Recibido / Recebido: 20.02.2025 - Aceptado / Aceite: 27.01.2026 https://doi.org/10.21865/RIDEP80.2.07

Medición de la Evitación Experiencial: Validación de Constructo de la Escala BEAQ-15 en Población Colombiana Clínica y no Clínica

Measurement of Experiential Avoidance: Construct Validation of the BEAQ-15 Scale in Clinical and Non-Clinical Colombian Populations

Gabriela Sequeda[1], Bertha Lucía Avendaño-Prieto[2], Johan Acosta- López[3], Sandra Durán-Rondon[4] y Eduardo-Andrés Torres-Santos[5]

Resumen

Se muestra la validación del Cuestionario Breve de Evitación Experiencial (BEAQ-15) en una muestra de población colombiana clínica y no clínica, y establecer sus propiedades psicométricas. El estudio incluyó 268 participantes, distribuidos en población clínica (n=112) y no clínica (n=156). Se realizó un análisis factorial confirmatorio para evaluar la estructura de un factor del cuestionario y análisis de consistencia interna utilizando los coeficientes alfa de Cronbach y omega de McDonald.

El análisis factorial confirmatorio respaldó un modelo de un factor con cargas factoriales adecuadas. Los coeficientes de consistencia interna fueron elevados, indicando una alta fiabilidad del instrumento. La puntuación de corte establecida en 56 puntos demostró una buena capacidad discriminativa entre las poblaciones clínica y no clínica, aspecto que facilitará establecer la presencia o riesgo del constructo evaluado. La validación del BEAQ-15 en población colombiana muestra que es una herramienta válida y confiable para la evaluación de la evitación experiencial en contextos clínicos y de investigación.

Palabras-clave: BEAQ, medición, validación, evitación experiencial

Abstract

The aim of this study was to validate the Brief Experiential Avoidance Questionnaire (BEAQ-15) in a sample of Colombian clinical and non-clinical population, and to establish its psychometric properties. The study included 268 participants, distributed in clinical (n=112) and non-clinical (n=156) population. A confirmatory factor analysis was performed to evaluate the one-factor structure of the questionnaire and internal consistency analysis using Cronbach's alpha and McDonald's omega coefficients.

The confirmatory factor analysis supported a one-factor model with adequate factor loadings. The internal consistency coefficients were high, indicating a high reliability of the instrument. The cut-off score established at 56 points demonstrated a good discriminative capacity between the clinical and non-clinical populations, an aspect that will facilitate establishing the presence or risk of the construct evaluated.

The validation of the BEAQ-15 in the Colombian population shows that it is a valid and reliable tool for the evaluation of experiential avoidance in clinical and research contexts.

Keywords: BEAQ, measurement, validation, experiential avoidance

[1]Grupo de Investigación en Modelamiento Científico e Innovación Empresarial, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad Simón Bolívar, Cúcuta, Colombia. Apartado postal 540001. Correo: zuly.sequeda@unisimon.edu.co. (Autora de correspondencia)

[2]Psicólogo, Universidad Católica de Colombia, docente doctorado en Psicología, Colombia. Correo: blavendano@ucatolica.edu.co.

[3]Centro de Investigaciones en Ciencias de la Vida, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad Simón Bolívar, Barranquilla 080005, Colombia; johan.acosta@unisimon.edu.co

[4]Universidad Simón Bolívar, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Universidad Simón Bolívar, Cúcuta 540001, Colombia. sandra.duranr@unisimon.edu.co

[5]Grupo de Investigación en Modelamiento Científico e Innovación Empresarial, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad Simón Bolívar, Cúcuta, Colombia. Apartado postal 540001. Correo: eduardoa.torres@unisimon.edu.co

ISSN: 1135-3848 print /2183-6051online

This work is licensed under CC BY-NC 4.0. To view a copy of this license, visit http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0

Introducción

La tendencia humana a evitar el dolor constituye un mecanismo adaptativo fundamental para la supervivencia, ya que permite responder de manera protectora ante amenazas físicas, cognitivas o emocionales (Buss, 2019). No obstante, cuando esta disposición se emplea de forma rígida, persistente o desproporcionada frente al malestar interno, puede convertirse en un patrón desadaptativo que incrementa la vulnerabilidad a diversas psicopatologías. Este proceso se denomina *evitación experiencial*, entendido como los esfuerzos para modificar, controlar o suprimir pensamientos, emociones o sensaciones corporales percibidas como aversivas, aun cuando tales intentos generan costos funcionales significativos (Hayes et al., 1996). La evitación experiencial desempeña un papel central en la comprensión de múltiples trastornos psicológicos y se ha consolidado como un constructo clave dentro de los modelos contemporáneos de salud mental, lo que motiva su estudio en poblaciones clínicas y no clínicas debido a su impacto en el bienestar psicológico y la adaptación cotidiana (Hayes et al., 2016).

En el ámbito clínico, la evitación experiencial se relaciona estrechamente con síntomas de ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático, actuando como un mecanismo que amplifica y mantiene el malestar psicológico (Barlow, 2022). Desde una perspectiva más integradora, la capacidad de una persona para enfrentar y tolerar experiencias internas adversas constituye un componente central del ajuste psicológico y del desarrollo personal, tal como lo proponen los modelos contemporáneos de las terapias contextuales (Hayes et al., 2016). La evitación experiencial puede expresarse mediante conductas de escape o evitación directa, pero también a través de estrategias sutiles como la supresión emocional, la rumiación o la desatención cognitiva, patrones que, cuando se cronifican, contribuyen al deterioro del funcionamiento psicológico y al incremento de la vulnerabilidad clínica (Luciano et al., 2010). Esta diversidad de manifestaciones evidencia la relevancia del constructo en múltiples trastornos y resalta la necesidad de evaluarlo de manera rigurosa en contextos clínicos y no clínicos.

