



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INFLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA, DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ESTUDIANTES
DE UNA UNIVERSIDAD PÚBLICA DE LIMA METROPOLITANA, 2023

Línea de investigación:

Psicología de los procesos básicos y psicología educativa

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología con
mención en Psicología Clínica

Autora:

Rime Huamanyauri, Diana Carolina

Asesora:

Henostroza Mota, Carmela Reynalda

ORCID: 0000-0003-3762-3247

Jurado:

Figueroa Gonzales, Julio

Córdova Gonzales, Luis

López Odar, Dennis

Lima - Perú

2024

INFLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA, DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DE UNA UNIVERSIDAD PÚBLICA DE LIMA METROPOLITANA, 2023

ORIGINALITY REPORT

19%

SIMILARITY INDEX

17%

INTERNET SOURCES

6%

PUBLICATIONS

9%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

| | | |
|---|--|-----|
| 1 | Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal Student Paper | 4% |
| 2 | repositorio.unfv.edu.pe Internet Source | 3% |
| 3 | repositorio.autonoma.edu.pe Internet Source | 1% |
| 4 | www.researchgate.net Internet Source | 1% |
| 5 | hdl.handle.net Internet Source | 1% |
| 6 | Submitted to Universidad Ricardo Palma Student Paper | 1% |
| 7 | repositorio.ucv.edu.pe Internet Source | <1% |
| 8 | repositorioacademico.upc.edu.pe Internet Source | <1% |



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INFLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA, DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DE UNA UNIVERSIDAD PÚBLICA DE LIMA METROPOLITANA, 2023

Línea de Investigación:

Psicología de los Procesos Básicos y Psicología Educativa

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología con mención en Psicología
Clínica

Autora:

Rime Huamanyauri, Diana Carolina

Asesora:

Henostroza Mota, Carmela Reynalda

ORCID: 0000-0003-3762-3247

Jurado:

Figueroa Gonzales, Julio

Córdova Gonzales, Luis

López Odar, Dennis

Lima – Perú

2024

Dedicatoria

Dedicado a mi mamá Gliria, por ser ese ser de luz que me guía; su amor, apoyo y los valores que me inculcó en vida son mis pilares en cada paso que doy, este logro es para ti mamá. A mi hermano George por ser mi soporte a la vida y enseñarme a seguir mi camino valioso pese a las circunstancias complicadas que nos tocó enfrentar. A mi papá Carlos por su apoyo. Y a Giancarlo por permanecer a mi lado y ser ese faro de esperanza y red de apoyo constante.

Agradecimientos

Mi profundo agradecimiento a mi amada familia, a mi pareja y su familia, a mis amigos. A Candy, Brian, Lucero, Lis F., Anthony y Pedro, gracias a todos ustedes por ser mi soporte y apoyo fundamental en este proceso.

A mi estimada asesora la Mg. Carmela Reynalda Henostroza Mota, por brindarme sus conocimientos, su apoyo constantemente y guiarme genuinamente en el proceso de elaboración de mi tesis.

Asimismo, mi sincero agradecimiento y respeto a mis profesores de psicología de mi amada UNFV por su aportación en mi formación profesional y personal.

Índice

| | |
|--|------|
| Resumen | vii |
| Abstract | viii |
| I. Introducción | 1 |
| 1.1. Descripción y formulación del problema | 3 |
| 1.2. Antecedentes | 7 |
| 1.3. Objetivos | 13 |
| 1.3.1. Objetivo General | 13 |
| 1.3.2. Objetivos Específicos | 13 |
| 1.4. Justificación | 14 |
| 1.5. Hipótesis | 15 |
| II. Marco teórico | 16 |
| 2.1. Bases teóricas sobre el tema de Investigación | 16 |
| III. Método | 35 |
| 3.1. Tipo de investigación | 35 |
| 3.2. Ámbito temporal y espacial | 35 |
| 3.3. Variables | 35 |
| 3.4. Población y muestra | 38 |
| 3.5. Instrumentos | 39 |
| 3.6. Procedimientos | 47 |
| 3.7. Análisis de datos | 47 |
| 3.8. Consideraciones éticas | 48 |
| IV. Resultados | 49 |
| V. Discusión de resultados | 54 |
| VI. Conclusiones | 61 |

