



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Psicología

Escuela Profesional de Psicología

**Evitación experiencial y sintomatología depresiva en
estudiantes de una universidad estatal de Lima
Metropolitana**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Psicóloga

AUTOR

Alessandra Nicole DEL AGUILA GARCIA

ASESOR

Dra. Ana Esther DELGADO VÁSQUEZ

Lima, Perú

2024



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Del Aguila, A. (2024). *Evitación experiencial y sintomatología depresiva en estudiantes de una universidad estatal de Lima Metropolitana*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Psicología, Escuela Profesional de Psicología]. Repositorio institucional Cybertesis UNMSM.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Alessandra Nicole Del Aguila Garcia
Tipo de documento de identidad	Tipo de documento: DNI
Número de documento de identidad	73450207
URL de ORCID	No aplica.
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Ana Esther Delgado Vásquez
Tipo de documento de identidad	Tipo de documento: DNI
Número de documento de identidad	07364955
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-5649-1262
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Ana Cecilia Pareja Fernández
Tipo de documento	Tipo de documento: DNI
Número de documento de identidad	07735674
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Antonio Serpa Barrientos
Tipo de documento	Tipo de documento: DNI
Número de documento de identidad	41225216
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Betty Giovanna Peña Tomas
Tipo de documento	Tipo de documento: DNI
Número de documento de identidad	41214998
Datos de investigación	

Línea de investigación	B.5.2.1. Promoción y prevención de la salud mental.
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.
Ubicación geográfica de la investigación	Edificio: Universidad Nacional Mayor de San Marcos País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: Centro de Lima Urbanización: Manzana y lote: Avenida: Avenida Carlos Germán Amezaga 375 Latitud: -12.054049 Longitud: -77.086392
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Noviembre 2021 - Setiembre 2023
URL de disciplinas OCDE	Psicología https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.01.02



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)



FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Escuela Profesional de Psicología
Calle Germán Amézaga N° 375, Lima (Ciudad Universitaria)
Central Telefónica 6197000, anexo 3213, fax 3209

ACTA

Siendo las 14:30 horas del día 20 de marzo del 2024, se dieron cita en el Mini Auditorio del Pabellón de la Facultad de Psicología, bajo la presidencia de la **Dra. ANA CECILIA PAREJA FERNÁNDEZ**, los catedráticos Miembros del Jurado que suscriben la presente Acta y la postulante al Título Profesional de Psicóloga, Bachiller **DEL AGUILA GARCIA, ALESSANDRA NICOLE**, quien a invitación de la Presidenta expuso y sustentó su trabajo de tesis titulado: "**EVITACIÓN EXPERIENCIAL Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ESTUDIANTES DE UNA UNIVERSIDAD ESTATAL DE LIMA METROPOLITANA**", al concluir con la sustentación absolvió las preguntas pertinentes.

Finalizando el acto de sustentación, la Presidenta del Jurado invitó a la postulante y asistentes a retirarse del recinto para dar inicio a la deliberación evaluativa; a su término cada Miembro del Jurado hizo entrega a la Presidenta en sobre cerrado sus respectivas calificaciones, habiendo obtenido la postulante al Título Profesional de Psicóloga el promedio de:

18 (Dieciocho) Aprobado con mención honrosa

Seguidamente, la Presidenta del Jurado invitó al salón de grados, tanto a la postulante como a los asistentes a fin de comunicarle el resultado obtenido en el presente proceso.

El Jurado dispuso que se extendiera la presente acta como constancia de titulación por la Modalidad de Presentación y Sustentación de Tesis.


Dra. ANA CECILIA PAREJA FERNÁNDEZ
PRESIDENTA


Dra. ANA ESTHER DELGADO VÁSQUEZ
ASESORA


Mg. ANTONIO SERPA BARRIENTOS
MIEMBRO


Mg. BETTY PEÑA TOMAS
MIEMBRO



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Vicerrectorado de Investigación y Posgrado



CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo Ana Esther Delgado Vásquez en mi condición de asesora acreditada con la Resolución Decanal N°0006772023-D-FPSI-UNMSM de la tesis, cuyo título es **Evitación experiencial y sintomatología depresiva en estudiantes de una universidad estatal de Lima Metropolitana**, presentado por la bachiller **Alessandra Nicole Del Aguila Garcia** para optar el título de PSICÓLOGA, CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante el software de similitud textual, el documento evaluado cuenta con el porcentaje de **13%** de similitud, nivel **PERMITIDO** para continuar con los trámites correspondientes y para su **publicación en el repositorio institucional.**

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del título correspondiente.

Firma del Asesora _____

DNI: 07364955

Nombres y apellidos del asesor: Ana Esther Delgado Vásquez



UNMSM

Firmado digitalmente por DELGADO
VASQUEZ Ana Esther FAU
20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 27.03.2024 11:04:33 -05:00



DEDICATORIA

A mi amado Dios, por amarme y cuidarme desde el inicio de mi vida.

A mi afectuoso padre Julio, por hacer que tu corazón diga mi nombre. Por cuidarme y acompañarme en cada etapa de mi vida. Por ser un padre increíble. Por enseñarme tanto.
Te amo.

A mi hermosa madre María, por hacer mis días más alegres y dulces, por apoyarme y amarme de manera incondicional. Por ser una fenomenal madre. Por inculcarme valores.
Te amo.

A mi amado hermanito Julio, por ser la persona que más me ama y al que más amo. Por ser mi compañero perfecto, por ser el mejor regalo que Dios y mis padres me dieron.

A mi dulce Reidelinda, por amarme tanto, por disfrutar de mi compañía. Por dar felicidad y candidez a mi vida.

A mi amado Leonardo, por estar a mi lado en las buenas y en las malas. Por enseñarme a ver el mundo de otra manera y por hacer que aprecie la vida cada vez más. Por quererme tal y como soy.
Siempre serás mi Claudine.

A mi dulce Camila, por ser como una hermana para mí, por permitirme disfrutar la maravilla y felicidad de la amistad. Por ser mi confidente. Eres como un sol de verano.

A mi linda Giane, por estar ahí para escucharme en cada momento, por siempre validarme y por tener en mí una amiga.

A mi querida asesora Ana, por prestar atención a cada detalle, por permitirme desarrollar y culminarlo óptimamente.

A mi perrita Brandy, por ser mi gran compañera, por estar siempre presente y amar estar a mi lado. Mi bella princesa.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por crear con su aliento mi vida, por hacer que sus tiempos sean perfectos para mí, por permitirme estar acompañada de seres de luz y por darme el regalo de saber cuál es mi misión en este mundo.

A mis padres: María García y Julio del Aguila, quienes con su amor y sabiduría me han orientado y guiado al camino correcto, quienes desde pequeña han sabido estampar en mí las ganas de ser una profesional. Les agradezco por permitirme sentir alegría y orgullo en sus ojos por los logros que consigo poco a poco, ha servido de gran motivación para seguir y acabar el presente trabajo. Gracias, papá y mamá, los amo y les dedico mi investigación, no hay más dicha que tenerles a ustedes como padres. Edifican mi vida.

A mi hermano Julio, quien es la luz de mi vida, que ilumina hasta mis días más tristes con su amor y candor. Por ser mi compañero de vida, por estar presente en mis momentos más importantes. Por motivarme y abrazarme cuando sentía tanto miedo y nervios al realizar este trabajo. Te amo.

A mi querida Reidelinda Casanova, por ser mi ejemplo a seguir, por ser la persona que me enseña lo que es la resiliencia, lo que es seguir adelante y salir airoso pese al dolor y los obstáculos. Por enseñarme encomendarme a los deseos y planes de Dios. Y por enternecer mi corazón.

A mis mejores amigos Leonardo y Camila, quienes me han acompañado en estos 5 años de carrera y han hecho mi vida más colorida y hermosa. Quienes me entregaron palabras y acciones de afecto y aliento para seguir y terminar este trabajo y etapa. Quienes me han enseñado el valor y la belleza de la amor y amistad respectivamente, quienes son la familia que elijo tener. Gracias por estar siempre para mí, que yo estaré siempre para ustedes. Los amo. Son mi primavera en invierno.

A mi compañera y amiga Gianela, por compartir conmigo momentos únicos en la facultad y en la vida y por acompañarme en carne propia la aventura, ansiedad y lágrimas de realizar la tesis.

A mi asesora la Dra. Ana Delgado quien, con mucha dedicación y minuciosidad, me ha sabido orientar a realizar una investigación de buena calidad.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN.....	7
CAPÍTULO I.....	9
1.1 Formulación del problema	9
1.2 Objetivos.....	9
1.2.1 Objetivo general	13
1.2.2 Objetivos específicos	13
1.3 Justificación	14
1.4 Limitaciones.....	14
CAPÍTULO II.....	16
2.1.1 Investigaciones internacionales.....	16
2.1.2 Investigaciones nacionales	16
2.2 Bases teóricas científicas.	20
2.2.1 Evitación experiencial.....	24
2.2.1.1 Definición	24
2.2.1.2 Características de la evitación experiencial.....	25
2.2.1.3 Condiciones donde la evitación experiencial es perjudicial.....	26
2.2.1.4 Contextos verbales de la evitación experiencial.....	26
2.2.1.5 La evitación experiencial en la depresión.....	27
2.2.2 Sintomatología depresiva.....	29
2.2.2.1 Definición	29
2.2.2.2 Etiología y modelos explicativos de la depresión	31
2.2.2.2.1 Teorías Biológicas	31
2.2.2.2.2 Teorías Psicológicas.....	32
2.2.2.3 La depresión en los sistemas de clasificación diagnóstico.....	35
2.2.2.4 Factores asociados a la depresión en estudiantes universitarios	35
2.3 Definición de conceptos básicos	36
2.4 Hipótesis	37
2.4.1 Hipótesis generales.....	37
2.4.2 Hipótesis específicas	37
CAPÍTULO III	39
3.1. Nivel y tipo de investigación	39

3.2	Diseño de investigación	39
3.3	Variables	40
3.4	Población y muestra	41
3.5	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	43
3.5.1	Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II).....	43
3.5.2	Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9).....	45
3.6	Procedimiento de recolección de datos	47
3.7	Técnicas de procesamiento y análisis de datos	48
CAPÍTULO IV		50
4.1	Análisis psicométrico de Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ – II)	50
4.1.1	Validez	50
4.1.2	Análisis de ítems y confiabilidad	50
4.2	Análisis psicométrico del Patient Health Questionnaire (PHQ – 9)	51
4.2.1	Validez	51
4.2.2	Análisis de ítems y confiabilidad	51
4.3	Análisis descriptivo.....	51
4.5	Contrastación de hipótesis	55
CAPÍTULO V		57
5.1	Análisis y discusión de resultados	57
5.2	Conclusiones	57
5.3	Recomendaciones	64
REFERENCIAS		66
ANEXOS		72

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 <i>Distribución de estudiantes de una universidad estatal de Lima Metropolitana según sexo</i>	42
Tabla 2 <i>Distribución de estudiantes de una universidad estatal de Lima Metropolitana según facultad</i>	42
Tabla 3 <i>Análisis descriptivo de la Escala de Aceptación y Acción II (AAQ-II) en estudiantes de una universidad estatal de Lima Metropolitana</i>	50
Tabla 4 <i>Distribución de frecuencias y porcentajes de los puntajes del Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9) en estudiantes de una universidad estatal de Lima Metropolitana</i>	53
Tabla 5 <i>Prueba de Bondad de Ajuste de Shapiro-Wilk de los puntajes totales de las variables evitación experiencial y sintomatología depresiva en los alumnos de la muestra</i>	55
Tabla 6 <i>Correlación rho de Spearman entre la evitación experiencial y la sintomatología depresiva en los estudiantes de una universidad estatal de Lima</i>	55
Tabla 7 <i>Prueba U de Mann Whitney de la evitación experiencial considerando la variable sexo en los participantes de la investigación</i>	56
Tabla 8 <i>Prueba U de Mann Whitney de la sintomatología depresiva considerando la variable sexo en los participantes de la investigación</i>	56
Tabla 9 <i>Evidencia de validez basada en el contenido del Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II)</i>	74
Tabla 10 <i>Matriz de correlaciones Pearson de los ítems del Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ – II) en los participantes del estudio.</i>	75
Tabla 11 <i>Índices de ajuste del modelo unidimensional del Cuestionario de Aceptación y Acción-II (AAQ – II) en los participantes de la investigación.</i>	76
Tabla 12 <i>Estadísticos descriptivos de los ítems del Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II) en los alumnos de la muestra.</i>	77
Tabla 13. <i>Confiabilidad del Cuestionario de Aceptación y Acción-II (AAQ-II)</i>	77
Tabla 14. <i>Evidencia de validez basada en el contenido del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9)</i>	78
Tabla 15. <i>Matriz de correlaciones policóricas del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) en los participantes de la investigación.</i>	79

Tabla 16. <i>Índices de ajuste del modelo unidimensional del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) en los alumnos de la muestra</i>	80
Tabla 17. <i>Estadísticos descriptivos de los ítems del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9)</i>	81
Tabla 18. <i>Confiabilidad del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9)</i>	81

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 <i>Diagrama estructural del Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ – II)</i>	76
Figura 2 <i>Diagrama estructural del Cuestionario de Paciente de Salud (PHQ-9)</i>	80

RESUMEN

La presente investigación se planteó como objetivo analizar la relación entre la evitación experiencial y la sintomatología depresiva en estudiantes de una universidad estatal de Lima Metropolitana, así como comparar dichas variables en los participantes según el sexo. Los diseños utilizados fueron el correlacional y el comparativo. La muestra estuvo conformada por 274 estudiantes (141 mujeres y 133 varones) de distintas facultades de una universidad estatal de Lima Metropolitana. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Aceptación y Acción-II (AAQ-II) y el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9). Respecto a los resultados, estos evidenciaron una correlación positiva y significativa entre la evitación experiencial y sintomatología depresiva en la muestra del estudio. Asimismo, se encontró diferencias estadísticamente significativas en ambas variables según el sexo de los estudiantes, donde las mujeres presentaron mayor evitación experiencial y sintomatología depresiva que los varones.

Palabras clave: Evitación experiencial, sintomatología depresiva, estudiantes universitarios

ABSTRACT

The current study aimed to analyze the relationship between experiential avoidance and depressive symptoms in students from a state university in Metropolitan Lima, as well as to compare these variables in the participants according to sex. The research designs were correlational and comparative. The sample consisted of 274 students (141 females and 133 males) from different faculties of a state university in Metropolitan Lima. The instruments used were the Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) and the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). Results indicated a positive and significant correlation between experiential avoidance and depressive symptomatology in the participants. Finally, statistically significant differences were found regarding both variables according to sex, where female students presented greater experiential avoidance and depressive symptomatology than male students.

Keywords: experiential avoidance, depressive symptomatology, university students

INTRODUCCIÓN

La evitación experiencial es definida como un proceso patológico en el cual una persona no presenta disposición para vivenciar sus eventos internos (emociones, sensaciones, pensamientos y etc.), por lo cual, de manera intencional, realiza una serie de acciones que alteran la morfología y la aparición continua de estas experiencias (Hayes et al., 1996).

