). Es en este sentido, que el estudio del proceso de EE es considerado como una alternativa a la tradición psicoterapéutica occidental, ya que la teoría ACT concibe un análisis no sintomático de los problemas psicológicos, sino funcional, y

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

también introduce una forma conductual de analizar las emociones, los sentimientos, recuerdos y pensamientos (García y Balam, 2019). Desde esta visión, las características esenciales de la psicopatología categorial no serían los elementos fundamentales (p. ej. síntomas depresivos, obsesivos, adictivos, emocionales, etc.), sino que lo serían los procesos desarrollados por la persona, que tienen como objetivo o función última, la de evitar sus eventos privados (Hayes y Hofmann, 2017).

Por lo tanto, la EE, además de un proceso, es una dimensión funcional que no solo integra los síntomas de una variedad de diagnósticos dentro del sistema de trastornos mentales, sino que también los explica. P. ej. las personas con problemas de adicciones, suelen tener una tendencia al uso de la evitación emocional al enfrentar factores de estrés psicológico, y esperan que el uso de sustancias disminuya el afecto negativo (Blarrina y Marín, 2019); o los pacientes con diagnóstico de TOC en donde la preocupación rumiante trata de evitar una mayor excitación y angustia (Hayes, 2016); también, existe una correlación entre la EE y la severidad de la tricotilomanía (Lee et al., 2020); o el acto extremo del suicidio podría considerarse como una forma de EE, ya que este acto apuntaría a huir de eventos aversivos (Zvolensky et al., 2016); o la relación significativa encontrada entre las personas con historia de abuso sexual en la infancia, la EE y el malestar psicológico (Rodríguez-Valverde, 2018; Boykin et al., 2018); también hay evidencia de la existencia de una correlación entre el trastorno límite de la personalidad y la EE (Naragon-Gainey et al., 2017); igualmente, se ha demostrado que las personas que utilizan estrategias cognitivas de EE en relación con su imagen corporal, son más propensas a involucrarse en comportamientos vinculados con los trastornos de la alimentación (Moskovich et al., 2017; Turgon et al., 2019). Por lo tanto, la teoría de la ACT sostiene que la EE es un concepto trans-diagnóstico, ya que se encuentra presente en la mayoría de las dimensiones categoriales de los trastornos mentales. La

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

importancia de ello quizás radique en que las personas con una elevada EE muestran un bajo nivel de AP como contracara, ya que ha sido demostrada una correlación inversa entre estas dos variables o constructos (Luciano, 2016; Barajas et al., 2017; Hayes y Hofmann, 2017; Hayes, 2019).

Sin embargo, la EE no es problemática en sí misma, lo es solo cuando conduce a la inflexibilidad psicológica de manera crónica (Gil-Luciano et al., 2017; Pielech et al., 2017), y más aún cuando la eliminación del malestar se convierte en un paso necesario y recurrente en la manera de actuar de una persona para conseguir sus objetivos de vida, a los que la teoría de la ACT llama valores. Si en forma general o de manera recurrente en la vida de una persona, el sentirse bien es el elemento central para poder actuar de un modo coherente con sus objetivos, esto hace que se den las condiciones para que esa persona deliberadamente intente reducir o controlar los eventos privados que le generen malestar, cuando esto falla, evitarlos es la estrategia que adopta naturalmente. En tal sentido, la EE se afianza como patrón de funcionamiento, ya que permite obtener cierto alivio inmediato. Estas acciones consiguen su propósito (alivio temporal) y se ven coherentes, lo que va proporcionando a los eventos privados un poder extraordinario, al punto que la persona se ve en la necesidad inflexible de no entrar en contacto con aquellos que son valorados como negativos y limitantes (Hayes-Skelton y Eustis, 2020).

Además de la carencia de flexibilidad como causa de la EE, también es un factor importante el estado de fusión con los eventos privados, es decir, las palabras que se utilizan para describir eventos son tomadas como si fuesen los eventos mismos, en suma, es considerar a los pensamientos (lo que uno se dice) o sensaciones como si describieran o fueran la realidad. Un ejemplo de esto sería, el que por decirse que le irá mal en un examen, una persona cree que efectivamente eso pasará, y si pasa esa sería la causa que explique su fracaso en el examen. Es más

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

complejo cuando los eventos privados involucran características definitorias de la persona, p. ej. si yo me considero y me siento una persona ansiosa, creo que todas mis acciones serán acordes con esta definición. Por lo tanto, cuando una persona se relaciona con el contenido de las experiencias privadas de una manera fusionada, se toma a la palabra como si fuese el evento (y todas sus consecuencias) en sí mismo. Como resultado de esto, la fusión se manifiesta en que la conducta estará más guiada por redes verbales inflexibles y reglas aprendidas, que por el contacto con las contingencias contextuales y el momento presente. Por otro lado, la fusión con los eventos internos viene acompañada de operaciones de evaluación de estas experiencias internas (buenas y malas, agradables y desagradables), lo cual conlleva esfuerzos evasivos de los eventos privados evaluados como malos (Hayes y Hofmann, 2017). Es así como, estados aversivos como la ansiedad, tristeza o miedo, pueden producirse mediante el pensamiento, por lo tanto, no son evitables solamente sorteando situaciones externas. Así, la persona comienza a evaluar estos eventos privados como eludibles. Esta propensión, la de evaluar categorías para saber si son evitables, tiene sus bases en la literalidad, y en la no distinción entre las propiedades intrínsecas de un evento (tengo miedo), y sus propiedades arbitrarias establecidas socialmente (tener miedo es malo) (Kelly et al., 2019).

A pesar de los esfuerzos que conlleva la EE, existen evidencias experimentales que demuestran los efectos rebote de aquello que se pretende evadir o controlar, p. ej. los efectos paradójicos de la evitación del dolor y de los pensamientos negativos son ya conocidos (Wegner et al., 1987; Cioffi y Holloway, 1993), pero la evidencia de la correlación entre los efectos de la EE de los eventos privados y la AP es reciente. Por otro lado, hoy hay datos que demuestran que favorecer la AP del malestar, aumenta la disposición a exponerse a este malestar, lo cual es opuesto a los intentos de control que fortalecen y sostienen la EE, y con ello la posible cronificación del

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

malestar (Luciano, 2016). Asimismo, paradójicamente las estrategias de EE suelen tornarse disfuncionales, o no logran su objetivo, debido a que habitualmente incluyen al objeto o pensamiento a evitar, y así lo evitado se convierte en más accesible, y tiene una mayor probabilidad de influir en la cognición y el comportamiento de esa persona (Hayes, 2016). Una segunda vía por la que se puede explicar las fallas que se dan cuando se utiliza la EE, es que las experiencias privadas pueden no ser susceptibles de estrategias de control verbal, así p. ej. LeDoux (1996) sugiere que usar estrategias de control verbal es relativamente ineficiente para procesos no verbales, como las emociones. Una tercera vía, es que aún si la EE fuera eficaz, puede conducir, a largo plazo, a problemas tales como una vida restringida (Chou et al., 2017).

Como se dijo, para la ACT, la finalidad o el objetivo terapéutico principal es disminuir o romper con la inflexibilidad psicológica, para ello introduce un conjunto de procesos de flexibilidad, dentro de los cuales se incluye la AP. Estos procesos planteados por esta teoría son cinco, los cuales se deben fortalecer y afianzar en los/as pacientes: defusión, yo contexto, contacto con el momento presente, valores y compromiso (Rudaz et al., 2017):

La *defusión cognitiva* (DC) es un proceso por el cual se busca romper con la literalidad, ya que consiste en cambiar los contextos de ciertas funciones perjudiciales que tienen lugar a través del aprendizaje relacional. La DC implica que los eventos privados no son malos en sí mismos, sino que se transforman en malos cuando se etiquetan como inaceptables, insanos o negativos. Las habilidades para llegar a la DC se orientan a que los individuos logren tomar distancia entre ellos mismos y sus eventos privados, p. ej. con respecto a sus sentimientos, cuando una persona se autodefine según la forma en cómo siente en un momento determinado (Hayes y Hofmann, 2017).

El *yo como contexto* (YC) es un proceso que busca flexibilizar el llamado yo contenido. Los diferentes sentidos del yo o del sí mismo fueron definidos por Hayes (1999) para referirse a

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

los procesos esenciales en el autoconocimiento. El yo que se consolida con más rapidez desde la infancia en nuestra conducta verbal es el denominado “yo contenido”, en donde las personas aprenden a autorreferenciarse o describir sus estados emocionales a partir de los contenidos que suelen ser propiedades o adjetivos; un ejemplo de esto sería la forma como comúnmente las personas se autodescriben: “soy tonta”, o como describen sus pensamientos: “estoy triste con mi vida”, o sus emociones: “soy ansioso”. Por el contrario, el YC, es una forma de defusionar los pensamientos, sentimientos y adjetivos con los que se describen a sí mismos; es una manera de darse cuenta de que uno no es lo que piensa: el ansioso o la tonta, sino una persona que “piensa” que es tonta o que tiene ansiedad. Sería una dimensión en donde la persona es consciente de lo que hace, de lo que tiene, de lo que cree que es, donde es capaz de verse a sí misma desde otra perspectiva y con un lenguaje que favorece la AP, ya que es mejor considerar “pienso que soy tonta” a “soy tonta” (Gómez, 2019).

Relacionado con estos dos procesos mencionados (el YC y la DC), la ACT también tiene como propósito ayudar a las personas a establecer un contacto con el momento presente, no con el pasado ni con el futuro, y para ello formuló el proceso llamado *estar presente* (EP), que tiene dos metas fundamentales; por una parte, se entrena a las personas para que puedan observar y describir lo que está en su experiencia privada, y por otra, se les pide que dichas descripciones estén exentas de valoraciones. P. ej. muchas personas están fusionadas con sus recuerdos, y racionalizan constantemente sobre lo que hicieron o dejaron de hacer en determinada circunstancia, y esto fomenta una especie de unión con el pasado, que se perpetúa en el tiempo y no deja que se concentren en vivir lo que ofrece el presente. Para ello, la ACT propone la práctica de la meditación o de la conciencia plena, con el fin de fomentar el contacto con el momento presente que a su vez promueve la AP, la DC y el YC (Hayes, 2019).

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

En la ACT *los valores* (V) son acciones elegidas que tienen como propósito guiar a las personas para que logren los objetivos que son importante para ellas, esta es una de las principales funciones del psicoterapeuta en este marco teórico. Clarificar valores es indispensable para saber a dónde se quiere llegar. No se trata de ir en concordancia con los “deber ser o ir”, en términos de dirigirse a un objetivo que otros consideran convenientes para quien elige, sino que es ir a favor de lo que la persona desea, y no de lo que otros desean otros para ella, porque precisamente la ACT promueve continuamente darles prioridad a las propias expectativas (Hernández Gómez, 2018).

En esta teoría, el resultado de haber logrado superar la EE y la DC es el llamado proceso de *compromiso o acción comprometida* (AC), que también guarda una estrecha relación con los V ya que los cambios conductuales llevados a cabo con la AC sólo podrán darse si existen, de manera anticipada, metas claras. Un componente importante de este proceso es que la persona debe tomar la responsabilidad sobre las acciones que implican persistencia y las habilidades que se van desarrollando a lo largo del proceso de psicoterapia (Hayes, 2016).

En resumen, la teoría de la ACT, en donde se desarrollan los constructos AP y EE, aboga por la comprensión de los procesos cognitivos para una mejor adaptación al medio cambiante, en donde la enfermedad será probablemente una más de estas variables contextuales (Zhang et al., 2018).

# **CAPÍTULO II**

## **ACCIDENTE CEREBROVASCULAR**

### ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) el ACV se define como la instalación aguda o rápida de signos clínicos que reflejan una disfunción focal (en ocasiones global) del cerebro, de causa vascular, y que tienen una duración mayor a 24 horas. También, se lo suele denominar con el término ictus, que representa de forma genérica a enfermedades neuronales como el infarto cerebral, la hemorragia cerebral y la hemorragia subaracnoidea. Ictus es un término latino que, al igual que su correspondiente anglosajón *stroke*, significa ‘golpe’, ambos describen perfectamente el carácter brusco y súbito del proceso, y son sinónimos de derrame cerebral, al igual que apoplejía. Una definición más específica, considera que el ACV puede producirse como consecuencia de la presencia de sangre en el interior de los ventrículos cerebrales o en el espacio subaracnoideo, o por la interrupción del flujo de sangre a una parte del cerebro. En este caso, si el flujo sanguíneo se detiene, aunque sea unos pocos segundos, el cerebro no puede recibir sangre y oxígeno, y las células cerebrales pueden morir, lo que causa un daño permanente (Ropper et al., 2019).

#### *Características generales*

La evolución funcional del paciente tras un ACV se establece clásicamente en tres periodos: *uno agudo* que va desde que se inician los síntomas hasta el alta hospitalaria, un *periodo subagudo* en el que se presenta una mejora funcional progresiva, que se estima sucede hasta los 6 meses posteriores, y luego una *fase crónica de estabilización funcional*, aproximadamente después de los 12 meses de sucedido el episodio. La mayoría de los autores consideran al ACV como dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles, debido a que, en la mayor parte de los casos, existe una alta prevalencia de síntomas funcionales mucho tiempo después de ocurrido el episodio, y que en la mayoría de los casos, no se produce la remisión (Furie y Jayaraman, 2018; Bender del Busto,

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

2019).

Según los estudios realizados en la clínica neurológica, se sostiene que los hombres tienen más probabilidades de padecer un ACV; sin embargo, las mujeres presentan un riesgo más alto de presentar un ACV durante el embarazo y en las semanas inmediatamente posteriores a éste. Además, las estadísticas de muerte por ACV son más altas en el caso de las mujeres que en el de los hombres. Los factores de riesgo que más incrementan el peligro de sangrado dentro del cerebro son: la edad, la hipertensión arterial (HTA), la diabetes, la dislipidemia, la obesidad y el tabaquismo. La edad es el principal factor de riesgo no modificable y la HTA es el principal factor de riesgo modificable (Escobar et al., 2017).

Algunos datos para tener en cuenta:

- El 20% de las personas mueren el mes siguiente del ACV.
- El 75% de los sobrevivientes quedan con secuelas definitivas.
- El 33% se vuelve dependiente toda su vida.
- El 25% jamás retomará su actividad habitual.
- Es la segunda causa de mortalidad a nivel mundial.
- Es la primera causa de discapacidad adquirida no traumática en el adulto.
- El número de muertes que provoca es dos veces superior al número de muertes causada por accidentes de tránsito.
- Después de los 55 años, el riesgo de sufrir un ACV se duplica cada 10 años.
- Todo minuto perdido luego de un ataque representa 2 millones de neuronas destruidas.
- Solo el 2% de los individuos que sufren de un ACV llegan a tiempo al hospital. (Micheli y Fernández Pardal, 2019).

El Observatorio Mundial de la Salud dependiente de la OMS, advierte que el ACV es la

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

enfermedad neurológica más frecuente, con una incidencia promedio mundial de 200 casos al año por cada 100.000 habitantes. Por otra parte, el grupo etario de más de 70 años sobresale entre los otros por tener la cifra más grande de fallecidos por ACV a nivel mundial (OMS, 2019). La proporción de personas que sobreviven a un ACV se duplicó en las últimas dos décadas, con una proyección de que para el año 2030 habrá 77 millones de sobrevivientes con esta patología en el mundo (Bejot et al., 2016).

En América Latina, actualmente es la primera causa de muerte e incapacidad, y la incidencia del ACV en este lado del mundo es tan relevante como lo demuestra el documento derivado de la primera reunión ministerial latinoamericana sobre la enfermedad, realizada en Gramado, Brasil (Ouriques Martins et al., 2019). En este informe se manifiesta que, en el año 2017 se registraron 600.000 nuevos casos de la enfermedad en los 13 países latinoamericanos participantes, y el número absoluto de nuevos casos de ACV se incrementó de forma significativa en el período comprendido entre 1990 y 2019, pasando de 467.634 casos en 1990 a 708.355 casos en 2019 (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2021).

Si bien se sabe que en la Argentina los ACV ocurren con una frecuencia de 1 cada 4 minutos, es decir, afecta a 360 personas cada día, en nuestro país no hay estadísticas más detalladas al respecto. Sin embargo, la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (2015) aportó datos interesantes sobre la situación de estos factores que, lejos de modificarse, han empeorado. El trabajo reveló que el 53,4% de los argentinos tiene sobrepeso u obesidad; el 34,8 tiene presión arterial elevada; el 30% es fumador y el 40,4% se encuentra expuesto al humo de otros fumadores; el 55% no realiza actividad física suficiente y solo el 5% de la población ingiere la cantidad recomendada de frutas y verduras. A excepción del consumo de tabaco que disminuyó en los últimos años, el resto de los factores de riesgo han empeorado respecto a la encuesta anterior que

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

se realizó en el año 2005. Si se observan estos datos y su evolución, quizá se pueda explicar el porqué del aumento en la incidencia del ACV en nuestro país. Otro detalle para considerar es que, en la Argentina, una de cada tres personas padece HTA, que es el principal factor de riesgo del ACV y, de ellas, el 50% no lo sabe; de quienes conocen su condición de hipertensos el 22% no está siendo tratado, y de los tratados, alrededor de la mitad no logra tener controlada su presión arterial. Además, entre el 8,5 y el 11,9% de los argentinos son diabéticos y se sabe que esto, además de favorecer la aparición del ACV, el tener la glucemia (el azúcar en sangre) elevada en el momento de que sucede el accidente hace que tenga un peor pronóstico su evolución. La tasa de mortalidad por una enfermedad cerebrovascular sigue constituyendo la tercera causa de muerte en la Argentina. Esto se debe a la transición demográfica que ocurre en nuestro país, con una población progresivamente envejecida, sobre todo en las grandes ciudades (Galante et al., 2015, Sociedad Argentina de Cardiología, 2018).

### ***Clasificación***

Se realizaron muchas clasificaciones sobre los diferentes tipos de ACV, algunas de ellas fueron elaboradas por comisiones u organizaciones científicas creadas con ese fin, mientras que otras surgieron de criterios previos que se unificaron como producto de estudios clínicos. Las más importantes fueron las llevadas a cabo por: el *National Institute of Neurological and Stroke* (NINDS) que realizó tres a lo largo del tiempo; el *Lausanne Stroke Registry (LSR)* y el *Oxfordshire Community Stroke Project (OCSP)* (Yang et al., 2016).

En este trabajo, se sigue la clasificación realizada por el NINDS (2017). Esta categorización, en primer lugar, se basa en la presencia o ausencia de la fenomenología característica del cuadro, y así se divide al ACV de la siguiente manera: a) *asintomático*, que es aquel que aún no ha dado síntomas cerebrales pero que produjo algún daño vascular demostrable

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

y, b) *sintomático*, el que se expresó clínicamente y abarcaría a la disfunción cerebral focal.

Siguiendo con esta clasificación, según su forma de presentación, pueden ser de tipo isquémico o hemorrágico. El ACV *isquémico o isquemia*, se da cuando la disminución del aporte sanguíneo cerebral es lo suficientemente prolongada en el tiempo como para producir un área de necrosis tisular (muerte del tejido). Tradicionalmente se considera como tal, cuando el déficit neurológico tiene una duración mayor a 24 horas, aunque con duraciones inferiores se puede observar lesión isquémica en los estudios de neuroimagen. La isquemia puede ser global o focal. Se denomina isquemia global cuando la disminución del flujo sanguíneo cerebral se produce en todo el encéfalo de manera simultánea debido a una hipotensión arterial marcada. La isquemia focal, o sea la centrada en zonas específicas del cerebro, se presentará como un accidente isquémico transitorio (AIT) o como infarto cerebral. El AIT, a diferencia del infarto cerebral, es el episodio focal de duración inferior a las 24 horas; de forma característica reversible y que no deja un déficit neurológico permanente tras su finalización; generalmente duran entre 2 y 15 minutos, aunque superan en ocasiones la hora de duración y suelen tener un comienzo rápido (menos de cinco minutos). Los mecanismos de producción y los subtipos etiológicos son similares en cualquier tipo de isquemia cerebral, sea un AIT o un infarto cerebral y, pueden clasificarse en trombótico y embólico. El primero, es cuando existe una estenosis u oclusión de una arteria cerebral intra o extracraneal, que ocurre por lo general cuando un trombo crece sobre una placa aterosclerótica u otra lesión vascular. El embólico, se debe a la oclusión de una arteria por un émbolo distal a un punto donde exista un adecuado flujo colateral (Dąbrowski et al., 2019). Cabe señalar que se encontraron asociaciones entre el tipo isquémico y síntomas neuropsicológicos específicos, como afectación en la capacidad de reconocimiento facial emocional (Álvarez Fernández, 2017), y también con síntomas emocionales como irritabilidad, inseguridad,

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

autoestima empobrecida, niveles bajos de autovaloración y estrés (González et al., 2008; Murillo et al., 2008; Lawrence et al., 2013; Álvarez Fernández, 2017; Bernal Veitía, 2019).

Por otro lado, el ACV hemorrágico implica la presencia de sangre en el interior de los ventrículos cerebrales o bien en el espacio subaracnoideo, por lo tanto, se subdivide al ACV hemorrágico en dos tipos: hemorragia cerebral y hemorragia subaracnoidea. La primera puede ser parenquimatosa o ventricular; en la hemorragia parenquimatosa se produce una ruptura vascular espontánea localizada en el interior del parénquima encefálico, cuando la hemorragia es ventricular la sangre se encuentra en el interior de los ventrículos cerebrales. Por último, se denomina hemorragia subaracnoidea a la extravasación de sangre al espacio subaracnoideo encefálico (Bray et al., 2005).

Si bien los índices de incidencia varían según los países y regiones, en todos los casos existe una preponderancia epidemiológica del ACV isquémico por sobre el hemorrágico (OMS, 2019). Se puede mencionar que, en nuestro país, y más específicamente en la provincia de Santiago del Estero, en donde se realizó este trabajo, existen estudios previos que avalan esta prevalencia (Auat Cheein et. al. 2012; Alet, 2020).