El empleo de la evitación experiencial (EE), como estrategia para escapar de forma inmediata ante el contacto con experiencias internas desagradables, conlleva implicaciones profundas tanto a nivel psicológico como fisiológico, siendo un factor de riesgo significativo para el mantenimiento de diversos trastornos psicológicos (Fields et al., 2023). Diversas investigaciones han destacado que la evitación experiencial está estrechamente vinculada con el desarrollo de síntomas de ansiedad y depresión (Santamaría-Galeano, 2020). Otros estudios han subrayado cómo la EE puede perpetuar ciclos de estrés crónico, afectando negativamente la regulación emocional y el bienestar psicológico a largo plazo (Blancas-Guillen et al., 2023). También se ha encontrado que la supresión de emociones y la evitación de experiencias internas pueden desencadenar respuestas fisiológicas de estrés crónico, incluyendo alteraciones en el sistema nervioso autónomo y cambios en los patrones de actividad cerebral. Esto sustenta la necesidad de contar con herramientas para su medición en los procesos de psicoterapia clínica y de investigación, ya que determinan mediciones de impacto para los planteamientos de planes de intervención (Karekla & Panayiotou, 2011). Este aspecto destaca la complejidad del fenómeno, sugiriendo que tanto las repercusiones psicológicas como las fisiológicas de la evitación experiencial deben ser consideradas integralmente en la evaluación y tratamiento clínico (Mellado-Pastor et al., 2023). Además, comprender y abordar la evitación experiencial es indispensable para la práctica clínica, así como para avanzar en el desarrollo de intervenciones eficaces que promuevan el bienestar mental y emocional de los individuos afectados.

Cuando una persona atraviesa una experiencia traumática o que produce un alto grado de molestia, los estímulos y eventos privados (ej. pensamientos, sensaciones, emociones) asociados con esa vivencia pueden generar una intensa aversión y la intención de evitar dichas experiencias desagradables (Ahmadi et al., 2024). La persona tiende a asociar estos elementos a situaciones peligrosas o catastróficas, lo que lleva al empleo de estrategias de evitación para reducir la angustia y el malestar emocional mediante el empleo de conducta verbal que alivia o distancia de posibles riesgos (ej. no lo intento porque igual me va a salir

mal). Adicionalmente se puede manifestar en forma de conductas de evitación mediante conductas observables, como evitar lugares o situaciones que recuerden el evento traumático o el estímulo considerado aversivo (Schwartz et al., 2024). Además, en la evitación emocional, la persona intenta controlar o suprimir emociones negativas intensas. La evitación experiencial, aunque inicialmente proporciona alivio, pueden perpetuar el impacto del malestar al mantener activas las asociaciones negativas, sustentar el desarrollo de conductas patológicas y limitar la capacidad del sujeto para procesar la experiencia (Fields et al., 2023).

Durante el desarrollo psicológico y emocional de los seres humanos existe la tendencia a evitar o suprimir experiencias internas desagradables, como emociones o pensamientos considerados perturbadores, estableciéndose la EE como un patrón de respuesta en donde se emplea el distanciamiento de la experiencia interna como estrategia desadaptativa de escape ante el malestar (Morissette Harvey et al., 2024; Valencia, 2018). Esta tendencia ocasiona que en el futuro se desencadenen problemáticas en la salud mental, resistencia a la terapia psicológica y dificultad para cambiar patrones de conducta disfuncionales (Bohlmeijer et al., 2010).

Diversos instrumentos han sido desarrollados para evaluar la evitación experiencial a nivel internacional, entre ellos el Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II; Bond et al., 2011), el Brief Experiential Avoidance Questionnaire (BEAQ; Gámez et al., 2014) y el Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire (MEAQ; Gámez et al., 2011). En Latinoamérica, la investigación psicométrica sobre este constructo ha avanzado de manera limitada, con algunas adaptaciones del AAQ-II reportadas en países como Chile, México y Argentina. Sin embargo, en Colombia la disponibilidad de instrumentos validados que midan la evitación experiencial es escasa, y no se cuenta con estudios previos que examinen las propiedades psicométricas del BEAQ en población clínica y no clínica. Esta ausencia de evidencia local respalda la pertinencia de validar el BEAQ-15 en el contexto colombiano y contribuye al fortalecimiento de la evaluación del constructo en la región.

El objetivo principal de este estudio fue validar la Escala BEAQ-15 para la medición de la evitación experiencial en una muestra de población colombiana clínica y no clínica. Específicamente, se pretende evaluar la estructura factorial de la BEAQ-15, establecer la consistencia interna de la escala mediante el cálculo de los coeficientes alfa de Cronbach y ω de MacDonald y determinar el punto de corte de la escala.

La validación de la BEAQ-15 en la población colombiana no solo contribuirá al avance del conocimiento científico en el campo de la psicología clínica y de la salud, sino que también dotará a la especialidad clínica de una herramienta sólida, válida y confiable para la evaluación de la evitación experiencial en diversos contextos y poblaciones del país. Además, la validación de instrumentos psicométricos es fundamental como soporte diagnóstico, ya que permite una evaluación precisa y basada en evidencia, optimizando la toma de decisiones en la práctica clínica y en la investigación (Nunes da Silva et al., 2024; Umerenkova & Flores, 2017).

Método

Participantes

En total participaron 268 personas, distribuidas en dos grupos. La muestra clínica estuvo conformada por n=112 participantes (14 mujeres y 98 hombres), con una media de edad de 31.7 años (DE=9.6), reclutados con el apoyo de directivos y pacientes de un hospital mental. La muestra no clínica estuvo integrada por n=156 participantes (118 mujeres y 38 hombres), con una media de edad de 29.65 años (DE=10.08), quienes completaron el instrumento en formato digital mediante Microsoft Forms. Es importante señalar que la distribución por sexo difirió entre ambos grupos, reflejando patrones epidemiológicos característicos de cada población

Los datos sociodemográficos mostraron que el 63% de los participantes se identificó como soltero, el 21% como casado, el 10% en unión libre y el 4% como separado. En cuanto a la ocupación, los participantes reportaron diversas áreas como trabajo social, derecho, ingenierías, psicología, economía y finanzas, y sin profesión. Respecto al nivel socioeconómico, la mayoría se identificó en el nivel 2 (43%), seguido del nivel 3 (22%), nivel 1

(13%), nivel 4 (12%) y nivel 5 (9%), no se contó con participación del nivel más alto (6). Reflejando una muestra predominante en niveles socioeconómicos medios y bajos, con representación variada en la formación académica y el estado civil.