De otro lado, la sintomatología depresiva es definida como un conjunto reducido y limitado de síntomas, que no logran cumplir con todos los criterios del trastorno de depresión mayor (D'Acunha, 2019). Por lo cual, entre los síntomas que puede comprender la sintomatología depresiva están el estado de ánimo deprimido; anhedonia; alteración del peso corporal o apetito, insomnio o hipersomnias; agitación o retraso psicomotor, abulia persistente diariamente; sentimientos diarios de inutilidad, exceso de culpa o sin justificación; disminución constante en la facultad de pensar, estar atento o elegir opciones e ideación o conducta suicida (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

La presente investigación tiene como objetivo el analizar la relación de la evitación experiencial y sintomatología depresiva en estudiantes de una universidad estatal de Lima Metropolitana; además de comparar estas variables considerando el sexo de los estudiantes de la muestra. Con la finalidad de estudiar lo señalado, este estudio se encuentra conformado

por cinco capítulos.

En el capítulo I, se aborda el problema de investigación, su planteamiento y, por ende, su formulación. Sumado a ello, está la justificación, los objetivos y la limitación.

En el capítulo II, se desarrolla el marco teórico, en este apartado se presentan los estudios antecedentes de la investigación, lo correspondiente a las bases teóricas y científicas, la definición de conceptos básicos, las hipótesis del estudio, así como las variables trabajadas.

Respecto al capítulo III, se consideran las cuestiones pertinentes a metodología, revisándose el nivel, el tipo y el diseño de la investigación, la población y la muestra del estudio, las técnicas e instrumentos de recolección de datos utilizados, el procedimiento empleado en la recolección de estos y, finalmente, las técnicas de procesamiento y el análisis de datos.

En el capítulo IV se presenta los resultados obtenidos en la investigación, mostrando el análisis psicométrico de los instrumentos empleados, el análisis de tipo descriptivo y los análisis correspondientes para el contraste de las hipótesis.

Por último, en el capítulo V se lleva a cabo la discusión de los resultados obtenidos en el estudio en función al marco teórico utilizado. Además, se muestra las conclusiones y recomendaciones a considerar.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Formulación del problema

Día a día, los seres humanos evalúan su entorno, observando diferentes aspectos a su alrededor; pero también su persona, percibiendo una gran cantidad y variedad de sentimientos, emociones y pensamientos. Cabe señalar que, las personas pueden presentar diferencias en la manera de reaccionar y enfrentar a sus eventos externos, en comparación con los eventos privados, sobre todo cuando esta valoración es negativa. Esto se debe a que, ante un estímulo externo desagradable o aversivo, el individuo puede intentar evitarlo o escapar de él; sin embargo, esto no sucede con tanta factibilidad cuando se está en presencia de eventos internos, ya que no es posible abandonar la historia personal o el propio cuerpo, por ejemplo. Es de esta manera que, respecto al segundo caso, se puede apreciar una lucha continua entre el sujeto y sus eventos privados, ocurriendo un fenómeno conocido como evitación experiencial (Hayes et al., 2015).

La evitación experiencial consiste en el rechazo que tienen las personas a vivenciar y mantener interacción con sus eventos privados, utilizando diferentes mecanismos — como el rehuir, el evitar, el escapar, el suprimir o el modificar — con el fin de producir cambios en la forma y frecuencia de estos eventos, así como en el contexto que los originan (Hayes et al., 2015). Se destaca que, en el ser humano, existe una tendencia a la evitación, la cual incluso puede ser adaptativa en ciertos contextos particulares (Mitmansgruber et al., 2008). Sin embargo, es la práctica generalizada lo que hace disfuncional a este mecanismo (Bonnano et al., 2004); debido a que provoca un efecto boomerang, donde el malestar regresa, a veces más intenso y extendido, siendo así un alivio momentáneo (Luciano et al., 2006). Cabe destacar que esta aplicación indiscriminada puede darse y mantenerse por sus efectos a corto plazo, que se caracterizan por ser positivos e inmediatos; por la gran cantidad de estímulo social y modelado de la evitación emocional; como por la creencia compartida de que las emociones y pensamientos negativos son los culpables del mal comportamiento, debiéndose evitar (Hayes et al., 1996).

Asimismo, algunas investigaciones muestran que este fenómeno puede darse en diferente nivel en hombres y mujeres. Por ejemplo, en Grecia, Karekla y Panayiotou (2011) realizaron un estudio sobre cómo las estrategias de afrontamiento y la evitación experiencial se relacionan en una muestra de 197 participantes; observándose una diferencia estadísticamente significativa respecto a la evitación experiencial, dado que las mujeres presentan mayor evitación experiencial que los hombres.

Por otro lado, la evitación experiencial es reconocida por ser un fenómeno transdiagnóstico, relacionado a un gran número de psicopatologías y problemas conductuales (Kashdan y Rottenberg, 2010), siendo un factor funcionalmente relevante en el origen y mantenimiento de síndromes psicológicos (Hayes et al., 1996).

Por ejemplo, Bardeen y Fergus (2016) estudiaron el efecto interactivo de la fusión cognitiva y la evitación experiencial sobre los síntomas de ansiedad, depresión, estrés y estrés postraumático en 955 adultos comunitarios. Entre los resultados, encontraron que la fusión cognitiva como la evitación experiencial — así como su interacción — muestran correlaciones positivas significativas con índices de la ansiedad y la depresión. Asimismo, la evitación experiencial predecía la ansiedad y la depresión en relación con un mayor nivel de fusión cognitiva.

Bajo la misma línea, se destaca que diversos estudios relacionan directamente la evitación experiencial con la depresión (Shallcross et al., 2010; Dougher y Hackbert, 1994). Este trastorno es caracterizado por la presencia excesiva de tristeza o desinterés generalizado y un notorio descenso de la actividad física y psicofisiológica (Caballo et al., 2014). Según Casullo (2004), su sintomatología comprende anomalías tales como tristeza, baja motivación, desesperanza e ideas suicidas. Asimismo, Barraca (2009) explica que la depresión se inicia tras un suceso desencadenante que aleja al individuo de reforzadores importantes; a su vez, se mantiene por reforzamiento negativo.

Alrededor del mundo, muchas investigaciones han encontrado una alta prevalencia de sintomatología depresiva en estudiantes universitarios (Kulsoom & Afsar, 2015; Beiter et al., 2015; Cheung et al., 2016). Esa misma realidad se ha observado en países sudamericanos, por ejemplo, en Chile, se encontró niveles medios a graves de sintomatología depresiva en esta misma población (Barraza et al., 2015; Barraza et al., 2017; Trunce et al., 2020); en Colombia, Arrieta et al. (2013) hallaron una alta prevalencia de esta sintomatología en estudiantes de odontología y en Brasil, Klein et al. (2021) evidenciaron altos niveles de sintomatología depresiva tanto en estudiantes de pregrado como de posgrado.

En ese sentido, respecto a Perú, Sandoval et al. (2021) encontraron niveles moderados a extremadamente graves de sintomatología depresiva (24.3%) en estudiantes de la Facultad de Medicina en Ayacucho en el contexto de pandemia por COVID-19. Asimismo, Valle et al. (2013) evidenciaron una alta prevalencia de sintomatología depresiva (23.3%) en estudiantes de medicina. Osada et al. (2010) observaron una alta prevalencia de sintomatología depresiva (29.9%) en estudiantes de una Facultad de Medicina en Lima.

En consonancia con lo anterior, existen estudios que relacionan las dos variables en población universitaria. Por ejemplo, Bong y Kim (2017) examinaron los efectos mediadores de la evitación experiencial en las relaciones entre el estrés de la vida, la depresión y la adicción a los teléfonos inteligentes en estudiantes universitarios de enfermería en Corea del Sur, donde se evidenció una correlación positiva significativa entre las 4 variables y se encontró que la evitación experiencial medió parcialmente la relación entre el estrés de la vida y la depresión.

Es de esta manera que, el presente estudio busca conocer si esta relación entre la evitación experiencial y la sintomatología depresiva se presenta en la población universitaria estatal en Lima (Perú), tal como ha sido observada en distintas poblaciones clínicas y no clínicas, en diversos países. Además de resolver la incógnita de si dichas variables difieren según el sexo. Esto a que, en Perú e incluso en la capital, se observa cierto vacío de literatura tanto en la relación dichas variables como en su comparación con relación al sexo, sobre todo en población no clínica como la universitaria.

Por todo lo mencionado, la presente investigación se plantea la siguiente pregunta: ¿Cuál es la relación entre la evitación experiencial y la sintomatología depresiva en estudiantes de una universidad estatal de Lima Metropolitana? ¿Difieren la evitación

experiencial y la sintomatología depresiva entre los estudiantes varones y mujeres de una universidad estatal de Lima Metropolitana?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivos generales

- Analizar la relación entre la evitación experiencial y la sintomatología depresiva en estudiantes de una universidad estatal de Lima Metropolitana.
- Comparar la evitación experiencial y la sintomatología depresiva entre los estudiantes de una universidad estatal de Lima Metropolitana considerando la variable sexo.

1.2.2 Objetivos específicos

- Determinar las propiedades psicométricas del Cuestionario Aceptación y Acción II (AAQ-II).
- Determinar las propiedades psicométricas del Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ-9).
- Caracterizar la evitación experiencial en estudiantes de una universidad estatal de Lima Metropolitana.
- Identificar la sintomatología depresiva en estudiantes de una universidad estatal de Lima Metropolitana.
- Comparar la evitación experiencial entre los estudiantes varones y mujeres de una universidad estatal de Lima Metropolitana.
- Comparar la sintomatología depresiva entre los estudiantes varones y

mujeres de una universidad estatal de Lima Metropolitana.

1.3 Justificación

Internacionalmente, se observa un número creciente de investigaciones que toman como eje central a la evitación experiencial, las cuales evidencian la relación existente entre esta variable con el surgimiento y mantenimiento de problemas psicológicos, tales como la depresión (Cribb et al., 2006; Chawla & Ostafin, 2007; Dinis et al, 2015), la ansiedad (Kelly y Forsyth, 2009; Panayiotou et al., 2014) y el estrés postraumático (Kumpula et al., 2011).

En situación contraria, no se encuentra muchos estudios en el Perú que aborden la evitación experiencial, pese a lo perjudicial que puede llegar a ser este mecanismo para la vida de las personas. Hasta el momento, los pocos estudios existentes se enfocan en la relación de esta con la ansiedad; visualizándose una precariedad en bibliografía acerca su relación con otros síndromes psicológicos de gran importancia, en relación a la prevalencia y disfuncionalidad, como es el caso de la depresión (Organización Mundial de la Salud, 2018). Respecto a lo anterior, tanto en Perú como en otros países, se muestra que una población vulnerable a esta problemática es la de estudiantes universitarios, observándose niveles moderados y altos de sintomatología depresiva.

Por tal motivo, el presente trabajo suma información relevante acerca la evitación experiencial en el contexto local; así como de su relación con la sintomatología depresiva. Además de brindar información adicional sobre dichas variables difieren según el sexo. Asimismo, se resalta la utilidad de este trabajo, en el sentido que brinda material científico que facilitará la intervención en población universitaria que presenta sintomatología depresiva y/o evitación experiencial, pudiendo ser este último el objetivo del tratamiento. Lo cual se traduce en una contribución a la aceptación psicológica —

polo contrario de la evitación experiencial (Butler & Ciarrochi, 2007) — y al bienestar general en dicha población, posibilitando así una vida más plena y flexible.

Por último, por cuestiones metodológicas, el presente trabajo buscó determinar las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados, con el fin de garantizar que evidencian adecuada validez y confiabilidad. Asimismo, la información recabada acerca los instrumentos utilizados permitirá que futuros estudios tengan evidencias para utilizarlos en poblaciones y temáticas similares.

1.4 Limitaciones

En relación con el uso de muestreo no probabilístico de tipo intencionado, la generalización de los resultados está restringida a la población de donde se extrajo la muestra.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Investigaciones antecedentes

2.1.1 Investigaciones internacionales

En muchos países se ha estudiado la asociación o la relación entre la evitación experiencial con la depresión, incluso en conjunto con otras variables. Por ejemplo, en España, Rueda y Valls (2016) investigaron la asociación entre el estrés, la evitación experiencial con la presencia de depresión en pacientes con trastornos mentales. Su muestra estuvo constituida por 147 pacientes diagnosticados con trastorno de ansiedad, estado de ánimo o de adaptación. Los instrumentos que se emplearon fueron Live Events Inventory, la Escala de Satisfacción con la Vida, el Cuestionario de Aceptación y Acción II, el Inventario de Depresión de Beck y la Health Survey. Los resultados dieron evidencia que la evitación experiencial podría ser un factor importante que contribuye en la depresión en población clínica; además, que la depresión podría cumplir un rol

mediador entre la evitación experiencial sobre el bienestar físico y satisfacción con la vida.

Mellick et al. (2019) efectuaron un trabajo longitudinal en 183 adolescentes de 15-18 años, quienes fueron seguidos durante 2 años, con la finalidad de examinar si la evitación experiencial varía según la trayectoria de la sintomatología de trastorno depresivo mayor y de trastorno ansiedad generalizada y si predice dichas trayectorias; así mismo, de examinar las asociaciones longitudinales entre los síntomas de evitación experiencial, ansiedad y depresión. Entre las pruebas psicológicas utilizadas, estas fueron el Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II), el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Los autores indicaron que la evitación experiencial parecía ser un predictor importante de la sintomatología de trastorno depresivo mayor y de trastorno ansiedad generalizada en adolescentes mayores, y podría servir como objetivo de tratamiento. Asimismo, el estudio sugiere que las variables trabajadas mantienen una relación unidireccional, donde los síntomas depresivos y de ansiedad no actúan como predictores de la evitación experiencial.

Spengler (2019) realizó una investigación acerca de la relación entre el estrés percibido, la evitación experiencial y el malestar emocional entre universitarios sudafricanos, y si la evitación experiencial actuaría como mediador entre el estrés percibido y el malestar emocional. La muestra estuvo conformada por 1121 estudiantes universitarios, a quienes se le aplicó el Cuestionario de Aceptación y Acción-II (AAQ-II), el Cuestionario de Salud General y la Escala de Estrés Percibido. En los resultados se encontró que el estrés percibido, el malestar emocional y la evitación experiencial se relacionaron significativamente;

actuando esta última variable como mediadora parcial entre la relación del estrés percibido y el malestar emocional.

En Portugal, Coutinho et al. (2019) realizaron una investigación predictiva que buscó examinar el papel mediador de la evitación experiencial y la acción comprometida en la asociación entre la ansiedad y la calidad de vida psicológica en universitarios; además de analizar si dichas relaciones actuaban de forma parecida en estudiantes con enfermedades crónicas y estudiantes sin enfermedades crónicas. La muestra estuvo conformada por 232 universitarios sanos y 115 con enfermedades crónicas. Entre los instrumentos empleados están la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), el Cuestionario de Aceptación y Acción II (AQQ-II), el Cuestionario de Acción Comprometida-8 (CAQ-8) y el Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF). Se reportó que la asociación entre ansiedad y calidad de vida psicológica fue parcialmente explicada por la evitación experiencial y la acción comprometida.