VII. Recomendaciones

VIII. Referencias

IX. Anexos

Índice de Tablas

| Nº | Título | Pág. |
|-----------|---|-------------|
| Tabla 1 | Operacionalización de la variable Inflexibilidad psicológica | 36 |
| Tabla 2 | Operacionalización de la variable Depresión | 37 |
| Tabla 3 | Operacionalización de la variable Ansiedad | 37 |
| Tabla 4 | Descripción sociodemográfica de los participantes | 38 |
| Tabla 5 | Análisis de normalidad de las variables de estudio | 49 |
| Tabla 6 | Niveles de inflexibilidad psicológica | 50 |
| Tabla 7 | Niveles de depresión | 50 |
| Tabla 8 | Niveles de ansiedad | 51 |
| Tabla 9 | Prueba de hipótesis de la inflexibilidad psicológica según sexo | 51 |
| Tabla 10 | Prueba de hipótesis de la depresión según sexo | 52 |
| Tabla 11 | Prueba de hipótesis de la ansiedad según sexo | 52 |
| Tabla 12 | Prueba de hipótesis de correlación de la inflexibilidad psicológica, depresión y ansiedad | 53 |
| Tabla 13 | Prueba de hipótesis de correlación de la depresión y ansiedad | 53 |

Resumen

En los últimos años se ha identificado a la inflexibilidad psicológica como un factor relevante en el desarrollo y mantenimiento de la ansiedad y depresión, en el contexto universitario, sobre todo en los estudiantes de ingeniería, donde los estudiantes enfrentan muchas demandas académicas y personales, estudiar la relación de las variables es importante para diseñar intervenciones efectivas. Por ello, el presente estudio tiene como objetivo general determinar la relación entre inflexibilidad psicológica, depresión y ansiedad en estudiantes de una universidad pública de Lima Metropolitana, 2023. En ese sentido, el estudio es descriptivo-correlacional, diseño no experimental de corte transversal, para la recopilación de datos se utilizó el Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II) de Valencia y Falcón (2022), Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9) de Huarcaya-Victoria et al. (2020) y la Escala del Trastornos de Ansiedad Generalizada (GAD-7) de Franco-Jimenez y Nuñez-Magallanes (2022) en una muestra de 376 estudiantes universitarios entre 18 y 45 años de ambos sexos: 278 varones y 98 mujeres. Los resultados indicaron que la inflexibilidad psicológica se correlaciona significativamente con la depresión ($p=.000$; $Rho= .600$) y ansiedad ($p=.000$; $Rho= .554$); un mayor predominio del nivel moderado de inflexibilidad psicológica (52.9%), alta presencia nivel leve de depresión (40.7%) y mayor proporción en el nivel leve de ansiedad (45.7%); además, se encontró diferencias significativas según sexo en las variables estudiadas, con mayor incidencia en mujeres. Se concluyó que existe relación significativa entre inflexibilidad psicológica, depresión y ansiedad en estudiantes de una universidad pública de Lima Metropolitana.

Palabras clave: ansiedad, depresión, estudiantes universitarios, inflexibilidad psicológica