La muestra clínica estuvo conformada por pacientes hospitalizados en una unidad de salud mental, quienes contaban con diagnósticos psiquiátricos establecidos por profesionales especialistas. Entre los diagnósticos más frecuentes se encontraron trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos por consumo de sustancias, trastorno bipolar y otros trastornos del estado de ánimo.

La muestra no clínica estuvo integrada por participantes de la comunidad que no se encontraban hospitalizados ni en tratamiento psiquiátrico al momento de la evaluación y que reportaron no presentar diagnósticos psicológicos o médicos relacionados con la salud mental.

Criterios de inclusión: (a) tener 18 años o más; (b) saber leer y escribir; (c) aceptar participar mediante consentimiento informado; (d) para el grupo clínico: contar con un diagnóstico psiquiátrico vigente; y (e) para el grupo no clínico: reportar ausencia de diagnóstico psicológico o psiquiátrico previo.

Criterios de exclusión: (a) presentar alteraciones cognitivas que dificultaran la comprensión de los instrumentos; (b) encontrarse en estado de agitación o descompensación clínica que impidiera la aplicación segura; y (c) en la muestra no clínica, reportar antecedentes de diagnóstico psiquiátrico o consumo problemático de sustancias.

Procedimiento de recolección de datos

Se utilizó un muestreo no probabilístico de tipo intencional, dirigido a personas mayores de 18 años con acceso a internet, y residentes en Colombia. La invitación a participar en el estudio fue divulgada por redes sociales como Facebook, Instagram y WhatsApp. Los participantes interesados accedieron al enlace del cuestionario voluntariamente, primero se les presentó el consentimiento informado para asegurar la confidencialidad de sus respuestas, se presentaron los objetivos y la naturaleza del estudio. Los participantes completaron el cuestionario de manera autónoma, con una duración estimada de 10 a 15 minutos. El sistema utilizado para la administración del cuestionario permitió registrar automáticamente los datos, facilitando el control de tiempo y garantizando la integridad de las respuestas.

Instrumento

El Cuestionario Breve de Evitación Experiencial (BEAQ-15) es un instrumento de autoinforme compuesto por 15 ítems que evalúan la tendencia a evitar experiencias internas desagradables, tales como emociones, pensamientos o sensaciones corporales. Las opciones de respuesta siguen un formato Likert de seis puntos (1=*Totalmente en desacuerdo* a 6=*Totalmente de acuerdo*). Las puntuaciones totales oscilan entre 15 y 90 puntos, donde los valores más altos reflejan mayores niveles de evitación experiencial (Gámez et al., 2014).

Los ítems abarcan conductas y actitudes típicas de evitación, por ejemplo: *"Cuando se me vienen a la mente recuerdos desagradables trato de dejar de pensar en eso"*, *"Me esfuerzo en evitar situaciones desagradables"* o *"El dolor siempre lleva al sufrimiento"*. El instrumento incluye también un ítem inverso (*"El miedo o la ansiedad no me impide de hacer las cosas importantes"*), cuya puntuación debe ser recodificada.

El BEAQ ha sido validado en países como España (Vázquez-Morejón et al., 2019), Perú (Valencia, 2018) y Polonia (Warszawski, 2024), mostrando adecuados niveles de fiabilidad y validez. En el presente estudio se empleó la versión validada en español con población clínica, la cual ha mostrado consistencia interna satisfactoria (α=.82) y adecuada fiabilidad test–retest (r=.70, p<.01), además de evidencia de validez convergente, concurrente y de constructo, con un factor que explica el 30.12% de la varianza (Vázquez-Morejón et al., 2019).

Resultados

Análisis Estadístico

Se contactaron las instancias respectivas para la aplicación del instrumento a la población clínica a la cual se le administró el cuestionario en medio físico. Los participantes no clínicos se convocaron a través

de Internet, a quienes también se les solicitó firmar el consentimiento informado de participación en la investigación, en el que se consignaron las consideraciones éticas del estudio. Se depuró la base de datos, se realizaron los análisis descriptivos y psicométricos. Las respuestas fueron digitadas en una hoja de Excel y exportadas al paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 25 (IBM, 2020). Para la validación de la estructura factorial original de la escala, se realizó un análisis factorial confirmatorio (AFC) con el software IBM AMOS Statistics 24.0.

Se evaluó de manera exploratoria la invarianza factorial del BEAQ-15 por sexo mediante un análisis factorial confirmatorio multigrupo. El modelo configural, que asumía una estructura unifactorial equivalente en hombres y mujeres, mostró un ajuste insuficiente (CFI=.78, RMSEA=.095, SRMR=.079; χ^2[180]=396.58). Dado que los índices se encuentran por debajo de los puntos de corte recomendados para considerar un ajuste adecuado (CFI≥.90; RMSEA≤.08; Hu & Bentler, 1999; Kline, 2016), no se continuó con la evaluación de los modelos métrico y escalar. En consecuencia, los resultados sugieren que la estructura unifactorial del BEAQ-15 no presenta invarianza configural robusta por sexo en esta muestra, por lo que las comparaciones de medias entre hombres y mujeres deben interpretarse con cautela.

Se llevaron a cabo los siguientes procedimientos: 1) Análisis descriptivos y comparación entre grupos, 2) Evaluación de la capacidad discriminativa del instrumento, 3) Análisis factorial confirmatorio (AFC), 4) Estimación de la consistencia interna, 5) Análisis bajo el modelo Rasch, 6) Determinación del punto de corte clínico.