En Estados Unidos, Browning et al. (2022) realizaron un estudio donde se buscó explorar el papel de la evitación experiencial en los síntomas de la depresión en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo (TOC) grave en tratamiento del TOC, por lo cual examinaron los cambios en la trayectoria de los síntomas del TOC y los síntomas de la depresión durante el tratamiento. La muestra incluyó a 311 participantes con diagnóstico en TOC y en tratamiento. En relación a los instrumentos utilizados, estos fueron Structured Clinical Interview for Disorders-I (SCID-I) for DSM-IV-TR Axis I Disorders; Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale- Self Report Version (Y-BOCS); Distress Tolerance Scale (DTS); Hamilton Rating Scale for Depression- 6 (HAMD-6) y el Cuestionario de

Aceptación y Acción II (AAQ-II). Los investigadores encontraron que, a mayor evitación experiencial, mayor gravedad en los síntomas de TOC y mayor cantidad de síntomas depresivos, evidenciándose una relación significativa entre las variables. Asimismo, mostró que el cambio en la evitación experiencial explicó significativamente la variación en el cambio de los síntomas depresivos más que el del TOC.

En Turquía, Ögütlü et al. (2021) efectuaron una investigación correlacional, la cual tenía como objetivo el conocer el papel de mediación de la evitación experiencial en la relación entre vitalidad subjetiva y sintomatología depresiva. Respecto a la muestra, esta fue 463 universitarios pertenecientes a la carrera de Educación. Se utilizó como instrumentos al Subjective Vitality Scale (SVS), el Cuestionario de Aceptación y Acción-II (AAQ-II) y la subescala de depresión de las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS). Acerca de los resultados, se observó que la depresión y la evitación experiencial disminuían a medida que aumentaba la vitalidad subjetiva. Asimismo, se evidenció una relación positiva y significativa entre la depresión y la evitación experiencial. Encontrándose, además, que la vitalidad subjetiva predijo indirectamente la depresión a través de la evitación experiencial. Se concluyó que la vitalidad subjetiva y la evitación experiencial predijeron los síntomas depresivos.

Akbari et al. (2022) llevaron a cabo una revisión sistemática y metaanálisis, cuyo fin era evaluar el papel transdiagnóstico de la evitación experiencial en la depresión, la ansiedad, el trastorno obsesivo-compulsivos (TOC) y el trastorno de estrés postraumático (TEPT), así como los potenciales moderadores de dichas relaciones. Para ello, en total se resumió un total de 441 estudios elegibles que

incluyeron 135 347 participantes (66,16 % mujeres, edad media = 31,53) y 899 tamaños del efecto. Los resultados indicaron una asociación moderada a grande entre la evitación experiencial y los síntomas depresivos ($r = .562$), el trastorno depresivo mayor ($r = .453$) y otros (ansiedad, preocupación, ansiedad generalizada, ansiedad social, pánico y agorafobia, fobias específicas, TOC y TEPT). Los autores concluyeron que la evitación experiencial actuaba como un proceso transdiagnóstico y transcultural relevante para la depresión, la ansiedad, TOC y el TEPT.

2.1.2 Investigaciones nacionales

En relación con los estudios locales, Valencia et al. (2017) realizaron una investigación, la cual tuvo como objetivo el probar si la evitación experiencial y otras estrategias de afrontamiento predicen independientemente la ansiedad-estado y la ansiedad-rasgo. La muestra estuvo conformada por 284 estudiantes de pregrado de una universidad pública de Lima, a quienes se les aplicó el Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II), Cuestionario de Afrontamiento COPE breve y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE). Los resultados evidenciaron una correlación significativa entre la ansiedad rasgo-estado con la evitación experiencial, la baja actitud de solución de problemas, la autculpa y el uso de sustancias. En la conclusión, se destaca que la evitación experiencial es un importante predictor de la ansiedad rasgo-estado.

Guillén (2018) elaboró una investigación de tipo correlacional, que tuvo como objetivo el determinar la asociación entre la evitación experiencial y la ansiedad en estudiantes universitarios de una universidad privada de Lima Metropolitana. La cantidad de la muestra fue de 183 participantes (133 mujeres y 50 hombres), a

quienes se les aplicó el Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II) y el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA). En los resultados, se encontró una correlación positiva y significativa entre las variables evitación experiencial y la ansiedad, así como en los tres componentes (cognitivo, fisiológico y motor) de esta última variable.

Por otro lado, Velásquez et al. (2018) realizaron un estudio que tuvo como objetivo el evaluar la relación entre la evitación experiencial, la rumiación y la impulsividad. Respecto a su muestra, esta estuvo compuesta por 2859 alumnos de una universidad estatal de Lima. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II), Escala de Respuestas Rumiativas (RRS) y la Escala de Impulsividad e Barrat (BIS-11). En relación con los resultados, se observó correlaciones directas y significativas entre la evitación experiencial y la rumiación, así como entre la evitación experiencial y la impulsividad.

Novoa (2020) realizó un estudio correlacional, cuyo objetivo fue el determinar si existía relación entre la fusión cognitiva y la sintomatología depresiva en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana; así como comparar dichas variables de acuerdo con el sexo y el semestre académico. Fueron 229 estudiantes una universidad privada, de los cuales 41.5% eran hombres y 58.5%, mujeres. Las pruebas psicométricas utilizadas fueron Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ) y el Inventario de depresión de Beck (BDI-II). Los resultados indicaron una relación positiva y altamente significativa entre la fusión cognitiva y la sintomatología depresiva. Asimismo, se observó diferencias significativas en la sintomatología depresiva considerando el sexo de los

participantes, siendo las mujeres quienes presentaban mayor nivel en comparación a los hombres.

Un estudio reciente acerca la evitación experiencial en el Perú fue realizado por Román (2021), donde se analizó la relación entre la ansiedad rasgo-estado con la evitación experiencial en estudiantes de Psicología. La muestra estuvo conformada por 256 estudiantes de una universidad estatal de Lima. Las pruebas psicológicas usadas fueron el Cuestionario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) y al Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II). Los resultados dieron evidencia de una correlación positiva significativa entre las variables. Por lo que se concluyó la existencia de una relación significativa entre la ansiedad rasgo-estado y la evitación experiencial.

Dellachiesa (2021) efectuó un estudio correlacional que tuvo como fin el analizar la relación entre la autocompasión (AC) y la evitación experiencial (EE) en adultos jóvenes de Lima Metropolitana. La muestra estuvo conformada por 243 participantes a quienes se les aplicó la Escala de Autocompasión (SCS) y la Escala de Aceptación y Acción II (AAQ-II). En los resultados se encontró una relación alta, negativa y significativa entre la autocompasión y evitación experiencial; donde esta última variable se relacionó negativamente con las dimensiones de auto-amabilidad, humanidad compartida y conciencia plena, así como positivamente con las dimensiones de auto-juicio, aislamiento y sobre-identificación de la autocompasión. Por último, se observó que existían diferencias estadísticamente significativas entre hombres y féminas, donde las mujeres presentaron niveles más altos de evitación experiencial, mientras que los varones, mayor compasión consigo mismos.

Guerrero (2022) realizó un estudio cuyo fin fue conocer la relación entre evitación experiencial y respuestas rumiativas en universitarios de Lima Metropolitana. La muestra incluyó 263 estudiantes de pregrado de 15 diferentes universidades de Lima Metropolitana. Las mediciones utilizadas fueron el Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II) y la Escala de Respuestas Rumiativas (RRS). La investigación evidenció la existencia de una correlación directa, alta y significativa entre la evitación experiencial y las respuestas rumiativas.

Vega y Valdivia (2022) realizaron un estudio descriptivo y comparativo, el cual buscó describir la presencia de evitación experiencial en universitarios de la Facultad de Psicología de una universidad de Lima Metropolitana; además de describir y comparar la evitación experiencial considerando las siguientes variables: el ciclo académico, sexo, grupo etario y el tipo de universidad (privada o estatal). El número de participantes fue 401 participantes (288 mujeres y 113 varones). Respecto al instrumento aplicado, este fue el Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II). Los resultados evidenciaron la presencia de evitación experiencial en la muestra; asimismo, se observó diferencias significativas según el sexo en universidades públicas, siendo mayor la evitación experiencial en mujeres que en varones.

Campos (2022) realizó una investigación con la finalidad de establecer la relación de la presencia de la depresión estado-rasgo y la evitación experiencial en pacientes Covid-19 de un hospital de Jauja. Respecto a los participantes, estos fueron 100 pacientes Covid-19 del Hospital Domingo Olavegoya de Jauja. Además, los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II) y el Inventario de Depresión Estado-Rasgo (IDER). Con

relación a los resultados, se encontró una relación directa y estadísticamente significativa entre la evitación experiencial y la depresión estado-rasgo en los participantes; por lo cual, a mayor evitación experiencial, mayor presencia de afecto negativo temporal (malestar general, tristeza, ansiedad, miedo, hostilidad, disgusto, soledad) y estable (pesimismo, intranquilidad, actitud de malestar la mayor parte del tiempo).

2.2 Bases teóricas científicas.

2.2.1 Evitación experiencial

2.2.1.1 Definición

La evitación experiencial fue propuesta por Hayes et al. (1996), quienes la concibieron como un supuesto proceso patológico, que toma como eje central a las experiencias privadas que contribuyen, de manera paradójica, a incrementar el malestar psicológico; siendo así una dimensión funcional que actúa como una alternativa a los sistemas de clasificación diagnóstica.

Luciano et al. (2005) definen a la evitación experiencial como una pauta comportamental, donde un sujeto no muestra disposición de mantener contacto con sus experiencias internas (sensaciones corporales, pensamientos y etc.) y realiza, intencionalmente, acciones que alteran la morfología y recurrencia de estos eventos, así como el entorno que los generan. Asimismo, en este caso particular, el término evitación incluye tanto la evitación como el escape (Hayes et al., 1996). Por último, la evitación emocional o cognitiva también pueden usarse como sinónimo de la evitación experiencial, siempre que se conozcan las experiencias privadas que se buscan evitar (Hayes et al., 1996).

2.2.1.2 Características de la evitación experiencial

Para Wilson y Luciano (2002) la evitación experiencial posee dos características centrales: el tener una naturaleza verbal y el ser una clase funcional limitante.

La primera cualidad hace referencia a que la evitación experiencial es una regulación verbal ineficaz, la cual se establece en una sociedad que exalta el sentirse bien y la eliminación del sufrimiento a toda costa; lo cual conlleva a que las personas tiendan a suprimir sus pensamientos y emociones indeseables. (Luciano et al., 2006). Asimismo, esta característica se relaciona directamente con la condición verbal de los seres humanos, el cual ocasiona que el término “dolor” sea equivalente, comparado u opuesto a eventos que, aunque no sean peligrosos, son representados de tal forma; desencadenando una serie de conductas que tienen como fin, el controlar tales sucesos, siendo esto limitante para la vida del sujeto (Wilson y Luciano, 2002).

Respecto al segundo aspecto, este alude a que el individuo aprende a responder de distintas formas ante la presencia de eventos privados aversivos; resaltándose que, aunque estas reacciones se caractericen por ser topográficamente diferentes, cumplen una misma función, el cual es la eliminación o evitación de la experiencia interna (Wilson y Luciano, 2002). Es de esta manera que, las múltiples respuestas a las sensaciones de malestar forman parte de una operante, la cual es “reforzada positiva (por hacer lo que uno cree que es correcto) y negativamente (porque de modo inmediato reduce en parte el malestar o el dolor)” (Luciano et al.,

2005, p. 337).

2.2.1.3 Condiciones donde la evitación experiencial es perjudicial

La evitación experiencial es una práctica común en los seres humanos; sin embargo, puede llegar a ser destructiva siempre y cuando se convierte en un patrón rígido y generalizado (Luciano et al., 2005). Con relación a lo anterior, Hayes et al. (1996) y Wilson y Luciano (2002) muestran condiciones asociadas a la naturaleza perjudicial de la evitación experiencial, las cuales son las detalladas a continuación.

La primera condición hace referencia a la evitación como un proceso deliberado contrario al resultado “deseado” por las personas; observándose una dificultad para la comprensión acerca de la ineffectividad del mecanismo, por lo que la persona continúa aumentando su repertorio conductual de evitación. Esto se debe a que la evitación deliberada mayormente se rige bajo un plan verbal, el cual contiene al estímulo aversivo, siendo esto no favorable para el individuo. Lo cual se traduce a un círculo vicioso, donde la búsqueda de evitar un evento interno conlleva a su aumento, trayendo consigo más evitación.

La segunda condición alude a cuando la regulación de experiencias internas se muestra insensible al control intencional de regulación verbal. En otras palabras, el control verbal no logra cambiar o tener un efecto en la conducta objetivo del sujeto (ejemplo: pensamiento o emoción), lo que resulta en un empeoramiento de la situación evitada.

La tercera situación se da cuando el cambio deseado es factible pero el

esfuerzo requerido conlleva a diversas maneras de evitación no saludables. Dicho de otro modo, aunque la evitación experiencial pueda mostrarse como un procedimiento “útil”, trae como efecto colateral el desencadenamiento de otra serie de problemas, tales como la restricción de vivir libremente experiencias valiosas o la limitación de la conciencia plena de los eventos de la vida.

La cuarta condición alude a cuando el sujeto desea eliminar o cambiar una situación, aunque este sea inmodificable. Lo anterior se refiere a que las personas intentan regular sus eventos internos ante contextos incambiables, como la pérdida de un ser querido, debido a que le son aversivos; pese a que estas serían reacciones apropiadas y saludables que no necesitan ser alteradas.

Por último, la quinta condición se da cuando los cambios saludables producen experiencias dolorosas. Dicho de otra manera, la evitación experiencial cumple la función de posponer o restringir un cambio necesario, saludable e importante, debido a que resulta difícil, doloroso o costoso a corto plazo para la persona; siendo esto una de las razones por las que este fenómeno conlleva a la psicopatología.

2.2.1.4 Contextos verbales de la evitación experiencial

Wilson y Luciano (2002) y Luciano et al. (2005) explican que la evitación experiencial tiene como base cinco contextos verbales diferentes, siendo estos los siguientes:

El primero es el contexto de literalidad, el cual referencia a que las

personas responden a un evento en términos de otro. Esto quiere decir que, al perderse la distinción entre las palabras y los estímulos que representan, lo verbal llega a ser funcionalmente equivalente al evento real; por lo cual, los individuos evitan de igual forma a los estímulos como a las representaciones verbales de estos.

Asimismo, el contexto de valoración de los eventos tiene su base en las convenciones verbales existentes en cada cultura o grupo acerca de lo bueno y lo malo, de lo peligroso o saludable y etc. Es así como, cada comunidad de hablantes utiliza marcos de comparación, oposición y etc., asignando un valor positivo o negativo a cualquier evento privado. Este es el caso de la depresión, la cual posee una valoración negativa por parte de la sociedad.

Por su parte, el contexto de dar razones alude a la creencia cultural de que la conducta tiene su justificación en los eventos privados. Por lo que, la sociedad enseña a los individuos a explicar sus comportamientos a través de buenas razones como es el caso de tener o no tener pensamientos o emociones. Siguiendo esa lógica, para que los sujetos puedan cambiar sus acciones es necesario que modifiquen sus eventos internos. En el caso de la depresión, los individuos considerarían que tanto los pensamientos como sentimientos negativos son la causa de la conducta depresiva; por lo que, para eliminarla, deben cambiar o evitar dichos eventos internos negativos.