Por otra parte, los ACV también suelen clasificarse según su perfil temporal, los cuales pueden ser progresivo, con tendencia a la mejoría y estable. El ACV progresivo o en evolución, es cuando el déficit neurológico inicial evoluciona al empeoramiento, ya sea por el aumento de su intensidad o por la adición de nuevos síntomas y signos. El ACV con tendencia a la mejoría es el que tiende a remitir aproximadamente a las tres semanas del inicio de la sintomatología, en estos casos, la recuperación del déficit focal neurológico es igual o superior al 80% del total inicial. El ACV estable es cuando la clínica neurológica inicial se mantiene en un período de 24 horas (Dong et al., 2020).

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

Por último, existen otros tipos de ACV cuyo origen es menos frecuente, dando lugar a la categoría de infarto de causa inhabitual; o cuando no se puede asignar a ninguna de estas categorías y se clasifica como infarto de origen indeterminado, con una distribución variable de estos subtipos etiológicos según diversos registros de ACV (Dąbrowski et al., 2019).

### *Sintomatología*

La semiótica de los diferentes cuadros depende en gran medida de la zona del cerebro que haya sido dañada. Estos síntomas generalmente se presentan de manera súbita y sin aviso o pueden darse con distintos intervalos durante el primer o segundo día, y por lo general son más graves apenas sucede el ACV, pero pueden empeorar lentamente (HyunSoo et al., 2018). Algunos de los síntomas característicos son los que se muestran a continuación en la tabla 1:

**Tabla 1**

*Síntomas del ACV (OMS, 2019)*

- 
- Pérdida súbita, generalmente unilateral, de fuerza muscular en los brazos, piernas o cara.
  - Aparición súbita, generalmente unilateral, de entumecimiento en la cara, piernas o brazos.
  - Confusión.
  - Dificultad para hablar o comprender lo que se dice.
  - Problemas visuales en uno o ambos ojos.
  - Dificultad para caminar.
  - Mareos.
  - Pérdida de equilibrio o coordinación.
  - Dolor de cabeza intenso de causa desconocida.
  - Debilidad.
  - Pérdida de conciencia
- 

Existen algunos síntomas que fueron descritos dentro de los llamados neuropsicológicos, o sea déficits en las funciones mentales surgidos como consecuencia de los daños en la corteza. Al respecto, cabe mencionar que los más característicos que se pueden presentar luego de haber sufrido un ACV son: déficits en los distintos subtipos atencionales (Williamson et al., 2018), en memoria del lenguaje (Caldera y Huertas Corrales, 2018), en praxias (Cornejo Vergara, 2020), en

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

percepción (Choi et al., 2018) y en funciones ejecutivas (Lipskaya-Velikovsky et al., 2018). La mayoría de los estudios disponibles en el campos de la neuropsicología, indican que más de la mitad de los pacientes que sobreviven a un ACV, sufren déficits en las funciones mencionadas, y ello puede deberse a una variedad de factores entre los que se pueden incluir: la localización de la lesión, la hipoperfusión cerebral, la desactivación funcional de las áreas distantes en el cerebro o debido a la presión ejercida sobre el tejido cerebral circundante por la lesión (Barbaya et al., 2018; Ortiz-Galeano et al., 2020). Estas deficiencias claramente se asocian con una mayor discapacidad en general y, son las determinantes más importantes de la funcionalidad del paciente después del ACV. Asimismo, estos déficits neurocognitivos se encuentran a largo plazo en un 12 a un 56% de los pacientes con ACV, lo cual es un porcentaje mucho mayor que el que se da en el caso de los adultos que no sufrieron un ACV (Zhang et al., 2018). Con respecto a la progresión de estos déficits, hay una línea de investigación que sostiene que la reserva cognitiva (RC), o sea una mayor inteligencia y educación premórbida, dota al paciente de la capacidad de compensar los efectos de la enfermedad. Cuanto mayor es el nivel educativo previo alcanzado, menor es el déficit neurocognitivo post ACV, y se encuentra asociado no solo con un menor riesgo de evolucionar a una demencia y menor recurrencia de ACV, sino que también a una mayor posibilidad de reincorporación a sus actividades habituales de los pacientes post ACV (Mellon et al., 2015; Renjen et al., 2015; Abreus et al., 2016; Gil-Pagés et al., 2019; Padua et al., 2019). Sin embargo, también existen investigaciones que desestiman la relación entre RC y tener un mejor pronóstico en la afectación y rehabilitación neurocognitiva del paciente ACV (MacPherson et al., 2020; Dąbrowski et al., 2019).

Por otro lado, los modelos localizacionistas consideran que la única y determinante causa de los déficits funcionales antes descritos es la zona del cerebro que se encuentre lesionada

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

(quitando importancia a los factores emocionales o contextuales). P. ej. en el ACV producido en el hemisferio derecho suele aparecer problemas de percepción, en las funciones ejecutivas, pérdida del campo visual izquierdo, anosognosia y dificultad para el aprendizaje. Asimismo, en el ACV en hemisferio izquierdo, lo más característico son las alteraciones de la comunicación (afasias), pérdida del campo visual derecho enlentecimiento y aprendizaje sin generalización (Al-Qudah et al., 2015; Basantsova et al., 2017). Las alteraciones del lenguaje en lesiones subcorticales, las afectaciones de la fluencia, repetición, denominación, comprensión y errores parafásicos se suelen presentar en pacientes con lesiones en el núcleo caudado, putamen y miembro anterior de la cápsula interna. Del mismo modo, los trastornos afásicos, generalmente han estado asociados a lesiones corticales (Wilson y Schneck, 2020). Asimismo, las lesiones subcorticales se relacionan significativamente con el enlentecimiento cognitivo, el déficit atencional y las manifestaciones conductuales. Las lesiones localizadas en el tálamo, o cuando las lesiones afectan a la sustancia blanca profunda, provocan un enlentecimiento cognitivo, alteraciones de la memoria, déficit de atención, alteraciones del lenguaje y alteración de las funciones ejecutivas (Ropper et al., 2019; Ferro, 2020).

El ACV también produce en los pacientes una serie de cambios a nivel de lo que se conoce como neurología de la conducta o síntomas neuropsiquiátricos, con cambios en la esfera emocional, en la conducta y en el pensamiento (Kirshner, 2018; Quiroga, 2017), de estos, en los últimos años se ha prestado más atención a los niveles conductuales y emocionales. En las primeras investigaciones de estas variables, su identificación muchas veces resultaba complicada debido a la preponderancia de la sintomatología neurológica en el estudio del ACV (Morris et al., 2017), sin embargo, existen algunos trabajos sobre las reacciones emocionales negativas asociadas con esta enfermedad (De Ridder et al., 2016), así como también, sobre los estilos de afrontamiento

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

psicológicos que pueden modificar estas reacciones y comorbilidades en el área emocional y conductual, luego de haber sufrido un ACV (Jokela et al., 2014; Hakulinen et al., 2018).

En este sentido, la psicopatología más común asociada con el ACV, es la depresión. En la semiología neuropsiquiátrica se conoce a estos pacientes como con depresión post ACV, y se define justamente como aquella persona que desarrolla síntomas depresivos después de un episodio de ACV; junto con la depresión vascular y la depresión disejecutiva conforman los tres tipos aceptados de depresión más estudiados dentro de la neuropsiquiatría para el ACV; aunque las tres son nomenclaturas de un mismo cuadro clínico, existen algunos síntomas diferenciales, así p. ej. la depresión vascular incluye evidencia clínica de enfermedad vascular, junto con un inicio de la depresión o de un cambio en el curso de la depresión después de la aparición de la enfermedad vascular; también se suman algunas características más secundarias, como la presencia de deterioro cognitivo, enlentecimiento psicomotor, ideación depresiva limitada, escasa conciencia de enfermedad, discapacidad física y ausencia de antecedentes familiares de trastornos del estado de ánimo. La depresión disejecutiva posee una entidad propia dentro de las depresiones vasculares; sus síntomas depresivos cursan con un peor funcionamiento psicosocial y peor afrontamiento en las actividades de la vida diaria, es por ello por lo que es considerada una forma más grave de depresión vascular (Carnés-Vendrell et al., 2016). En cambio, la depresión post ACV refiere a la existencia de un estado de ánimo deprimido, durante un período importante y persistente o a una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades tras haber sufrido un ACV. El DSM-V TR (2022) categoriza a la depresión post ACV como un trastorno depresivo debido a otra afección médica, por lo tanto, la depresión post ACV puede considerarse una forma de depresión vascular al ser secundaria a la patología vascular. En consecuencia, se podría entender que tanto la depresión disejecutiva como la depresión post ACV

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

son subtipos de la depresión vascular, dentro de un continuo de gravedad y afectación (Bartolomé Alberca, 2019). La revisión de las publicaciones sobre este tema concluye que la prevalencia global es del 33% (Pioli dos Santos et al., 2019), aunque asciende a más del 40% en pacientes hospitalizados, en donde a mayor tiempo de hospitalización, se obtiene peor resultado funcional y una mayor tasa de mortalidad con la asociación depresión y ACV (Cai et al., 2019; Araujo Freitas Moreira, 2019). Por otro lado, y más allá de si el o la paciente se encuentra internado o no, si se tiene en cuenta el tiempo transcurrido desde el ACV, la prevalencia oscila, en las primeras dos semanas entre el 6% y el 40%, a los tres meses llegaría a 50%, sería de entre un 20% y un 50% al año, y disminuye al 20% en los dos años posteriores (Carnés-Vendrell et al., 2016; Cai et al., 2019).

El segundo trastorno afectivo más frecuente en estos pacientes es el de ansiedad, su aparición es considerada como un mal pronóstico por su curso crónico, y aproximadamente el 28% de los pacientes con ACV en la fase aguda experimentan períodos prolongados de ansiedad y casi el 20% de ellos experimenta niveles reducidos de ansiedad después de este periodo. Así mismo, entre un 22% al 28% de los/as pacientes presentaron síntomas acordes al trastorno de ansiedad generalizada, como así también una tasa de trastornos de angustia o pánico, de entre el 10% y el 30% de los casos (Raften et al., 2018).

Algunos trabajos concluyen que existe evidencia de una correlación entre los síntomas ansiosos y depresivos, con una baja autoestima situacional relacionada con el deterioro funcional y el cambio de rol social, también se podría relacionar con una mayor desesperanza, autopercepción de inutilidad y con la baja comprensión del paciente del proceso de enfermedad y/o anosognosia, o sea la falta de conciencia sobre la discapacidad y sus consecuencias, que en ocasiones puede llegar a la negación, o a la indiferencia emocional que acompaña a la constatación de la discapacidad. Términos como anosodiaforia (la indiferencia afectiva hacia el defecto motor

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

en caso de lesiones hemisféricas derechas) hacen referencia al mismo fenómeno (Hernández Zayas et al., 2017; Jackson et al., 2019).

Además de la sintomatología ansiosa y depresiva, también se podría incluir acá a una serie de indicadores que Quemada y Mimentza (2017) agruparon como cambios en la conducta social que son más frecuentes en este tipo de casos, entre ellos labilidad emocional, irritabilidad, rigidez, egocentrismo, apatía y aislamiento social. La labilidad emocional, emocionalismo o trastorno emocional de expresión involuntaria, hace referencia a problemas de control emocional, como la presencia de reacciones de llanto, y con menos frecuencia risa, de intensidad desmedida, al margen del control voluntario y provocado por estímulos menores, se presenta en el 11% al 34% de las personas con ACV. La irritabilidad es el estado emocional caracterizado por un reducido control del temperamento, un estado de ánimo que predispone al enfado, cogniciones que interpretan como hostil una amplia gama de situaciones y conductas agresivas, se da entre un 17% a 35%, y en la mayoría de los casos dentro de la fase aguda del post ACV. La rigidez se refiere a la incapacidad para generar cambios adaptativos a la acción ya diseñada, aunque las circunstancias varíen. El egocentrismo es la falta de la visión de los demás, la incapacidad para abstraer sus intenciones, deseos, estado de ánimo y tratar de incorporarlos a la ecuación que decide acerca de nuestra conducta. La apatía hace referencia a la pérdida de interés, a la ausencia de reacciones emocionales, falta de iniciativa física y disminución en las respuestas motoras, y su prevalencia es del 27% en las personas con ACV. El aislamiento social es entendido como reclusión o retraimiento del área social, debido en la mayoría de los casos, a los primeros fracasos en la interacción por los déficits funcionales que suelen tener estas personas, que afectan el lenguaje, la comprensión, la memoria o la atención, etc. (Quemada y Mimentza, 2017).

Cabe destacar que muchos autores, de tendencia localizacionista, explican la mayoría de

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

estos síntomas como consecuencia directa los llamados síndromes frontales, muy comunes en los casos de ACV, y que suelen generar alteraciones en la regulación de la conducta y las emociones. Los más destacados son el síndrome orbitofrontal que presenta desinhibición conductual, como impulsividad, conducta sexual inapropiada, falta de autocontrol; el síndrome prefrontal dorsolateral que se caracteriza por la presencia de irritabilidad y apatía, bradipsiquia, perseveraciones e inhibición conductual; el síndrome mesiofrontal en donde la apatía, la falta de motivación y voluntad son comunes, así como la pérdida de espontaneidad o iniciativa, reducción de la fluencia verbal y de la conducta motora (Muñoz Zúñiga, 2017); el síndrome disejecutivo frontal que genera trastornos autonómicos, un patrón de sueño pos-ACV alterado, la disminución del apetito, de la libido, los síntomas vegetativos de ansiedad y la fatiga subjetiva post-ACV, los cuales pueden confundirse con síntomas ansiosos o depresivos (Lázaro Cagigal, 2018).

Para finalizar este apartado, se puede señalar que al déficit motriz en el ACV se le suma las consecuencias en las áreas cognitiva, emocional y conductual, lo cual conforma en conjunto un cuadro considerable de discapacidad. La adaptación a ello constituye una importante transición psicosocial, que puede afectar ampliamente, no solo las actividades diarias de la mayoría de los y las pacientes en algún momento de sus vidas (Wang et al., 2017), sino también a su salud mental. Aquí cabe mencionar que, incluso después de controlar las condiciones clínicas del ACV, los diagnósticos en salud mental en los primeros 3 años después del ACV aumentan el riesgo de muerte en más del 10% de los casos, lo cual habla de la importancia de los diagnósticos post ACV en esta área (Pioli dos Santos et al., 2019).

**CAPÍTULO III**

**ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y**

**EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN**

**PACIENTES CON ACV**

## **ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV**

Un número considerable de personas que padecieron un ACV presentan desafíos especiales, ya que el riesgo de recurrencia es a menudo alto (Boehme et al., 2017). Sin embargo, y a pesar de las limitaciones funcionales asociadas con esta patología, un alto porcentaje de estos pacientes con el tiempo presentan una adaptación a las secuelas funcionales, y con ello, los problemas emocionales y conductuales que se presentan en los primeros meses suelen remitir (Fang et al., 2016). De hecho, algunos estudios han demostrado que es esperable que las personas tiendan a recuperar los niveles anteriores de bienestar después del ACV (Eskey et al., 2018). Del mismo modo, sobrevivir y aprender a vivir con una enfermedad con algunas características que se vuelven crónicas, puede inducir al crecimiento personal, lo que sugiere que las experiencias negativas y positivas pueden coexistir en la adaptación al ACV (Gul y Karanci, 2017; Hegarty et al., 2020). Sin embargo, es difícil extrapolar la incidencia de las reacciones emocionales al poco tiempo de la aparición del ACV con su impacto psicológico a largo plazo (McCarthy et al., 2020).

Las personas que no logran desarrollar un proceso adaptativo de tolerancia a las consecuencias funcionales o motrices posteriores a un ACV, en su gran mayoría, presentan sentimientos de desesperanza, ansiedad y una mala calidad de vida (Majumdar y Morris, 2018). Dewantoro y Kurniawan (2019), sostienen que la no aceptación de estas consecuencias está formada por tres etapas distintas: la negación, la resistencia y el dolor; presentes en todos los pacientes “no aceptadores” en cualquier enfermedad y que ésta sea de carácter crónico, esta combinación tiene correlación con la baja adherencia a los tratamientos. En general, los tratamientos en el caso de este tipo de enfermedades se centran en los síntomas biomédicos o clínicos que se busca remitir y, se considera que, la resistencia o la negación, son comportamientos

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

esperables en estos pacientes. No se suelen incluir, en la mayoría de los casos, intervenciones dirigidas al reconocimiento de la enfermedad y sus limitaciones, y con ello a aumentar la motivación de los pacientes y a producir cambios favorables en su comportamiento y afrontamiento (Dewantoro y Kurniawan, 2019).

Respecto a la negación y aceptación de la enfermedad, ya Kübler-Ross en 1972, los incluía en su modelo de las 5 etapas del duelo en salud: negación, enfado, negociación, depresión y aceptación. La *negación*, es la primera reacción de defensa ante la noticia de padecer una enfermedad, lo cual permite amortiguar el dolor ante una noticia inesperada. El *enfado* (o *ira*) aparece cuando se hace insostenible la negación, y aquí puede surgir el rechazo al tratamiento, la sensación de injusticia por padecer la enfermedad, y se expresa generalmente contra Dios, los médicos y familiares. La *negociación*, en cambio, es un intento por llegar a un compromiso con la propia realidad de la enfermedad crónica, la cual involucra la esperanza de que se pueda retrasar la muerte o disminuir los efectos de la enfermedad. En la etapa de la *depresión*, aparecen sentimientos de inutilidad, incapacidad, llanto, autocompasión, aislamiento y pérdida de placer. Por último, en la *aceptación*, la enfermedad se reconoce como una parte más de la vida, se produce la comprensión del padecimiento y aparece el compromiso de vivir con la enfermedad sin poner más limitaciones de las que ella origina (Maniscalco et al., 2019; Perna y Harik, 2020).

Los niveles más bajos de AP entre los pacientes se dan sobre todo en los que tuvieron ACV recurrentes, que no tienen creencias religiosas y poca capacidad para realizar actividades diarias (Chai et al., 2016). La no aceptación está asociada con la depresión post ACV, y el nexo entre ambas etapas o procesos, serían los pensamientos negativos de autorreproche, lo que indica que las creencias personales sobre la AP están asociadas y predicen la adaptación emocional después del ACV (Townend, et al., 2010; Wei et al., 2016). También, en muchos casos la falta de

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

AP se encuentra relacionada con el temor a sufrir un nuevo ACV (Crowe et al., 2016), de hecho, el menor malestar psicológico del paciente con ACV se encuentra relacionado con la capacidad de AP (Sander et al., 2021).

Por último, Kangas y McDonald (2011) sostienen que para que un programa de rehabilitación sea exitoso en pacientes con ACV, deben incluirse cuatro de los procesos de flexibilización psicológica de la ACT: el yo como contexto, los objetivos valiosos, la acción comprometida y la AP. De hecho, otros autores sostienen que la flexibilización de la EE en pacientes ACV (por medio de la promulgación de la AP) no solo ayuda a la rehabilitación, sino también a la calidad de vida y la eficiencia de los pacientes (Van Mierlo et al., 2018; Adiyasa y Ismoyowati, 2021; Della Vecchia et al., 2021). Se profundizará en este tipo de trabajos en el capítulo siguiente.

**CAPÍTULO IV**

**ESTADO ACTUAL DEL**

**CONOCIMIENTO SOBRE EL TEMA**

### **ESTADO ACTUAL DEL CONOCIMIENTO SOBRE EL TEMA**

En este capítulo, se revisarán de manera cronológica las más recientes y principales investigaciones realizadas en los últimos años sobre las variables objeto de este trabajo. Cabe aclarar que, aunque los estudios sobre AP y EE no son pocos en el ámbito de la psicoterapia o salud mental en general, no sucede lo mismo si se refieren a enfermedades neurológicas, es en este sentido que los antecedentes encontrados específicamente para personas que han sufrido un ACV, son escasos.

Uno de estos pocos estudios que aborda esta temática fue el llevado a cabo por Chai et al. (2016), quienes realizaron una investigación cuyo objetivo fue el de indagar la AP de la discapacidad producida por el ACV y su posible influencia en la rehabilitación en estos pacientes en China. En dicha investigación, la muestra estuvo compuesta por 220 pacientes hospitalizados con ACV, a los cuales se les administraron los siguientes instrumentos: un cuestionario sociodemográfico y uno sobre las características de la enfermedad, otro cuestionario de modos de afrontamiento médico (MCMQ), otro de actividades funcionales (FAQ), una escala de autoevaluación de la Depresión (SDS) y la escala de apoyo social percibido (PSSS). Como conclusión, los autores señalan que existe un nivel moderado de AP de la discapacidad entre los pacientes con ACV. El análisis estadístico mostró que la confrontación, la comprensión del ACV, la depresión autocalificada, la capacidad de las actividades funcionales y el apoyo familiar, fueron los principales factores que afectaron la AP entre este grupo de pacientes, y estos explicaban el 49,6% de la varianza total. Por lo tanto, el equipo que llevó a cabo esta investigación concluye que, en la práctica clínica, los profesionales deben identificar a los pacientes con bajos niveles de AP y con ello implementar un modelo de intervención psicológica eficaz.

Como ya se dijo, la depresión y los modos de afrontar la enfermedad tienen un impacto

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

negativo en el proceso de rehabilitación y un peor resultado asociado, es por ello que, para determinar su incidencia, Wei et al. (2016) evaluaron a 368 pacientes con ACV isquémico agudo a su ingreso y en los tres meses posteriores. Utilizaron el Inventario de Depresión de Beck (Beck, 1996), el cuestionario Duke de Apoyo Social (Broadhead et al., 1988) y también como herramienta de medición el Cuestionario de Modos de Afrontamiento (Lazarus y Kolkman, 1991). Entre otras conclusiones, los autores encontraron que la AP se relaciona con depresión e incontinencia emocional tanto al ingreso como 3 meses después del ACV, en donde la EE fue el factor independiente relacionado con la depresión a los 3 meses del inicio del ACV (Wei et al., 2016).