Estadísticos descriptivos de los dos grupos de participantes

La Tabla 1 presenta los estadísticos descriptivos de la población clasificada en los dos grupos, clínico y no clínico. Los datos muestran diferencias significativas entre estos grupos, con mayores puntajes promedio y una distribución más sesgada en el grupo clínico. Como la distribución del total de la prueba no fue normal, las diferencias entre los grupos se realizaron con el estadístico U de Mann- Whitney, cuyo resultado fue 2756.00, con un valor p<.00, el rango promedio de la muestra clínica fue de 187.89 y de la no clínica fue de 96.17.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de los dos grupos de participantes

Descriptivos			
Clasificación		Estadístico	Error estándar
No clínicos	Media	47.53	1.018
	95% de intervalo de confianza para la media	[45.52; 49.55]	
	Media recortada al 5%	47.47	
	Mediana	48.00	
	Varianza	161.81	
	Desviación estándar	12,72	
	Mínimo	16.00	
	Máximo	81.00	
	Rango	65.00	
	Rango intercuartil	18.75	
	Asimetría	.010	.194
	Curtosis	-.33	.386
Clinicos	Media	65.37	1.155
	95% de intervalo de confianza para la media	[63.08; 67.66]	
	Media recortada al 5%	65.84	
	Mediana	66.00	
	Varianza	149.57	
	Desviación estándar	12.23	
	Mínimo	27.00	
	Máximo	86.00	
	Rango	59.00	
	Rango intercuartil	18.75	
	Asimetría	-.584	.228
	Curtosis	.205	.453

Estos resultados indican diferencias importantes en los grupos, en las características medidas por la prueba.

La Curva ROC (Receiver Operating Characteristic), presenta la sensibilidad para evidenciar la tasa de verdaderos positivos (eje vertical) y especificidad, que muestra la tasa de falsos positivos (eje horizontal). La línea diagonal representa una clasificación aleatoria, mientras que la curva encima de la línea diagonal, indica que el modelo de un solo factor del BEAQ-15 tiene un rendimiento superior al azar. La curva indica que el modelo propuesto tiene un alto nivel de sensibilidad y especificidad, con buena capacidad discriminativa.

La Tabla 2 muestra un análisis del área bajo la curva (AUC) de la escala BEAQ-15 en una población colombiana clínica y no clínica. El AUC es de .842, lo que indica una buena capacidad discriminativa del test.

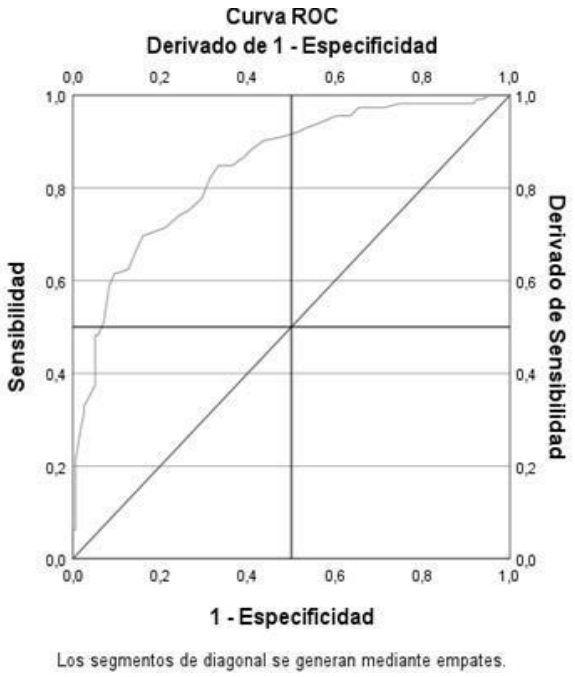


Figura 1. Área bajo la curva

Tabla 2. Análisis estadístico del área bajo la curva

Área	Desviación	Significación asintótica	95% de intervalo de confianza asintótico	
			Límite inferior	Límite superior
.84	.02	.00	.80	.89

El error estándar es de .024, sugiriendo precisión en la estimación. La significación asintótica es .000, que confirma que el AUC es estadísticamente significativo. El intervalo de confianza al 95% varía entre .795 y .890, lo que refuerza la validez del instrumento. En conjunto, estos resultados sugieren que la BEAQ-15 es eficaz para discriminar entre poblaciones clínicas y no clínicas en Colombia, apoyando su uso en estos contextos.

Tabla 3. Índices de ajuste. Análisis Factorial Confirmatorio

CMIN/DF	GFI	CFI	RMSEA	LO 90	HI 90
1.79	.93	.94	.05	.04	.07

La Tabla 3 muestra los valores de validación del cuestionario BEAQ. El modelo unifactorial del BEAQ mostró un ajuste moderado. El índice CMIN/DF fue de 3.09, dentro del rango aceptable para modelos psicológicos complejos. Los índices incrementales presentaron valores por debajo de los criterios óptimos, con un CFI de .83 y un TLI de .80. Sin embargo, los índices basados en residuales mostraron un ajuste más adecuado, con valores de RMSEA de .09 (IC 90% [.08, .10]) y el SRMR fue .07, cumpliendo con los criterios establecidos (<.08). En conjunto, los resultados indican que el modelo unidimensional presenta un ajuste razonable aunque mejorable, coherente con estudios previos que han reportado dificultades para ajustar el BEAQ a un modelo estrictamente unifactorial.

En la Figura 2 se presenta la estructura del cuestionario BEAQ, ilustrando la relación entre un único factor denominado EE, y los 15 ítems.