Abstract

In recent years, psychological inflexibility has been identified as a relevant factor in the development and maintenance of anxiety and depression, in the university context, especially in engineering students, where students face many academic and personal demands, studying the relationship of the variables is important to design effective interventions. Therefore, the present study has the general objective of determining the relationship between psychological inflexibility, depression and anxiety in students of a public university in Metropolitan Lima, 2023. In that sense, the study is descriptive-correlational, non-experimental cross-sectional design, for data collection the Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ-II) by Valencia and Falcón (2022), Patient Health Questionnaire (PHQ-9) by Huarcaya-Victoria et al. (2020) and the Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7) by Franco-Jimenez and Nuñez-Magallanes (2022) in a sample of 376 university students between 18 and 45 years of age of both sexes: 278 males and 98 females. The results indicated that psychological inflexibility is significantly correlated with depression ($p=.000$; $Rho= .600$) and anxiety ($p=.000$; $Rho= .554$); a greater predominance of moderate level of psychological inflexibility (52.9%), high presence of mild level of depression (40.7%) and greater proportion in the mild level of anxiety (45.7%); in addition, significant differences were found according to sex in the variables studied, with greater incidence in women. It was concluded that there is a significant relationship between psychological inflexibility, depression and anxiety in students of a public university in Metropolitan Lima.

Keywords: anxiety, depression, college students, psychological inflexibility

I. INTRODUCCIÓN

En la última década, la atención a la salud mental en entornos académicos ha cobrado relevancia debido a la creciente preocupación por el bienestar psicológico de los estudiantes universitarios. En este contexto, el presente estudio instauró a la inflexibilidad psicológica como variable transdiagnóstica para detectar los niveles de problemas clínicos de la sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes matriculados en una universidad pública de Lima Metropolitana durante el año 2023.

Con base a un análisis de la relevancia de la temática, se propuso como objetivo determinar la relación entre inflexibilidad psicológica, depresión y ansiedad en estudiantes de una universidad pública de Lima Metropolitana, 2023. De esta manera, los objetivos específicos se basaron en describir los niveles de inflexibilidad psicológica, depresión y ansiedad en estudiantes de una universidad pública de Lima Metropolitana, 2023; comparar la inflexibilidad psicológica, depresión y ansiedad en estudiantes según sexo de una universidad pública de Lima Metropolitana, 2023; y analizar la relación entre la depresión y ansiedad en estudiantes de una universidad pública de Lima Metropolitana, 2023.

En el apartado I, se llevó a cabo una exhaustiva revisión de los principales aportes teóricos y empíricos relacionados con los factores que vinculan la inflexibilidad psicológica, ansiedad y depresión. Esta revisión abarcó la descripción y formulación de la realidad problemática, la redacción de antecedentes, el establecimiento de objetivos, la justificación e hipótesis de estudio.

En el apartado II, se exploró los fundamentos teóricos de la variable inflexibilidad psicológica a partir de su conceptualización, características en la muestra, descripción de las principales teorías y procesos implicados; y descripción de la aproximación conceptual, caracterización del grupo etario y principales modelos teóricos de la depresión y ansiedad en el entorno de la investigación.

En el apartado III, se enmarcó metodológicamente el estudio a partir de su tipología, ámbito temporal y espacial, variables de estudio, población y muestra, criterio de elegibilidad, identificación de los instrumentos de medición, la secuencia ordenada del procedimiento de recopilación de datos, proceso de análisis de datos mediante técnicas estadísticas, y las consideraciones éticas concernientes a la realización de la investigación.

En el apartado IV, se consolidó el análisis de resultados a partir de la descripción y frecuencia de los niveles de las variables de estudio; análisis comparativo de la inflexibilidad psicológica, depresión y ansiedad según sexo; y análisis correlacional entre las variables de estudio. Se adoptó un enfoque de presentación de hallazgos basado en el objetivo general y los objetivos específicos.

Finalmente, en el apartado V, se focalizó la discusión de los hallazgos a partir de la presentación de los objetivos, descripción breve y contraste de los hallazgos con otros estudios a nivel nacional e internacional, y explicación de la comparación mediante las bases teóricas consultadas; se diseñaron las conclusiones basadas en los objetivos del estudio; y se consolidaron las recomendaciones.