Por último, el contexto del control de la emoción y la cognición son las reglas explícitas de eliminación de los eventos privados y el apoyo social

hacia el cumplimiento de dichas reglas, el cual fortalece la noción de que el seguirlas es lo adecuado.

2.2.1.5 La evitación experiencial en la depresión

Harris (2009) expresa que la evitación experiencial cumple un rol en la depresión. Menciona que, en personas depresivas, se observa un esfuerzo por evitar eventos internos dolorosos como la ansiedad, la culpa, la soledad, el agotamiento y etc. Por ejemplo, explica que dichos pacientes suelen disminuir la interacción con los demás, con el fin de no presentar pensamientos o emociones incómodas tales como “soy aburrido”, “no tengo nada que decir”, “no lo disfrutaré” o “estoy muy cansado”; así como recordar reuniones sociales no gratificantes. Menciona que, al acercarse más un evento social, aumentan estas experiencias internas; por lo que, al rechazar la invitación, se da un alivio instantáneo, que le libera de los pensamientos y sensaciones aversivas, pero que, refuerza negativamente la conducta de evitar las interacciones sociales.

2.2.2 Sintomatología depresiva

2.2.2.1 Definición

Según Egusquiza (2018) el término sintomatología hace referencia a síntomas presentados de forma conjunta en un individuo cuyo comportamiento funcional se está deteriorando. Weber (2009) conceptualiza a los síntomas depresivos como alteraciones del estado de ánimo que se caracterizan por ser más leves y de menor duración que el trastorno de depresión mayor, así como por no ser considerados como un diagnóstico formal. Esto se debe a que, para diagnosticar un

trastorno, se toman en consideración aspectos relacionados al surgimiento del problema, tales como factores sociales, psicológicos o biológicos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Asimismo, en el caso del diagnóstico de depresión clínica, esta solo puede darse después de una serie de procedimientos extensos de evaluación (Weber, 2009).

En concordancia con lo anterior, para D'Acunha (2019), la sintomatología depresiva implicaría la presencia de un conjunto reducido de síntomas que, debido a su cantidad limitada, no logran cumplir necesariamente con todos los criterios del trastorno de depresión mayor. En relación a esto, por ejemplo, tomando como base a la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), la sintomatología depresiva no significaría presentar todos los síntomas ligados al trastorno Depresivo Mayor — o el mínimo número exigido — en su criterio A, los cuales son los siguientes (Asociación de Americana de Psiquiatría, 2014): Estado de ánimo deprimido; anhedonia; alteración del peso corporal o del apetito, alteración del sueño (insomnio o hipersomnias); agitación o retraso psicomotor, abulia persistente diariamente; sentimientos diarios de inutilidad, exceso de culpa o sin justificación; disminución constante en la facultad de pensar, estar atento o elegir opciones e ideación o conducta suicida.

Por último, Vidal (2019) define a la sintomatología depresiva como “Expresión de anomalía del individuo caracterizada por: Tristeza,

irritabilidad, sentimientos de poca valía, sin esperanza, poca energía, sin motivación, le cuesta trabajo hacer las cosas, aburrimiento y pensamientos o intentos suicidas.” (p. 63).

2.2.2.2 Etiología y modelos explicativos de la depresión

Según Caballo et al. (2014) los modelos etiológicos de la depresión buscan principalmente conocer si la causa de esta es interna o externa al sujeto. Los postulados endógenos (o biológicos) toman como base a factores tales como la bioquímica, la genética o a las patologías médicas u de naturaleza orgánica. En cambio, las teorías exógenas (o psicológicas) se enfocan mayormente en cuestiones tales como eventos o experiencias de vida del individuo; así como la interpretación o afrontamiento a dichos sucesos.

2.2.2.2.1 Teorías Biológicas

Dentro de los modelos biológicos, Caballo et al. (2014) mencionan que las principales teorías, caracterizadas por su especificidad y relevancia en el ámbito clínico, se agrupan en dos categorías: las teorías endocrinas y las teorías de neurotransmisión.

A) Teorías endocrinas

Se ubican dos modelos, uno enfocado en “eje adrenal” y el otro, en el “eje tiroideo”. Acerca del primero, plantea que la secreción excesiva de hormonas glucocorticoides o corticoides —provocada por la alta actividad del “eje

hipotálamo-hipófiso-adrenal” — está relacionada con altos niveles de síntomas depresivos (Caballo et al., 2014). Por otro lado, el segundo modelo, relaciona al eje “hipotálamo-hipófiso-tiroideo” con los trastornos del estado de ánimo; donde el desbalance o alteración de las hormonas tiroideas podrían producir efectos anímicos, como estados depresivos o maníacos, en las personas, tal como es el caso de pacientes con hipotiroidismo e hipertiroidismo (Caballo et al., 2014).

B) Teorías sobre alteraciones en la producción en el funcionamiento de los neurotransmisores

Las dos principales teorías dentro de este modelo son la hipótesis catecolaminérgica y la hipótesis serotoninérgica (Caballo et al., 2014). Respecto a la primera teoría bioquímica, esta propone que los estados depresivos están relacionados con la desregulación de los niveles de los neurotransmisores catecolaminérgicos, dopamina y noradrenalina; o por los déficits del funcionamiento de estos (Caballo et al., 2014). Por otro lado, la segunda hipótesis sugiere que los déficits en la producción de indolamina, serótina aumentan la vulnerabilidad a sufrir depresión (Caballo et al., 2014).

2.2.2.2.2 Teorías Psicológicas

A) Teorías conductuales

Según Sánchez y Tinoco (2017) los modelos conductuales plantean que la depresión es un fenómeno aprendido. La mayoría de las teorías de esta perspectiva parten de la propuesta inicial de Skinner en 1953, la cual plantea que el principal rasgo de la depresión es que se observa que la frecuencia comportamental generalizada decrece.

Dentro de los modelos actuales de la depresión, se encuentra el modelo de la disminución de refuerzo positivo (Sánchez y Tinoco, 2017). Uno de sus principales pioneros fue Fester, quien en 1965 manifestó que el aspecto más representativo del comportamiento depresivo es el déficit en la frecuencia de conductas reforzadas positivamente — las cuales permiten el control del medio — así como el incremento de conductas de evitación o escape ante la presencia de estímulos aversivos. Bajo este marco, los factores que estarían relacionados a la sintomatología depresiva son los siguientes: Ambiente con poca disponibilidad de reforzadores, déficit en habilidades sociales que permiten la obtención de reforzadores y limitado repertorio de reforzadores potenciales para el individuo (Vidal, 2019).

En complemento, Lewinsohn et al. (1985, como se citó

en Caballo et al., 2014), plantean que la no contingencia entre la conducta — o su pérdida de efectividad — con los reforzadores sería el punto en cuestión, más que la ausencia de consecuencias positivas. Asimismo, entre los factores relacionados a la disminución o pérdida de reforzadores podrían estar factores ambientales del individuo — como problemas económicos o de salud — o factores intrapersonales o interpersonales — como tener limitadas habilidades para afrontar situaciones problemáticas (Caballo et al., 2014).

B) Teorías Cognitivas

Según Caballo et al. (2014), desde la perspectiva cognitiva, la depresión está relacionada a cómo el sujeto percibe o interpreta los sucesos que ocurren en su vida; dentro de sus teorías más relevantes están las propuestas por Seligman en 1975 y la de Beck, dada entre 1967 a 1987.

En sus inicios, la primera teoría, llamada indefensión aprendida, poseía una naturaleza más conductual, donde la depresión estaba en relación con la falta de control que tiene el sujeto respecto a sus experiencias negativas o aversivas (Caballo et al., 2014). Sin embargo, este modelo fue reformulado por Abramson, Seligman y Teasdale en 1978, con un enfoque más cognitivo, el cual

propone la existencia de estilos atribucionales depresógenos específicos (Caballo et al., 2014). Estos estilos se caracterizan por realizar atribuciones internas y estables acerca de los sucesos negativos que vivencian, generalizándolas a otras situaciones (Caballo et al., 2014).

Por otro lado, la teoría cognitiva de Beck de la depresión toma como eje central a las distorsiones cognitivas, las cuales son producto del procesamiento de información del individuo respecto a su ambiente (Caballo et al., 2014). Con relación a estas distorsiones, Beck utiliza el concepto “triada cognitiva negativa”, la cual hace referencia a la devaluación del sujeto hacia sí mismo, a la percepción negativa del entorno (produce desinterés o desmotivación) y la visión desesperanzada y negativa del futuro; siendo estos tres elementos los que conllevan a la persona a sufrir depresión (Caballo et al., 2014).

2.2.2.3 La depresión en los sistemas de clasificación diagnóstico

Según Caballo et al. (2014) los sistemas de clasificación diagnóstica con mayor impacto y aceptación han sido elaborados, desde la mitad del siglo 20, por dos instituciones: la Asociación Americana de Psiquiatría y la Organización Mundial de la Salud.

Vidal (2019) menciona que estos sistemas de clasificación toman un modelo de categorías, donde la conceptualización de trastornos mentales se fundamenta

principalmente en la sintomatología, posibilitando la expresión de la sintomatología depresiva. Por ejemplo, respecto a la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) considera que la depresión se caracteriza por “la presencia de un estado de ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan simplemente a la capacidad funcional del individuo” (p. 155).

Izquierdo (2012) indica que entre las similitudes que poseen los conceptos del trastorno depresivo del DSM-5 y el CIE-10, están que ambos consideran como síntomas principales al bajo estado de ánimo y la anhedonia. Además, comparten semejanzas acerca los parámetros de duración, gravedad, curso e historia natural tanto en el trastorno depresivo mayor como en la distimia (Izquierdo, 2012). Por otro lado, Caballo et al. (2014) explican que no existen muchas diferencias entre ambos sistemas de clasificación, siendo estas pocas en función a aspectos de tipo terminológico.

2.2.2.4 Factores asociados a la depresión en estudiantes universitarios

Vargas (2021) realizó una revisión sistemática acerca de los factores que inciden en la depresión en la población universitaria, seleccionando 17 artículos científicos de 127 publicados entre los años 2019 al 2020. Este autor separa los factores según el tipo de depresión, diferenciando la situativa con la psicógena o también llamada “neurótica”. En el caso de la primera, mostró factores tales como problemas de bajo rendimiento y excesiva carga académica; problemas en la calidad de sueño; presencia de inadecuado estado físico por poca actividad; malos hábitos alimenticios (falta de establecimiento de horario para comer y consumo de

alimentos inadecuados); así como factores sociodemográficos (la edad, el sexo, la procedencia, el año de estudios, tipo de actividad laboral y grupo familiar). En caso del segundo, se presentó aspectos tales como la disfuncionalidad o problemas de cohesión familiar; problemas psicológicos y dificultades en el área de pareja.

2.3 Definición de conceptos básicos

- Evitación experiencial: Proceso que ocurre cuando el sujeto no está dispuesto a permanecer en contacto con sus experiencias privadas, intentando alterar las características de estas, como los contextos que las evocan.
- Sintomatología depresiva: Expresión de un conjunto de alteraciones del estado de ánimo que comprenden elementos tales como tristeza, anhedonia, sentimientos de minusvalía y culpa, pensamientos e intentos suicidas, abulia, problemas de sueño, alteración del peso corporal y dificultad para pensar.

2.4 Hipótesis

2.4.1 Hipótesis generales

H₁: Existe una relación estadísticamente significativa entre la evitación experiencial y sintomatología depresiva en estudiantes de una universidad estatal de Lima Metropolitana.

H₂: Existe una diferencia estadísticamente significativa en la evitación experiencial y la sintomatología depresiva entre los estudiantes varones y mujeres de una universidad estatal de Lima Metropolitana.

2.4.2 Hipótesis específicas

H_{2.1}: Existe una diferencia estadísticamente significativa en la evitación

experiencial entre los varones y mujeres que conforman la muestra de investigación.

H_{2.2}: Existe una diferencia estadísticamente significativa en la sintomatología depresiva entre los varones y mujeres que participan en la investigación.

CAPÍTULO III

MÉTODO

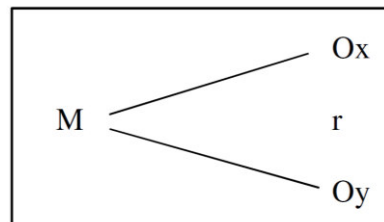
3.1. Nivel y tipo de investigación

El nivel del estudio es descriptivo, ya que estuvo orientado a la descripción de un fenómeno en una situación específica (Sánchez y Reyes, 2021).

Por otro lado, es de tipo sustantivo-descriptivo al buscar dar respuesta a un problema de naturaleza teórica que brindase información acerca de la realidad en un contexto temporal espacial específico (Sánchez y Reyes, 2021), siendo en este caso, la correlación entre la evitación experiencial y sintomatología depresiva en estudiantes de una universidad estatal de Lima Metropolitana.

3.2 Diseño de investigación

El diseño de investigación, basado en la clasificación de Sánchez y Reyes (2021), es de tipo correlacional, debido a que buscó determinar la relación existente entre la evitación experiencial y sintomatología depresiva en la muestra del estudio. El diagrama es el siguiente (Sánchez y Reyes, 2021):



Donde:

M: Muestra de estudiantes de una universidad estatal de Lima Metropolitana.

Ox: Observaciones de la variable evitación experiencial

Oy: Observaciones de la variable sintomatología depresiva.

r : Relación entre las observaciones de la evitación experiencial y sintomatología depresiva.

A su vez, el estudio posee un diseño descriptivo comparativo al comparar la información recabada en distintas muestras sobre un fenómeno en particular (Sánchez y Reyes, 2021).

3.3 Variables

Las variables del presente estudio son:

➤ Variables correlacionadas

- Evitación experiencial: Evaluada a través del Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II) de Bond, Hayes, Baer, Carpenter, Orcutt, Waltz y Zettle, traducido y validado por Ruiz, Herrera, Luciano, Cangas e Isabel Beltrán.
 - Sintomatología depresiva: Evaluada a través del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) de Kroenke, Spitzer y Williams, traducido por Kroenke, Spitzer, Williams y colegas.
- Variable de comparación
- Sexo: Hombres y mujeres
- Variables de control
- Grado de instrucción: Estudiantes universitarios
 - Tipo de universidad: Estatal
 - Edad: 18-30 años

3.4 Población y muestra

La población estuvo constituida por los estudiantes de una universidad estatal de Lima Metropolitana, considerando matriculados de primer año hasta quinto año de su formación profesional.

La muestra fue seleccionada mediante un muestreo no probabilístico intencionado al escoger la muestra representativa en función a los criterios que propuso la investigadora (Sánchez y Reyes, 2021). Entre los criterios para su selección:

- Criterio de inclusión
- Pertenecer a la universidad estatal seleccionada.

- Ser estudiante regular entre el primer y quinto año de la carrera.
- Tener una edad igual o mayor a 18 años.

➤ Criterio de exclusión

- Cursar 6to año de la carrera (solo para medicina).
- Ser menor de edad.

La muestra estuvo constituida por 274 universitarios (Tabla 1), observándose que la mayoría fueron mujeres (51.5%).