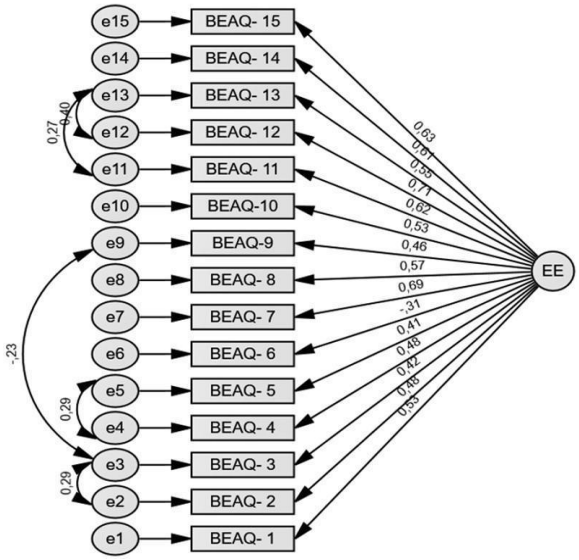


Figura 2. Carga factorial del BEAQ con un factor

En la Figura 2 se presenta el modelo unifactorial del BEAQ, donde cada ítem (BEAQ-1 a BEAQ-15) se representa como una variable observada con su correspondiente término de error (e1 a e15). Las flechas unidireccionales que conectan el factor latente de Evitación Experiencial (EE) con cada ítem muestran las cargas factoriales estandarizadas, las cuales oscilaron entre –.31 y .71 y representan la magnitud de la relación entre el constructo y sus indicadores. La mayoría de los ítems evidenciaron cargas superiores a .50; no obstante, el ítem BEAQ-6 mostró una carga negativa y baja (–.31), aun después de su recodificación por tratarse de un reactivo invertido. Este valor sugiere una contribución limitada del ítem al factor latente en esta muestra, por lo que su comportamiento se consideró atípico en comparación con el patrón observado en el resto de los reactivos.

La Tabla 4 muestra los índices de consistencia interna de la escala BEAQ-15, utilizando los coeficientes omega de McDonald y alfa de Cronbach.

Tabla 4. Consistencia Interna de la prueba

Estimación	ω de McDonald's	α de Cronbach
Estimación puntual	.83	.82
Límite inferior del IC 95%	80	.79
Límite superior del IC 95%	.86	.85

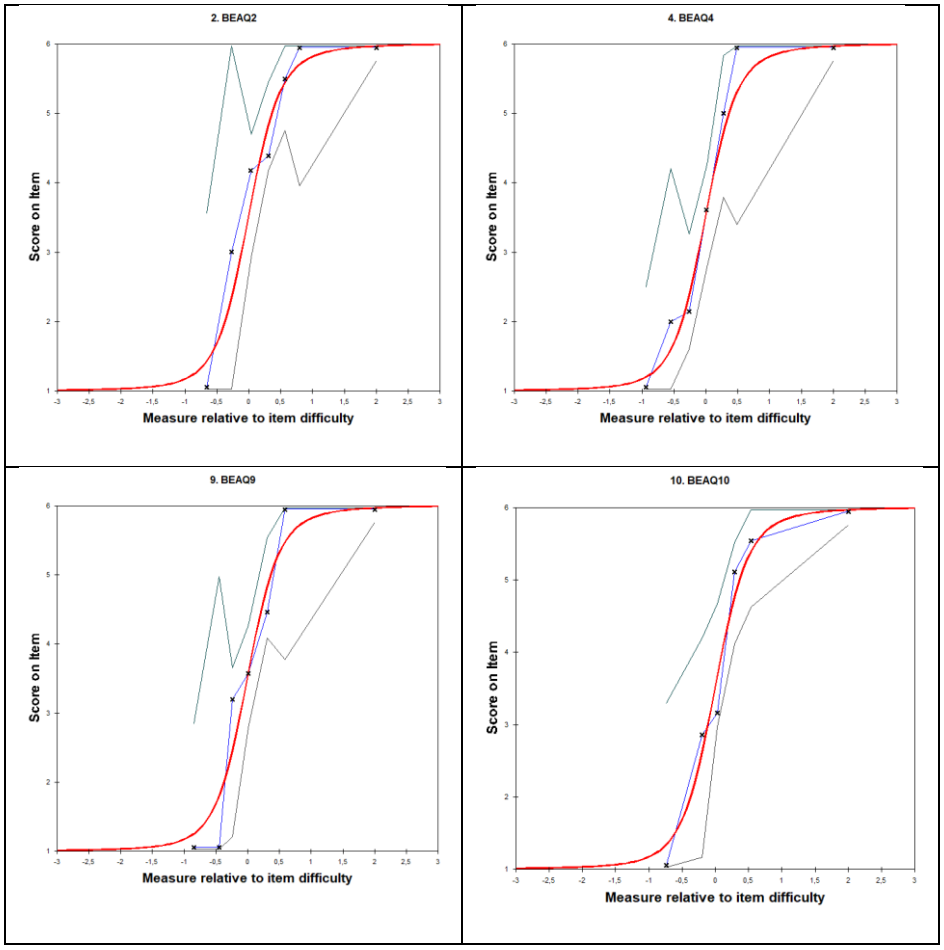


Figura 3. Gráficos de desempeño de los ítems

Nota. se presentan a modo de ejemplo los gráficos de los ítems 2, 4, 9 y 10. Fuente: Programa Winsteps

El coeficiente omega es .837 y el alfa de Cronbach es .825. Los intervalos de confianza al 95% para ambos coeficientes son estrechos y los límites inferiores están por encima de 0.7, lo que refuerza la solidez de estos resultados. Análisis bajo la Teoría de Respuesta al ítem (TRI).

Ajuste de los ítems

Para evaluar el ajuste de los ítems en el modelo de Rasch, se emplearon los estadísticos INFIT y OUTFIT, cuyo valor esperado es 1. Los valores de INFIT y OUTFIT entre .5 y 1.5 son adecuados, en la Tabla 5, se observa que todos los ítems quedaron en el intervalo esperado. El INFIT es más sensible a patrones de respuesta inusuales dentro del rango esperado, mientras que el OUTFIT detecta respuestas atípicas o extremas. Un valor de 1.0 en INFIT y OUTFIT indica un ajuste perfecto entre los datos y el modelo (Muñiz & Fonseca-Pedrero, 2021). La correlación biserial puntual mide la calidad discriminativa de los ítems. A mayor valor, mayor discriminación. Este índice permite clasificar la discriminación de las preguntas como excelentes (mayor o igual que .40), buenas (mayor o igual que .30 y menor que .40), regulares (mayor o igual que .20 y menor que .30), pobres (mayor o igual que 0 y menor que .20) y pésimas (valor negativo). De los 15 ítems, 13 tienen buena o excelente discriminación (Quintana et al., 2024).