Siguiendo con las consecuencias emocionales post ACV y su relación con la AP, otro estudio llevado a cabo por Crowley y Andrews (2018), planteó como objetivo determinar si existía una correlación entre la AP con la ansiedad y la depresión que presentaron algunos pacientes post ACV; para esto emplearon un diseño longitudinal con 41 participantes a los que les administraron diferentes cuestionarios de ansiedad, depresión, apoyo social y AP en dos momentos diferentes, en una primera instancia a los tres meses post ACV, y en un segundo momento, a los nueve meses posteriores. Estos autores obtuvieron una correlación moderada y negativa entre la AP con la ansiedad y la depresión en los dos momentos evaluados. Y también establecieron que la presencia o no de AP, fue un predictor más fuerte de ansiedad y depresión en el segundo momento, de lo que fue el apoyo social emocional o práctico. Por lo tanto, sostienen que la AP es un área importante para considerar en relación con la rehabilitación y el ajuste después de haber padecido un ACV.

Con el objetivo de valorar la eficacia de la ACT en pacientes ACV, Majumdar y Morris (2018) evaluaron a un grupo de pacientes con esta enfermedad y los compararon con un grupo control (personas sin patología neurológica) que realizan habitualmente tratamiento psicoterapéutico. Para este trabajo, se seleccionaron 53 participantes de manera aleatoria en tres

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

hospitales del sur de Gales y uno en el suroeste de Inglaterra, al grupo ACT le correspondieron 26 pacientes, y al grupo control 27, de la muestra total el 60% fueron hombres, y de una edad media de 63 años. La intervención de ACT consistió en cuatro sesiones semanales grupales didácticas de 2 horas. Entre los efectos terapéuticos que se midieron (además de indicadores de depresión, ansiedad, esperanza, calidad de vida, estado de salud autoevaluado y bienestar mental), se incluyó a la AP. Las medidas se tomaron antes del tratamiento, en el tratamiento y posteriormente, luego de dos meses de finalizado el mismo. Los resultados fueron que, comparando ambas muestras de participantes, el grupo ACT al aumentar los puntajes de AP produjo una reducción significativa de la depresión y una mejoría en el estado de salud, según la autoevaluación realizada por los pacientes que padecieron un ACV. Los resultados se corresponden con estudios previos realizados sobre ACT grupal, en pacientes con otras enfermedades con déficit funcional a largo plazo.

Continuando con la temática del trabajo anterior, Sianturi et al. (2018) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de determinar la influencia de la ACT sobre los síntomas ansiosos en pacientes con ACV, aunque en este caso, la intervención no fue grupal y estuvo centrada en la primera etapa de recuperación de los pacientes ACV. Utilizaron un diseño cuasi-experimental sin grupo de control, los participantes fueron 33 en total, seleccionados mediante muestreo consecutivo. Los resultados demostraron que el uso de la ACT tuvo un efecto significativo sobre los signos y síntomas de ansiedad en este tipo de pacientes, lo cual se correlacionó con una disminución de nivel moderado a leve de la EE.

A los fines de identificar las trayectorias de la calidad de vida relacionada con la salud física y psicosocial, desde dos meses hasta un año después de un ACV y determinar los factores asociados con la calidad de vida, Van Mierlo et al (2018) utilizaron un estudio de cohortes prospectivo multicéntrico en el que realizaron un seguimiento de 351 pacientes a los 2, 6 y 12

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

meses tras el ACV. Entre otras conclusiones, se destaca si lo relacionamos con nuestro estudio que, además de neuroticismo, pesimismo, impotencia y afrontamiento pasivo, una menor AP es una variable predictora de una menor calidad de vida relacionada con la salud física.

Dindo et al. (2019), realizaron un trabajo que buscó examinar las relaciones transversales entre la inflexibilidad psicológica y los síntomas de depresión, para lo cual compararon a un grupo de adultos migrañosos (n=2936) con otro grupo de adultos en riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares (n=921). Los resultados indicaron que la inflexibilidad psicológica, es decir una mayor presencia de EE por sobre la AP, se relacionó de manera significativa con síntomas depresivos y de ansiedad, en las dos poblaciones.

Con el objetivo de analizar el nivel de AP y la discapacidad en los pacientes con ACV, Guzek y Kowalska (2020), entrevistaron a 64 pacientes después del primer ACV de entre 50 y 87 años, utilizando las siguientes pruebas: Escala de Aceptación de Enfermedad (Mazurek y Lurbiecki, 2014), Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage, 1983), Índice de Movilidad de Rivermead (Ryall, 2003) e Índice de Barthel (Barthel, 1965). Las pruebas se administraron en dos momentos, el primero antes de la rehabilitación y el segundo después de 3 semanas de rehabilitación regular. Este grupo en estudio tuvo un nivel medio de AP, tanto antes como después de 3 semanas de rehabilitación. Después del proceso de rehabilitación, mostraron mejoras estadísticamente significativas en la AP, en los trastornos del estado de ánimo, en el estado funcional, en la movilidad y en la locomoción. Se observaron los niveles más bajos de AP, en pacientes con ACV que tenían una peor condición funcional y trastornos del estado de ánimo y que solo habían accedido a la educación primaria. Los autores concluyeron que los resultados sugieren que el nivel de AP puede ser un factor importante en la rehabilitación de los pacientes con ACV.

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

Volviendo a la línea de lo emocional y su relación con la AP, un trabajo tuvo como objetivo medir la angustia psicológica en pacientes con ACV (Sander et al., 2021). En este caso, estudiaron a 93 pacientes con síntomas funcionales complicados y graves y que tenían angustia psicológica clínicamente significativa en la fase crónica de recuperación, fueron asignadas al azar para recibir ocho semanas de la ACT. Los pacientes mostraron una reducción significativamente mayor de la angustia psicológica (inventario breve de síntomas 18) y también mejoras en la flexibilidad psicológica y la AP, utilizando el AAQ-II (Bond et al., 2011) para medir esto último. Los puntajes obtenidos en el cuestionario indicaron que los procesos de flexibilidad psicológica de la ACT explicaban la variación en los resultados del grupo de tratamiento. Dentro de estos procesos, la variable con más peso para reducir la angustia psicológica en personas con ACV, fue la AP en una fase crónica de la recuperación. Al producirse la AP, y reducir la angustia, mejoró notablemente la rehabilitación en estos pacientes. De todas maneras, los autores advierten que se necesitan ensayos clínicos adicionales con un grupo de control estructuralmente equivalente (Sander et al., 2021).

Otro estudio, llevado a cabo por Adiyasa y Ismoyowati (2021), buscó establecer los efectos de la ACT sobre la autoeficacia, con diseños cuantitativos y cuasi-experimentales, sin un grupo de control. Este trabajo fue realizado en una unidad de rehabilitación hospitalaria en Yogyakarta (Indonesia), y con 33 pacientes con ACV seleccionados a través de la técnica de muestreo intencional, a los que se les administró el cuestionario *The Strategies Used by patients to Promote Health* (Lev et al., 2007). La muestra estuvo compuesta en su mayoría por pacientes de entre 45 a 64 años (72,73 %), de sexo masculino (57,6 %) y con antecedentes de ACV durante 1 a 6 meses (39%) anteriores, a la realización del estudio. Los resultados mostraron un valor  $p$  calculado de 0,000 sobre el efecto de ACT en la autoeficacia de los pacientes. Así entonces, concluyeron que

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

la ACT mejora efectivamente la autoeficacia de los pacientes con ACV, en donde la flexibilización de la EE a través de la AP mejoró los niveles de la variable evaluada.

Compatible con ello, Della Vecchia et al. (2021) determinaron que la AP influye positivamente en la rehabilitación. Para esto, realizaron un metaanálisis de diferentes trabajos que indagaron los factores contextuales que influyen en la participación del paciente en rehabilitación posterior al ACV. Así, de 5741 artículos identificados, 97 se consideraron relevantes para una evaluación de elegibilidad de texto completo, de estos, se seleccionaron 28 artículos originales de estudio cuantitativo y 7 cualitativo. Concluyeron que, a partir de los estudios que analizaron los factores psicosociales o psicológicos, y más en particular la autoestima y la AP, se asocian positivamente con la participación de los pacientes en un proceso de rehabilitación. Las variables sociodemográficas (edad, género, estado civil, nivel educativo, ingreso familiar, grupo étnico), en su mayoría no estaban relacionados con una mayor participación en los tratamientos. Con esto, afirman que deben probarse e implementarse programas para mejorar las habilidades psicosociales de los pacientes, como la autoestima, la AP y la motivación (Della Vecchia et al., 2021).

Para finalizar el capítulo, se puede marcar que, si bien es cierto que la literatura existente sobre la relación entre las variables en estudio no es muy frondosa, en general las investigaciones coinciden en señalar la importancia de identificar a los pacientes con ACV que presenten niveles altos de EE, ya que los estudios, en su mayoría, encontraron una relación entre esta variable y la presencia de síntomas anímicos, ansiosos y también con una menor funcionalidad del paciente con ACV. Por lo tanto, la flexibilidad de este proceso, y por ende la propensión a la AP, es un buen predictor de un mejor manejo por parte del paciente respecto a su enfermedad y cumplimiento de la rehabilitación (Dewantoro y Kurniawan, 2019; Maniscalco et al., 2019; Perna y Harik, 2020).

# **CAPÍTULO V**

## **METODOLOGÍA**

## METODOLOGÍA

### *Objetivos e hipótesis.*

#### *Objetivo General*

Evaluar la AP y la EE en pacientes que sufrieron un ACV.

#### *Objetivos Específicos*

- Establecer si existen diferencias en cuanto a la AP y la EE, utilizando el instrumento AAQ-II, entre el grupo control y el grupo de pacientes con ACV.
- Comparar si existen diferencias en cuanto a la AP y la EE, entre los pacientes que sufrieron un ACV de tipo isquémico y los de tipo hemorrágico.
- Explorar la utilidad del instrumento AAQ-II para evaluar AP y EE en pacientes que sufrieron un ACV.
- Explorar las características sociodemográficas (edad, genero, estado civil, nivel de estudio y ocupación) de los pacientes que sufrieron un ACV, y establecer si existe correlación entre alguna de ellas con la AP y la EE.

### *Hipótesis*

- Se espera encontrar mayores indicadores de EE en los pacientes con ACV que en el grupo control, y mayor AP en el grupo control que en el de los pacientes con ACV.
- Se encontrarán diferencias estadísticas significativas según edad, estado civil, genero, nivel de estudio y ocupación de los pacientes que sufrieron un ACV en cuanto a AP y EE.
- El instrumento AAQ-II (García Díaz et al., 2015) permitirá discriminar entre el grupo de pacientes con ACV y el grupo control.

### ***Diseño***

En este trabajo se utilizó un diseño no experimental, ya que según Hernández Sampieri et al. (2010), las investigaciones de tipo no experimental no generan ninguna situación de manera artificial, sino que se observan y analizan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente por los/as investigadores/as que las realizan, o sea que las variables independientes ocurren y no es posible manipularlas, lo que coincide con lo realizado en este caso. Más específicamente, dentro de los diseños no experimentales, esta investigación es de tipo transversal y de comparación entre grupos, ya que se analizó cuál es la modalidad o el nivel de una o más variables en un determinado momento, se evaluó una situación, un fenómeno en un punto del tiempo y se determinó cual fue la relación entre estas variables en diferentes grupos (Hernández Sampieri et al., 2010).

Asimismo, por sus características, la presente investigación puede enmarcarse como de tipo exploratorio-descriptivo, ya que se midieron las variables, como así también se buscó especificar sus propiedades y características, antes de ser sometidas a análisis.

### ***Participantes***

Se seleccionó una muestra no probabilística por conveniencia, conformada por 76 pacientes que padecieron ACV y que se encontraban en la etapa de rehabilitación en el Instituto Provincial de Rehabilitación Integral (IPRI) de la provincia de Santiago del Estero, de los cuales el 64,5% pertenece al sexo masculino, y el 35,5% al femenino, la edad media del grupo ACV fue de 56,6 ( $DE=12,3$ ). El grupo control se encontraba conformado por 76 personas que no sufrieron ACV, de las cuales 52 son varones (31,6%) y 24 mujeres (68,4), la edad media fue de 55,9 ( $DE=9,3$ ).

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

***Criterios de inclusión para el grupo de pacientes con ACV.*** Pacientes de cualquier edad, género, educación y estrato socioeconómico con un diagnóstico médico de ACV sin deterioro cognitivo y/o déficit comunicativo, ni antecedentes de otras patologías neurológicas ni psiquiátricas, y que hayan aceptado participar en la investigación previa firma del consentimiento informado (Ver apéndice C).

***Criterios de exclusión para el grupo de pacientes con ACV.*** Pacientes de cualquier edad, género, educación y estrato socioeconómico sin un diagnóstico de ACV, o con deterioro cognitivo y/o déficit comunicativo, con antecedentes de otras patologías neurológicas y/o psiquiátricas, pacientes con ACV que hayan pasado por un proceso psicoterapéutico posterior al ACV.

***Criterios de inclusión para el grupo control.*** Personas de entre 20 y 81 años, de cualquier género, educación y estrato socioeconómico, sin un diagnóstico de ACV, sin antecedentes de otras patologías neurológicas ni psiquiátricas, y que hayan aceptado participar en la investigación previa firma del consentimiento informado.

### ***Procedimiento***

La investigación fue viable gracias a la existencia no sólo de un cuestionario validado en nuestro país para la medición de la variable AP y EE, sino que además se contó con el acceso a las historias clínicas de los pacientes que componen el grupo ACV, lo cual permitió contar con las características clínicas y diagnósticas de cada paciente. Con ello, se garantizó la fiabilidad de una de las variables de este estudio, y además esto permitió tener un resguardo y reaseguro sobre los diagnósticos del grupo de pacientes con ACV, los cuales fueron realizados por especialistas.

Antes de comenzar con el trabajo, se gestionaron las autorizaciones pertinentes del lugar de donde se obtuvo a los participantes del grupo de pacientes ACV. Por ello se obtuvo el permiso del Ministerio de Salud y Desarrollo de Santiago del Estero, organismo al cual pertenece el IPRI,

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

institución en donde el que suscribe desempeña parte de sus funciones. En este sentido, como la dinámica de trabajo del lugar es interdisciplinaria, se mantuvo contacto permanente con profesionales (fisiatra, traumatólogo, kinesiólogos, fonoaudiólogos y terapistas ocupacionales) que asistieron a los participantes del grupo ACV.

Una vez obtenida la autorización, se trabajó en un principio en la clasificación de las historias clínicas de los pacientes activos del IPRI para seleccionar a los que cumplieran con los criterios de inclusión para el grupo ACV. Una vez contactado con cada paciente, se le explicó la finalidad del estudio y se lo invitó a leer y firmar el consentimiento informado, el cual fue redactado respetando los principios éticos y al código de conducta de la APA (2001). Luego, se administraron los instrumentos, si bien éstos se encuentran diseñados para poder ser auto aplicados, se optó por que fueran administrados por el investigador de manera individual, a los fines de poder subsanar alguna posible duda en el paciente; si bien el proceso de completar los dos cuestionarios requirió entre 15 y 20 min, el total de la entrevista con cada paciente tomó un promedio de 45 min. Se completaron tres hojas por paciente, la primera con el consentimiento informado, la segunda con el cuestionario sociodemográfico, y la tercera con el AAQ-II (García Díaz et al., 2015), la hoja de consentimiento informado fue separada y archivada en un lugar diferente de las dos restantes, ello a los fines de resguardar la información identificatoria del participante, asegurando el anonimato de los datos obtenidos en los cuestionarios.

La devolución de los resultados grupales se realizará una vez terminado el trabajo y se encuentre en condiciones de publicación. Esta información estará disponible ya sea tanto para la institución y sus profesionales, como para los participantes que así lo requieran.

Para el análisis de los datos, se utilizaron métodos estadísticos cuantitativos en la mayoría de los casos. Los datos recabados de los instrumentos administrados con sus respectivos análisis

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

cuantitativos y cualitativos fueron procesados con el software estadístico *Statistical Package for Social Sciences* versión 22 (IBM Corp., 2013), y algunos datos preliminares y figuras fueron trabajados en el programa Microsoft Excel (2007), para su posterior interpretación.

La organización para la presentación de los resultados fue llevada a cabo de la siguiente manera: primero se describieron las características sociodemográficas de la muestra, luego se exponen los resultados según el orden planteado en los objetivos.

### ***Instrumentos***

***Ficha Clínica y Sociodemográfica.*** En donde se incluyen los datos relevantes de la condición clínica del paciente, asimismo, una breve encuesta permitió recoger información básica de su condición familiar y social, en la misma se indagaron los siguientes datos sociodemográficos: edad, género, estado civil, estudios alcanzados y ocupación del paciente. Respecto a los datos clínicos se exploró: tipo de ACV, área dañada, tiempo transcurrido desde el último episodio, síntomas y comorbilidades (Ver apéndice B). Esta ficha fue diseñada en base a la utilizada previamente para una investigación realizada en la misma institución (Quiroga y Ramos, 2013) y también considerando otros formularios clínicos que se suelen utilizar para los casos de ACV (Bray et al., 2005; García Pastor et al., 2011).

***Cuestionario de Aceptación y Compromiso II (AAQ II), versión de 10 ítems de la adaptación argentina (García Díaz et al., 2015).*** Hayes et al. (2004) diseñaron y establecieron el *Acceptance and Action Questionnaire*, que mide la EE y la AP. Esta primera versión en inglés originalmente estuvo constituida por 32 ítems, los cuales fueron reducidos finalmente a 16. Consiste en una escala autoadministrable con formato de respuesta tipo escala Likert. Cada uno de los reactivos se responde con una escala de diez opciones de respuesta que van de “nunca” a “siempre”. En esta primera versión, el análisis factorial confirmatorio del instrumento apoya una

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

estructura unifactorial con una consistencia interna Alfa de Cronbach de .70, lo cual se considera satisfactorio, y una fiabilidad test-retest de .64 luego de 4 meses.

La primera traducción al español del instrumento fue hecha por Barraca Mairal (2004) en España, adaptando la versión del AAQ a 9 ítems, pero manteniendo las características principales de la escala original. Bond et al. (2011) realizaron otra investigación que dio como resultado una nueva versión del AAQ, el AAQ-II, el cual mejora la fiabilidad, ya que la primera versión era apenas satisfactoria, y estos autores consideraron que ello podía deberse a la complejidad innecesaria de los ítems. También se realizó una validación para pacientes con lesión cerebral adquirida, la AAQ-ABI (Whiting et al., 2015). Los resultados sugieren que esta versión del cuestionario parece medir la flexibilidad psicológica sobre los pensamientos y sentimientos relacionados con la lesión cerebral en sí, mientras que el AAQ-II mide la flexibilidad psicológica en torno al malestar psicológico general.

Si bien existe una adaptación al español del AAQ-II en población mexicana (Patrón Espinosa, 2010), al ser elaborada en otro país y presentar ciertos problemas en relación con la metodología empleada, se destaca la importancia de contar con una versión del AAQ-II para la población argentina, que fue la que se utilizó en este trabajo. Esta adaptación del cuestionario del AAQ-II, fue realizada en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba por García Díaz, Olaz y Morán (2015). Para la misma, se modificó la redacción de cinco reactivos de la versión mexicana con el fin de utilizar un vocabulario más acorde con nuestra población. Para realizar esta normalización se aplicó el AAQ-II a 926 personas, de las cuales 602 fueron de sexo femenino (65%) y 323 de sexo masculino (35%), con edades comprendidas entre los 14 y 78 años ( $M=30,46$ ;  $DS=12,13$ ). Luego de hacer un análisis exploratorio y confirmatorio y, de hacer el estudio de consistencia interna y el de grupos contrastados, los resultados obtenidos revelaron que,

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

de forma semejante a lo que sucede con la versión original en inglés, este cuestionario se puede considerar una escala fiable y válida para la medida de la EE y la AP en nuestra población. De la misma manera, el cuestionario mostró diferencias significativas ( $t=3,24$ ;  $p<.001$ ) en las medias entre los pacientes clínicos y personas sin patología, para ello se utilizó una muestra comprendida por 44 participantes, 22 casos fueron elegidos al azar, y los restantes 22 fueron casos clínicos (García Díaz et al., 2015).

Respecto a su administración y consigna, se le pide al participante que, sobre una serie de frases, valore en que grado son aplicables a él/ella mismo/a. No existen respuestas malas o buenas o esperables. Para valorar las mismas el/la participante encontrará alternativas, las cuales componen la escala Likert de respuesta, estas pueden ser (entre paréntesis el puntaje asignado): nunca (1), muy raramente (2), raramente (3), a veces (4), con frecuencia (5), casi siempre (6) y siempre (7).

Respecto a la puntuación y valoración de los resultados, una vez aplicado el cuestionario se suman los puntos, a excepción de los ítems 1, 6 y 10, en los cuales se deben convertir los puntajes inversamente - nunca (7), muy raramente (6), raramente (5), a veces (4), con frecuencia (3), casi siempre (2) y siempre (1) -. La suma total del puntaje obtenido en los 10 ítems por parte del participante compone el valor 1, el mismo debe restársele 70 (que es el puntaje máximo posible para el cuestionario), se obtiene el valor 2; la diferencia entre estos dos valores da como resultado un nuevo valor, que es el que debe interpretarse de la siguiente manera: si el mismo es mayor a 0, el puntaje es compatible con AP, si el mismo es menor a 1, el puntaje es compatible con EE. Por lo tanto, un mayor puntaje es compatible con AP, y como la teoría aduce, esto significa menor EE, consecuentemente, un menor puntaje obtenido en el cuestionario indicaría mayor presencia de EE y menor de AP.