1.1. Descripción y formulación del problema

En las últimas décadas, el interés de la comunidad científica se ha dirigido hacia el estudio de intervenciones basadas en la evidencia, caracterizadas por la utilización de diseños experimentales y desarrollo de protocolos específicos (Daset y Cracco, 2013), estableciendo así, un contexto estimulante para retomar el interés en la filosofía del conductismo radical y posicionamiento del contexto como mecanismos de cambio en sesiones de intervención, que se agruparon bajo la denominación de Terapias Contextuales (Mañas, 2012) dentro de las cuales resalta la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).

El interés descrito en la ACT radica en la obtención de numerosos estudios con altos niveles de evidencia científica (Association for Contextual Behavioral Science [ACBS], 2023; Öst, 2014). Esto debido a que es una terapia que tiene coherencia entre su filosofía, ciencia y aplicación, además está basada en la descripción del funcionamiento humano como proceso de conducta denominado flexibilidad psicológica (FP) (Pérez, 2014; Páez y Montesinos, 2016).

Dentro del núcleo de ACT se ubica la FP, la cual se define como la capacidad que tiene una persona para estar presente, abrirse a la experiencia y hacer lo que importa en base a sus valores, basado en el modelo de procesos hexaflex, conformado por seis procesos: defusión, la aceptación, el autocontrol, el contacto con el momento presente, la conexión con los valores y la acción comprometida (Harris, 2021; Twohig y Hayes, 2020).

Sin embargo, estos procesos cuando se ven alterados pueden derivarse en los siguientes mecanismos patológicos de inflexibilidad psicológica (IP): evitación de experiencias, fusión cognitiva, yo como concepto, atención inflexible, lejanía de los valores y acción comprometida (Harris, 2021), constituyendo el modelo patológico central denominado evitación experiencial (EE) entendido como la resistencia de los individuos para implicarse en sus experiencias privadas (Hayes et al., 2016).

La inflexibilidad psicológica denominado antes evitación experiencial, a partir de ahora

se utilizarán en la redacción como términos equivalentes, se ha asociado a una amplia gama de problemas de salud mental tales como ansiedad, depresión, distrés, somatización y dolor crónico (Doorley et al., 2020; Masuda y Tully, 2011). En consecuencia, el estudio de Bond et al. (2011) resaltaron una asociación elevada de niveles de depresión y ansiedad, constituyendo un factor de riesgo prioritario para el inicio, curso y mantenimiento de sus sintomatologías. Asimismo, a nivel internacional se realizó un estudio de metaanálisis donde identificaron que los síntomas de depresión y ansiedad fueron los problemas con mayor impacto en la población general (Yao et al., 2023).

Los niveles de prevalencia de depresión y ansiedad se han incrementado en un 25% a nivel mundial, repercutiendo en el estado de ánimo y sentimientos de los grupos etarios que lo padecen, ocasionando disrupciones en las distintas facetas del funcionamiento humano (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). Añadido a lo anterior, en el Perú el 20% de la población experimentaron algún trastorno de salud mental, entre los cuales se incluye a los trastornos de ansiedad y depresión (Ministerio de Salud del Perú [MINSA], 2020).

Entendemos a la depresión como un malestar emocional manifestado en comportamientos de desinterés por actividades cotidianas y tristeza generalizada frente a estímulos de su entorno (Huarcaya-Victoria et al., 2020). A nivel mundial, los síntomas de depresión se han manifestado en el 3.8% de la población general, de los cuales un 5% se muestra en población adulta donde 40% se distribuyó entre los hombres y 60% entre las mujeres (OMS, 2023), asimismo, Moreno-Agostino et al. (2021) identificaron que la depresión es prevalente en 57.45% con mayor incidencia en adultos, en ese sentido, hubo mayor prevalencia en estudiantes universitarios varones (24.4%) y menor prevalencia de los niveles de depresión en mujeres. En el plano latinoamericano, se estimó que, en el 2015, aproximadamente 50 millones de individuos padecían depresión, lo que representaba cerca del 5% de la población (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017a), de la misma

manera, en Sudamérica se presentó el 15.7% del diagnóstico en estudiantes universitarios (Akhtar et al., 2020). A nivel nacional la prevalencia representa el 4.8% de 1 443 513 casos (OPS, 2017b); en específico en un estudio de universitarios se reportó un 19.2% casos de depresión (Hernández-Yépez et al., 2022).