Desempeño de los Ítems en el BEAQ-15

El análisis gráfico de los ítems del BEAQ (Figura 3), evidencia que los reactivos presentan una

Tabla 5. Estadígrafos de ajuste del modelo Rasch para los ítems del BEAQ

Item	Puntaje total	*Error*	*INFIT*	OUTFIT	Correlación biserial puntual
BEAQ3	376	.07	*1.02*	1.39	.26
BEAQ15	394	.08	*1.05*	1.27	.26
BEAQ14	330	.06	*.95*	1.24	.32
BEAQ9	295	.06	*1.15*	1.21	.34
BEAQ5	272	.06	1.20	1.16	.35
BEAQ13	351	.07	1.09	1.13	.32
BEAQ6	336	.06	1.10	1.07	.33
BEAQ2	343	.07	1.06	1.06	.31
BEAQ1	299	.06	1.02	1.03	.39
BEAQ10	323	.06	.98	.89	.38
BEAQ12	385	.08	.92	.77	.32
BEAQ8	337	.06	.91	.87	.40
BEAQ4	268	.06	.88	.83	.45
BEAQ11	373	.07	.87	.74	.36
BEAQ7	376	.07	.86	.83	.36

Nota. N(participantes), INFIT (Estadístico estandarizado de ajuste cercano), OUTFIT (Estadístico estandarizado de ajuste lejano)

distribución adecuada en el mapa de ítems, lo que sugiere un ajuste aceptable al modelo esperado y una correcta progresión de la probabilidad de respuesta en función del nivel de la variable latente. Este patrón es característico de ítems con buen poder discriminativo, lo que sugiere que diferencian apropiadamente entre los niveles del rasgo medido.

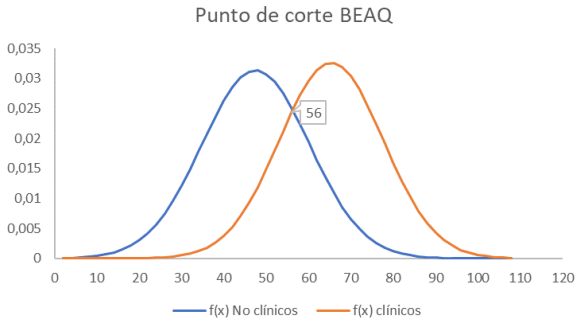


Figura 4. Distribución de puntuaciones por grupos

La Figura 4 muestra las puntuaciones para la población clínica (naranja) y no clínica (azul), representando los valores de desviación estándar y media para cada grupo. Se determina a partir del análisis estadístico el punto de corte de 56 puntos, que permite clasificar los individuos en población clínica con puntajes superiores a 56 y no clínica con puntajes inferiores.

El punto de corte (56) permite maximizar la sensibilidad (capacidad para identificar a los individuos clínicos) y la especificidad (identificar los no clínicos). Este punto de corte es una herramienta de clasificación, muy útil en la práctica evaluativa, sin embargo, existe superposición y potencial de errores de clasificación.

Discusión

Los resultados de este estudio confirman la validez de constructo y fiabilidad del Cuestionario Breve de Evitación Experiencial (BEAQ-15) en una muestra colombiana, que añade un importante recurso para la evaluación de la evitación experiencial en contextos clínicos y no clínicos. Este hallazgo se alinea con investigaciones previas que han validado la BEAQ en otros países, como España (Vázquez-Morejón et al., 2019), Perú (Valencia, 2018) y Polonia (Warszawski, 2024), con resultados que han demostrado la robustez del instrumento en diferentes contextos culturales y clínicos.

El análisis factorial confirmatorio realizado en este estudio respalda un modelo de un solo factor, este patrón es consistente con los resultados reportados en estudios realizados en España, donde la versión adaptada del BEAQ mostró una estructura factorial similar, validando su uso en poblaciones clínicas con alta consistencia interna (α=.82) (Vázquez-Morejón et al., 2019). En la muestra colombiana, se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de .82 y un coeficiente omega de McDonald de .83, que refuerza la consistencia interna del instrumento para el contexto colombiano. Los análisis realizados con el modelo Rasch confirmaron un ajuste adecuado de los

ítems del BEAQ-15. Los valores de INFIT oscilaron entre .88 y 1.20, mientras que los valores de OUTFIT variaron entre .74 y 1.39. Estos resultados junto con los valores de la correlación biserial puntual, sugieren que los ítems presentan un buen ajuste al modelo y contribuyen de manera homogénea a la medición del constructo de evitación experiencial.

La capacidad discriminativa del BEAQ-15, evaluada además, mediante el análisis del área bajo la curva (AUC), fue significativa (AUC=.842), área bajo la curva que indica una adecuada sensibilidad y especificidad para diferenciar entre población clínica y no clínica. Estos resultados son comparables con los obtenidos en estudios en población peruana, donde también se observó una alta capacidad discriminativa de la escala, validando su utilidad en la práctica clínica para identificar patrones de evitación experiencial (Blancas-Guillen et al., 2023).

En este estudio, el ítem BEAQ-6 presentó una carga factorial negativa y de baja magnitud (–.31), indicando una asociación débil con el constructo de evitación experiencial. Este resultado atención, pues sugiere que el ítem podría no funcionar adecuadamente en esta muestra. Una posible explicación es la presencia de ambigüedad semántica o dificultades de interpretación específicas del contexto colombiano, lo que podría afectar la comprensión y, por ende, la consistencia del patrón de respuestas. Asimismo, tratándose de un ítem originalmente invertido, resulta fundamental considerar si la recodificación previa fue interpretada de manera coherente por los participantes o si persisten problemas inherentes al contenido del ítem.