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

Por último, estos puntajes también se corresponden con una escala que brinda el instrumento para interpretar los resultados, la misma incluye (entre paréntesis los puntajes que comprende): Aceptación Psicológica muy Significativa (11 o más), Aceptación Psicológica Significativa (6 a 10), Aceptación Psicológica (1 a 5), Evitación Experiencial (0 a -5), Evitación Experiencial Significativa (-6 a -9), y Evitación Experiencial muy Significativa (-10 o menos) (Ver apéndice A).

# **CAPÍTULO VI**

## **RESULTADOS**

## RESULTADOS

A los fines de exponer los resultados, y para el análisis de los datos, los mismos se presentarán según el orden de los objetivos planteados. En todos los objetivos específicos se realizó un análisis intra-grupo (grupo de paciente con ACV), a excepción del primer objetivo en donde se hizo un análisis inter-grupos (entre el grupo control y el grupo de pacientes con ACV).

En primer lugar, se presentan las características sociodemográficas del grupo ACV y el grupo control, seguidamente la prueba de normalidad de los datos para las variables AP y EE.

Primeramente, con respecto a la edad, la media fue de 55,9 años ( $DE=9,33$ ) para el grupo control y para el grupo ACV fue de 56,6 años ( $DE=12,35$ ). En relación con el género, la muestra estuvo compuesta por una mayoría de mujeres conformando el 52% de la muestra total, sin embargo, si bien esto se mantiene para el grupo control, en donde el 68,4% fueron mujeres, no fue así para el grupo ACV, en donde la mayoría fueron hombres (64,5%). Respecto al estado civil, las personas casadas fueron mayoría (53,3%), esta superioridad no varía por grupos (grupo ACV=52,6%; grupo control=53,9%). Con respecto al nivel de educación alcanzada, secundaria completa presentó la mayor frecuencia tanto en la muestra total (46,1%) como en los grupos (grupo ACV=51,3%, grupo control=40,8%). Por último, la ocupación que se presentó con una mayor frecuencia en la muestra total fue la de empleados/as que contabilizan el 28,3%, y esta preponderancia se mantiene en el grupo control (32,9%), pero no en el grupo ACV, en donde las personas jubiladas son mayoría (31,6%).

**Prueba de normalidad.** Debido a que la distribución de los datos no siempre es normal con respecto a una variable o conjunto de datos, se analizó la distribución de las características de las variables AP y EE para los grupos ACV y control. Para ello se utilizó la prueba Kolmogorov-Smirnov y, debido a que en ambos grupos el nivel de significación fue de  $p < 0,05$  (grupo

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

ACV=0,016; grupo control=0,005), se rechazó la hipótesis nula o de homogeneidad, por lo cual, para los análisis de los resultados se utilizaron pruebas no paramétricas.

Para alcanzar el objetivo general de este trabajo: *Evaluar la AP y la EE en pacientes que sufrieron un ACV*, se plantearon y pusieron a prueba cada uno de los objetivos específicos.

Para cumplir con el primer objetivo:

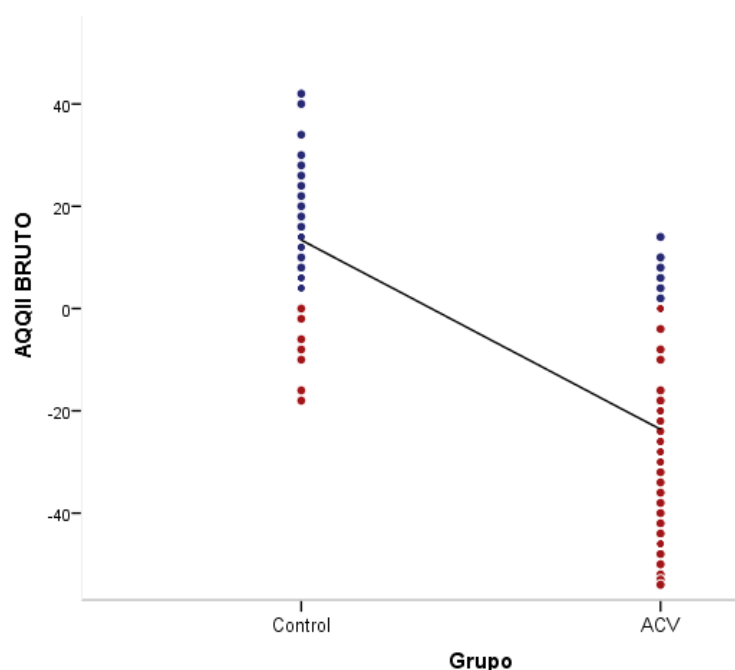
*Establecer si existen diferencias en cuanto a la AP y la EE, utilizando el instrumento AAQ-II, entre el grupo control y el grupo de pacientes con ACV*; primero, haciendo un análisis descriptivo, en la muestra se encontró que un 54% de los participantes presentaban puntajes compatibles con AP y el 46% restante con EE en el AAQ-II (García Díaz et al., 2015). Luego, se analizaron las frecuencias de las variables AP y EE sin discriminar entre los grupos, para lo cual se utilizaron las puntuaciones obtenidas en dicho instrumento y la escala que se utiliza para clasificar a las personas en el mismo (ver en el apartado instrumentos, pág. 61 y 62), y así 54 personas presentaron EE muy significativa, seguido de AP muy significativa (en 51 de los casos).

A continuación, se muestran los resultados obtenidos en el análisis descriptivo de los datos segmentados por grupo, para ello también se utilizó la escala de puntajes obtenidos (tabla 2) en el mencionado cuestionario, y se puede observar que en el grupo de ACV (que es donde se encuentra el mayor porcentaje de casos de EE), el grado de EE muy significativa fue presentado por el 65,8% de los pacientes, y en contraste con esto, sólo el 24,9% de las personas de dicho grupo, obtuvieron puntajes compatibles con cualquiera de los grados de AP. Del mismo modo, en el grupo control los resultados mostraron que los puntajes se concentran en su mayoría en AP muy significativa (64,5% de los participantes), en contraposición con las personas que exhibieron un puntaje compatible con cualquier grado de EE (17,2 %). Esta distribución se encuentra graficada en la figura 1, en donde se muestra la tendencia en los datos ( $EE=\leq 0$ ;  $AP=>0$ ).

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

**Tabla 2***Frecuencia de AP y EE según escala de puntuación en el AAQ-II por grupo*

	ACV		Control	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
AP muy significativa	2	2.6	49	64.5
AP significativa	8	10.5	4	5.30
AP	9	11.8	10	13.2
EE	4	5.30	5	6.60
EE significativa	3	3.90	4	5.30
EE muy significativa	50	65.8	4	5.30

**Figura 1***Figura de dispersión de los puntajes AAQ-II compatibles con AP y EE por grupo*

Para analizar si existen diferencias significativas entre ambos grupos (ACV y control) en cuanto a la EE y la AP, y como ya se mencionó, como la distribución de los datos no fue normal se utilizó la prueba no paramétrica de U de Mann Whitney, la que permitió realizar una comparación estadística en la variable dependiente (los puntajes del AAQ-II, García Díaz et al.,

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

2015) para los dos grupos.

Los resultados obtenidos llevan a rechazar la hipótesis nula y se concluye que los puntajes de la prueba que mide AP y EE difieren significativamente entre los grupos y, que el mayor puntaje (indicador de AP) se presenta en el grupo control, y el menor puntaje (indicador de EE) en el grupo de pacientes con ACV. Para generalizar este hallazgo, se estipuló la magnitud de la diferencia con el índice de  $d$  de Cohen, para ello, los valores obtenidos en el AAQ-II (García Díaz et al., 2015) fueron transformados a números positivos. Los grupos mostraron diferencias estadísticamente significativas en el cuestionario, en donde las puntuaciones del grupo control ( $Mdn=14$ ; rango=60) fueron mayores que los del grupo ACV ( $Mdn=-27$ ; rango=68)  $U=316$ ,  $p<.001$ ,  $d$  de Cohen=0.76),

Una vez establecidas las diferencias entre los dos grupos y la magnitud de estas, se buscó determinar si existía una mayor probabilidad de tener AP o EE según la pertenencia a alguno de los dos grupos (ACV o control). Para esto se utilizó el índice de Ods ratio (ODD), que es la probabilidad de que un evento suceda dividido por la probabilidad de que no suceda. El ODD ratio es una medida de asociación entre dos variables (como la correlación bivariada) que indica la fortaleza de la relación entre ellas (Szumilas, 2010). Los ODD se oscilan entre 0 e infinito, y se pueden calcular para la ocurrencia de un evento como para la no ocurrencia. En este caso, se calculó la probabilidad que tenían los participantes (según su pertenencia al grupo ACV o al grupo control) de la presencia de una variable por sobre la otra (EE y AP son mutuamente excluyentes). En este caso, los resultados muestran que el grupo de personas con ACV tienen 39 veces más chances de presentar EE que los integrantes del grupo control, con un intervalo de confianza del 95% (tabla 3).

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

**Tabla 3***Estimación de riesgo*

	Valor	Intervalo de confianza de 95%	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Grupo (ACV / Control)	39.0	15.5	98.0
Para cohorte AP o EE = EE	6.00	3.45	10.4
Para cohorte AP o EE = AP	.15	.086	.27
N de casos válidos	152		

Para cumplir con el segundo objetivo planteado:

*Comparar si existen diferencias en cuanto a la AP y la EE entre los pacientes que sufrieron un ACV de tipo isquémico y los de tipo hemorrágico;* en primer lugar cabe señalar que se debe tener en cuenta al momento de interpretar los resultados, que la variable tipo de ACV presenta un desbalance marcado en cuanto a la frecuencia de casos en la muestra que se utilizó en este trabajo, donde el subtipo que presentó mayor cantidad de pacientes fue el isquémico (57) por sobre el hemorrágico (19).

Para llevar a cabo el objetivo se realizó la prueba de U de Mann Whitney, por ser aplicable tanto a variables de medición nominal como escalar (Hernández Sampieri et al., 2010). Según el AAQ-II (García Díaz et al., 2015), las puntuaciones del grupo de pacientes que presentaron un ACV de tipo hemorrágico ( $Mdn=-28$ ;  $DE=20,24$ ; rango=62) fueron mayores que las del grupo de pacientes que presentaron un ACV Isquémico ( $Mdn=-26$ ;  $DE=18,36$ ; rango=64),  $U=507$ ;  $p=,678$ . Sin embargo, esta diferencia no es estadísticamente significativa, por lo tanto, los resultados obtenidos llevan a aceptar la hipótesis nula y se podría concluir que los puntajes de obtenidos en el cuestionario que mide AP y EE, no difieren significativamente entre ambos grupos de pacientes (ACV isquémico y ACV hemorrágico).

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

Para cumplir el tercer objetivo planteado:

*Explorar la utilidad del instrumento AAQ-II para evaluar AP y EE en pacientes que sufrieron un ACV*, se realizó un análisis discriminante para cada variable (AP y EE). De lo sugerido por el estadístico Lambda de Wilks (EE=,79; AP=,85, en ambos casos con un  $p > 0,05$ ), y las funciones canónicas discriminantes que indican que la función lineal discrimina bastante bien (Autovalor EE=,26; AP=,16 / Correlación canónica EE=,45; AP=,37), se puede considerar una relación fuerte entre la función del AAQ-II (García Díaz et al., 2015) y los grupos de la muestra. Asimismo, las funciones en los centroides muestran una clara discriminación entre el grupo control y el grupo ACV (EE= control=1240 ACV=-,20; AP= Control=,15 ACV=-1,01). La tabla de los resultados (tabla 4) muestra que el cuestionario fue capaz de clasificar adecuadamente la variable EE un 79,2% del total de casos, y en un 77,3% del total de casos para la variable AP; asimismo, la variable EE para el grupo control es el que presenta el mayor porcentaje (90,9%), así como la variable AP para el grupo ACV (90%), aunque con un número menor de frecuencia para este caso. Los resultados generales arrojados por el análisis son considerados suficientes para poder afirmar que los discriminantes funcionaron de manera óptima, lo cual lleva a considerar al instrumento AAQ-II (García Díaz et al., 2015) como adecuado para evaluar las variables EE y AP en pacientes con ACV.

**Tabla 4**

*Resultados de clasificación para la variable EE y AP*

	Pertenencia a grupos pronosticada					
	EE			AP		
	Control	ACV	Total	Control	ACV	Total
Control	10 (90.9%)	1 (9.10%)	11	49 (75.4%)	16 (24.6%)	65
ACV	15 (22.7%)	51 (77.3%)	66	1 (10%)	9 (90%)	10
	79.2% de casos agrupados originales clasificados correctamente.			77.3% de casos agrupados originales clasificados correctamente.		

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

Para cumplir con el cuarto objetivo planteado:

*Explorar las características sociodemográficas (edad, género, estado civil, nivel de estudio y ocupación) de los pacientes que sufrieron un ACV, y establecer si existe correlación entre alguna de ellas con la AP y la EE;* primero se prestó principal atención a las posibles asociaciones entre la frecuencia de AP y EE en el grupo de pacientes con ACV y las características sociodemográficas seleccionadas. Para ello se recurrió a la prueba de correlación Pearson por ser una medida de asociación que se puede utilizar tanto para variables con un nivel de medición nominal y como también escalar.

No se encontraron correlaciones significativas entre ninguna de las características sociodemográficas analizadas con las variables principales de AP y EE ( $p=>,05$ ). Por lo tanto, los resultados obtenidos llevan a aceptar la hipótesis nula y se podría concluir que los puntajes del cuestionario que mide AP y EE no se correlacionan con edad, género, estado civil, nivel de estudio u ocupación de los pacientes que presentaron ACV.

En este este trabajo, durante las entrevistas con los/as pacientes con ACV, también se recabaron algunos datos clínicos característicos del cuadro, como el área dañada, los síntomas específicos, factores de riesgo, o tipo de rehabilitación; sin embargo, el dato a destacar fue el del tiempo transcurrido desde que se produjo el ACV, ya que fue el único que presentó una asociación con las variables EE y AP.

Para presentar este dato, cabe aclarar que, al no existir una categorización sistematizada y aceptada respecto al tiempo transcurrido desde el ACV, en este estudio se clasificaron a los pacientes según lo realizado en investigaciones previas en nuestro medio (Auat Cheein et al., 2012; Quiroga y Ramos, 2013). Así, las categorías utilizadas fueron: subagudo (hasta un mes de transcurrido el ACV), crónico inmediato (más de un mes y menos de seis meses de transcurrido el

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

ACV), crónico tardío (más de seis meses y menos de un año de transcurrido el ACV) y crónico alejado (más de un año de transcurrido el ACV). En el grupo de pacientes, que formaron parte de este trabajo, no existieron casos subagudos, (probablemente ello se explique debido a que en la institución donde se realizó, no se efectúan ingresos de pacientes que no hayan sido estabilizados clínicamente, lo cual generalmente puede conllevar al menos 30 o más días), el crónico alejado fue la categoría que tuvo un mayor número de casos con un 67% del total, seguido por crónico inmediato con un 21%, y por último, el crónico tardío con un 12% sobre el total de los pacientes evaluados.

Se realizó la prueba Rho de Spearman, con la cual se comprobó la existencia de la mencionada relación entre el tiempo transcurrido y los puntajes del cuestionario AAQ-II (García Díaz et al., 2015), la misma dio como resultado una correlación significativa negativa débil. Por último, el estimador  $d$  de Cohen indica que el tamaño del efecto es pequeño (Cohen, 1990, 1992; Sawilowsky, 2009). Los resultados obtenidos marcarían la tendencia que, a mayor tiempo transcurrido desde el ACV, menor es el puntaje obtenido en el cuestionario (tabla 5).

**Tabla 5**

*Estadístico, frecuencia y relación del tiempo transcurrido desde el ACV y los puntajes AAQ-II*

	N	Mediana	DE	Correlación (Rho de Spearman)		d de Cohen
				Coficiente	Sig.	
CRONICO INMEDIATO	16	-21	16.5			
CRONICO TARDIO	9	-8	15.5	-0.270	0.010	0.290
CRONICO ALEJADO	51	-32	18.9			

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

De manera general, se puede resumir que los resultados mostraron diferencias significativas en las variables EE y AP respecto a que grupo se pertenezca (control o ACV), también, y en relación solo al grupo de pacientes con ACV, al tiempo transcurrido desde la aparición de la enfermedad, no así en relación con el tipo de ACV, ni a las características sociodemográficas del grupo ACV. Estos datos fueron analizados con la confirmación de la utilidad del instrumento (AAQ-II, García Díaz et al., 2015) para medir las variables en la muestra específica del presente trabajo.

**CAPÍTULO VII**

**ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS Y**

**CONCLUSIONES GENERALES**

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

Para exponer este capítulo se seguirá el orden usado en el apartado de los resultados, así se presentarán los objetivos específicos y sus posibles implicancias, para poder con ello realizar un cierre con algunas conclusiones. Por último, se señalarán limitaciones que se consideraron significativas, como así también las propuestas futuras para continuar y profundizar la línea de investigación planteada.

### *Análisis de los resultados*

Se buscó establecer, en primer lugar, si existían diferencias en cuanto a la AP y la EE entre el grupo control y el grupo de pacientes con ACV, para ello se utilizó la prueba AAQ-II versión de 10 ítems de la adaptación argentina (García Díaz et al., 2015). Al establecerse las frecuencias totales de las variables en la muestra (152), se pudo observar que no hay una diferencia significativa entre AP y EE. Sin embargo, al separar estas variables en los dos grupos del estudio (ACV y Grupo control sano), se encontraron diferencias significativas, y los pacientes con ACV presentaron un puntaje considerablemente menor que el del grupo control, lo que es compatible con la presencia de EE, en cambio, el grupo control presentó puntajes compatibles con AP. Esta dinámica puede interpretarse y fundamentarse por lo que plantea la teoría de la ACT, ya que presenta a estos dos conceptos como contrapuestos, así a mayor presencia de uno, menor es la del otro (Hayes y Hofmann, 2017). Retomando lo mencionado en el capítulo I, el constructo EE es una forma disfuncional de procesar la información, lo que genera tomar medidas para alterar la forma o la frecuencia de eventos dolorosos y los contextos que los ocasionan, en suma, se busca evitar esas experiencias (Flujas-Contreras y Gómez, 2018); por el contrario, una mayor presencia de AP significa que las personas presentan una mejor forma de procesar la información, es decir, no solo buscan no evitar las experiencias negativas, sino que fundamentalmente se trata de aceptarlas (Espinosa et al., 2020). Por otra parte, se pudo confirmar también que, el grado que

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

representa el mayor puntaje de EE (*EE muy significativa*), es el que se dio con mayor frecuencia en el grupo de los pacientes con ACV. Para confirmar la consistencia de estos resultados obtenidos, la prueba de ODD Ratio mostró que si una persona forma parte del grupo de pacientes con ACV tiene 39 veces más chances de presentar EE, lo cual permite confirmar no solo la predominancia de EE en el grupo con ACV, sino también que este análisis sería concluyente y definitorio al respecto. Por lo tanto, así queda confirmada una de las hipótesis de este trabajo: *Se espera encontrar mayores indicadores de EE en los pacientes con un ACV que en el grupo control, y mayor AP en el grupo control que en el de los pacientes con ACV*. También estos resultados, pueden vincularse y estarían en concordancia con algunas conclusiones obtenidas en trabajos previos realizados con personas con patologías de carácter crónico, como dolor crónico, epilepsia o HIV (Alonso et al., 2013; Dewhurst et al., 2015; Dewantoro y Kurniawan, 2019), en donde también se encontró esta preponderancia de EE. Sin embargo, los resultados del presente no son concordantes con la investigación realizada por Chai et al. (2016), quienes encontraron niveles moderados de AP en pacientes ACV.

Se podría interpretar el resultado obtenido en el presente, es decir la mayor presencia de EE en pacientes ACV, como producto de la existencia de un motivo esperable de malestar, o sea, la presencia de una patología con déficit funcional (todos los participantes del grupo se encontraban en proceso de rehabilitación al momento de realizar el estudio), y por lo tanto, podría considerarse esto como una experiencia negativa que se podría evitar, lo cual sería lo contrario a lo que sucedió en los participantes del grupo control, en donde tal experiencia negativa no existió, es decir no hubo una causa objetiva de malestar, como es la de haber padecido un ACV. De la misma manera, se podrían interpretar estos resultados, en relación con las características comunes que presentan estos pacientes con respecto a su estado anímico, ya que no son pocos los estudios

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

que correlacionan la depresión con el ACV (Carnés-Vendrell et al., 2016; Bartolomé Alberca, 2019; Pioli dos Santos et al., 2019; Cai et al., 2019). Al respecto, se han realizado numerosas investigaciones en el marco de la teoría ACT, que estudiaron esta relación entre la EE y la depresión (Wei et al., 2016; Chai et al., 2016; Maniscalco et al., 2019; Perna y Harik, 2020). Si esta evidencia fuera suficiente para sostener que existe esta correlación, aún restaría determinar si la EE podría considerarse como un predictor o indicador de síntomas anímicos en pacientes que hayan sufrido un ACV. Por último, se podría hipotetizar que la posible presencia de déficits funcionales en los pacientes con ACV alteraría la forma en la que ellos/as procesan la información (Williamson et al., 2018; Caldera y Huertas Corrales, 2018; Cornejo Vergara, 2020; Choi et al., 2018; Lipskaya-Velikovsky et al., 2018), lo cual implicaría que realicen una interpretación particular, p. ej. maximizando los alcances de su enfermedad, y/o minimizando sus recursos anímicos para enfrentarla, combinación que podría hacer evitar estas experiencias, lo cual explicaría la preponderancia de la EE en estos casos.