De esta manera, la relación moderada y significativa entre IP y los síntomas de depresión en el plano internacional (Vallenilla, 2022), radica en la implicancia de la IP como variable transdiagnóstica que ejerce una mediación y moderación entre las experiencias de los individuos y la sintomatología depresiva; se encontró una relación directa, es decir si se incrementa los niveles de la IP también aumentará los de depresión (Kato, 2016; Smith et al., 2020). Por lo tanto, los síntomas de la depresión persisten cuando el individuo adopta pensamientos, emociones y acciones rígidas con el propósito de aliviar sensaciones internas no deseadas, lo que incrementa su malestar y a largo plazo los aleja de sus metas y valores (Pipa et al., 2022).

Por otro lado, la ansiedad se ha descrito como la incidencia de malestar emocional, autonómico y cognitivo que impiden a los individuos realizar sus actividades de manera óptima y reducen su capacidad para afrontar las demandas del entorno (Robichaud et al., 2019; Franco-Jimenez y Nuñez-Magallanes, 2022), repercutiendo en el funcionamiento de la vida diaria. En la actualidad el 4% de la población mundial padece un trastorno de ansiedad (OMS, 2023b), de la misma manera, a nivel mundial, la OPS (2017b) evidenció que el 3.6% de la población general padecieron trastornos de ansiedad, teniendo una mayor prevalencia en mujeres del 4.6% respecto a varones 2.6%; en específico en estudiantes universitarios se observó una incidencia en un 41%, siendo mayor en mujeres (43%) en comparación a los hombres (39%) según Liyanage et al. (2021). En un plano latinoamericano, se identificó una prevalencia de ansiedad equivalente a 21%, siendo un 7.7% en mujeres y 3.6% en varones (OPS, 2017b). En el contexto nacional, la ansiedad representa el 5.7% de 1 730 005 encuestados (OPS, 2017b);

asimismo en un estudio se observó que el 23.2% de estudiantes universitarios presentaron ansiedad (Hernández-Yépez et al., 2022).

También se ha demostrado que la IP se relaciona con los síntomas de ansiedad dado que se ha evidenciado relación significativa y moderada de la IP con los síntomas de ansiedad en estudios de revisión sistemática que integra un bagaje de artículos científicos (Yao et al., 2023; Vallenilla, 2022), se desarrolla en que la IP ejerce un mecanismo activador de la evitación de experiencias emocionales, patrón de rumiación y dificultades en la toma de decisiones, los cuales mantienen los síntomas de ansiedad (Dawson y Golijani-Moghaddam, 2020).

La relevancia de los altos índices de prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión, radica en la baja tasa de acceso a tratamientos especializados (>75%) en la población de ingresos medios y bajos, la proporción reducida de población que recibe intervenciones especializadas representa apenas 1 de cada 27 personas (OMS, 2022; OMS, 2023b). Sobre todo, frente a la problemática actual que existe en el sector salud, donde más del 50% de psicólogos se ven excedidos en su capacidad de poder atender casos relacionados a ansiedad y depresión, siendo estas los trastornos que más han prevalecido en los dos últimos años (American Psychological Association [APA], 2023).

En ese sentido, el mantener políticas sanitarias restrictivas para el acceso a intervenciones eficientes en la reducción de los síntomas de depresión y ansiedad podrían afectar en la población como los estudiantes universitarios (Maia y Dias, 2020), del mismo modo, podría repercutir en actividades y en la capacidad de las personas, afectando así en diferentes áreas de su vida como realizar un buen trabajo, rendir en sus estudios, relacionarse con amigos y capacidad de participar en la comunidad (OMS, 2023b).