Tabla 1

Distribución de estudiantes de una universidad estatal de Lima Metropolitana según sexo

Sexo	f	%
Hombre	133	48.5
Mujer	141	51.5
Total	274	100

Por otro lado, los participantes de la muestra formaron parte de distintas facultades de una universidad estatal de Lima Metropolitana (Tabla 2), siendo estas la facultad de Ingeniería Industrial (menor número de participantes), la facultad de Ingeniería de Sistemas e Informática, la facultad de Medicina Humana (mayor número de participantes) y la facultad de Psicología.

Tabla 2

Distribución de estudiantes de una universidad estatal de Lima Metropolitana según facultad

Facultad	f	%
Ingeniería Industrial	6	2.2
Ingeniería de Sistemas e Informática	69	25.2
Medicina Humana	125	45.6
Psicología	74	27.0
Total	274	100

3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.5.1 Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II)

a. Ficha técnica

Nombre original: Acceptance and Action Questionnaire II.

Autores originales: Bond, Hayes, Baer, Carpenter, Orcutt, Waltz y Zettle.

Nombre de la traducción: Cuestionario de Aceptación y Acción II

Autores de la traducción y validación: Francisco Ruiz, Álvaro Herrera, Carmen Luciano, Adolfo Cangas y Isabel Beltrán.

País: España.

Año: 2013.

Objetivo: Evaluación de la evitación experiencial.

Forma de aplicación: Individual y colectiva.

Tiempo de aplicación: 10 minutos.

Ámbito de aplicación: población clínica y no clínica.

Edad de aplicación: 17 a 64 años.

b. Descripción del instrumento

El Cuestionario de Aceptación y Acción II mide la evitación experiencial o

inflexibilidad psicológica, donde la elección de una variable u otra estará relacionada a la orientación del estudio (Bond et al., 2011). La versión en español consta de 7 reactivos, los cuales se responden haciendo uso de una escala Likert de 7 puntos, oscilando entre 1= “nunca es verdad” y 7= “siempre es verdad” (Ruíz et al., 2013).

c. Validez

Ruíz et al. (2013) encontraron, en la muestra general, diferentes evidencias de validez del AAQ-II, siendo estos datos muy parecidos a los conseguidos por Bond y colaboradores en 2011: el análisis factorial mostró que el instrumento tenía un solo factor, con una varianza explicada de 57.33%. Se discriminó las muestras clínicas y no clínicas a través de las puntuaciones (validez divergente) y se observó fuertes correlaciones entre los síntomas psicológicos, la calidad de vida y otros constructos psicológicos. Respecto a esta última evidencia de validez, las puntuaciones del AAQ-II se correlacionaron significativamente ($r = .58$) con todos los síntomas psicológicos evaluados por el SCL-90-R y con el GSI en la muestra de universitarios ($n = 253$). De igual forma, en población colombiana, Ruíz et al. (2016) evidenciaron que el AAQ-II, en la muestra general ($n = 1759$), posee validez de constructo, discriminante, convergente y divergente.

d. Análisis de ítems y confiabilidad

En España, Ruíz et al. (2013) encontraron que la consistencia interna del AAQ-II fue adecuada, con un alfa de Cronbach de .88 en la muestra general ($n = 580$) y de .86 en la muestra de universitarios ($n = 253$). Asimismo, las correlaciones entre cada ítem y la puntuación total de la escala se encontraron en un rango

general de .60 (ítem 7) a .71 (ítem 4) en la muestra de universitarios, evidenciando que los ítems poseen un alto nivel de discriminación. Bajo la misma línea, en Colombia, Ruíz et al. (2016), observaron que la consistencia interna también fue buena, con un alfa de Cronbach de .91 en la muestra general (n = 1759) y de .88 en la muestra de universitarios (n = 762). Asimismo, las correlaciones entre cada ítem y el total de las puntuaciones estuvieron en un rango de .63 a .69 en la población universitaria (Ruíz et al., 2016).

e. Normas de aplicación

Patrón (2010) hace mención del procedimiento para aplicar el Cuestionario de Aceptación y Acción-II: el primer paso es entregar el cuestionario a los participantes; después indicar que encontrarán una lista de afirmaciones, donde deben marcar con una “X” según qué tan verdadero es la frase en una escala de 1 al 7 para su persona; luego aclarar que no existen respuestas correctas o incorrectas, ni preguntas con truco y, por último, verificar que los evaluados hayan contestado todos los ítems.

f. Normas de corrección

El Cuestionario de Aceptación y Acción-II es una escala Likert de 7 reactivos, donde el puntaje final se obtiene de la suma de los puntajes alcanzados en cada uno de los ítems. La puntuación mínima posible es 7, siendo la máxima 49 (Ruíz et al., 2016).

3.5.2 Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9)

a. Ficha técnica

Nombre original: Patient Health Questionnaire

Autores originales: Robert L. Spitzer, Kurt Kroenke y Janet B.W. Williams.

Nombre de la traducción: Cuestionario sobre la Salud del Paciente

Traducción: Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas.

País: Perú

Año: 2001

Objetivo: Detección de depresión y sus niveles de severidad.

Forma de aplicación: Individual y colectiva.

Tiempo de aplicación: 5 minutos.

Ámbito de aplicación: individuos normales y población clínica.

b. Descripción del instrumento

El PHQ-9 es el módulo de depresión del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ por su sigla en inglés). Este instrumento de autoinforme se basa en los 9 criterios del DSM-IV y está conformado por 9 ítems que se responden por medio de una escala Likert, que va de 0 (nunca) a 3 (casi todos los días) (Kroenke et al., 2001). Asimismo, el PHQ-9 puede ser utilizado para hacer un diagnóstico probable del trastorno depresivo mayor o como una medida continua para identificar la sintomatología depresiva en sus distintos niveles como leve, moderado, moderadamente severo o severo (Kroenke y Spitzer, 2002).

c. Validez

Se realizó un análisis de invarianza del Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9) en una muestra peruana de 30,449 participantes (conformada por hombres y mujeres, de ambientes urbanos y rurales con

orígenes multiétnicos y de diferente nivel socioeconómico), donde a través de análisis factorial confirmatorio, se observó un modelo unifactorial (Villareal-Zegarra, 2019). Por otra parte, en Colombia, el PHQ-9 evidenció una adecuada validez convergente con la escala de depresión de Zung ($r = .72$), así como validez divergente con la escala Francis-5 ($r = .62$) en población universitaria (Cassiani, 2015).

d. Análisis de ítems y confiabilidad

Villarreal-Zegarra et al. (2019) encontraron que la consistencia interna del PHQ-9 fue adecuada, con un alfa de Cronbach de $.87$ y con un coeficiente omega de McDonald de $.87$ en una muestra peruana ($n = 30,449$). Asimismo, las correlaciones entre cada ítem y la puntuación total de la escala se encontraron en un rango general de $.62$ a $.77$.

e. Normas de aplicación

El cuestionario se puede aplicar de manera individual como colectiva. Al iniciar la evaluación, se les indica a los participantes que deben marcar la frecuencia con la que han experimentado, en las últimas dos semanas, las molestias descritas en los ítems (Pfizer, 2022).

f. Normas de corrección

El Cuestionario sobre la Salud del Paciente es una escala Likert, donde el puntaje final se obtiene de la suma de las puntuaciones obtenidas en cada uno de los ítems. El mínimo puntaje posible es 0 y el máximo 27 (Pfizer, 2022).

3.6 Procedimiento de recolección de datos

Primero, se remitió una solicitud a las autoridades de distintas facultades de una

universidad estatal de Lima Metropolitana con la finalidad de obtener la autorización para la aplicación de instrumentos. Luego de obtenerse el permiso, se realizó coordinaciones respectivas con cada profesor de un aula seleccionada para la aplicación de las pruebas, la evaluación se realizó de manera virtual y colectiva a los estudiantes presentes en cada clase entre los meses de setiembre y octubre del año 2022. Asimismo, se les informó a todos los participantes el propósito de la investigación, se les garantizó la confidencialidad de los resultados, y se solicitó el consentimiento informado antes de la aplicación de los instrumentos.

3.7 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Primero, se obtuvo la validez de contenido para el PHQ-9 y el AAQ-II mediante el coeficiente de validez V de Aiken. Después se evaluó la validez de las escalas a través del análisis factorial confirmatorio. Asimismo, con el fin de establecer la idoneidad del PHQ-9 y AAQ-II, se realizó el análisis de ítems utilizando el coeficiente de correlación ítem-test corregida, se evaluó la confiabilidad de los instrumentos que se utilizaron por el método de consistencia interna del alfa de Cronbach.

Se realizó un análisis descriptivo de los resultados mediante tabla de frecuencias y de porcentajes. Además, se procedió a realizar la prueba de bondad de ajuste de Shapiro-Wilk para contrastar la distribución normal de los puntajes en las variables. En relación con los resultados obtenidos, se realizó el análisis de correlación, utilizándose la prueba no paramétrica de rho de Spearman con el fin de encontrar la significatividad de los resultados (Sánchez y Reyes, 2021). Además, se calculó el tamaño del efecto tanto de los coeficientes de correlación como de los de comparación.

Por último, para el análisis de comparación de la muestra en la variable evitación experiencial y la variable sintomatología depresiva se conformaron los grupos en

función de la variable sexo, eligiéndose la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Análisis psicométrico de Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ – II)

4.1.1 Validez

Se determinó la validez de contenido a través de criterio de jueces, los cuales fueron cinco. Después de dicho análisis, se evidenció que el instrumento empleado es válido al obtenerse un valor de 1.00 en el coeficiente V de Aiken (Ver Tabla 9), siendo estadísticamente significativo (Escrura, 1988). De esta forma, ninguno de los ítems fue eliminado de la escala.

Respecto al análisis factorial confirmatorio, se evidenció validez de constructo al observarse un adecuado índice de ajuste de los datos al modelo propuesto (Ver tabla 11) y apreciarse que las magnitudes de correlación de errores y los parámetros de discriminación son positivas y oscilan entre .69 y .86. (Ver Figura

1).

4.1.2 Análisis de ítems y confiabilidad

Respecto al análisis de ítems, la correlación ítem-test corregida varía entre .71 y .82 (Tabla 12), mostrando así, valores apropiados para la escala. Asimismo, se alcanzó un coeficiente alfa de Cronbach de .92 (Tabla 13).

4.2 Análisis psicométrico del Patient Health Questionnaire (PHQ – 9)

4.2.1 Validez

La validez de contenido se obtuvo por medio del método de criterio de jueces, y se consideró cinco expertos. El Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) presentó un coeficiente V de Aiken de 1.00 (Tabla 14), siendo estadísticamente significativo (Escurra, 1988). De esta forma, ninguno de los ítems fue eliminado del cuestionario.

Respecto al Análisis Factorial Confirmatorio, se evidenció validez de constructo al observarse un adecuado índice de ajuste de los datos al modelo propuesto (Tabla 16) y se apreció que las magnitudes de correlación de errores y los parámetros de discriminación son positivas y oscilan entre .65 y .84 (Figura 2).

4.2.2. Análisis de ítems y confiabilidad

Acercas de la correlación ítem-test corregida, se observó que osciló entre .40 a .72 (Tabla 17). Respecto a la confiabilidad, se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de .89 (Tabla 18).

4.3 Análisis descriptivo

Se realizó un análisis descriptivo de los resultados. Respecto a la Escala de Aceptación

y Acción II (AAQ-II), la muestra obtuvo un puntaje total que van desde el 7 hasta el 49 (Tabla 3), donde el puntaje total 16 fue el que mayor cantidad de universitarios presentó (16 estudiantes). Asimismo, la media (M) fue de 24.23 y una desviación estándar (DE) de 9.36.

Tabla 3

Análisis descriptivo de la Escala de Aceptación y Acción II (AAQ-II) en estudiantes de una universidad estatal de Lima Metropolitana

Puntaje total	f	%
7	4	1.5
8	7	2.6
9	4	1.5
10	5	1.8
11	1	0.4
12	4	1.5
13	7	2.6
14	7	2.6
15	10	3.6
16	16	5.8
17	5	1.8
18	11	4.0
19	12	4.4
20	11	4.0
21	15	5.5
22	12	4.4
23	11	4.0
24	6	2.2
25	10	3.6
26	6	2.2
27	12	4.4
28	13	4.7
29	7	2.6
30	6	2.2
31	6	2.2
32	12	4.4
33	6	2.2

34	7	2.6
35	4	1.5
36	7	2.6
37	4	1.5
38	6	2.2
39	3	1.1
40	4	1.5
41	3	1.1
42	2	0.7
43	2	0.7
46	1	0.4
47	1	0.4
48	2	0.7
49	2	0.7
Total	274	100
M = 24.23		
DE = 9.36		

En relación con el Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9), los participantes obtuvieron un puntaje total que van desde el 0 hasta el 26 (Tabla 4), donde el puntaje total 9 fue el que presentó mayor frecuencia (21 estudiantes). Asimismo, la media fue de 9.46 y una desviación estándar de 6.02.

Tabla 4

Distribución de frecuencias y porcentajes de los puntajes del Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9) en estudiantes de una universidad estatal de Lima Metropolitana

Puntaje total	f	%
0	11	4.0
1	6	2.2
2	11	4.0
3	22	8.0
4	20	7.3
5	15	5.5
6	16	8.0
7	16	7.3
8	15	5.5

9	21	7.7
10	15	5.5
11	14	5.1
12	13	4.7
13	7	2.6
14	12	4.4
15	11	4.0
16	5	1.8
17	8	2.9
18	9	3.3
19	7	2.6
20	8	2.9
21	4	1.5
22	3	1.1
23	2	0.7
24	1	0.4
25	1	0.4
26	1	0.4
Total	274	100
M = 9.46		
DE = 6.02		

Por último, se procedió a evaluar el supuesto de normalidad con la prueba de Shapiro-Wilk encontrándose en ambas variables (Tabla 5), valores estadísticamente significativos, lo que llevaría a rechazar la hipótesis nula que afirma que los datos cumplen con el supuesto y, por lo tanto, se procede en el camino de la estadística no paramétrica.

Tabla 5

Prueba de Bondad de Ajuste de Shapiro-Wilk de los puntajes totales de las variables evitación experiencial y sintomatología depresiva en los alumnos de la muestra

	<i>Shapiro-Wilk</i>	<i>p</i>
Evitación experiencial	.986	.01
Sintomatología depresiva	.964	.00

*Nota: n = 274, *p < .05*

4.5 Contrastación de hipótesis

Se procedió a determinar la relación de las variables de estudio por medio del coeficiente rho de Spearman dado que los datos no cumplieron el supuesto de la normalidad, el coeficiente de correlación resultó ser positivo y estadísticamente significativo, así como el tamaño de efecto grande (Tabla 6). Por lo que, a más evitación experiencial, más sintomatología depresiva o a menos evitación experiencial, menos sintomatología depresiva.

Tabla 6

Correlación rho de Spearman entre la evitación experiencial y la sintomatología depresiva en los estudiantes de una universidad estatal de Lima

	Sintomatología depresiva	r^2
Evitación experiencial	.71	.518

*Nota: n = 274, *p < .05*

A su vez, para evaluar las diferencias en la variable evitación experiencial según el sexo, se utilizó la prueba no paramétrica de la U de Mann – Whitney, tal como se presenta en

la tabla 7. Se observó que el valor p estadísticamente significativo, siendo el tamaño del efecto pequeño (Kirk, 1996). Es de esta manera que se rechazó la hipótesis nula, sugiriéndose que hay diferencias según el sexo respecto a la evitación experiencial en los participantes. Asimismo, se evidenció que, las mujeres obtuvieron mayor puntaje que los varones en dicha variable.