Para cumplimentar el segundo objetivo de este estudio, se compararon las variables EE y AP en los pacientes según tipo de ACV que tuvieron. Cabe destacar que, en este trabajo, se registraron más casos de ACV isquémico (75%) por sobre los de tipo hemorrágico (25%), lo cual concuerda con las estadísticas mundiales (OMS, 2019), las de nuestro país (Alet, 2020) y las locales de Santiago del Estero (Auat Cheein et al., 2012). No se encontraron diferencias significativas ( $p=,678$ ), ni tampoco una relación ( $U=507$ ) entre las dos variables con el tipo de ACV, aunque, hay que tener en cuenta el mencionado desbalance que se presentó entre los dos subtipos para realizar la interpretación de estos resultados. Por lo tanto, según lo analizado, el tipo de ACV no tendría una incidencia en las variables EE y AP, como podía suponerse a partir de algunos estudios previos sobre características clínicas diferenciales (no se encontraron estudios

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

previos que relacionen los diferentes tipos de ACV con EE y AP), como p. ej. los que asociaron algunos factores psicosociales, el estrés, la ansiedad y la depresión con el ACV de tipo isquémico (González, et al., 2008; Murillo et al., 2008; Lawrence et al., 2013; Álvarez Fernández, 2017; Bernal Veitía, 2019).

Si bien el cuestionario AAQ-II (Bond et al., 2011) es el más utilizado y validado para medir AP y EE, también existen otras pruebas que miden estas mismas variables (p. ej. el Cuestionario de Evitación del Sufrimiento, Gámez et al., 2014; el Cognitive Fusion Questionnaire, Bolderston et al., 2014; o el Ámselin, Gillanders et al., 2014); y también hay que señalar que, aunque existe una validación de este instrumento para pacientes con lesión cerebral (AAQ-ABI, Whiting et al., 2015), ninguna de estas pruebas fue diseñada para pacientes neurológicos o para personas que padezcan alguna enfermedad crónica, ni mucho menos para pacientes con ACV, por lo cual era necesario evaluar este cuestionario para utilizarlo con una población de las características de las que tenía la muestra de este trabajo. Es por lo que, en el tercer objetivo se exploró la utilidad del instrumento AAQ-II (García Díaz et al., 2015) para evaluar AP y EE en pacientes que sufrieron un ACV, para lo cual se realizó un análisis discriminante. El Lambda de Wilks arrojó, no sólo que la función lineal discriminaba bien entre el grupo control y el grupo ACV, sino que también el cuestionario fue capaz de clasificar adecuadamente la variable EE y la variable AP en el grupo ACV (EE=77,3%; AP=90%), en porcentajes considerados acordes para sostener que los discriminantes funcionaron de manera óptima. Por lo tanto, se puede concluir que el cuestionario AAQ-II presenta una sensibilidad adecuada, ya que fue capaz de indicar la capacidad de estimar e identificar correctamente a una buena proporción de casos del grupo de ACV. De la misma manera, el cuestionario presentó especificidad, ya que indicó una buena capacidad para estimar y detectar casos que presentaron EE o AP, en los que realmente presentaron EE o AP en una buena

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

proporción de ellos. Por lo expuesto, se concluye que el instrumento utilizado fue adecuado para evaluar las variables EE y AP en pacientes con ACV. Con esto, se confirma una de las hipótesis planteadas: *El instrumento AAQ-II (García Díaz et al., 2015) permitirá discriminar entre el grupo de pacientes con ACV y el grupo control.* Cabe señalar que, en el transcurso de la realización de este trabajo, se publicaron más estudios sobre las propiedades psicométricas, como así también, validaciones del AAQ-II (Paladines-Costa et al., 2021; Sadauska y Koļesovs, 2021; Kuru et al., 2021; Menéndez-Aller et al., 2021). Por otro lado, si bien ya se contaba con una cantidad importante de investigaciones en donde se utiliza el cuestionario en pacientes con trastornos psiquiátricos, en estos últimos años surgieron nuevas relacionadas con la aplicación del AAQ-II como herramienta diagnóstica (para AP y EE) en pacientes con enfermedades biomédicas (Gandolfi et al., 2021; Rauwenhoff et al., 2021; Martín Sánchez et al., 2021; Cruz Sandoval, 2022). Tal vez, este incremento en el uso de este cuestionario pueda interpretarse como un indicio de su idoneidad y aceptación para la comunidad científica, y no sólo como un instrumento diagnóstico para estimar la presencia de AP o EE en el paciente en la clínica médica, sino también como instrumento viable para la investigación (Barrett et al., 2019).

Para finalizar, el último objetivo planteado fue: *explorar las características sociodemográficas (edad, género, estado civil, nivel de estudio y ocupación) de los pacientes que sufrieron un ACV, y establecer si existe correlación entre alguna de ellas con la AP y la EE.* Al igual que en trabajos previos que mostraron una diferencia en favor de las mujeres (en comparación con los hombres) a tener más EE (Pande, 2014; Landi et al., 2021;), en nuestro estudio, también fueron las mujeres que padecieron un ACV las que obtuvieron una puntuación mayor en EE, sin embargo, esta diferencia no fue significativa. Al respecto, se debe mencionar que esta muestra estuvo compuesta en su mayoría por hombres (en un 64,5%), lo cual se condice con los datos

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

encontrados en un estudio local previo (Quiroga y Ramos, 2013), aunque se contrapone con otros estudios epidemiológicos realizados a nivel nacional, en donde generalmente la mayoría de los casos en los que se da esta patología es en el de las mujeres. Este último dato podría explicarse porque algunas enfermedades que se asocian con el ACV se presentan sólo en las mujeres, como p. ej. la preeclampsia, las mujeres que la presentan tienen un mayor riesgo de sufrir un ACV, incluso muchos años posteriores al parto (De Havenon et al., 2021; Bushnell y Kapral, 2022), también la fibrosis hepática, que se asocia con el ACV isquémico en el caso de las mujeres (Parikh et al., 2021). Sin embargo, son las mujeres quienes presentan menores índices de mortalidad por ACV, y quienes sobreviven con alguna discapacidad más tiempo luego de haberlo sufrido, p. ej. en el 2019, en nuestro país, el índice de los años vividos con discapacidad luego de un ACV fue de 165,4 (medido por quintil por 100.000 habitantes) en el caso de las mujeres, índice que se encuentra muy por encima del que corresponde a los hombres (102,7) (Organización Panamericana de Salud, OPS 2021). Una posible explicación para los datos en cuanto a la conformación de la muestra con ACV de este estudio, o sea que se trató de una muestra con una mayor frecuencia de hombres en rehabilitación, podría ser la de relacionarlo con el mencionado mayor índice de sobrevivencia en mujeres, lo que puede trasladarse en mayor cantidad de mujeres de alta en sus rehabilitaciones, por lo tanto, menor presencia en la institución de donde se tomaron los casos. Por otro lado, si bien la edad ( $M=56,64$ ) de este grupo se encuentra cercana a la media que es la que habitualmente es considerada como la de mayor riesgo para padecer un ACV ( $M=55$ ) (Zimmerman, 2020), tampoco se encontraron diferencias significativas ni ningún tipo de asociación entre la edad y las variables de este estudio. En otras investigaciones, los adultos jóvenes obtuvieron mayores puntuaciones que adultos mayores en cuanto a EE (Landi et al., 2021; Menéndez Aller, 2021), lo cual podría explicarse porque con el tiempo las personas van adquiriendo mejores estrategias de

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

afrontamiento frente a las experiencias desagradables (Mahlo y Windsor, 2020) y, porque las personas que hoy son mayores tendrían otra visión diferente a la actual del malestar. El contexto socio-económico-cultural actual, propende a la extrema resistencia al malestar psicológico, y así busca o demanda métodos con los que evitar dicho malestar, o sea, formas de huir de este (Pérez-Álvarez et al., 2018), lo que permitió que surja un mercado explotado por pseudoterapias, sobremedicación y libros de autoayuda (Maestro et al., 2017) tan aceptado por las últimas generaciones, mientras que las persona de generaciones anteriores nacieron en una cultura más centrada en la aceptación al malestar psicológico (Menéndez Aller, 2021). De la misma manera, si bien para este estudio se encontraron una mayor cantidad de puntajes compatibles con EE en el caso de los pacientes solteros, no existiría una relación ni se encontraron diferencias significativas entre el estado civil con EE ni con AP. Otras investigaciones realizadas previamente en pacientes ACV, encontraron mejores resultados en casados respecto a calidad de vida y función neurocognitiva; en comparación a estos, los viudos presentaron mayor déficit en la función cognitiva y una significativa peor calidad de vida, los solteros exhibieron resultados más bajos en las pruebas neurocognitivas, y los divorciados presentaron peor calidad de vida, en este caso sumado a síntomas depresivos (Dong et al., 2020). Por otro lado, en nuestro estudio y, a pesar de que los pacientes con el secundario completo presentaron mayores puntajes compatibles con EE, tampoco se encontraron diferencias ni asociación entre las variables EE y AP según el nivel de estudio alcanzado. Sin embargo, en algunos estudios previos, se encontraron resultados que mostraban una asociación entre deterioro cognitivo post ACV con un bajo nivel educacional (Mellon et al., 2015; Renjen et al., 2015), y a su vez el haber alcanzado un nivel de estudios universitarios implicaba que estos pacientes tenían más posibilidades de reincorporarse a sus actividades habituales luego de un ACV (Abreus et al., 2016), lo cual avalaría a la mencionada

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

teoría de la RC, o sea una mayor inteligencia y educación premórbida, dota al paciente de la capacidad de compensar los efectos de la enfermedad (Gil-Pagés et al., 2019; Padua et al., 2019). Con respecto a la progresión de estos déficits, hay una línea de investigación que sostiene que la RC, o sea una mayor inteligencia y educación premórbida, dota al paciente de la capacidad de compensar los efectos de la enfermedad. Cuanto mayor es el nivel educativo previo alcanzado, menor es el déficit neurocognitivo post ACV, y se encuentra asociado con un menor riesgo de evolucionar a una demencia, y menor recurrencia de ACV (Gil-Pagés et al., 2019; Padua et al., 2019). Sin embargo, también existen investigaciones que desestiman la relación entre RC y tener un mejor pronóstico en la afectación y rehabilitación neurocognitiva del paciente ACV (MacPherson et al., 2020; Dąbrowski et al., 2019). Por último, respecto a la ocupación, tener una carga horaria laboral mayor a 55 horas semanales aumenta el riesgo de ACV en un 35% (OMS, 2021); por otro lado, las personas que trabajan en la producción directa son los más propensos a padecer un ACV, y el hecho de pertenecer a este sector laboral se asocia con bajos ingresos económicos, lo que ha sido reportado como otra posible causa de incremento del riesgo de ACV (Marshall et al., 2015), aunque tampoco se encontró asociación ni diferencias significativas en este trabajo respecto a ocupación y EE y AP. De todo lo anteriormente mencionado, se desprende que ninguna de las variables sociodemográficas presentó diferencias significativas, ni asociación con las variables AP y EE. Por lo tanto, se rechaza o no se pudo comprobar una de las hipótesis: *Se encontrarán diferencias estadísticas significativas según edad, estado civil, género, nivel de estudio y ocupación de los pacientes que sufrieron un ACV en cuanto a AP y EE.*

Por otro lado, se contó con un dato interesante, el tiempo que había transcurrido desde que las personas habían tenido el ACV, al realizar un análisis de correlación, se encontró que existía una asociación de este dato con las variables EE y AP y, a su vez la tendencia de los resultados

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

mostró, que a mayor tiempo transcurrido desde el ACV menor era el puntaje obtenido, lo cual para el cuestionario AAQ-II (García Díaz et al., 2015) es un indicador de mayor presencia de EE. Según lo planteado en la fundamentación de este trabajo, a mayor presencia de EE menor de AP, este último es uno de los procesos de flexibilidad en la teoría de la ACT, y en las enfermedades neurológicas con características de cronicidad se considera importante su presencia, sobre todo orientado a la aceptación del padecimiento y sus consecuencias funcionales, ello implicaría superar la negación al dolor, la disfuncionalidad y motiva a la adherencia al tratamiento (Boer et al., 2014; Maniscalco et al., 2019; Perna y Harik, 2020), de hecho, Guzek y Kowalska (2020) sugieren que la presencia de AP es considerado un factor de buen pronóstico en la rehabilitación de los pacientes con ACV, otros estudios asocian la AP con altos niveles de bienestar en pacientes con enfermedades crónicas, incluso con déficit motor (Aguirre Camacho y Moreno Jiménez, 2017). Por lo tanto, el resultado obtenido en el presente trabajo para la variable tiempo transcurrido se podría interpretar como una propensión no solo a una menor adherencia al tratamiento, sino que también, a una peor calidad de vida en pacientes ACV. Este sería un dato para tener muy en consideración y no de menor importancia, ya que los últimos registros dan cuenta de tasas más altas de supervivencia con discapacidad luego de haber padecido un ACV para Latinoamérica, de 100,5 años (medido por quintil de habitantes), nuestro país se encuentra por sobre este número (114,6), y aunque la tendencia es a disminuir la cantidad de años en nuestro país (en el año 2000 fue de 140,7), es claro que los pacientes con ACV sobreviven muchos años con algún tipo de discapacidad (OPS, 2021). Por otro lado, este resultado en el presente, o sea, el de que a mayor tiempo transcurrido mayor la EE en los pacientes ACV, pareciera tener cierta lógica si se tiene en cuenta que los pacientes de la muestra no tenían un seguimiento o tratamiento psicoterapéutico, y aun asistían a rehabilitación, o sea, fueron pacientes que transcurrido más de un año desde su ACV

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

aún no habían mejorado sus funciones lo suficiente como para el alta en rehabilitación (con la posible carga emocional que ello pudiera implicar), y tampoco tenían un espacio para procesar ello, o aceptarlo. Por lo tanto, la situación desmejora, los pacientes ACV presentan EE y con el tiempo ésta no disminuye.

Retomando, para el objetivo general de este trabajo, *evaluar la AP y la EE en pacientes que sufrieron un ACV*, se contó con un cuestionario validado en nuestro país y útil para la muestra de este estudio, y dos constructos (AP y EE) pertenecientes a una teoría psicoterapéutica con aval en numerosas investigaciones en la clínica psicopatológica. En los últimos años, comenzaron a emerger algunos estudios de esta corriente en enfermedades neurológicas (Dewantoro y Kurniawan, 2019; Maniscalco et al., 2019; Perna y Harik, 2020), pero a pesar de ello, no se encontraron trabajos previos que se hayan centrado en evaluar la presencia de AP o EE en pacientes con ACV. Tal vez, ese haya sido el aporte que puede realizar el presente estudio, o sea no sólo el abordar esa valoración, sino además revelar como resultado principal, una mayor presencia de EE en pacientes con ACV en comparación con un grupo de personas sanas o controles, y que la diferencia entre ambos grupos no sólo fue significativa, sino también que el grupo clínico presentó puntuaciones extremas en el AAQ-II (García Díaz et al., 2015), lo que podría indicar que la presencia de EE es una de las características típicas o particulares que comparten los pacientes que sufrieron un ACV.

La implicancia de este hallazgo sería, que se debería obtener información específica para una mejor intervención en el caso de pacientes con ACV, y poder definir la presencia de EE o AP para evidenciar su posicionamiento emocional, cognitivo y conductual frente a su enfermedad, los alcances de ésta y su rehabilitación, e incluso en algunos casos, la presencia de EE podría ser un predictor de alguna psicopatología, ya que no son pocos los estudios que relacionan la EE con

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

cuadros psiquiátricos (Patrón Espinosa, 2015; Ruiz Sánchez, 2019; Pigretti et al., 2019), de hecho, se sabe que en muchos de los casos, los pacientes que sufrieron un ACV, tienden a presentar trastornos depresivos (Flores, 2019; Knapp et al., 2020).

### *Conclusiones generales*

De manera general, se puede decir que a partir de los resultados que se hallaron en este estudio, al igual que lo que mostraron otros realizados anteriormente, la rehabilitación de los pacientes con ACV debe ser integral y los profesionales de la salud mental deben tener una presencia constante en este periodo. El ACV conduce, en la mayoría de los casos, a altos niveles de discapacidad, y esto trae como consecuencia un malestar psicológico que es muy probable en personas con esta patología (Rauwenhoff et al., 2019; Ugwu et al., 2020). A pesar de esto, una gran proporción de personas que sobrevivieron a un ACV informa que los servicios de rehabilitación de las instituciones de salud no han abordado su malestar psicológico (Gladwyn-Khan, 2019). Esto se puede verificar fácilmente, ya que la mayoría de los tratamientos post ACV, en la actualidad, se focalizan en la rehabilitación de las funciones o habilidades motrices, y se centran fundamentalmente en la recuperación de las funciones neurológicas, dejando en segundo plano la intervención de profesionales de la salud mental. En muchos casos de pacientes con ACV, el abordar su emocionalidad y conducta, podría o debería ser una condición previa al inicio de cualquier rehabilitación física-motriz (Jokela et al., 2014; Muñoz-Pérez y Espinosa-Villaseñor, 2016).

La implicancia de los resultados del presente y su impacto directo como herramienta propedéutica del trabajo de rehabilitación en ACV, llevaría a una disminución en los tiempos de adaptación al tratamiento en estos casos. Esto no carece de importancia, si tenemos en cuenta que el ACV es una enfermedad en donde una de sus características es que, a mayor tiempo transcurrido

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

sin intervenir y rehabilitar, mayores son las probabilidades de no recuperar las funciones deficitarias. El hecho de que los tratamientos en los pacientes ACV no incluyan intervenciones dirigidas, primero a trabajar y aumentar la AP, y su motivación (y con ello a cambiar el comportamiento evitativo) del paciente, es lo que podría explicar la preponderancia de la EE en estos casos (Chai et al., 2016). En este sentido, y de alguna manera es auspicioso que, en los últimos años, se haya producido un aumento de los estudios cualitativos sobre la influencia de los factores psicoemocionales en los programas de rehabilitación del ACV (McCarthy et al., 2020).

Es por ello por lo que hallazgos como los obtenidos en este trabajo promueven el estudio con mayor profundidad del papel que juegan la AP y la EE en los pacientes con ACV, ya sea incorporando técnicas para la detección de estos constructos, y/o también estrategias que estén dirigidas al logro de una mayor flexibilidad de la EE, y que sea una parte del tratamiento para su rehabilitación y para una mejor calidad de vida posterior (Kangas y Mc Donald, 2011).

### **Limitaciones y líneas de investigaciones futuras**

Como todo trabajo de investigación, se puso el foco en algunas cuestiones, pero por diversas razones también se han dejado algunos puntos interesantes por fuera, y en el transcurso del mismo, se han encontrado algunas limitaciones. Entre ellas se pueden mencionar las siguientes:

- Existió una dificultad para generalizar los resultados obtenidos, ya que el grupo ACV no fue lo suficientemente amplio debido a que fue difícil hallar pacientes diagnosticados ACV que cumplieran con todos los criterios de inclusión para participar de la presente investigación. P. ej. muchos de los pacientes entrevistados para determinar su inclusión presentaban déficits importantes o en la comunicación o en las funciones mentales como para garantizar la cabal comprensión de las consignas o la aceptación voluntaria de su participación; por otro lado, un gran porcentaje de los pacientes ACV se encontraban en tratamiento psicoterapéutico (y por esto fueron

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

excluidos de la muestra final).

- De la misma manera, el trabajo al realizarse íntegramente con pacientes de una institución pública no permitió indagar lo que sucede en aquellos pacientes bajo las mismas condiciones que se rehabilitan de manera privada, y ver si esto afecta o no los resultados según los objetivos planteados en este estudio. Si bien no se encontraron estudios comparativos previos, se puede pensar que, al ser las intervenciones privadas más personalizadas, especialmente las domiciliarias, esto podría acentuar el carácter evitativo del paciente (p. ej. al no exponer su disfuncionalidad a otras personas, como sucede en una institución pública).

- Al haber tenido este estudio un diseño de tipo transversal, esto limitó la posibilidad de hacer un seguimiento de la misma muestra a lo largo del tiempo, fundamentalmente para ver si se modificaban o no los resultados obtenidos en este trabajo en relación con las dos variables principales: EE y AP. Un estudio longitudinal, permitiría determinar exhaustivamente si la variable EE encontrada en el grupo ACV se hallaba previamente al ACV, o incluso en los primeros momentos del ACV, ya que no se encontraron casos sub-agudos o sea pacientes en los cuales no haya transcurrido más de un mes de producido el ACV, y lo mismo que pasaría un tiempo después cuando en algunos casos las personas que sufrieron un ACV ya se hayan recuperado y retomado su vida anterior.

Cada una de estas limitaciones mencionadas podrían tenerse en cuenta para futuras investigaciones que profundicen y continúen con la misma línea de trabajo planteada en este estudio. También por otro lado, se podría delimitar alguna característica específica, tanto sociodemográfica como clínica (como p. ej. tiempo de transcurrido el ACV, característica en las cual se encontró una asociación) en la selección de la muestra o grupos, y también como ya se dijo, sería interesante y necesario aumentar el número de participantes, y ampliar su ubicación

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

geográfica a otros lugares del país, para así poder generalizar los resultados obtenidos. Asimismo, tal vez se deba aplicar instrumentos para medir funciones mentales y síntomas psicopatológicos para poder cotejarlos con los constructos AP y EE a los fines de determinar posibles correlaciones con lo emocional, cognitivo o conductual. De la misma manera, se debe determinar con mayor precisión si la propensión a la EE hallada en el presente es exclusiva de los pacientes con ACV, o de los pacientes con visos de cronicidad, o de los pacientes neurológicos en general.

Se continuará trabajando en esta población clínica en la institución en donde se realizó este estudio, para poder así recabar indicadores epidemiológicos de los pacientes en nuestra región y poder compararlos con otras regiones de nuestro país. Asimismo, se seguirá con la línea de trabajo que estudia la EE en estos pacientes y su estrategia de flexibilización durante la rehabilitación.