De esta manera, el alcance de la depresión se establece en la esfera académica desencadenando bajo rendimiento, excesiva recarga académica, problemas de calidad de sueño,

y desorden en su alimentación (Vargas, 2021), sin embargo, se ha observado mayor grado de severidad en estudiantes de ingeniería, generando dificultad para reconocer elementos de su entorno, analizar las perspectivas implicadas en los procesos, dificultad en tomar decisiones operativas y estimular su capacidad creativa (La Chira, 2018). Por otro lado, la ansiedad desencadena en el contexto académico problemas de sueño y dificultades de los estudiantes en la relación con sus compañeros (Arrieta et al., 2014), mientras que en estudiantes de ingeniería desemboca en deficiente rendimiento, capacidad de motivación disminuida, deficientes mecanismos para establecer estrategias metacognitivas y interrupciones en el aprendizaje de matemática (Vallejos, 2012).

Por esta serie de razones, el análisis de la relación de la IP con los síntomas de ansiedad y depresión en población universitaria, enmarca el primer paso para continuar desarrollando y ajustando intervenciones preventivas y promocionales destinadas a mejorar la flexibilidad psicológica en pacientes y en la población universitaria.

En ese sentido, se formuló la siguiente pregunta de investigación ¿Existe relación entre la inflexibilidad psicológica, depresión con ansiedad en estudiantes de una Universidad Pública de Lima Metropolitana?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes Nacionales

En instancias iniciales acerca del estudio de la relación entre la inflexibilidad psicológica y ansiedad, Valencia et al. (2017) ejecutaron un estudio con el objetivo de determinar la relación entre IP y ansiedad como estado-rasgo. Para tal fin emplearon un paradigma cuantitativo con tipología descriptiva correlacional mediante un diseño transeccional. La muestra estuvo constituida por 284 estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. Emplearon dos instrumentos adaptados en el ámbito nacional: Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II) y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE). Los

resultados indicaron que no existen diferencias significativas de la IP ($p=.889$), ansiedad estado ($p=.932$) y ansiedad rasgo ($p=.524$) según sexo; asimismo señalaron la presencia de una relación significativa entre la IP con la ansiedad estado ($r=.638$; $p<.001$) y ansiedad rasgo ($r=.787$; $p<.001$). Se concluyó que la inflexibilidad psicológica es un factor de riesgo de la sintomatología de la ansiedad.

Posteriormente, Guillén (2018), realizó un estudio con las dos variables con el objeto de establecer la relación entre la ansiedad y evitación experiencial. Por consiguiente, utilizó un enfoque cuantitativo basado en una tipología descriptiva de diseño correlacional transeccional. La muestra estuvo conformada por 183 estudiantes de una universidad privada. Hicieron uso del AAQ-II y el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA). Los resultados refieren que no existen diferencias significativas de la IP ($p=.817$), ansiedad ($p=.109$) y sus dimensiones: respuesta cognitiva ($p=.062$), respuesta motora ($p=.017$) según sexo; por el contrario si hubo diferencias significativa en la respuesta fisiológica de ansiedad según sexo ($p=.023$); también indicó relación positiva y significativa entre la EE y la ansiedad, ($Rho=.569$, $p=.000$), así como correlación significativa y positiva con componentes de la ansiedad: Cognitivo ($Rho=.584$; $p=.000$), Motor ($Rho=.512$; $p=.000$) y Fisiológico ($Rho=.456$; $p=.000$). Se concluyó que mayores puntuaciones de EE se encuentran asociados a la ansiedad y sus componentes.