Tabla 7

Prueba U de Mann Whitney de la evitación experiencial considerando la variable sexo en los participantes de la investigación

	Sexo	n	Rango promedio	Suma de rangos	U Mann-Whitney	Z	PSest
Evitación experiencial	Hombre	133	124.56	16566.50	7656	-2.62*	.40
	Mujer	141	149.71	21108.50			

*Nota: n = 274, *p < .05*

Además, se evaluó las diferencias que hay en la sintomatología depresiva según el sexo. Se eligió la prueba no paramétrica de la U de Mann – Whitney, tal cual se puede observar en la tabla 8. Se evidenció que el valor p es estadísticamente significativo, siendo el tamaño del efecto pequeño (Kirk, 1996); rechazándose la hipótesis nula, sugiriendo así que hay diferencias según el sexo respecto a la sintomatología depresiva en los participantes. Asimismo, los resultados indicaron que, las mujeres obtuvieron mayor puntaje que los varones en dicha variable.

Tabla 8

Prueba U de Mann Whitney de la sintomatología depresiva considerando la variable sexo en los participantes de la investigación

	Sexo	n	Rango promedio	Suma de rangos	U Mann-Whitney	Z	PSest
Sintomatología Depresiva	Hombre	133	123.98	16489.00	7578	-2.74*	.40
	Mujer	141	150.26	21186.00			

*Nota: n = 274, *p < .05*

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1 Análisis y discusión de resultados

La presente investigación se planteó como objetivos el analizar la relación entre la evitación experiencial y la sintomatología depresiva en estudiantes de una universidad estatal de Lima Metropolitana, así como comparar ambos constructos considerando la variable sexo.

En estudiantes universitarios, la evitación experiencial se correlaciona positiva y directamente con diversos problemas psicológicos caracterizados por la presencia de eventos internos aversivos (p. ej., el miedo, preocupación, tensión, irritabilidad, problemas de sueño y apetito), tal como con la ansiedad (Coutinho et al., 2019; Guillén, 2018; Román, 2021; Valencia et al., 2017), la rumiación (Guerrero, 2022; Velásquez et al., 2018) y el malestar emocional (Splenger, 2019).

Por tal motivo, siguiendo a esta línea de investigaciones, el primer objetivo del presente trabajo fue analizar la relación entre la evitación experiencial y la sintomatología depresiva en estudiantes de una universidad estatal de Lima Metropolitana. Respecto a ello, se encontró una relación positiva y estadísticamente

significativa entre las dos variables, pues a mayor evitación experiencial, fue mayor la sintomatología depresiva (Tabla 6); aceptándose la primera hipótesis general (H₁). Estos resultados coinciden con muchas investigaciones que trabajaron con ambas variables en poblaciones clínicas como no clínicas.

Respecto a poblaciones no clínicas, por ejemplo, Ögütlü et al. (2021) evidenciaron una relación directa y significativa entre la depresión y la evitación experiencial en universitarios turcos, tal como se observó en el presente estudio. A su vez, Mellick et al. (2019) observaron que la evitación experiencial parecía ser un predictor importante de la sintomatología de trastorno depresivo mayor en adolescentes mayores.

Los mismos resultados se observan en población clínica, por ejemplo, Browning et al. (2022) evidenciaron una relación directa entre la evitación experiencial, la gravedad en los síntomas de TOC y la cantidad síntomas depresivos, incluso la evitación experiencial explicó significativamente la variación en el cambio de los síntomas depresivos más que el del TOC. De igual forma, Akbari et al. (2022) indicaron una asociación moderada entre síntomas depresivos y la evitación experiencial a través de una revisión sistemática y metaanálisis en un total de 441 estudios, dando como conclusión que la evitación experiencial actuaba como un proceso transdiagnóstico y transcultural relevante para la depresión. Por último, en Perú, Campos (2022) encontró una relación positiva y estadísticamente significativa entre la evitación experiencial y la depresión en pacientes con COVID.

Los estudios señalados no solo evidencian la relación entre la evitación experiencial con la sintomatología depresiva, sino que también podrían brindar alguna respuesta sobre por qué se da ello. Esto se debe a que estos trabajos muestran que la evitación experiencial predice de cierta forma la presencia de sintomatología depresiva (Browning et al., 2022; Mellick et al., 2019; Ögütlü et al., 2021). Por ejemplo, unos

de los primeros en evidenciar esto fueron Rueda y Valls (2016), quienes indicaron que la evitación experiencial podría ser un factor notable que contribuye en la depresión.

Sumado a ello, los resultados obtenidos también pueden ser explicados considerando los aportes de Wilson y Luciano (2002) y Luciano et al. (2005), quienes manifiestan que el contexto verbal donde las personas se encuentran les enseña a que deben valorar indiscriminada y negativamente a todo evento interno que les genere dolor, ocasionando que estos perciban a tales eventos como peligros reales y tangibles a los cuales deben controlar y/o eliminar para así poder seguir actuando como un ser humano funcional.

De tal forma, Wilson y Luciano (2002) mencionan que la depresión es valorada negativamente por el contexto verbal; por lo cual, la presencia de la sintomatología depresiva se convertiría en una situación aversiva y peligrosa para el individuo. Por ejemplo, Harris (2009) indica que los pacientes depresivos luchan por no sentir la culpa, la soledad, el agotamiento, etc. (eventos internos dolorosos). Por tal motivo, el sujeto buscará eliminar, cambiar o evitar los pensamientos (ejemplo: ideación suicida) y sentimientos negativos (ejemplo: tristeza, irritabilidad, sentimientos de poca valía) para de esta manera no comportarse como un “depresivo”.

Por lo cual es esperable que, a mayor evitación experiencial, haya mayor presencia de sintomatología depresiva; ya que esta actuaría como un recurso que permite al sujeto no mantener contacto con el evento que tanto sufrimiento le causa. Sin embargo, el individuo no se percata que la evitación experiencial es un mecanismo caracterizado por dos aspectos: eficacia a corto plazo e ineficacia a largo plazo.

Es decir, es útil para aliviar momentáneamente el dolor, en este caso, la sintomatología depresiva, pero no para mantener ese estado; observándose que, en

vez de disminuir tales síntomas, se incrementa la intensidad y/o frecuencia de ellos. De tal forma que, por reforzamiento negativo (Harris, 2009), la persona vuelve a recurrir a la evitación experiencial para conseguir una liberación momentánea de los pensamientos y sensaciones aversivas, iniciando un bucle sin fin (Luciano et al., 2006).

Esto último, concuerda con lo propuesto por Fester en 1965, quien consideraba que uno de los dos factores más representativos de la conducta depresiva era el incremento de conductas de evitación y de escape ante la presencia de estímulos aversivos (Vidal, 2019).

En el caso de los universitarios, la población del presente estudio, estos están expuestos a ciertas situaciones aversivas y específicas relacionadas a la depresión como: el bajo rendimiento y la excesiva carga académica; el sufrir problemas en la calidad de sueño; presencia de inadecuado estado físico por poca actividad; malos hábitos alimenticios; así como disfuncionalidad o problemas de cohesión familiar; problemas psicológicos y dificultades en el área de pareja (Vargas, 2021). Por lo cual, es posible que una de las estrategias que ellos utilizan para enfrentar tales situaciones y escapar o evitar los eventos internos que les generan (cansancio, desgano, tristeza y etc.) sea la evitación experiencial. Por lo que, a mayor uso de tal estrategia, mayor será la sintomatología depresiva, debido al efecto rebote mencionado.

Por otro lado, el segundo objetivo planteado en el actual trabajo fue el comparar la evitación experiencial y la sintomatología depresiva entre los estudiantes de una universidad estatal de Lima Metropolitana considerando la variable sexo. Respecto a ello, los resultados obtenidos responden y confirman la segunda hipótesis general (H₂) al evidenciar una diferencia significativa entre hombres y mujeres en la evitación experiencial (Tabla 7) y en la sintomatología depresiva (Tabla 8).

Por ejemplo, respecto a la variable evitación experiencial, se confirmó la hipótesis específica (H_{2.1}) al existir una diferencia estadísticamente significativa en la evitación experiencial entre los hombres y las mujeres que conforman la muestra de investigación (Tabla 7). Los resultados evidenciaron que las estudiantes mujeres presentaron mayor evitación experiencial que los varones. Esto concuerda con los de Vega y Valdivia (2022), quienes encontraron diferencias significativas cuando se comparaba considerando la variable sexo a los estudiantes de psicología de universidades públicas (población similar a la del presente estudio), siendo mayor la evitación experiencial en mujeres que en varones; mas no se encontró diferencias significativas en estudiantes de universidades privadas. Cabe resaltar que, los resultados presentes como los de Vega y Valdivia (2022) no coinciden con los de Román (2021), quien no encontró diferencias significativas respecto a la variable sexo en su muestra (estudiantes de la facultad de Psicología de una universidad estatal).

Asimismo, respecto a la variable sintomatología depresiva, se confirmó la hipótesis específica (H_{2.2}) al existir una diferencia estadísticamente significativa en la sintomatología depresiva entre los varones y mujeres que conforman la muestra de investigación (Tabla 8). Además, los resultados pusieron en evidencia que las mujeres presentaron mayor sintomatología depresiva que los varones, lo cual coincide con Novoa (2020), quien observó diferencias significativas en la sintomatología depresiva en 229 estudiantes universitarios de Lima, siendo las mujeres quienes presentaban mayor sintomatología depresiva en comparación a los varones.

En relación con los objetivos de naturaleza metodológica, se buscó determinar las propiedades psicométricas del Cuestionario Aceptación y Acción II (AAQ-II) y del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9).

Es de esta manera que, en el caso del AAQ-II, las correlaciones ítem-test corregidas alcanzaron valores entre .71 y .82 (Tabla 12), evidenciando una congruencia entre los reactivos del cuestionario. Del mismo modo, se observó que el coeficiente alfa de Cronbach fue de .92 (Tabla 13), superando a lo observado en Ruiz et al. (2013), donde se obtuvo un alfa de Cronbach de .88 en la muestra general ($n = 580$) y de .86 en la muestra de universitarios ($n = 253$) y en Ruiz et al. (2016), donde se evidenció un alfa de Cronbach de .91 en la muestra general ($n = 1759$) y de .88 en la muestra de universitarios ($n = 762$), observándose que el instrumento presenta una adecuada consistencia interna; por lo cual, no fue necesario eliminar ítems de la escala.

Con respecto a las evidencias de validez del Cuestionario de Aceptación y Acción II, este presentó evidencias de validez de contenido al obtener por parte de los expertos un resultado adecuado y favorable a los ítems que componen el instrumento (Tabla 9). Asimismo, mediante el uso de la técnica del Análisis Factorial Confirmatorio (AFC), se encontró evidencias de validez de la estructura interna al observarse que los parámetros presentan una orientación positiva, así como una magnitud considerable que oscilan entre .69 y .86 (Figura 1).

Por otro lado, en relación con las propiedades psicométricas del PHQ-9, se observó que la correlación ítem-test corregida oscila entre .40 a .72 (Tabla 17). Asimismo, presentó un coeficiente alfa de Cronbach de .89 (Tabla 18); resultados muy similares a lo observado en Villarreal-Zegarra et al. (2019), donde se obtuvo un alfa de Cronbach de .87 en una muestra representativa de Perú. Es de esta manera que, se visualizó una adecuada consistencia interna; por tal motivo, se mantuvo la cantidad de reactivos.

Bajo la misma línea, se obtuvo evidencias de validez del Cuestionario de Salud del Paciente, tales como la de contenido, dado que los expertos entregaron un veredicto a favor de los reactivos del instrumento (Tabla 14). En adición, se utilizó la técnica

multivariante de Análisis Factorial Confirmatorio (AFC), generando evidencias de validez de estructura interna al observarse que los parámetros de discriminación muestran una naturaleza positiva y una magnitud que oscila entre .65 y .84 (Figura 2).

Entre los aportes del presente estudio está el evidenciar la relación entre la evitación y la sintomatología depresiva en una población no clínica, como es la universitaria, en Lima (Perú), disminuyendo cierto vacío de conocimientos sobre tal realidad en el contexto local, actuando como un precedente para futuros estudios que deseen o busquen una temática parecida en similar o diferente población. Asimismo, brinda material científico que facilitaría la prevención de la sintomatología depresiva al evidenciar a la evitación experiencial como un posible objetivo de tratamiento o de talleres psicoeducativos en población universitaria.

Además, mostró la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres respecto a la evitación experiencial como a la sintomatología depresiva en dicha población, lo cual permitiría visualizar la necesidad de realizar ciertas variaciones a posibles intervenciones con el fin de lograr mayor efectividad. Sin embargo, se resalta primero la necesidad de abrir paso a futuras investigaciones y estudiar las causas que estarían implicadas en tales diferencias.

Por último, la información obtenida respecto a los instrumentos utilizados permite brindar evidencias de validez y confiabilidad, que posibilitan emplearlos en futuras investigaciones en poblaciones similares.

5.2 Conclusiones

- El Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II) evidencias índices de validez de contenido y de constructo, así como de confiabilidad apropiados.
- El Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) presenta niveles de confiabilidad

y validez de contenido y constructo adecuados.

- La relación entre la evitación experiencial y sintomatología depresiva es estadísticamente significativa en los participantes.
- La diferencia que hay entre los varones y las mujeres de la muestra en la variable evitación experiencial es estadísticamente significativa. Las participantes mujeres del estudio presentan mayor evitación experiencial que los varones.
- En relación con la sintomatología depresiva, los participantes presentan diferencias estadísticamente significativas según sexo. Las mujeres evidencian mayor sintomatología que su contraparte masculina.

5.3 Recomendaciones

- Replicar el presente estudio en estudiantes de diversas universidades de Lima o incluso del Perú, tanto privadas como estatales.
- Desarrollar investigaciones que relacionen la evitación experiencial y sintomatología depresiva con otras variables como la fusión cognitiva o rumiación.
- Replicar el presente estudio en personas con diagnóstico clínico de trastorno depresión mayor o distimia.
- Desarrollar talleres psicoeducativos sobre los efectos negativos de la evitación experiencial en estudiantes universitarios con el fin de reducir su impacto en dicha población.

- Desarrollar programas preventivos-promocionales en cuanto a la sintomatología depresiva, tomando en consideración el papel de la evitación experiencial, en estudiantes universitarios con la finalidad de disminuir la aparición, desarrollo o mantenimiento de sintomatología depresiva y sus posibles efectos negativos en tal población.