## **CAPÍTULO VIII**

## **REFERENCIAS**

## REFERENCIAS

- Abreus, V., Melkis, M. y Torriente Cortina, M. (2016). Factores clínico-laborales del ictus en población trabajadora activa. Hospital Militar “Dr. Carlos J. Finlay”.
- Adiyasa, R. y Ismoyowati, T. (2021). Estrategia de psicoeducación: terapia de aceptación y compromiso (ACT) para mejorar la autoeficacia de los pacientes con accidente cerebrovascular Vol 5, No 2 (2021) - Adiyasa. DOI: <https://doi.org/10.18196/ijnp.v5i2.10818>
- Aguirre Camacho, A. y Moreno Jiménez, B. (2017). La relevancia de la flexibilidad psicológica en el contexto del cáncer: una revisión de la literatura. *Psicooncología*.
- Alessandro, L., Olmos, L., Bonamico, L., Muzio, D., Ahumada, M., Russo, M., Allegri, R., Gianella, M., Campora, H., Delorme, R., Vescovo, M., Lado, V., Mastroberti, L., Butus, A., Galluzzi, H., Décima, G. y Ameriso, S. (2020). Rehabilitación multidisciplinaria para pacientes adultos con accidente cerebrovascular. *Medicina (Buenos Aires)*, 80(1), 54-68. Recuperado en 29 de noviembre de 2021, de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0025-76802020000100008&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802020000100008&lng=es&tlng=es).
- Alet, M., Ciardi, C., Alemán, A., Bando, L., Bonardo, P., Cea, C., Cirio, J., Cossio, G., Cuculic, M., Esnaola, M., García-Pérez, F., Giner, F., Gómez-Schneider, M., Isaac, C., Lepera, S., Martínez, C., Martínez-Lorenzín, R., Montes, M., Orzuza, G., Persi, G., Povedano, G., Pujol-Lereis, V., Quiroga-Narváez, J., Romano, M., Sabio, R., Viglione, J., Zurrú, M. y Saposnik, G. (2020). Trombosis venosa cerebral en Argentina: presentación clínica, factores predisponentes, resultados y revisión de la literatura. *Revista de accidentes cerebrovasculares y enfermedades cerebrovasculares*. Volumen 29, número 10, octubre de 2020, 105145
- Alonso, M., López, A., Losada, A., & González, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and selective optimization with compensation for older people with chronic pain: A pilot study. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 21(1).
- Al-Qudah, Z., Yacoub, H., Souayah, N. (2015). Disorders of the autonomic nervous system after hemispheric cerebrovascular disorders: an update. *J Vasc Interv Neurol*. 2015 Oct; 8(4): 43-52. <https://pdfs.semanticscholar.org/311e/51abd98c4c36516b6120e43a665f8a3dff84.pdf>

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

- Álvarez Fernández, S. (2017). Respuesta fisiológica a imágenes emocionales y déficit de cognición social en pacientes con daño cerebral en hemisferio derecho. Universidad de Alcalá. Departamento de Medicina y Especialidades Médicas. Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud. <http://hdl.handle.net/10017/37274>
- American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition. Text review. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2022.
- APA (2001). Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct. (Draft June, 2001). Wide Web: <http://www.apa.org>
- Araujo Freitas Moreira, K.L. (2019). Intervención fisioterapéutica y ergonómica a domicilio y su impacto en la calidad de vida de los pacientes con secuelas de ictus cerebral y de sus cuidadores. Granada: Universidad de Granada. <http://hdl.handle.net/10481/54876>
- Auat Cheein, C., Quiroga, R. y Ramos, M. (2012). Análisis de situación de personas con ACV asistentes al Instituto Provincial de Rehabilitación Integral de Santiago del Estero. XI Congreso de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General. Mendoza.
- Barajas, S., Garra, L. & Ros, L. (2017). Avoidance in Anxiety and Depression. Adaptation of the Cognitive-Behavioral Avoidance Scale in a Spanish Sample. *The Spanish Journal of Psychology*, ISSN 1138-7416, Vol. 20, 11 págs.
- Barbaya, M., Diouf, M., Roussela., Godefroya, O. (2018). Systematic Review and Meta-Analysis of Prevalence in Post-Stroke Neurocognitive Disorders in Hospital-Based Studies. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2018; 46:322–334. DOI: 10.1159/000492920
- Barraca Mairal, J. (2004). Spanish Adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). *International journal of psychology and psychological therapy*, ISSN 1577-7057, págs. 505-516
- Barrett, K., O'Connor, M. y McHugh, L. (2019). Una revisión sistemática de herramientas psicométricas basadas en valores dentro de la terapia de aceptación y compromiso (ACT). *El Registro Psicológico* , 69 (4), 457-485.
- Barthel, D. (1965). Evaluación funcional: el índice de Barthel. *MD Estado Med J*. 1965; 14:61
- Bartolomé Alberca, M. (2019). Riesgo de deterioro cognitivo en pacientes con ictus minor o accidente isquémico transitorio utilizando la batería cognitiva neuronorma. (Tesis Doctoral). Universidad de Extremadura. España.
- Basantsova, N., Tibekina, L., Shishkin, A. (2017). A role of the autonomic nervous system in

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

- cerebro-cardiac disorders. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova*. 2017;117(11):153-60.  
<https://www.mediasphera.ru/issues/zhurnal-nevrologii-i-psikhiatrii-im-s-s-korsakova/2017/11/downloads/ru/1199772982017111153>
- Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory Second Edition. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bejot, Y., Dauball, B. & Giroud, M. (2016). Epidemiology of stroke and transient ischemic attack: Current Knowledge and perspective. *Rev. Neurol*. 2016;172(1):59-68
- Bender del Busto, J. (2019). Las enfermedades cerebrovasculares como problema de salud. *Revista Cubana de Neurología y Neurocirugía*. 2019;9(2): e335.  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubneuro/cnn-2019/cnn192a.pdf>
- Benito Velasco, A. & Da Cuña Carrera, I. (2018). Rehabilitative treatment in elderly post-stroke patients. Systematic review. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 30 (1-2), 15-25.
- Bernal Veitía, A. (2019). Programa de intervención neuropsicológica afectivo emocional en adultos jóvenes con ICTUS Isquémico. Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas.
- Biber, D. & Ellis, R. (2019). The effect of self-compassion on the self-regulation of health behaviors: A systematic review. *Journal of Health Psychology*, 24(14), 2060-2071.
- Blarrina, M. y Gutiérrez Martínez, O. (2012). *Múltiples aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. Madrid. Pirámide
- Blarrina, M. y Marín, F. (2019). Claves y evidencias en la aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en el tratamiento de las adicciones. *Análisis y modificación de conducta*, 45(171), 1-23.
- Boehme, A., Esenwa, C. y Elkind, M. (2017). Factores de riesgo de accidente cerebrovascular, genética y prevención. *Investigación de circulación*, 120 (3), 472-495.
- Boer, L. M., Daudey, L., Peters, J. B., Molema, J., Prins, J. B., & Vercoulen, J. H. (2014). Assessing the stages of the grieving process in chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Validation of the acceptance of disease and impairments questionnaire (ADIQ). *International Journal of Behavioral Medicine*, 21(3), 561-70. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s12529-013-9312-3>
- Bolderston, H., Gillanders, D. T., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L. & Remington, B. (2014). The development and initial validation of the Cognitive Fusion

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

- Questionnaire. *Behavior Therapy*, 45(1), 83-101. doi: 10.1016/j.beth.2013.09.001
- Bond, F., Hayes, S., Baer, R., Carpenter, K., Guenole, N., Orcutt, H. & Zettle, R. (2011). Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II: A Revised Measure of Psychological Inflexibility and Experiential Avoidance. *Science Direct*, 42, 676–688.
- Boykin, D., Himmerich, S., Pinciotti, C., Miller, L., Miron, L. & Orcutt, H. (2018). Barriers to self-compassion for female survivors of childhood maltreatment: The roles of fear of self-compassion and psychological inflexibility. *Child Abuse & Neglect*, 76, 216-224.
- Bray, J., Martin, J., Cooper, G., Barger, B., Bernard, S. & Bladin, C. (2005) An interventional study to improve paramedic diagnosis of stroke. *Prehosp Emerg Care*. 9:297-302.
- Broadhead, W., Gehlbach, S., Degruy, F. & Kaplan, B. (1988). The Duke-UNC functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. *Med Care*, 26, pp. 709-723
- Bushnell, C. y Kapral, M. (2022). Avances en ictus: Ictus en mujeres. *Carrera*, 53 (2), 605-607.
- Cai, W., Mueller, C., Li, Y., Shen, W. & Stewart, R. (2019). Post stroke depression and risk of stroke recurrence and mortality: A systematic review and meta-analysis. Elsevier. Volume 50, March 2019, Pages 102-109
- Caldera Anaya, A. y Huertas Corrales, L. (2018). Caracterización de la terapia del lenguaje en pacientes con accidente cerebrovascular en la ciudad de Sincelejo. Universidad de Sucre, Colombia.
- Carnés-Vendrell A, Deus-Yela J, Molina-Seguin J, Pifarré-Paredero J, Purroy F. (2016). Actualización de la depresión postictus: nuevos retos en pacientes con ictus minor o ataque isquémico transitorio. *Rev Neurol*; 62: 460-7.
- Casaubon LK, Boulanger JM, Glasser E, et al. (2016). Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Acute Inpatient Stroke Care Guidelines, Update 2015. *Int J Stroke*, 11: 239-52.
- Cazorla-Navarrete, C. (2017). Revisión sistemática de la efectividad de la Terapia de Aceptación y compromiso para pacientes con dolor crónico. Universidad de Jaén. <https://hdl.handle.net/10953.1/5584>
- Chai, Q., Yuan, Z., Jin, Y. & Zhang, Q. (2016). Factors influencing acceptance of disability among stroke patients in Tianjin, China: A cross-sectional study. *NeuroRehabilitation*, 38(1), 37-

44.

- Chai, Q., Yuan, Z., Jin, Y. & Zhang, Q. (2016). Acceptance of disability and its influencing factors for initial stroke patients. *Chinese Journal of Nursing*, (1), 10.
- Choi, Y. y Lee, J. (2018). Influencia del juego Nintendo Wii Fit Balance en la percepción visual, el equilibrio postural y los sobrevivientes de un accidente cerebrovascular: un ensayo clínico piloto aleatorizado. *Diario de juegos para la salud* VOL. 7, NO. 6. <https://doi.org/10.1089/g4h.2017.0126>
- Chou, W., Lee, K., Ko, C., Liu, T., Hsiao, R., Lin, H. & Yen, C. (2017). Relationship between psychological inflexibility and experiential avoidance and internet addiction: Mediating effects of mental health problems. *Psychiatry research*, 257, 40-44.
- Cioffi, D. & Holloway, J. (1993). Delayed costs of suppressed pain. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 274-282.
- Cohen, J. (1990). Things I Have Learned (So Far). *American Psychologist*, 45(12), 1304-1312.
- Cohen, J. (1992). A Power Primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Cornejo Vergara, C. (2020). Program for Rehabilitation of Neuropsychological Functions affected in Hemorrhagic Stroke (CVA) patients) in Basal Ganglia. *Journal of Psychology*. Vol. 20 Núm. 2. DOI: <https://doi.org/10.18050/revpsi.v20i2.2613>
- Crowe, C., Coen, R., Kidd, N., Hevey, D., Cooney, J. y Harbison, J. (2016). Un estudio cualitativo de la experiencia de angustia psicológica post-ictus. Volumen: 21 número: 11, página(s): 2572-2579. Universidad de Dublín, Irlanda
- Crowley, D. & Andrews, L. (2018). The longitudinal relationship between acceptance and anxiety and depression in people who have had a stroke. *Aging & mental health*, 22(10), 1321-1328.
- Cruz Sandoval, K. (2022). Efecto de un protocolo breve online centrado en pensamiento negativo repetitivo en adultos con pérdida auditiva y síntomas emocionales (Doctoral dissertation, Bogotá DC: Fundación Universitaria Konrad Lorenz, 2022).
- Dąbrowski, J., Czajka, A., Zielińska-Turek, J., Jaroszyński, J., Furtak-Niczyporuk, M., Mela, A., Poniatowski, Ł. A., Drop, B., Dorobek, M., Barcikowska-Kotowicz, M. & Ziemia, A. (2019). Brain functional reserve in the context of neuroplasticity after stroke. *Neural Plasticity*, Article 9708905. <https://doi.org/10.1155/2019/9708905>
- De Havenon, A., Sheth, K., Madsen, T., Johnston, K., Turan, T., Toyoda, K., ... y Lansberg, MG

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

- (2021). Cilostazol para la prevención secundaria de accidentes cerebrovasculares: historia, evidencia, limitaciones y posibilidades. *Carrera*, 52 (10), e635-e645.
- De Ridder, I., Fransen, P., Beumer, D., Berkhemer, O., Van den Berg, L., Wermer, M., Lingsma, H., Van Zwam, W., Roos, Y., Van Oostenbrugge, R., Majoie, C., Van Der Lugt, A., Dippel, D. (2016). Is Intra-Arterial Treatment for Acute Ischemic Stroke Less Effective in Women than in Men? *Intervent Neurol* 2016; 5:174–178. DOI: 10.1159/000447331
- Della Vecchia, C., Viprey, M., Haesebaert, J., Termoz, A., Giroudon, C., Dima, A., Rode, G., Préau, M. y Schott, A. (2021) Determinantes contextuales de la participación después del accidente cerebrovascular: una revisión sistemática de estudios cuantitativos y cualitativos, *Discapacidad y Rehabilitación*, 43:13, 1786-1798, DOI: 10.1080/09638288.2019.1679897
- Dewantoro, D., y Kurniawan, A. (2019). Acceptance and Commitment Therapy Untuk Meningkatkan Acceptance of Illness Pasien Positif HIV. *Persona: Jurnal Psikologi Indonesia*, 8(1), 97-112.
- Dewhurst, E., Novakova, B. y Reuber, M. (2015). Una evaluación prospectiva del servicio de terapia de aceptación y compromiso para pacientes con epilepsia refractaria. *Epilepsia y comportamiento*, 46, 234-241.
- Dindo, L., Brandt, C. & Fiedorowicz, J. (2019). Cross-sectional relations between psychological inflexibility and symptoms of depression and anxiety among adults reporting migraines or risk factors for cardiovascular disease. *Journal of Contextual Behavioral Science*. Volume 13, July, Pages 1-6
- Dong, L., Brown, D., Case, E., Morgenstern, L. & Lisabeth, L. (2020). Marital Status and Post-Stroke Outcomes. *International Stroke Conference 2020*. Originally published 12 Feb. Stroke.
- Escobar, A., Zaldivar, G., Rodríguez de la Rosa G. y Cabrera Cordovés J. (2017) Factores de riesgos prevalentes en pacientes ingresados por enfermedad cerebrovascular. *Rev Cub Med Mil.*;43(4):433-40. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S013865572014000400003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S013865572014000400003&lng=es)
- Eskey, C., Meyers, P., M., Nguyen, T., Ansari, S., Jayaraman, M., McDougall, C., ... & Pandey, D. (2018). Indications for the performance of intracranial endovascular neurointerventional procedures: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*,

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

137(21), e661-e689.

- Espinosa, F., González, M., Montor, D. y Hernández, E. (2020). Herramienta virtual para el estudio de la evitación experiencial. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 2(2), 216-232.
- Fang, X., Wang, Z., Wang, C., Wu, J., Yang, Y., Li, F., ... y Guan, S. (2016). Cardiovascular and cognitive health study in middle-aged and elderly residents of Beijing (CCHS-Beijing): design and rationale. *Neuroepidemiology*, 46(3), 182-190.
- Ferro, J. (2020). Biomarkers and aspects in acute stroke. *Archivos de Neuro-Psiquiatria*, 78(5), 245-246. Epub June 01, 2020. <https://dx.doi.org/10.1590/0004-282x20200050>
- Flores, E. (2019). Accidente Cerebro Vascular: Funcion Ejecutiva y Depresión. *NeuroClass*. Recuperado de <https://neuro-class.com/>
- Flujas-Contreras, J. & Gómez, I. (2018). Improving flexible parenting with acceptance and commitment therapy: A case study. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 8, 29-35.
- Friman, P. C., Hayes, S. C. y Wilson, K. G. (1998). Why behavior analysts should study emotion: The example of anxiety. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31, 137-156
- Furie, K. & Jayaraman, M. (2018). 2018 guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke. *Stroke*. Vol. 49, No. 3
- Galante, M., Konfino, J., Ondarsuhu, D., Goldberg, L., O'Donnell, V., Begue, C., Gaudio, M., King, A., Sciarretta, V., Laspiur, S., Ferrante, F. (2015). Principales resultados de la tercera encuesta nacional de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles en Argentina. *Rev Argent Salud Pública*, 6(24): 22-29
- Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., Suzuki, N. & Watson, D. (2014). The Brief Experiential Avoidance Questionnaire: Development and initial validation. *Psychological Assessment*, 26(1), 35-45. doi: 10.1037/a0034473
- Gandolfi, M., Donisi, V., Battista, S., Picelli, A., Valè, N., Del Piccolo, L., y Smania, N. (2021). Calidad de vida relacionada con la salud y características psicológicas en pacientes con dolor crónico después de un accidente cerebrovascular: un estudio transversal en el contexto de atención de neurorrehabilitación. *Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública*, 18 (6), 3089.
- García Díaz, M., Olaz, F. y Morán, V. (2015). Adaptación Argentina del Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II). Córdoba, Argentina.
- García Pastor, A., Alarcón Morcillo, C., Cordido Henriquez F., Díaz Otero F., Vázquez Alén P.,

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

- Villanueva J. y Gil Núñez, A. (2011). El empleo de un formulario estructurado mejora la calidad de la historia clínica de urgencias de pacientes con ictus agudos. *Rev. Neurología*. Vol. 26. Núm. 09. doi: 10.1016/j.nrl.2011.01.012
- García, Á. y Balam, H. (2019). Contextual therapies. a clinical proposal from a post-skinnerian perspective. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(2), 1068-1083.
- Gillanders, D., Bolderston, H., Bond, F., Dempster, M., Flaxman, P., Campbell, L. & Remington, B. (2014). The development and initial validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, 45(1), 83-101. doi: 10.1016/j.beth.2013.09.001
- Gil-Luciano, B., Ruiz, F., Valdivia-Salas, S. & Suárez-Falcón, J. (2017). Promoting psychological flexibility on tolerance tasks: Framing behavior through deictic/hierarchical relations and specifying augmental functions. *The Psychological Record*, 67(1), 1-9.
- Gil-Pagés, M., Sánchez-Carrión, R., Tormos, J., Enseñat-Cantallos, A., García-Molina, A. (2019). A Positive Relationship between Cognitive Reserve and Cognitive Function after Stroke: Dynamic Proxies Correlate Better than Static Proxies. *Journal of the International Neuropsychological Society*. Volume 25, Issue 9 October 2019, pp. 910-921. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1355617719000638>
- Gilpin, H., Stahl, D. y McCracken, L. (2019). Un enfoque teóricamente guiado para identificar predictores del resultado del tratamiento en la Terapia Cognitivo-Conductual Contextual para el dolor crónico. *Revista europea del dolor*, 23 (2), 354-366.
- Gladwyn-Khan, M. (2019). Transdiagnostic approaches and supported-bibliotherapy for psychological problems after stroke (Doctoral dissertation, Cardiff University).
- Gómez M., López R. y Mesa M. (2007). Teoría de los Marcos Relacionales: algunas implicaciones para la psicopatología y la psicoterapia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 491-507.
- Gómez, A. (2019). Intervención desde la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Activación Conductual en un caso de ansiedad social. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la UACJS: RPCC-UACJS*, 10(2), 156-171.
- Gómez, C. y Bibiana, A. (2019). Estrategias en Psicoterapia basadas en la teoría de los marcos relacionales. *Psicología*. Fundación Universitaria Konrad Lorenz. <https://repositorio.konradlorenz.edu.co/handle/001/1052>
- González, Y., Pérez, E., Jiménez, L. y Hernández, A. (2008). Programa educativo para la

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

- prevención psicosecundaria de la Cardiopatía Isquémica. *Duazary*, 5 (1), 32-41.
- Gul, E., y Karanci, A. (2017). What determines posttraumatic stress and growth following various traumatic events? A study in a Turkish community sample. *Journal of traumatic stress*, 30(1), 54-62.
- Guzek, Z. & Kowalska, J. (2020). Analysis of the Degree of Acceptance of Illness Among Patients After a Stroke: An Observational Study. *Clinical Interventions in Aging*, 15, 2063.
- Hakulinen C, Pulkki-Råback L, Virtanen M, Virtanen, M., Jokela, M., Kivimäki, M., Elovainio, M. (2018). Social isolation and loneliness as risk factors for myocardial infarction, stroke and mortality: UK Biobank cohort study of 479 054 men and women. *Heart*; 104:1536–1542
- Hayes, S. & Hofmann, S. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry*, 16(3), 245.
- Hayes, S. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. (2016). *Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies*. Elsevier. Volume 47, Issue 6, November, Pages 869-885
- Hayes, S. (2019). Acceptance and commitment therapy: towards a unified model of behavior change. *Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 31 May, 18(2):226-227 DOI: 10.1002/wps.20626 PMID: 31059616 PMCID: PMC6502411
- Hayes, S., Strosahl, K. & Wilson, K. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes-Skelton, S. A. & Eustis, E. H. (2020). Experiential avoidance. In J. S. Abramowitz & S. M. Blakey (Eds.), *Clinical handbook of fear and anxiety: Maintenance processes and treatment mechanisms* (p. 115–131). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000150-007>
- Hegarty, G., Storey, L., Dempster, M., y Rogers, D. (2020). Correlates of Post-traumatic Growth Following a Myocardial Infarction: A Systematic Review. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*.
- Hernández Gómez, A. (2018). Aplicación de la terapia cognitivo-conductual con componentes de clarificación de valores y activación conductual en un caso de trastorno de estrés