La inestabilidad observada en este ítem constituye una limitación psicométrica del estudio, ya que podría reflejar una menor adecuación cultural o conceptual del reactivo en comparación con otros ítems del instrumento. Este comportamiento no es aislado, puesto que estudios previos han documentado cargas bajas en determinadas versiones del BEAQ. Por ejemplo, Schaueffele et al. (2022) reportaron dificultades similares en la adaptación alemana, donde algunos ítems mostraron cargas inconsistentes o inferiores a los valores esperados. Este patrón convergente sugiere que ciertos reactivos del BEAQ podrían ser especialmente sensibles al contexto sociocultural, lo que resalta la importancia de continuar evaluando su desempeño mediante análisis más específicos o considerar eventualmente una reformulación lingüística que mejore su claridad y coherencia conceptual.

Además de esta limitación psicométrica, es importante reconocer un aspecto metodológico relacionado con la composición de la muestra. En este estudio se presentó un desbalance en la distribución por sexo entre los grupos clínico y no clínico, con una mayor proporción de hombres en la muestra clínica y mayor participación femenina en la no clínica. Este patrón refleja tendencias epidemiológicas observadas en servicios de salud mental, particularmente en trastornos asociados al consumo de sustancias, más frecuentes en hombres, así como la mayor participación femenina en estudios comunitarios. Aunque este desbalance no afecta la validez estadística del AFC ni del modelo Rasch, sí debe considerarse como una limitación en la generalización de los resultados, pues es posible que la evitación experiencial se exprese de manera diferencial según el sexo. Se recomienda que futuros estudios incluyan muestras más equilibradas o analicen posibles diferencias entre grupos.

Es importante señalar también que la muestra utilizada, aunque suficiente para los análisis realizados, presenta limitaciones en términos sociodemográficos, incluyendo nivel educativo, ingresos y diversidad cultural, lo que restringe la generalización de los resultados. En consecuencia, futuras investigaciones deberían replicar la validación del BEAQ-15 en otras regiones del país y en muestras más heterogéneas para fortalecer su aplicabilidad nacional.

Aunque se intentó evaluar la invarianza factorial del BEAQ-15 por sexo, el modelo configural presentó un ajuste insuficiente, lo que impidió concluir que la estructura unifactorial del instrumento sea plenamente equivalente entre hombres y mujeres. Esta falta de invarianza configural limita la comparación directa de las puntuaciones latentes entre sexos y sugiere que la expresión de la evitación experiencial podría variar según el género en esta muestra. Futuros estudios deberían revisar alternativas de especificación del modelo por ejemplo, modelos bifactoriales o con factores de método y replicar la evaluación de invarianza con muestras independientes.

En conjunto, los hallazgos obtenidos en este estudio tienen importantes implicaciones para la psicología clínica. La evitación experiencial es un proceso subyacente a una variedad de trastornos psicológicos, incluidos los trastornos de ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático (Gross, 2002; Hayes et al., 1996). La capacidad de medir este constructo de manera válida y confiable es esencial para desarrollar intervenciones que aborden la evitación experiencial como un mecanismo central en estos trastornos. Por ejemplo, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), que se enfoca en reducir la evitación experiencial, se ha mostrado eficaz en el tratamiento de varios trastornos mentales, la disponibilidad de un instrumento validado como el BEAQ-15 facilita la evaluación de la efectividad de dichas intervenciones en la práctica clínica diaria (Arch & Craske, 2008)

Finalmente, al comparar estos hallazgos con estudios en otros contextos, como en Polonia, donde la escala también fue validada, los resultados colombianos muestran patrones similares en términos de estructura factorial y consistencia interna (Karekla & Panayiotou, 2011). Sin embargo, la variabilidad observada en algunos ítems podría estar influida por particularidades culturales en la expresión y regulación emocional. Esto resalta la importancia de continuar analizando el funcionamiento del instrumento y de adaptar las intervenciones clínicas basadas en la evitación experiencial al contexto sociocultural colombiano.

En conclusión, la validación del BEAQ-15 en población colombiana representa un avance significativo en la evaluación de la evitación experiencial, proporcionando a los profesionales de la salud mental una herramienta confiable y validada para su uso en contextos clínicos y de investigación. La escala no solo es adecuada para su uso en población clínica, sino que también demuestra ser útil en contextos no clínicos, contribuyendo al desarrollo de intervenciones más efectivas que promuevan el bienestar mental y emocional.

Conclusiones

Los resultados del análisis factorial confirmatorio permiten inferir que el Cuestionario Breve de Evitación Experiencial (BEAQ-15) en una muestra colombiana clínica y no clínica es una herramienta válida y confiable para la evaluación de la evitación experiencial en el contexto colombiano. Este análisis respalda una estructura de un solo factor y los coeficientes alfa y omega indican consistencia interna del cuestionario.

Estos hallazgos tienen implicaciones significativas para la práctica clínica y la investigación en psicología, ya que la evitación experiencial es un proceso central en una variedad de trastornos psicológicos. La disponibilidad de una herramienta validada como el BEAQ-15 permitirá a los profesionales de la salud mental en Colombia, realizar evaluaciones más precisas, lo que a su vez contribuirá a la planificación de intervenciones terapéuticas más efectivas, especialmente en el tratamiento de trastornos como la ansiedad, la depresión y el estrés postraumático.

Futuras investigaciones deberían considerar la implementación de estudios longitudinales que permitan evaluar la estabilidad temporal de las propiedades psicométricas del cuestionario mediante procedimientos de fiabilidad test–retest. Este tipo de análisis contribuiría a determinar si las puntuaciones del BEAQ-15 se mantienen consistentes a través del tiempo, enriqueciendo aún más la evidencia sobre su utilidad clínica y científica.