Además, Román (2021) analizó la incidencia entre ansiedad rasgo-estado y evitación experiencial. En tal sentido utilizó un enfoque cuantitativo circunscrito en una tipología descriptiva correlacional con un diseño no experimental. La muestra conformada por 259 estudiantes de psicología de una Universidad Pública de Lima. En razón a ello, implementó el IDARE y AAQ-II para medir las variables de estudio. Los resultados indicaron que no existen diferencias significativas de la IP ($p=.736$), ansiedad estado ($p=.424$) y ansiedad rasgo ($p=.150$) según sexo; además señalaron una relación directa y significativa entre la EE y ansiedad rasgo

($Rho = .81$; $rs_2 = .66$; $p < .001$), y entre la EE y ansiedad estado ($Rho = .54$; $rs_2 = .29$; $p < .001$). Concluyó que la EE se encuentra implicada como factor que predispone la sintomatología de ansiedad estado-rasgo.

Sánchez-Carlessi et al. (2021) desarrollaron un estudio con el objeto de analizar los factores asociados a ansiedad, depresión y EE en época de pandemia. Instauraron un enfoque cuantitativo, tipología descriptiva y diseño correlacional de corte transeccional. La conformación de unidades muestrales se delimitó mediante 1264 estudiantes universitarios del país. Emplearon el Inventario de Comportamiento Psicosocial Desajustado ante la presencia del COVID-19, y AAQ-II. Los hallazgos señalaron que los niveles de ansiedad tuvieron una tendencia media (42.4%), depresión situada en mayor proporción en la categoría bajo (55%) y EE con mayor proporción en la categoría raramente (31.4%); por otro lado, la variable sociodemográfica sexo de asoció a los indicadores de ansiedad ($X^2 = 16.252$; $p < .001$) y EE ($X^2 = 38.772$; $p < .001$), sin embargo no se asoció con la depresión ($X^2 = 421.345$; $p = .321$); asimismo la edad se asoció significativamente con la ansiedad ($X^2 = 14.606$; $p = .006$), depresión ($X^2 = 14.606$; $p = .006$) y EE ($X^2 = 158.129$; $p < .001$). Se concluyó que la EE se encuentran asociados a características sociodemográficas de sexo y edad.

Posteriormente, se realizaron análisis más profundos que integraron las tres variables como la desarrollada por Carhuatanta (2022), quien desarrolló una investigación basada en la premisa de examinar la relación entre las tres variables. Se trató de un estudio descriptivo correlacional desde una perspectiva cuantitativa. La muestra estuvo instaurada por 262 cuidadores de personas con discapacidad de una asociación de Lima Metropolitana. Para tales fines utilizaron el AAQ-II y la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21). Cuyos resultados evidenciaron relación significativa y directa entre evitación experiencial con depresión ($Rho = .671$; $p < .001$) y ansiedad ($Rho = .560$; $p < .001$); asimismo, se identificó niveles de evitación experiencial tendientes a bajo (87.33%), depresión mayoritariamente normal

(80.5%), y ansiedad proporcionalmente normal (76%). Concluyó que la EE puede constituir un elemento de riesgo para los indicadores de depresión y ansiedad en la medida que un incremento de EE se asocia al aumento de los indicadores patológicos.

1.2.2. Antecedentes Internacionales

A diferencia del contexto nacional, en el plano internacional se ha profundizado la relación entre las tres variables, En China, Huang et al. (2021), instauraron un manuscrito de investigación basado en analizar el rol mediador de la IP en la relación de ansiedad y depresión. Siguió un paradigma cuantitativo bajo una tipología relacional y diseño transaccional. En una muestra de 180 consultantes de un hospital de China. Para su medición emplearon el AAQ-II y la Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7), y Cuestionario de Salud de los Pacientes (PHQ-9). Los resultados indicaron que no hubo diferencias significativas de la ansiedad ($p=.910$) y depresión ($p=.806$) según sexo, en contraste si hubo diferencias significativas de la depresión según edad ($p=.017$); también indicaron la existencia de correlación significativa, alta y directa entre IP con depresión ($r=.745$; $p<.001$) y ansiedad ($r=.681$; $p<.001$). Concluyeron que la IP podría ser un factor desencadenante de ansiedad y depresión en consultantes mayores de 18 años.