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

- postraumático. Universidad de Huelva. <http://hdl.handle.net/10272/14896>
- Hernandez Sampieri, R., Collado, C. y Baptista Lucio, M. (2010). Metodología de la Investigación. México D.F. McGraw-Hill.
- Hernández Zayas, M., Zurita Mera, L., Lobaina Suarez, E. y Adela Vigil Zulueta, I. (2017). Rehabilitación cognitiva de pacientes con alteraciones perceptivas sobrevivientes a ictus isquémico. MEDISAN, 21(12), 3341-3349. Recuperado en 19 de febrero de 2020, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192017001200008&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017001200008&lng=es&tlng=es).
- HyunSoo, O., JongSuk, P. & WhaSook, S. (2018). A 2-year prospective follow-up study of temporal changes associated with post-stroke cognitive impairment. International Journal of Nursing Practice, 24, 2.
- IBM Corp. (2013). IBM SPSS Statistics para Windows, versión 22.0. Armonk, Nueva York: IBM Corp.
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2021). Compare Data Visualization. Seattle. <https://vizhub.healthdata.org/>. Fecha última consulta: 23.05.2021.
- Ivey-Williams, J. (2015). ACTION after stroke: Exploring the effects of an acceptance and commitment therapy group for adult stroke survivors and carers. ClinPsy Thesis, Cardiff University. <http://orca.cf.ac.uk/id/eprint/76359>
- Jackson, C., Kerssens, J., Fleetwood, K., Smith, D., Mercer, S. & Wild, S. (2019). Incidence of ischaemic heart disease and stroke among people with psychiatric disorders: Retrospective cohort study. The British Journal of Psychiatry, 1-8. doi:10.1192/bjp.2019.250
- Jokela, M., Hakulinen, C., Singh-Manoux, A. & Kivimäki, M. (2014). Personality change associated with chronic diseases: Pooled analysis of four prospective cohort studies. Psychological Medicine, 44 (12), 2629-40. doi: [dx.doi.org/10.1017/S0033291714000257](https://doi.org/10.1017/S0033291714000257)
- Kangas, M. & McDonald, S. (2011) Is it time to act? The potential of acceptance and commitment therapy for psychological problems following acquired brain injury. Neuropsychol Rehabil. 2011 Apr; 21(2): 250–276. Published online 2011 Jan 17. doi: 10.1080/09602011.2010.540920
- Kelly, M., DeBeer, B., Meyer, E., Kimbrel, N., Gulliver, S. & Morissette, S. (2019). Experiential avoidance as a mediator of the association between posttraumatic stress disorder symptoms and social support: A longitudinal analysis. Psychological Trauma: Theory, Research,

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

- Practice, and Policy, 11(3), 353.
- Kirshner, H. (2018). The Roots of Cognitive Neuroscience: Behavioral Neurology and Neuropsychology. *Neurología cognitiva y del comportamiento: Vol. 31 - Núm 4 - p 254* doi: 10.1097 / WNN.0000000000000174
- Knapp, P., Dunn-Roberts, A., Sahib, N., Cook, L., Astin, F., Kontou, E. & Thomas, S. (2020). Frequency of anxiety after stroke: An updated systematic review and meta-analysis of observational studies. *International Journal of Stroke*. January 24. <https://doi.org/10.1177/1747493019896958>
- Kohlenberg, R., Tsai, M., Ferro García, R. y Valero, L. (2005). Psicoterapia Analítico-Funcional y Terapia de Aceptación y Compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. In *International Journal of Clinical and Health Psychology* 5(2):349-371.
- Kübler-Ross, E., Wessler, S. & Avioli, L. (1972). On death and dying. *Jama*, 221(2), 174-179.
- Kuru, T., Karadere, M., Burhan, H. y Safak, Y. (2021). Estudio de Confiabilidad y Validez de la Versión Turca del Cuestionario de Aceptación y Acción para Estudiantes Universitarios. *Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento*, 11 (1), 18-24.
- Landi, G., Pakenham, K., Giovannetti, A., Presti, G., Boccolini, G., Cola, A., ... & Tossani, E. (2021). Italian validation of the Italian multidimensional psychological flexibility inventory (MPFI). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 21, 57-65.
- Lawrence, M., Booth, J., Mercer, S., Crawford, E. (2013). A systematic review of the benefits of mindfulness-based interventions following transient ischemic attack and stroke. *Int J Stroke*. 2013; 8:465-74.
- Lázaro Cagigal, L. (2018). Trastornos emocionales y conductuales en accidentes cerebrovasculares: prevalencia, etiología y neuroanatomía. *Universitat Oberta de Catalunya*. <http://hdl.handle.net/10609/84305>
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. Mexico. Martinez Roca
- LeDoux, J. (1996). *El cerebro emocional*. Ariel-Planeta
- Lee, E., Homan, K., Morrison, K., Ong, C., Levin, M. & Twohig, M. (2020). Acceptance and commitment therapy for trichotillomania: a randomized controlled trial of adults and adolescents. *Behavior modification*, 44(1), 70-91.
- Lev, E., Eller, L., Kolassa, J., Gejerman, G., Colella, J., Lane, P., Scrofino, S., Esposito, M.,

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

- Lanteri, V., Scheuch, J., Munver, R., Galli, B., Watson, R., Sawczuk, I. (2007). Exploratory factor analysis: strategies used by patients to promote health. *World J Urol.* Mar;25(1):87-93. doi: 10.1007/s00345-006-0126-7. PMID: 17066263.
- Lewis-Dunford, H. (2020). A systematic review of the effectiveness of group-based Acceptance and Commitment Therapy for neurological conditions and an empirical study of staff perceptions of a stroke specific self-management book (Doctoral dissertation, Cardiff University).
- Lipskaya-Velikovsky, L., Zeilig, G., Weingarden, H., Rozental-Iluz, C., Rand, D. (2018) Executive functioning and daily living of individuals with chronic stroke: measurement and implications. *International Journal of Rehabilitation Research*, Volume 41, Number 2, June, pp. 122-127(6). DOI: <https://doi.org/10.1097/MRR.0000000000000272>
- Luciano, C. (2016). Evolución de ACT. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42(165-6).
- Luciano, C. (2017). The self and responding to the own's behavior. Implications of coherence and hierarchical framing. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17(3), 267-275.
- MacPherson, S., Allerhand, M., Gharooni, S., Smirni, D., Shallice, T., Chan, E. y Cipolotti, L. (2020). Los sustitutos de la reserva cognitiva no explican de manera diferencial el rendimiento cognitivo en pacientes con lesiones focales frontales y no frontales. *Revista de la Sociedad Internacional de Neuropsicología*, 26 (8), 739-748. doi: 10.1017 / S1355617720000326
- Maestro, A., González Duro, E., Rendueles, G., y Fernández-Liria, A. (2017). Salud mental y capitalismo. *CISMA*.
- Mahlo, L. y Windsor, T. (2021). Estado mindfulness y bienestar afectivo en la vida cotidiana de adultos de mediana edad y mayores. *Psicología y envejecimiento*.
- Majumdar, S. y Morris, R. (2018). Brief group-based acceptance and commitment therapy for stroke survivors. *Br J Clin Psychol.* Jul 12. doi: 10.1111/bjc.12198.
- Maniscalco, G., Ziello, A., Panetta, V., Guarcello, G. y Improta, G. (2019). The application of Kubler-Ross model in Newly Diagnosed Patients with Relapsing-Remitting Multiple Sclerosis. *Arch Depress Anxiety*, 5 (2), 047-051.
- Martín Sánchez, D., Sancho Cantus, D., Cuerda Ballester, M., de la Rubia Ortí, J. E., y Solera Gómez, S. (2021). Relevancia de la Evitación Experiencial en la Esclerosis Múltiple y rol

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

- de enfermería. *Index de Enfermería*, 30(4), 313-317.
- Marshall, I., Wang, Y., Crichton, S., McKevitt, C., Rudd, A. y Wolfe, C. (2015). Los efectos del estatus socioeconómico sobre el riesgo de accidente cerebrovascular y los resultados. *The Lancet Neurology*, 14 (12), 1206-1218.
- Mazurek J. y Lurbiecki J. (2014). Aceptación de la escala de enfermedad y su impacto clínico. *Pol Merk Lek.* 2014; 36 (212): 106–108.
- McCarthy, M., Lyons, K., Schellinger, J., Stapleton, K., y Bakas, T. (2020). Interpersonal relationship challenges among stroke survivors and family caregivers. *Social Work in Health Care*, 59(2), 91-107.
- Mellon, L., Doyle, F., Rohde, D., Williams, D. y Hickey, A. (2015). Campañas de advertencia de accidentes cerebrovasculares: ¿ofrecen mejores resultados para los pacientes? Una revisión sistemática. *Medidas de resultado relacionadas con el paciente*, 6, 61.
- Menéndez-Aller, Á., Cuesta, M., Postigo, Á., González-Nuevo, C., García-Fernández, J., & García-Cueto, E. (2021). Validation of the Acceptance and Action Questionnaire-II in the general Spanish population. *Current Psychology*, 1-8.
- Mesa Barrera, Y., Fernández, C., Hernández Rodríguez, T. y Parada Barroso, Y. (2016). Calidad de vida en pacientes sobrevivientes a un ictus al año de seguimiento. *MediSur*, 14(5), 516-526. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2016000500007&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000500007&lng=es&tlng=es).
- Micheli, F. y Fernández Pardal (2019). *Neurología*. Buenos Aires. Panamericana.
- Morris, R., Eccles, A., Ryan, B. y Kneebone, I. (2017). Prevalencia de ansiedad en personas con afasia después de un accidente cerebrovascular, *Afasiología*, 31:12, 1410-1415, DOI: 10.1080 / 02687038.2017.1304633
- Moskovich, A., Timko, C., Honeycutt, L., Zucker, N. & Merwin, R. (2017). Change in expressed emotion and treatment outcome in adolescent anorexia nervosa. *Eating disorders*, 25(1), 80-91.
- Muñoz Zúñiga, J. (2017). Los múltiples rostros del síndrome orbitofrontal. *Revista colombiana de psiquiatría*. Vol46, Sup 1, pag. 43-50
- Murillo, V., Zuluaga, A., García, E., Hoyos, M., Lasprilla, J. y Rogers, H. (2008). Los factores psicosociales implicados en la cardiopatía isquémica. *CES Psicología*, 1(2), 19-40.
- Naragon-Gainey, K., McMahon, T. & Chacko, T. (2017). The structure of common emotion

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

- regulation strategies: A meta-analytic examination. *Psychological Bulletin*, 143(4), 384.
- National Institute of Neurological and Stroke (NINDS). (2017). Elementos de datos comunes de NINDS. Disponible de: <https://www.commondataelements.ninds.nih.gov/>
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (1990). Classification of cerebrovascular disease III. *Stroke* (1990); 21: 637-741.
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2017). Accidente cerebrovascular: Esperanza en la investigación. NIH 01-2222s.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Accidentes cerebrovasculares. Ginebra. [https://www.who.int/topics/cerebrovascular\\_accident/es/](https://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/es/)
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Cause specific mortality and morbidity. World Health Statistics. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Hipertensión. Ginebra. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
- Ortiz-Galeano, I., Fernandez Balmaceda, N., Flores, A. (2020). Factores de riesgo cardiovascular en pacientes con accidente cerebrovascular. *Soc. Paraguaya de Med. Interna*. Vol. 7 Num. 1 (2020): marzo
- Ourique Martins, S., Sacks, C., Hacke, W., Brainin, M., de Assis Figueiredo, F., Marques Pontes-Neto, O. (2019). Priorities to reduce the burden of stroke in Latin American countries. *Lancet Neurol* 2019; 18: 674-83.
- Padua, L., Imbimbo, I., Aprile, I., Loreti, C., Germanotta, M., Coraci, D., Piccinini, G., Pazzaglia, C., Santilli, C., Cruciani, A., Carrozza, M. (2019). Cognitive reserve as a useful variable to address robotic or conventional upper limb rehabilitation treatment after stroke: a multicentre study of the Fondazione Don Carlo Gnocchi. *EAN*. Volume 27, Pages 392-398. <https://doi.org/10.1111/ene.14090>
- Paladines-Costa, B., López-Guerra, V., Ruisoto, P., Vaca-Gallegos, S. & Cacho, R. (2021). Psychometric properties and factor structure of the Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) in Ecuador. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 2944.
- Pande, A. (2014). Úteros en trabajo de parto. En úteros en trabajo de parto. Prensa de la Universidad de Columbia.
- Patrón Espinosa, F. (2010). La evitación experiencial y su medición por medio del AAQ-II.

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

- Enseñanza e Investigación en Psicología. Vol. 15, Núm. 1, enero-abril, pp. 5-19.
- Pérez-Álvarez, M., Sánchez, J., y Cabanas, E. (2018). La vida real en tiempos de la felicidad: Crítica de la psicología (y de la ideología) positiva. Alianza Editorial.
- Perna, R. y Harik, L. (2020). The role of rehabilitation psychology in stroke care described through case examples. *NeuroRehabilitation*, (Preprint), 1-10.
- Pielech, M., Vowles, K. & Wicksell, R. (2017). Acceptance and commitment therapy for pediatric chronic pain: Theory and application. *Children*, 4(2), 10.
- Pigretti, S. (2019). Consenso sobre accidente cerebrovascular isquémico agudo. *Medicina*, Vol. 79 (Supl. II): 1-46
- Pioli dos Santos, D., de Carvalho Rodrigues, J. y Fumagalli de Salles, J. (2019). Influencia de los síntomas de depresión en las funciones neuropsicológicas después del accidente cerebrovascular. *Ciencias Psicológicas*, 13(1), 56-66. <https://dx.doi.org/10.22235/cp.v13i1.1809>
- Quemada, J. y Mimentza, N. (2017). Los trastornos emocionales y conductuales postictus. *Rev. Informaciones Psiquiátricas*. N° 228. Bilbao.
- Quiroga, R. y Ramos, M. (2013). Caracterización clínico-epidemiológica y de factores relacionados con la atención de pacientes del Instituto Provincial de Rehabilitación Integral de Santiago del Estero. (Trabajo inédito). IPRI, Sgo. del Estero.
- Quiroga, R. (2017). Accidente Cerebro Vascular y Salud Mental. *Revista Trazos*. <http://revistatrazos.ucse.edu.ar/index.php/2017/05/31/accidente-cerebro-vascular-salud-mental/>
- Raften, L., Danielsson, A., Sunnerhagen, K. (2018). Anxiety After Stroke: A Systematic Review and Meta-Analysis. University of Gothenburg. *J Rehabil Med* 2018; 50: 769–778. doi: 10.2340/16501977-2384
- Rauwenhoff, J., Peeters, F., Bol, Y. & Van Heugten, C. (2019). The Brain ACT study: acceptance and commitment therapy for depressive and anxiety symptoms following acquired brain injury: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 20(1), 1-10.
- Rauwenhoff, J., Peeters, F., Bol, Y. y Van Heugten, C. (2021). Medición de la flexibilidad psicológica y la defusión cognitiva en individuos con daño cerebral adquirido. *Lesión cerebral*, 35 (10), 1301-1307.
- Renjen, P., Gauba, C. y Chaudhari, D. (2015). Deterioro cognitivo después de un accidente

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

- cerebrovascular. *Cureo*, 7 (9).
- Rodríguez-Valverde, M. (2018). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el tratamiento de los abusos sexuales: una revisión*. Universidad de Jaen. <https://hdl.handle.net/10953.1/8542>
- Ropper, A., Samuels, M., Klein, J., Prasad, S. (2019). *Principios de Neurología*. McGraw-Hill Education. 11 editions. ISBN 978-1-26-047423-7
- Rudaz, M., Twohig, M., Ong, C., y Levin, M. (2017). Mindfulness and acceptance-based trainings for fostering self-care and reducing stress in mental health professionals: A systematic review. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(4), 380-390.
- Ruiz Sánchez, J., Trillo Padilla, F. y Ruiz Miñarro, I. (2019). Reducción de la evitación experiencial con terapias de grupo ACT y FAP en grupos transdiagnósticos. *Revista de investigación en psicología*. Vol. 22, num. 1. DOI: <https://doi.org/10.15381/rinvp.v22i1.16587>
- Ryall N., Eyres S., Neumann V., Bhakta B. y Tennant A. (2003). Is the Rivermead Mobility Index appropriate to measure mobility in lower limb amputees? *Disabil Rehabil*. 25:143—53.
- Sadauska, I. y Koļesovs, A. (2021). Validez y Fiabilidad del Cuestionario de Aceptación y Acción - II: Versión Letona. *Humanos, Tecnologías y Calidad de la Educación*, 71.
- Salas, S. y Blarrina, M. (2019). *Aceptación psicológica*. Ediciones Pirámide.
- Sander, A., Clark, A., Arciniegas, D., Tran, K., Leon-Novelo, L., Ngan, E., Bogaards, J., Sherer, M. y Walser, R. (2021) Un ensayo controlado aleatorio de terapia de aceptación y compromiso para la angustia psicológica entre personas con lesión cerebral traumática, *Rehabilitación Neuropsicológica*, 31:7, 1105-1129, DOI: 10.1080/09602011.2020.1762670
- Sawilowsky, S (2009). "Nuevas reglas generales del tamaño del efecto". *Revista de métodos estadísticos aplicados modernos*. 8 (2): 467–474. doi: 10.22237 / jmasm / 1257035100. <http://digitalcommons.wayne.edu/jmasm/vol8/iss2/26/>
- Sianturi, R, Keliat, B. & Wardani, I. (2018). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety in clients with stroke. *Enfermería Clínica*. 28. 94-97. 10.1016/S1130-8621(18)30045-7.
- Sociedad Argentina de Cardiología (2018). *Registro Nacional de Stroke (Arenas)*
- Szumilas, M. (2010). Explaining odds ratios. *Journal of the Canadian Academy of Child and*

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

- Adolescent Psychiatry = Journal de l'Academie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 19 (3), 227–229.
- Townend, E., Tinson, D., Kwan, J. y Sharpe, M. (2010). Sentirse triste e inútil: una investigación sobre la aceptación personal de la discapacidad y su asociación con la depresión después de un accidente cerebrovascular. *Rehabilitación Clínica*. 24(6):555-564. doi: 10.1177/0269215509358934
- Ugwu, D., Onyedibe, M. & Chukwuorji, J. (2020). Anxiety sensitivity and psychological distress among hypertensive patients: the mediating role of experiential avoidance. *Psychology, Health & Medicine*, 1-10. doi.org/10.1080/13548506.2020.1764599
- Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. (2010). American Psychological Association. Principios éticos de los psicólogos y código de conducta APA enmienda 2010. Universidad de Buenos Aires.
- Van Mierlo, M., Van Heugten, C., Post, M., Hoekstra, T. y Visser-Meily, A. (2018). Trayectorias de la calidad de vida relacionada con la salud después del accidente cerebrovascular: resultados de un estudio de cohorte prospectivo de un año, *Discapacidad y rehabilitación*, 40:9, 997-1006, DOI: 10.1080/09638288.2017.1292320
- Wang, W., Jiang, B., Sun, H., Ru, X. (2017). Prevalence, Incidence, and Mortality of Stroke in China. *Circulation*. 2017; 135:759–771. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.116.025250
- Wang, X., Liu, Y., Peng, F. & Chen, J. (2020). Efficacy of “Acceptance and Commitment Therapy” Psychological Nursing in a Stroke Patient. *Yangtze Medicine*, 4, 293-301. doi: 10.4236/ym.2020.44027.
- Wegner, D., Schneider, D., Carter, S. & White, T. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5-13.
- Wei, C., Gao, J., Chen, L., Zhang, F., Ma, X., Zhang, N., Zhang, W., Xue, R., Luo, L. & Hao, L. (2016). Factores asociados con la depresión posterior al accidente cerebrovascular y la incontinencia emocional: ubicación de la lesión y estilos de afrontamiento. *Internacional Revista de Neurociencia*, 126:7, 623-629, DOI: 10.3109/00207454.2015.1051045
- Whiting, D., Deane, F., Ciarrochi, J., McLeod, H. & Simpson, G. (2015). Validating measures of psychological flexibility in a population with acquired brain injury. *Psychological Assessment*, 27(2), 415–423. doi.apa.org/doi/10.1037/pas0000050
- Williamson, J., Lamb, D., Burtis, B., Haque, S., Zilli, E., Kesayan, T., Harciarek, M., Heilman, K.