En conclusión, el BEAQ-15 se posiciona como una herramienta esencial en la evaluación de la evitación experiencial, proporcionando un recurso valioso tanto para la práctica clínica como para la investigación en el campo de la psicología en Colombia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Referencias

Ahmadi, F., Goodarzi, M. A., Taghavi, M. R., & Imani, M. (2024). Modeling the structural relationships between trauma exposure with substance use tendency, depression symptoms, and suicidal thoughts in individuals with earthquake trauma experience: the mediatory role of peritraumatic dissociation and experiential avoid. *BMC Psychiatry, 24*(1), 1–10. https://doi.org/10.1186/s12888-024-05595-5

Arch, J. J., & Craske, M. G. (2008). Acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: Different treatments, similar mechanisms? *Clinical Psychology: Science and Practice, 15*(4), 263–279. https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2008.00137.x

Barlow, D. H. (2022). *Clinical handbook of psychological disorders* (6th ed.). Guilford Press.

Blancas-Guillen, J., Ccoyllo-Gonzalez, L., & Valencia, P. D. (2023). Experiential Avoidance and Hyperreflexivity as Variables Associated with Depression: A Process-Based Approach. *Acta Colombiana de Psicologia, 26*(2), 198–210. https://doi.org/10.14718/acp.2023.26.2.16

Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., & Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research, 68*(6), 539–544. https://doi.org/10.1016/J.JPSYCHORES.2009.10.005

Buss, D. M. (2019). *Evolutionary psychology: The new science of the mind* (6th ed.). Routledge.

Fields, J. S., Wieman, S. T., MacDonald, H. Z., Robins, H., & Liverant, G. I. (2023). Associations Among Experiential Avoidance, Positive Affect, and Reward Responsivity. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 45*(3), 628–639. https://doi.org/10.1007/s10862-023-10072-6

Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology, 39*(3), 281–291. https://doi.org/10.1017/S0048577201393198

Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(6), 1152-1168. doi:10.1037/0022-006X.64.6.1152

Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M. E., & Hildebrandt, M. (2016). Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology, 12*, 61–91. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093423

Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, *6*(1), 1–55. https://doi.org/10.1080/10705519909540118

International Business Machines [IBM] (2020). Statistical Package for the Social Sciences [SPSS] (versión 25) [Computer software]. https://www.ibm.com/co-es?lnk=fcc

Karekla, M., & Panayiotou, G. (2011). Coping and experiential avoidance: Unique or overlapping constructs? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 42*(2), 163–170. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.10.002

Kline, R. B. (2023). *Principles and practice of structural equation modeling* (5th ed.). The Guilford Press.

Luciano, C., Páez-Blarrina, M., & Valdivia-Salas, S. (2010). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el consumo de sustancias como estrategia de EE. International *Journal of Clinical and Health Psychology, 10*(1), 141–165.

Mellado-Pastor, S., Del-Río-Sánchez, C., & Pastor-Morales, J. (2023). La influencia de la evitación experiencial y la fusión cognitiva en personas con diagnóstico de trastorno de pánico y agorafobia y TOC. *Apuntes de Psicología, 41*(2), 69–75. https://doi.org/10.55414/ap.v41i2.1548

Morissette Harvey, F., Paradis, A., Daspe, M. È., Dion, J., & Godbout, N. (2024). Childhood Trauma and Relationship Satisfaction Among Parents: A Dyadic Perspective on the Role of Mindfulness and Experiential Avoidance. *Mindfulness, 15*(2), 310–326. https://doi.org/10.1007/s12671-023-02262-w

Muñiz, J., & Fonseca-Pedrero, E. (2021). Diez pasos para la construcción de un test. *Psicothema, 33*(3), 494-501. https://doi.org/10.7334/psicothema2020.456

Nunes da Silva, A., Afonso, M. J., & Reis, T. (2024). *Adaptação da Escala de Avaliação do Autocuidado para Psicólogos (EAAP) para Portugal: Estudo Psicométrico numa Amostra*

de Psicólogos Clínicos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica, 73*(3), 193-209. https://doi.org/10.21865/RIDEP73.3.14

Quintana, E. M., García, S. C., García, J. C., Blanco, J. C., Villar, J. V., & Romero, J. B. (2024). Análisis y aspectos técnicos de las preguntas asociadas a imágenes radiológicas en el examen para médico interno residente en España, convocatoria 2022. *Radiología*, *66*(5), 489-496. https://doi.org/10.1016/j.rx.2023.06.004.

Santamaría-Galeano, C.-L. (2020). Evitación experiencial en el contexto de la contingencia sanitaria por covid-19 TT - Experiential avoidance in the context of the health contingency by covid-19. *Rev. Univ. Ind. Santander, Salud, 52*(4), 478–480. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072020000400478

Schaeuffele, C., Knaevelsrud, C., Renneberg, B., & Boettcher, J. (2022). Psychometric Properties of the German Brief Experiential Avoidance Questionnaire (BEAQ). https://doi.org/10.1177/10731911211010955

Schwartz, E. K. C., Palmisano, A. N., Petrakis, I. L., Pietrzak, R. H., & Sofuoglu, M. (2024). Health correlates of experiential and behavioral avoidance among trauma-exposed veterans. *Journal of Psychiatric Research, 176*(May), 213–217. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.06.014

Umerenkova, A. G., & Flores, J. G. (2017). Propiedades Psicométricas de la Versión en Español de la Prueba Procrastination Assessment Scale-Students (PASS). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, *1*(43), 149-163.

Valencia, P. D. (2018). El Cuestionario Breve de Evitación Experiencial: ¿una alternativa viable al aaq-ii? The Brief Experiential Avoidance Questionnaire: A Viable Alternative to aaq-ii? The Brief Experiential Avoidance Questionnaire: Questionário Breve de Evitação Experi. *14*(24).

Vázquez-morejón, R., María, J., Rubio, L., Rodríguez, A. M., & Morejón, A. J. V. (2019). Validation of a Spanish version of the Brief Experiential Avoidance Questionnaire (BEAQ) in clinical population. *31*(3), 335–340. https://doi.org/10.7334/psicothema2019.60

Warszawski, U. (2024). unikania doświadczania (BEAQ) w reprezentatywnej grupie Polaków i Polek Validation of the Brief Experiential Avoidance Questionnaire. *58*(1), 79–93.