REFERENCIAS

- Akbari, M., Seydavi, M., Hosseini, Z., Krafft, J. y Levin, M. (2022). Experiential Avoidance in Depression, Anxiety, Obsessive-compulsive related, and Posttraumatic stress disorders: A Comprehensive Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 24, 65-78. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.03.007>
- Arrieta, K., Díaz, S. y González, F. (2013) Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de odontología: prevalencia y factores relacionados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(2), 173-181. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502013000200004&script=sci_abstract&tlng=es
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *DSM-V: Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*. Editorial Médica Panamericana.
- Bardeen, J. & Fergus, T. (2016). Emotional distress intolerance, experiential avoidance, and anxiety sensitivity: The buffering effect of attentional control on associations with posttraumatic stress symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(2), 320–329. <https://doi.org/10.1007/s10862-015-9522-x>
- Barraca, J. (2009). La activación conductual (AC) y la terapia de activación conductual para la depresión (TACD): Dos protocolos de tratamiento desde el modelo de la activación conductual. *EduPsykhé*, 8(1), 23-50. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3040305>
- Barraza, R., Muñoz, N., Alfaro, M., Álvarez, A., Araya, V., Villagra, J. y Contreras, A. (2015). Ansiedad, depresión, estrés y organización de la personalidad en estudiantes novatos de medicina y enfermería. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 53(4), 251-260. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272015000400005>
- Barraza, R., Muñoz, N y Contreras, A. (2017). Relación entre organización de personalidad y prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad y estrés entre universitarios de carreras de la salud en la Región de Coquimbo, Chile. *Revista colombiana de psiquiatría*, 46(4),203–208. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.07.005>
- Beiter, R., Nash, R., McCrady, M., Rhoades, D., Linscomb, M., Clarahan, M. & Sammut, S. (2015). The prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in a sample of college students. *Journal of Affective Disorders*, 173,90-96. Doi: 10.1016/j.jad.2014.10.054.
- Bonanno, G., Papa, A., LaLande, K., Westphal, M. & Coifman, K. (2004). The importance of being flexible: The ability to both enhance and suppress emotional expression predicts long-term adjustment. *Psychological Science*, 15(7), 482-487. Doi: 10.1111/j.0956-7976.2004.00705.
- Bond, F., Hayes, S., Baer, R., Carpenter, K., Guenole, N., Orcutt, H., Waltz, T. y Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire - II: A revised measure of psychological flexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688. Doi: 10.1016/j.beth.2011.03.007
- Bong, E. & Kim, Y. (2017). Relationship between Life Stress, Depression and Smartphone addiction in Nursing Students: Mediating Effects of Experiential Avoidance. *Journal of*

- the Korea Academia-Industrial cooperation Society*, 18(7) ,121-129.
<https://doi.org/10.5762/KAIS.2017.18.7.121>
- Browning, M., Van Kirk, N. y Krompinger, J. (2022). Examining depression symptoms within OCD: the role of experiential avoidance. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 50(4), 367-380. <https://doi.org/10.1017/S1352465821000497>
- Butler, J. & Ciarrochi, J. (2007). Psychological acceptance and quality of life in the elderly. *Quality of Life Research*, 16(4), 607–615. Doi:10.1007/s11136-006-9149-1
- Campos, G. (2022). *Evitación experiencial y depresión estado-rasgo en pacientes covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021* [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana Los Andes]. <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/4794>
- Caballo, E., Salazar, I. y Carroble, J. (2014). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (2ª ed.). Pirámide.
- Cassiani-Miranda, C. (2015). *Desempeño psicométrico de la escala PHQ-9 para el tamizaje de sintomatología depresiva en estudiantes universitarios de Cartagena* [Tesis de título profesional, Universidad de Cartagena]. Doi: <https://repositorio.unicartagena.edu.co/handle/11227/2313>
- Casullo, M. (2004). Síntomas psicopatológicos en adultos urbanos. *Psicología y Ciencia social*, 6(1), 49-57.
- Chawla, N. & Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of Clinical Psychology*, 63(9), 871-890. doi: 10.1002/jclp.20400.
- Chapi, J. (2013). *Principales modelos etiológicos de la depresión*. <https://es.slideshare.net/jorgelchm/articulo-chapi-modelos-depresin>
- Cheung, T., Wong, S, Wong, K., Law, L., Ng, K., Tong, M., Wong, K., Ng, M. & Yip, P. (2016). Depression, anxiety and symptoms of stress among baccalaureate nursing students in Hong Kong: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(8), 779. Doi: 10.3390/ijerph13080779.
- Cribb, G., Moulds, M. & Carter, S. (2006). Rumination and experiential avoidance in depression. *Behavior Change*, 23(3), 165–176. Doi: 10.1375/bech.23.3.165.
- Coutinho, M., A Trindade, I. & Ferreira, C. (2019). Experiential avoidance, committed action and quality of life: Differences between college students with and without chronic illness. *Journal of Health Psychology*, 26(7), 1035-1045. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31298586/>
- D’Acunha, D. (2019). *Sintomatología depresiva y ansiosa y regulación emocional en adultos que realizan ejercicio físico* [Tesis de licenciatura, Universidad Pontificia Católica del Perú]. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/13804>
- Dellachiesa, F. (2021). *Autocompasión y evitación experiencial, una relación inversa en adultos jóvenes de Lima Metropolitana* [Tesis de título profesional, Universidad de Lima]. <https://repositorio.ulima.edu.pe/handle/20.500.12724/14795>

- Dinis, A., Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J. & Estanqueiro, C. (2015). Memories of shame experiences with others and depression symptoms: the mediating role of experiential avoidance. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 22(1),32-44. Doi: 10.1002/cpp.1862.
- Dougher, M. y Hackbert, L. (1994). A behavior-analytic account of depression and a case report using acceptance-based procedures. *The behavior analyst*, 17(2), 321-334. Doi: 10.1007/BF03392679
- Egusquiza, B. (2018). *Evitación experiencial, apoyo social percibido y habilidades sociales como predictores de la sintomatología clínica en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia de un instituto nacional de salud mental* [Tesis de título profesional, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/10036?show=full>
- Escurra, M. (1989). Cuantificación de la Validez de Contenido por Criterio de Jueces. *Revista de Psicología*, 6(1-2), 103-111. <https://doi.org/10.18800/psico.198801-02.008>
- Guerrero, B. (2022). *Evitación experiencial y respuestas rumiativas en universitarios de Lima Metropolitana* [Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma del Perú]. <https://repositorio.autonoma.edu.pe/handle/20.500.13067/1861?show=full>
- Guillén, L. (2018). *Evitación experiencial y ansiedad en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana* [Tesis de licenciatura, Universidad Ricardo Palma]. <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/1610>
- 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(6), 1152-1168. Doi: 10.1037//0022-006x.64.6.1152.t
- Hayes, S., Strosahl, K. y Wilson, K. (2015). *Terapia de Aceptación y Compromiso: Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Desclée de Brouwet.
- Izquierdo, A. (2012). *Validación de la versión española del BDI-FS: un instrumento para la detección de la depresión en atención primaria* [Tesis de doctorado, Universidad Complutense de Madrid]. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/14539/>
- Karekla, M. y Panayiotou, G. (2011). Coping and experiential avoidance: Unique or overlapping constructs?. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(2), 163-170, doi:10.1016/j.jbtep.2010.10.002
- Kashdan, T. & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychological Review*, 30(7), 467-480. Doi: 10.1016/j.cpr.2010.03.001
- Kelly, M. & Forsyth, J. (2009). Associations between emotional avoidance, anxiety sensitivity, and reactions to an observational fear challenge procedure. *Behaviour Research and Therapy*, 47(4), 331–338. Doi: 10.1016/j.brat.2009.01.008
- Kirk, R. (1996). Practical significance: a concept whose time has come. *Educational and Psychological Measurement*, 56(5), 746-759. Doi: <https://doi.org/10.1177/001316449605600500>

- Klein, R., Collares, A., Boff, N. y Da Silva, M. (2021). Estresse, ansiedade, depressão e inflexibilidade psicológica em estudantes universitários de graduação e pós-graduação. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 21(2), 749-767. Doi:10.12957/epp.2021.61067
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams, J. B. W. (2001). Validity of a Brief Depression Severity Measure. *Journal of General Internal Medical*, 16(9), 606-613. Doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
- Kroenke, K., Spitzer, R. (2002). The PHQ-9: A New Depression Diagnostic and Severity Measure. *Psychiatric Annals* 32(9), 1-7. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-20020901-06>
- Kulsoom, B. y Afsar, N. (2015). Stress, anxiety, and depression among medical students in a multiethnic setting. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 11, 1713-1722. Doi: 10.2147/NDT.S83577.
- Kumpula, M., Orcutt, H., Bardeen, J. y Varkovitzky, R. (2011). Peritraumatic dissociation and experiential avoidance as prospective predictors of posttraumatic stress symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(3), 617-627. Doi: 10.1037/a0023927
- Luciano, C., Gutiérrez, O. y Rodríguez, M. (2005). Análisis de los contextos verbales en el trastorno de evitación experiencial y en la Terapia de Aceptación y Compromiso. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(2), 333-358. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342005000200008
- Luciano, C., Valdivia, S., Gutiérrez, O. y Páex-Blarrina, M. (2006). Avances desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *EduPsykhé*, 5(2),173-201. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2147831>
- Mellick, W., Mills, J., Kroska, E., Calarge, C., Sharp, C. y Dindo, L. (2019). Experiential avoidance predicts persistence of major depressive disorder and generalized anxiety disorder in late adolescence. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 80(6). Doi: 10.4088/JCP.18m12265
- Mitmansgruber, H., Beck, T. y Schlüssler, G. (2008). “Mindful helpers”: Experiential avoidance, meta-emotions, and emotion regulation in paramedics. *Journal of Research in Personality*, 42(5), 1358-1363. Doi: 10.1016/j.jrp.2008.03.012
- Novoa, A. (2019). *Fusión cognitiva y sintomatología depresiva en estudiantes universitarios de lima metropolitana* [Tesis de título profesional, Universidad Ricardo Palma]. <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/3297>
- Öğütlü, H., Doğan, U., Adıgüzel, A. y Türkçapar, H. (2021). Mediation role of experiential avoidance in the relationship between subjective vitality and depression. *Journal Cognitive-Behavioral psychotherapy and Reaserch*, 10(3),297-303. <https://doi.org/10.5455/JCBPR.24831>
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Depresión*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

- Osada, J., Rojas, M., Rosales, C. y Vega-Dienstmaier, J. (2010). Sintomatología ansiosa y depresiva en estudiantes de medicina. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 73 (1), 15-19. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372036929003>
- Panayiotou, G., Karekla, M., & Mete, I. (2014). Dispositional coping in individuals with anxiety disorder symptomatology: Avoidance predicts distress. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(4), 314-321. Doi: 10.1016/j.jcbs.2014.07.001
- Patrón, F. (2010). La evitación experiencial y su medición por medio del AAQ-II. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15(1), 5-19. Doi: <http://www.redalyc.org/pdf/292/29213133001.pdf>
- Pfizer (2022). *Welcome to the Patient Health Questionnaire (PHQ) Screeners*. Doi: <https://www.phqscreeners.com/>
- Román, D. (2021). *Ansiedad y evitación experiencial en estudiantes de psicología de una universidad estatal de Lima Metropolitana* [Tesis de título profesional, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/16320?show=full>
- Rueda, B. & Valls, E. (2016). Relationships among Stress, Experiential Avoidance and Depression in Psychiatric Patients. *The Spanish Journal of Psychology*, 19(27), 1–8. Doi:10.1017/sjp.2016.32.
- Ruiz, F., Langer, A., Luciano, C., Cangas, A. & Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish translation of the Acceptance and Action Questionnaire – II. *Psicothema*, 25(1), 123-129. <https://www.psicothema.com/pi?pii=4090>
- Ruiz, F., Suárez-Falcón, J., Cárdenas-Sierra, S., Durán, Y., Guerrero, K. y Riaño-Hernández, D. (2016). Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II in Colombia. *Psychol Rec*. Doi: 10.1007/s40732-016-0183-2
- Sánchez, H. y Reyes, C. (2021). *Metodología y diseños en la investigación científica*. Bussiness Support Aneth.
- Sánchez, A y Tinoco, S. (2017). *Depresión: Un estudio descriptivo de la sintomatología depresiva en mujeres* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México]. [https://repositorio.unam.mx/contenidos/depresion-un-estudio-descriptivo-de-la-sintomatologia-depresiva-en-mujeres432615?c=rw0m54&d=false&q=*.*\)&i=2&v=1&t=search_0&as=0](https://repositorio.unam.mx/contenidos/depresion-un-estudio-descriptivo-de-la-sintomatologia-depresiva-en-mujeres432615?c=rw0m54&d=false&q=*.*)&i=2&v=1&t=search_0&as=0)
- Sandoval, K., Morote-Jayacc, P., Moreno-Molina, M. y Taype-Rondan, A. (2021). Depresión, estrés y ansiedad en estudiantes de Medicina humana de Ayacucho (Perú) en el contexto de la pandemia por COVID-19. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.10.005>
- Shallcross A., Troy A., Boland M., y Mauss I. (2010). Let it be: Accepting negative emotional experiences predicts decreased negative affect and depressive symptoms. *Behavior Research and Therapy*, 48, 921–929. Doi: 10.1016/j.brat.2010.05.025.
- Sintos, M. (2017). Experiential avoidance as a mediator between rejection sensitivity and social interaction anxiety. *Journal of Psychology & the Behavioral Sciences*, 3(2), 13-

24. <https://iafor.org/journal/iafor-journal-of-psychology-and-the-behavioral-sciences/volume-3-issue-2/article-2/>
- Spengler, E. (2019). *The role of experiential avoidance in the relationship between perceived stress and emotional distress in a sample of university students* [Tesis de maestría, University of The Free State]. <https://scholar.ufs.ac.za/handle/11660/10370>
- Trunce, S., Villarroel, G., Arntz, J., Muñoz, S. y Contreras, W. (2020). Depresión, ansiedad y estrés con rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Investigación en Educación Médica*, 9(36),8-16. <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2020.36.20229>
- Valencia, P., Paz, J., Paredes, E., León, M., Zuñe, C., Falcón, C., Portal, R., Cáceres, R., y Murillo, L. (2017). Evitación experiencial, afrontamiento y ansiedad en estudiantes de una universidad pública de Lima Metropolitana. *Interacciones*, 3(1), 45-58. Doi: 10.24016/2017.v3n1.43
- Valle, R., Sánchez, E. y Perales, A. (2013). Sintomatología depresiva y problemas relacionados al consumo de alcohol durante la formación académica de estudiantes de medicina. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 30(1),54-57. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000100011
- Vega, E. y Valdivia, T. (2022). *Evitación experiencial en estudiantes de psicología de universidades privadas y nacionales ubicadas en Lima Metropolitana* [Tesis de licenciatura, Universidad Femenina del Sagrado Corazón]. <https://repositorio.unife.edu.pe/repositorio/handle/20.500.11955/1094>
- Velásquez, C., Grajeda, A., Montero, V., Montgomery, W. y Egusquiza, K. (2018). Evitación experiencial, rumiación e impulsividad en estudiantes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. *Revista de Investigación en Psicología*, 21(1), 15-26. <http://dx.doi.org/10.15381/rinvp.v21i1.15110>
- Vidal, P. (2019). *Sintomatología depresiva y satisfacción con la vida en adolescentes de una institución educativa nacional del distrito del Callao* [Tesis de título profesional, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/11464>
- Villarreal-Zegarra, D., Copez-Lonzoy, A., Bernabé'-Ortiz, A., Meléndez-Torres, G. y Bazo-Álvarez, J. (2019) Valid group comparisons can be made with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): A measurement invariance study across groups by demographic characteristics. *PLoS ONE*, 14(9),1-15. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221717>
- Weber, S. (2009). Depressive Illness in Teens and Preteens and Effectiveness of the RADS-2 as a First-Stage Assessment. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 22(3), 120–125. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2009.00185.x>
- Wilson, K. y Luciano, C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Ediciones Pirámide.