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

- (2018). Descuido ipsilesional del hemisferio derecho con accidentes cerebrovasculares crónicos del hemisferio derecho. *Revista de neuropsicología clínica y experimental*. Volumen 40 - Número 4. <https://doi.org/10.1080/13803395.2017.1347606>
- Wilson, S. & Schneck S. (2020). Neuroplasticity in post-stroke aphasia: A systematic review and meta-analysis of functional imaging studies of reorganization of language processing. *Neurobiology of Language*. Advance publication. [https://doi.org/10.1162/nol\\_a\\_00025](https://doi.org/10.1162/nol_a_00025).
- Winstein C., Stein J. & Arena R. (2016). Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/ American Stroke Association. *Stroke*; 47(6): e98- e169
- Yang Y, Wang A, Zhao X, Wang C, Liu L, Zheng H, Wang Y, Cao Y, Wang Y. (2016). El sistema de clasificación del Oxfordshire Community Stroke Project predice los resultados clínicos después de la trombólisis intravenosa: un estudio de cohorte prospectivo. *Ther Clin Risk Manag*. 29 de junio; 12: 1049-56. doi: 10.2147 / TCRM.S107053. PMID: 27418829; PMCID: PMC4935162.
- Yesavage J., Brink T. y Rose T. (1983). Desarrollo y validación de una escala de detección de depresión geriátrica: un informe preliminar. *J Psychiatr* 7:37–49. doi:10.1016/0022-3956(82)90033-4
- Zhang, C., Leeming, E., Smith, P., Chung, P., Hagger, M., y Hayes, S. (2018). Acceptance and commitment therapy for health behavior change: a contextually driven approach. *Frontiers in psychology*, 8, 2350
- Zhang, P., Wang, J., Xu, Q., Song, Z., Dai, J., Wang, J. (2018). Altered functional connectivity in post-ischemic stroke depression: A resting-state functional magnetic resonance imaging study. *European Journal of Radiology*. Volume 100, March 2018, Pages 156-165. [doi.org/10.1016/j.ejrad.2018.01.003](https://doi.org/10.1016/j.ejrad.2018.01.003)
- Zimerman, M. (2020). En la Argentina se produce un ACV cada 9 minutos: tres señales de alerta para detectarlo a tiempo. *Infobae*. Recuperado de <http://www.infobae.com>
- Zvolensky, M., Jardin, C., Garey, L., Robles, Z. & Sharp, C. (2016). Acculturative stress and experiential avoidance: Relations to depression, suicide, and anxiety symptoms among minority college students. *Cognitive behaviour therapy*, 45(6), 501-517

**BIBLIOGRAFÍA**

- Adams, A., Schweitzer, D., Molenberghs, P. & Henry, J. (2019) A meta-analytic review of social cognitive function following stroke. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. Volume 102, July, Pages 400-416
- Angelelli, P. et al. (2004). Development of Neuropsychiatric Symptoms in Poststroke Patients: A Cross-Sectional Study, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Vol. 110, No. 1, pp. 55-63. doi:10.1111/j.1600-0447.2004.00297.x
- Arango Lasprilla, J. (2006). *Rehabilitación Neuropsicológica*. México DF. Manual Moderno.
- Bamford, J., Sandercock, P., Dennis, M., et al. (1991) Classification and natural history of clinically identifiable subtypes of cerebral infarction. *Lancet*; 337: 1521-1526.
- Barajas Martínez, S. (2013). *Evitación cognitivo conductual, aceptación psicológica y mindfulness en la psicopatología de la ansiedad y depresión*. Universidad de Castilla - La Mancha. Disponible en <https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/3794/TESIS%20Barajas%20Mart%C3%ADnez.pdf?sequence=1>
- Barker-Collo, S., Krishnamurthi, R., Feigin, V., Jones, A., Theadom, A., Barber, P., Bennett, D. (2016). Neuropsychological outcome and its predictors across the first year after ischaemic stroke. *Brain Impairment*, 17 (02), 111-122. doi:10.1017/BrImp.2016.17
- Barraca Mairal, J. (2006). Las Terapias Conductuales de tercera generación: ¿parientes políticos o hermanos carnales? *EduPsykhé*, 5(2), 147–157
- Barskova, T. & Oesterreich, R. (2009). Post-traumatic growth in people living with a serious medical condition and its relations to physical and mental health: a systematic review. *Disability and Rehabilitation* 31, 1709–1733.
- Baweja, R., Avasthi, A., Chakrabarti, S. & Prabhakar, S. (2013). Psychiatric morbidity in patients with transverse myelitis and stroke: A comparison. *Indian Journal of Psychiatry*, 55(1), 59-62. doi: <http://dx.doi.org/10.4103/0019-5545.105509>
- Belaval, Y. (dir.) (1981). *La filosofía del siglo XX*. v. 10. México: Siglo XXI. ISBN 968-23-1083-0.
- Biran, I. & Chatterjee, A. (2003). Depression with anosognosia following a left subcortical stroke. *Clinical Neurology and Neurosurgery*. 105(2), 99-101. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0303-8467\(02\)00113-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0303-8467(02)00113-0)

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

- Boyd, L. & Winstein, C. (2003). Impact of explicit information on implicit motor-sequence learning following middle cerebral artery stroke. *Physical Therapy*, 83(11), 976-89. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/223113172?accountid=45173>
- Briceño, E., Dong, L., Lisabeth, L. & Morgenstern, L. (2020). Ethnic Differences in Cognitive Recovery 3 Months Following Stroke. *Stroke*. 12 Feb.
- Brodzky, H., Perminder, S., Withall, A., Altendorf, A., Valenzuela, M. & Lorentz, L. (2005) Frequency and clinical, neuropsychological and neuroimaging correlates of apathy following stroke – the Sydney Stroke Study. *Psychological Medicine*, 35, 1707–1716. f 2005 Cambridge University Press. doi:10.1017/S0033291705006173
- Cabello, L., Gómez-Ruiz, I., Alonso, A. & Gutiérrez, S. (2012). Affective and behavioural dysfunctions in patients with subcortical stroke. *Neuroscience and Medicine*, 3(2), 141-148. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1027119206?accountid=45173>
- Caeiro, L., Ferro, J., Santos, C. & Figueira, M. (2006). Depression in Acute Stroke, *Journal of Psychiatry & Neuroscienc*, Vol. 31, No. 6, pp. 377-383.
- Campbell, C., Murray, J., Holmes, J., Astin, F., Greenwood, D. & Knapp, P. (2012) Frequency of anxiety after stroke: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Int J Stroke*. 2013 Oct;8(7):545-59. doi: 10.1111/j.1747-4949.2012.00906.x.
- Choi, Y. & Lee, J. (2017). Impact of Stroke Knowledge, Fear of Recurrence on Health Behavior in Patients with Ischemic Stroke. *Korean J Adult Nurs*. Jun; 29(3):302-312. <https://doi.org/10.7475/kjan.2017.29.3.302>
- Confino, J., De Maio, F., Ondarsuhu, D., Ferrante, D., Laspiur, S. (2014). Evidencia generada a partir de las encuestas nacionales de factores de riesgo de Argentina: revisión de la literatura. *Rev Argent Salud Pública*, 5(21): 7-13
- Cramer, E. & Nudo, R. (Compiladores). (2011). *Brain repair after stroke*. (2011). Cambridge U. Press. Ringgold Inc
- De la Serna, P. (2004). Trastornos psiquiátricos en los accidentes cerebrovasculares. Madrid. *Rev. de la SEMG N ° 66 – Pág. 419-425*
- Delavaran, H., Jönsson, A., Lökvist, H., Iwarsson, S., Elmståhl, S. Norrving, B. & Lindgren, A. (2016). Cognitive function in stroke survivors: A 10 year follow up study. *Acta Neurológica Scandinavica*. November.
- De Reuck, J., De Clerck, M. & Van Maele, G. (2006). Vascular cognitive impairment in patients

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

- with late-onset seizures after an ischemic stroke. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 108(7), 632-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clineuro.2005.10.008>
- De Vega, M. (2001) *Introducción a la Psicología Cognitiva*. Madrid. Alianza.
- Díez-Tejedor, E., Del Brutto, O., Álvarez-Sabín, J., Muñoz, M., Abiusi, G. (2001). Clasificación de las enfermedades cerebrovasculares. *Sociedad Iberoamericana de Enfermedades Cerebrovasculares. REV NEUROL*; 33 (5): 455-464
- Ellis, A. y Blau, S. (compilador) (2000). *Vivir en una sociedad irracional; una guía para el bienestar mediante la terapia racional emotiva-conductual*. Madrid. Paidós Ibérica.
- Epicteto. Arrio, L. (compilador). (1997). *Un Manual de la Vida*. Palma de Mallorca. José J. de Olañeta.
- Esteve, R. & Ramírez-Maestre, C. (2013). Pain fear avoidance and pain acceptance: A cross-sectional study comparing their influence on adjustment to chronic pain across three samples of patients. *Annals of Behavioral Medicine*, 46(2), 169-80. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s12160-013-9499-1>
- Ferrante, D., Linetzky, B., Konfino, J., King, A., Virgolini, M. & Laspiur, S. (2011). National Risk Factors Survey: evolution of the epidemic of chronic non communicable diseases in Argentina. Cross sectional study. *Rev Argentina de Salud Pública*, 2011; 2(6):34-41.
- Gardner, H. (1988). *La nueva ciencia de la mente. Historia de la revolución cognitiva*. Barcelona. Paidós.
- Greenop, K. R., Almeida, O. P., Hankey, G. J., van Bockxmeer, F. & Lautenschlager, N. T. (2009). Premorbid personality traits are associated with post-stroke behavioral and psychological symptoms: A three-month follow-up study in perth, western australia. *International Psychogeriatrics*, 21(6), 1063-71. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610209990457>
- Gutierrez-Cabello, L., Aguilar-Alonso, A., Dávalos, A. y Pedraza, S. (2007). Rendimiento Cognitivo y Síntomas Afectivos en la Fase Aguda y Tres Meses Después de un Ictus Isquémico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* Vol. 12, N.º 3, pp. 177-187, 2007 ISSN 1136-5420/07
- Hackett, M. L., Köhler, S., O'Brien, J. T. & Mead, G. E. (2014). Neuropsychiatric outcomes of stroke. *The Lancet Neurology*, 13(5), 525-34. doi: 10.1016/S1474-4422(14)70016-X
- Hayes, S. (1986). Behavioral philosophy in the late 1980's. *Theoretical and Philosophical Psychology*, 6, 39-43.

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

- Hayes, S., Wilson, K., Gifford, E., Follette, V. & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Hayes, S. & Smith, S. (2005). *Get out of your mind and into your life: The new Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland, CA: New Harbinger.
- House, A., Dennis, M., Molyneux, A., Warlow, C. & Hawton, K. (1989). Emotionalism after Stroke, *BMJ*, Vol. 298, No. 6679, pp. 991-994. doi:10.1136/bmj.298.6679.991
- Johnson, L., Burridge, J. & Demain, S. (2013). Internal and external focus of attention during gait re-education: An observational study of physical therapist practice in stroke rehabilitation. *Physical Therapy*, 93(7), 957-66. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1412138909?accountid=45173>
- Kuhn, T. (1962). *La estructura de las revoluciones científicas*. Mexico. Fondo de la Cultura Económica.
- Lakatos, I. (1970). *La Crítica y el Desarrollo del Conocimiento*. Barcelona. Ediciones Crijalbo.
- Luciano, M. & Hayes, S. (2001). Trastorno de evitación experiencial [The trauma of experiential avoidance]. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 109-157.
- Luciano, M., Rodríguez Valverde, M. & Gutiérrez Martínez, O. (2004). A proposal for synthesizing verbal contexts in Experiential Avoidance Disorder and Acceptance and Commitment Therapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 377-394.
- Luciano, M. y Valdivia, M. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27, 79-91.
- 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, 141-165
- Meyer, C. (compilador). (2010). *Los Nuevos Psi*. Buenos Aires. Sudamericana.
- Montgomery, K. (2011) Acceptance and Commitment Therapy for Psychological and Physiological Illnesses: A Systematic Review for Social Workers. *Health & Social Work* 36.3: 169-81
- Munshi, S. & Harwood, R. (2020). *Stroke in the older person*. Pxford university press.
- Muñoz-Pérez, M., Espinosa-Villaseñor, D. (2016). *Deterioro cognitivo y demencia de origen*

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

- vascular. *Rev Mex Neuroci.* 17(6):85-96.
- Narushima K., Kosier J., Robinson R. (2003) A reappraisal of poststroke depression, intra- and inter-hemispheric lesion location using meta-analysis. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 15(4):422-130.
- Offer, D. y Sabshin, M. (1968). *Las Cuatro Perspectivas de la Normalidad.* Nueva York. Normality Basic Book Inc.
- Páez, M., Luciano, C. y Gutierrez, O. (2005). La aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en el tratamiento de los problemas psicológicos asociados al cáncer. *Rev. Psicooncología.* Vol. 2, Núm. 1, pp. 49-70. Universidad Complutense de Madrid
- Parikh. R., Robinson, R., Lipsey, J. (1990). The impact of poststroke depression on recovery in activities of daily living over two-year follow-up. *Arch Neurol.* 47:785-789
- Parikh, N, Koh, I., VanWagner, L., Elkind, M., Zakai, N. & Cushman, M. (2021). Liver fibrosis is associated with Ischemic stroke risk in women but not men: the REGARDS study. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases,* 30(7), 105788.
- Patrón-Espinosa, F. (2013). La evitación experiencial como dimensión funcional de los trastornos de depresión, ansiedad y psicóticos. *Journal of Behavior, Health & Social Issues,* 5, 85-95. doi:10.5460/jbhsi.v5.1.38728
- Peña, T. y Robayo-Castro, B. (2007). Conducta Verbal de B. F. Skinner: 1957-2007. *Rev. Latinoamericana de psicología.* vol.39 no.3 Bogotá.
- Popper, K. (1934). (Publicado el 1962). *La lógica de la investigación científica.* Madrid. Tecnos.
- Reneman, M., Kleen, M., Trompetter, H., Schiphorst Preuper, H., Köke, A., van Baalen, B., & Schreurs, K. (2014). Measuring avoidance of pain: Validation of the acceptance and action questionnaire II-pain version. *International Journal of Rehabilitation Research,* 37(2), 125. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1528362737?accountid=45173>
- Robinson, R. & Spalletta, G. (2010). Poststroke depression: A review. *Canadian Journal of Psychiatry,* 55(6), 341-9. Retrieved from [search.proquest.com/docview/609122964?accountid=45173](http://search.proquest.com/docview/609122964?accountid=45173)
- Ruiz-Párraga, G. & López-Martínez, A. (2015). The role of experiential avoidance, resilience and pain acceptance in the adjustment of chronic back pain patients who have experienced a traumatic event: A path analysis. *Annals of Behavioral Medicine,* 49(2), 247-257. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s12160-014-9654-3>

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

- Shimoda, K. & Robinson, R. (1998). The relationship between social impairment and recovery from stroke. *Psychiatry*, 61(2), 101-11. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/220666301?accountid=45173>
- Skinner, B. (1957). *Verbal Behavior*. New York. Appleton Century Crofts.
- Springer, J. (2012). Acceptance and Commitment Therapy: Part of the "Third Wave" in the Behavioral Tradition. *Journal of Mental Health Counseling* 34.3: 205-212.
- Stone, J., Townend, E., Kwan, J., Haga, K., Dennis, M., Sharpe, M. (2004). Personality change after stroke: some preliminary observations. *British Medical Journal* 75, 1708 -1713
- Turgon, R., Ruffault, A., Juneau, C., Blatier, C. & Shankland, R. (2019). Eating disorder treatment: A systematic review and meta-analysis of the efficacy of mindfulness-based programs. *Mindfulness*, 1-20. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01216-5>
- Van Zandvoort, M., Kessels, R., Nys, G., De Haan, E. & Kappelle, L. (2005). Early neuropsychological evaluation in patients with ischaemic stroke provides valid information. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 107(5), 385-92. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clineuro.2004.10.012>
- Vargas, J. y Aguilar-Morales, J. (2006). Psicopatología y evitación experiencial: AAQ-MEX, comparación de tres pequeñas muestras. En *Psicología y Salud*. January 2006
- Wilson, K. y Luciano, M. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Zettle, R., Barner, S., Gird, S., Boone, L., Renollet, D. & Burdsal, C. (2012). A Psychological Biathlon: The Relationship Between Level of Experiential Avoidance and Perseverance on two Challenging Tasks. *The Psychological Record*, 62(3), 433-445. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1030424411?accountid=45173>

# **CAPÍTULO IX**

## **APÉNDICES**

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

**APÉNDICE A: CUESTIONARIO DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (AAQ-II)**

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

A continuación, encontrará una serie de frases. Valore en qué grado son aplicables a usted. No hay contestaciones buenas o malas, ni preguntas con truco; unas serán más verdad en su caso y otras menos. Tome el tiempo que necesite y trate de responder a todas las preguntas. Use la escala siguiente (ponga el número que crea aplicable a su caso en el casillero que está a la izquierda de cada frase):

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Muy Raramente	Raramente	A Veces	Con Frecuencia	Casi Siempre	Siempre

**Corrección y puntuación de AAQ-II**

1. Puedo recordar algo desagradable sin que eso me cause malestar	
2. Mis recuerdos y experiencias dolorosas me dificultan poder vivir una vida valiosa	
3. Evito o escapo de mis sentimientos.	
4. Me preocupa no ser capaz de controlar mis sentimientos o temores	
5. Mis recuerdos dolorosos me impiden tener una vida plena	
6. Puedo controlar mi vida	
7. Mis emociones me causan problemas en la vida	
8. Me parece que la mayoría de la gente maneja su vida mejor que yo	
9. Mis preocupaciones obstaculizan mi desarrollo personal	
10. Puedo vivir la vida que quiero a pesar de mis pensamientos y sentimientos desagradables	

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

Una vez aplicada la AAQ-II se suman los puntos, a excepción de los ítems 1, 6 y 10, en los cuales se deben convertir los puntajes inversamente de acuerdo con la siguiente tabla:

**Tabla 12**

*Transformación puntajes del AAQ-II*

		<i>Respuesta</i>						
		Nunca	Muy Raramente	Raramente	A Veces	Con Frecuencia	Casi Siempre	Siempre
<i>Pregunta</i>	1							
	2							
	3							
	4							
	5							
	6							
	7							
	8							
	9							
	10							
<i>Puntaje</i>		1	2	3	4	5	6	7
<i>Puntaje invertido</i>		7	6	5	4	3	2	1

La suma total de los puntos corresponde al puntaje de EE, al restar ese total con 70 (que es el puntaje máximo posible para el cuestionario), se obtiene el puntaje de AP. La diferencia entre estos dos puntajes (entre EE y AP) da como resultado un número, que, para interpretarse, debe ubicarse en la siguiente tabla de referencia:

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

**Tabla 13***Referencia para los puntajes T del AAQ-II*

Puntaje T	
11 o mas	Aceptación Psicológica muy significativa
6 a 10	Aceptación Psicológica significativa
1 a 5	Aceptación Psicológica
0 a -5	Evitación Experiencial
-6 a -9	Evitación Experiencial significativa
-10 o menos	Evitación Experiencial muy significativa

Por lo tanto, un puntaje igual o mayor a 1 equivale a AP y por debajo de 1 a EE.

**APÉNDICE B: FICHA CLÍNICA Y SOCIODEMOGRÁFICA**

Nº Historia Clínica:	<input type="text"/>	Fecha:	<input type="text"/>
<b><i>Datos clínicos</i></b>			
Tipo de ACV:	hemorrágico <input type="checkbox"/>	Isquémico <input type="checkbox"/>	
Area dañada:	Izquierda <input type="checkbox"/>	Derecha <input type="checkbox"/>	Cerebelo y tallo <input type="checkbox"/>
Evolución:	Sub-agudo <input type="checkbox"/>	Crónico inmediato <input type="checkbox"/>	Crónico tardío <input type="checkbox"/> Crónico alejado <input type="checkbox"/>
Tiempo transcurrido desde el primer episodio:	.....		
Tiempo transcurrido desde el último episodio:	.....		
Recibe o recibió tratamiento psicoterapéutico?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Recibe o recibió tratamiento psiquiátrico?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Comorbilidades / Factores de riesgo	HTA <input type="checkbox"/>	Alcoholismo <input type="checkbox"/>	Tabaquismo <input type="checkbox"/>
Dislipemia <input type="checkbox"/>	Arritmias <input type="checkbox"/>	Antecedentes de demencia o deterioro cognitivo <input type="checkbox"/>	
Otras patologías:	.....		
Medicación:	.....		
<b><i>Datos sociodemográficos</i></b>			
Ciudad de residencia:	.....		
Edad:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Estado civil:	.....		
Sexo:	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	
Nº de Hijos:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nº de personas que conviven con el paciente:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nivel de Estudio:	Primaria <input type="checkbox"/>	Secundaria <input type="checkbox"/>	Terciario <input type="checkbox"/> Universiatrio <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>
Ocupación:	.....		

**APÉNDICE C: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES**

El presente trabajo de investigación (Aceptación Psicológica y Evitación Experiencial en Pacientes que Sufrieron un Accidente Cerebrovascular en Santiago del Estero) posee la autorización del director del Instituto Provincial de Rehabilitación Integral para ser realizado en sus instalaciones. El objetivo principal de esta investigación es el estudio de las funciones emocionales en el paciente con ACV. Es llevado adelante por el Lic. Rodrigo Quiroga, bajo la dirección de la Dra. Ana Comesaña (Centro de investigación en Metodología, Procesos Básicos, y Educación de la Universidad Nacional de Mar del Plata), y es el último requisito para obtener el título de Doctor en Psicología por la Universidad de Flores de Buenos Aires.

Si Ud. accede a participar en este trabajo, se le pedirá que responda algunas preguntas. Esto tendrá una duración aproximada de 15 minutos. Todo el material adquirido tras sus respuestas será conservado, de modo que el investigador pueda evaluar posteriormente sus resultados.

La participación es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro fin fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y los demás datos obtenidos en la entrevista serán codificados usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si Ud. tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse en cualquier momento sin que eso lo perjudique de ninguna forma. Si alguna de sus preguntas durante la entrevista le parece incómoda, Ud. tiene derecho a hacérselo saber al entrevistador o no responderla.

Desde ya agradecemos su colaboración y participación.

## ACEPTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PACIENTES CON ACV

*Acepto participar voluntariamente de esta investigación, conducida por el Lic. Rodrigo Quiroga. He sido informado(a) de que el objetivo de este trabajo es el estudio de las funciones emocionales en el paciente con ACV.*

*Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios en una entrevista que durará aprox. 15 minutos.*

*Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito por fuera de este trabajo sin mi consentimiento. He sido informado(a) de que puedo hacer preguntas en cualquier momento, y que puedo retirarme de esta investigación cuando así lo decida, sin que esto tenga ningún perjuicio para mí.*

*Entiendo que una copia de este formulario me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya finalizado. Para esto puedo contactar al Lic. Rodrigo Quiroga al mail [quiroga\\_ra@hotmail.com.ar](mailto:quiroga_ra@hotmail.com.ar).*

.....

*Nombre del Participante*

.....

*Firma del participante*

.....

*Fecha*