ANEXOS

ANEXO A

Consentimiento Informado

La presente investigación es realizada por Alessandra Nicole del Águila García, estudiante de quinto año de la carrera de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), quien está orientada a conocer más sobre qué tanto suelen los universitarios evitar sus pensamientos, sentimientos y sensaciones cuando presentan signos de tristeza.

Para ello, se aplicarán 2 breves instrumentos, que tienen una duración aproximada de 5 a 10 minutos cada uno, los cuales no resultarán perjudiciales para usted, pero si alguna de las preguntas le parece incómoda o le genera duda, tiene usted el derecho de hacérselo saber a la investigadora.

Asimismo, la información que brinde será estrictamente confidencial, permanecerá en absoluta reserva y solo será utilizada con fines de investigación científica.

Por último, es importante que comprenda que no recibirá un beneficio directo por participar, solo la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento de las características de los estudiantes universitarios.

Si usted está de acuerdo con continuar y ser parte de esta investigación, marque "Sí, acepto".

ANEXO B

Análisis psicométrico de Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ – II)

- Validez

Para obtener la evidencia de validez basada en el contenido de los ítems que miden la evitación experiencial, se acudió a cinco jueces expertos, quienes determinar si los ítems miden o son indicadores del constructo que se pretende evaluar. Cabe resaltar que estos jueces expertos se caracterizan por el manejo en construcción de pruebas y dominio teórico sobre la variable.

El Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II) presentó ítems que obtuvieron un coeficiente V de Aiken de 1.00, siendo estadísticamente significativo ($p = .032$; Escurra, 1988). Por tal motivo, todos los ítems se mantuvieron en la escala.

Tabla 9

Evidencia de validez basada en el contenido del Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II)

Ítem	RT	Resultados obtenidos por los jueces					TA	V
		J1	J2	J3	J4	J5		
1	EE	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	5	1
2	EE	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	5	1
3	EE	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	5	1
4	EE	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	5	1
5	EE	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	5	1
6	EE	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	5	1
7	EE	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	5	1

Para brindar evidencias de validez basada en la estructura interna, se prosiguió con evaluar el constructo mediante el uso de la técnica multivariante del Análisis Factorial Confirmatorio (AFC). Como primer paso, se presenta la tabla de correlaciones bivariadas entre los ítems, dada la naturaleza de la escala al presentar 7 opciones de

respuesta Likert, se trata como una variable cuantitativa y se opta por las correlaciones producto-momento de Pearson. Como se puede apreciar en la tabla 9 todas las correlaciones son positivas y de magnitudes altas que oscilan entre .51 y .78.

Tabla 10

Matriz de correlaciones Pearson de los ítems del Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ – II) en los participantes del estudio

Ítem	1	2	3	4	5	6	7
1	-						
2	.6	-					
3	.58	.71	-				
4	.78	.59	.6	-			
5	.64	.59	.68	.7	-		
6	.56	.51	.6	.57	.68	-	
7	.59	.58	.65	.61	.75	.74	-

Se procede a realizar el AFC, tomando en cuenta la literatura y estudios antecedentes que trabajaron evaluando las propiedades psicométricas, se puso a prueba el modelo unidimensional y permitiendo las correlaciones entre los ítems 1 y 4, así como también, entre los ítems 2 y 3, encontrándose un buen ajuste de los datos al modelo propuesto. Esto último se puede apreciar en la tabla 10, así como también, en la figura 1 donde se muestra el modelo estructural propuesto junto con los parámetros de discriminación (λ). En general, se aprecia que estos parámetros son positivos y de magnitud considerable oscilando entre .69 y .86.

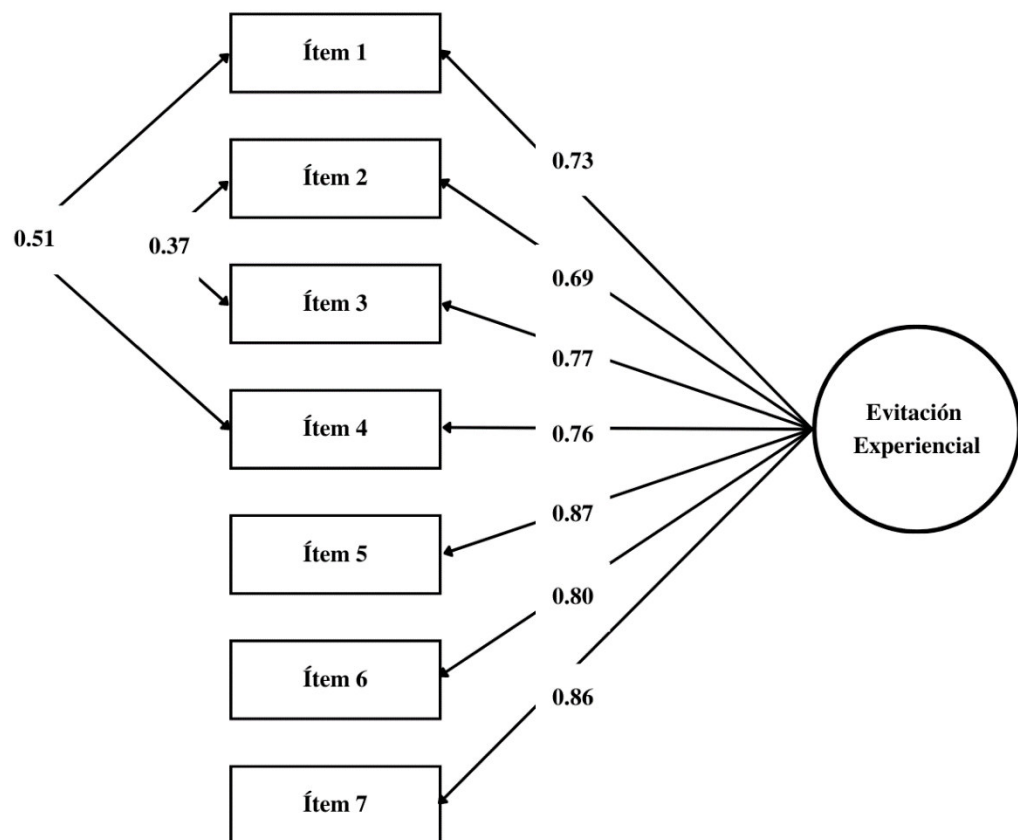
Tabla 11

Índices de ajuste del modelo unidimensional del Cuestionario de Aceptación y Acción-II (AAQ – II) en los participantes de la investigación

Índices de ajuste						
χ^2	df	p value	CFI	TLI	RMSEA	SRMR
26	12	.01	.99	.97	.07	.03

Figura 1

Diagrama estructural del Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ – II)



- Análisis de ítems y confiabilidad

Se reporta los estadísticos descriptivos de los ítems que componen el cuestionario, y se puede apreciar en la tabla 11 tanto la media aritmética, así como también, la desviación estándar. Además de ello, se ha de notar que los índices de asimetría y curtosis están

dentro del rango [-1,1] a excepción de los ítems 6 y 7. Por último, en la correlación ítem-test, los índices presentan una magnitud alta con orientación positiva.

Tabla 12

Estadísticos descriptivos de los ítems del Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II) en los alumnos de la muestra

Ítem	<i>X</i>	DE	<i>S</i>	<i>K</i>	<i>Correlación ítem-test</i>
1	3.16	1.44	.48	-.22	.75
2	3.36	1.55	.34	-.84	.71
3	3.76	1.66	.02	-.9	.77
4	2.89	1.53	.71	-.17	.76
5	3.46	1.64	.38	-.8	.82
6	3.91	1.79	.00	-1.1	.73
7	3.69	1.69	.11	-1.04	.79

Finalmente, establecido el modelo de medida, análisis hecho con el AFC y hallándose adecuados índices de ajuste, se procede a determinar la confiabilidad de la prueba a través del coeficiente por consistencia interna. Se reporta el coeficiente alfa del Cuestionario AAQ-II en la tabla 12.

Tabla 13

Confiabilidad del Cuestionario de Aceptación y Acción-II (AAQ-II)

Coeficiente α
.92

ANEXO D

Análisis psicométrico del Patient Health Questionnaire (PHQ – 9)

- Validez

Para obtener la evidencia de validez basada en el contenido de los ítems que miden la sintomatología depresiva, se acudió a cinco jueces expertos para determinar si los ítems son indicadores del constructo que se pretende evaluar. Cabe resaltar que estos jueces o expertos se caracterizan por el manejo en construcción de pruebas y dominio teórico sobre la variable.

El Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) presentó ítems que obtuvieron un coeficiente V de Aiken de 1.00, siendo estadísticamente significativo (Escrura, 1988).

Por tal motivo, todos los ítems se mantuvieron en el cuestionario.

Tabla 14

Evidencia de validez basada en el contenido del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9)

Ítem	RT	Resultados obtenidos por los jueces						
		J1	J2	J3	J4	J5		
1	SD	Si	Si	Si	Si	Si	5	1
2	SD	Si	Si	Si	Si	Si	5	1
3	SD	Si	Si	Si	Si	Si	5	1
4	SD	Si	Si	Si	Si	Si	5	1
5	SD	Si	Si	Si	Si	Si	5	1
6	SD	Si	Si	Si	Si	Si	5	1
7	SD	Si	Si	Si	Si	Si	5	1
8	SD	Si	Si	Si	Si	Si	5	1
9	SD	Si	Si	Si	Si	Si	5	1

Continuando con el análisis de los datos, se procede a evaluar el comportamiento psicométrico del PHQ-9. Como primer paso, se evalúan las correlaciones que hay entre los ítems. Dada la naturaleza de la escala con 4 opciones de respuesta, se opta por elegir las correlaciones policóricas. En la tabla 14 se puede apreciar las correlaciones y sus respectivas magnitudes.

Tabla 15

Matriz de correlaciones policóricas del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) en los participantes de la investigación

Ítem	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	-								
2	.76	-							
3	.44	.46	-						
4	.62	.59	.70	-					
5	.50	.57	.60	.63	-				
6	.62	.72	.46	.56	.65	-			
7	.55	.56	.51	.60	.60	.61	-		
8	.46	.58	.55	.43	.52	.66	.69	-	
9	.41	.54	.33	.41	.42	.62	.52	.44	-

Se procede a realizar el AFC nuevamente, se realiza la prueba en base a la información existente en la literatura y los antecedentes, se opta por el modelo unidimensional y se permite las correlaciones entre los errores de los ítems 1 y 2, así como también, de los ítems 3 y 4. En la tabla 15 se puede apreciar los índices de ajuste obtenidos al evaluar el modelo unidimensional propuesto. Se resalta unos adecuados índices de ajuste, adicionando más, en la figura 2 se presenta el modelo estructural donde se explicita la correlación de errores y los parámetros de discriminación (λ), se puede apreciar que las magnitudes de estos son positivas y oscilan entre .65 y .84.

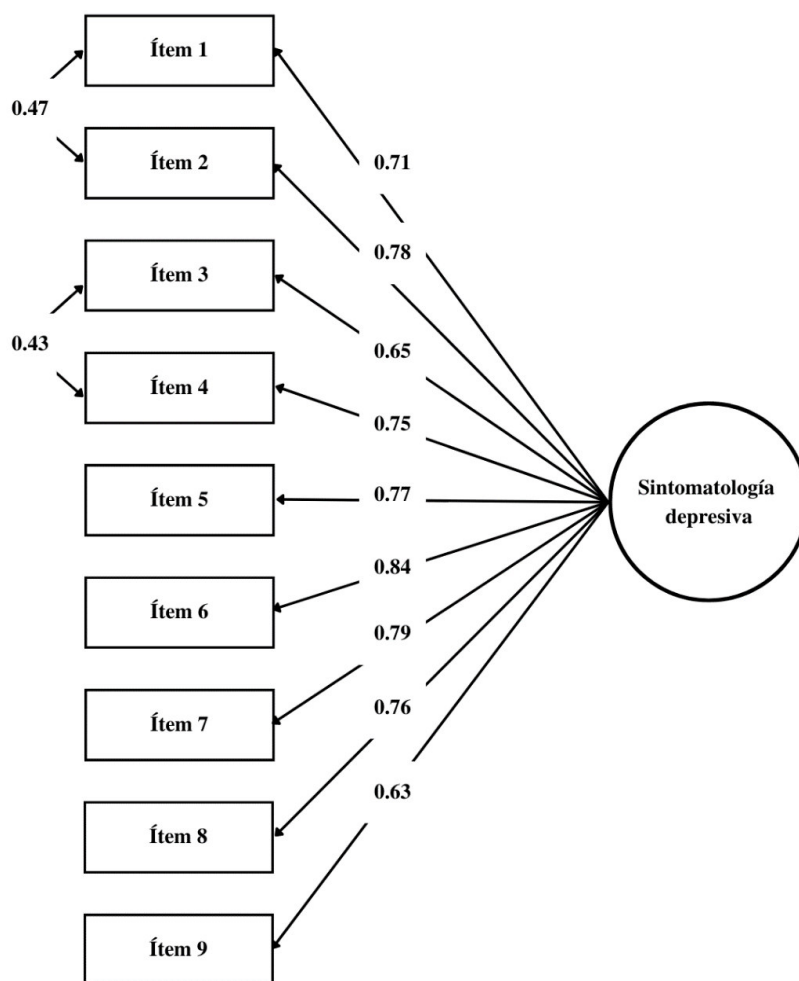
Tabla 16

Índices de ajuste del modelo unidimensional del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) en los alumnos de la muestra

Índices de ajuste						
χ^2	df	p value	CFI	TLI	RMSEA	SRMR
82.53	25	.00	.98	.97	.09	.87

Figura 2

Diagrama estructural del Cuestionario de Paciente de Salud (PHQ-9)



- Análisis de ítems y confiabilidad

Se reporta los estadísticos descriptivos de los ítems que componen el cuestionario

del PHQ - 9, se puede apreciar en la tabla 16 tanto la media aritmética y la desviación estándar de los ítems. Además de ello, se ha de notar que los índices de asimetría y curtosis están dentro del rango [-1,1] a excepción del ítem 5. Por último, en la correlación ítem-test, los índices presentan una magnitud alta con orientación positiva.

Tabla 17

Estadísticos descriptivos de los ítems del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9)

Ítem	X	DE	S	K	Correlación item-test
1	1.12	.86	.43	-.43	.64
2	.95	.50	.63	-.23	.70
3	1.24	1	.32	-.96	.60
4	1.57	.91	.03	-.84	.68
5	1.24	1.04	.26	-1.17	.67
6	.99	.93	.52	-.75	.72
7	1.08	.96	.45	-.82	.69
8	.82	.92	.82	-.38	.63
9	.44	.78	1.7	1.92	.46

Finalmente, establecido el modelo de medida, análisis hecho con el AFC y hallándose adecuados índices de ajuste, se procede a determinar la confiabilidad de la prueba a través del método de consistencia interna. En la tabla 17 se puede apreciar la magnitud del coeficiente.

Tabla 18

Confiabilidad del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9)

Coeficiente α
.89