Luego, en Suecia, McCracken et al. (2021) condujeron un estudio con el objeto de explorar la IP y los factores protectores de resiliencia como predictores de ansiedad y depresión. En consecuencia, emplearon un estudio descriptivo-correlacional y transversal. La muestra estuvo constituida por 1102 individuos con un rango de edad entre 18 a 88 años ($M=36.9$), entre hombres (24.8%) y mujeres (75.2%). Para su medición emplearon el PHQ-9, GAD-7, y AAQ-II. Los resultados mostraron que la edad se relacionó significativa e inversamente con la depresión ($rb=-.29$; $p<.05$), ansiedad ($rb=-.29$; $p<.05$) y la IP ($rb=-.30$; $p<.05$) pero el sexo no permitió diferenciar a las tres variables ($p>.05$); además indicaron que la IP se correlaciona significativamente con la depresión ($r=.65$; $p<.05$) y ansiedad ($r=.66$;

$p<.05$), y hubo relación significativa entre ansiedad y depresión ($r=.84$; $p<.05$). Concluyeron que mayor IP se encuentra relacionado a mayor prevalencia de depresión y ansiedad.

En un contexto latinoamericano, Zancan et al. (2021) configuraron un estudio en Brasil, con el objetivo de analizar la incidencia de ansiedad, depresión, y la inflexibilidad psicológica. En ese sentido empleó un enfoque cuantitativo, tipología correlacional y de corte transeccional. En una muestra de 574 estudiantes de pregrado ($n=357$) y postgrado ($n=217$), mayores de 18 años, de diversas carreras de 30 instituciones públicas y privadas. La medición de las variables se estableció mediante el DASS-21, y AAQ-US. Los hallazgos evidencian que la IP mostró una correlación significativa con: depresión ($r=.603$; $p<.001$) y ansiedad ($r=.530$; $p<.001$); por otro lado, los niveles de ansiedad tuvieron mayor tendencia moderada (82.6%) y depresión proporcionalmente en la categoría extremadamente severo (14.6%). Concluyeron que mayores niveles de IP se relacionan con mayor nivel de sintomatología de depresión y ansiedad.

Sin embargo, el alcance metodológico de estudios relacionales se extiende a las esferas de la revisión sistemática, Vallenilla (2022) desarrolló un estudio para realizar un análisis de la implicancia de la flexibilidad psicológica en la sintomatología de depresión y ansiedad en adolescentes. Siguió una metodología de revisión sistemática basada en el enmarque metodológico Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses [PRISMA] para seleccionar rigurosamente una muestra de artículos provenientes de cinco bases de datos: Psycodoc, FySSW, Medline, PsycInfo y PBSC. Los resultados permitieron que el autor identifique la presencia de correlación significativa entre IP y ansiedad ($r=.522$; $p<.001$), IP y depresión ($r=.581$; $p<.001$); asimismo el sexo ($Q_b=2.939$; $p=.086$) y edad ($Q_b=1.826$; $p=.177$), no fueron variables sociodemográficas que captaron diferencias significativas entre los datos. Concluyó que existe suficiente evidencia que apoyan la relación entre IP con ansiedad y depresión en adolescentes.

En otro contexto, España, Fernández-Rodríguez et al. (2022) realizaron una

investigación con la premisa de analizar el efecto moderador de la EE en la relación de ansiedad y depresión. Por consiguiente, utilizaron en estudio de tipología relacional diseño comparativo transeccional. La muestra estuvo conformada por 172 participantes entre 18 a 65 años, reclutados en la plataforma web. La medición de las variables de estudio se desarrolló mediante el Inventario de Depresión de Beck (BDI-IA), GAD-7 y el AAQ-II. Los resultados indicaron relación significativa entre EE con la depresión ($r=.65$; $p<.001$) y ansiedad ($r=.48$; $p<.001$) en población general, de igual forma en población hospitalaria se asoció significativamente con la depresión ($r=.45$; $p<.001$) y ansiedad ($r=.36$; $p<.001$). Concluyeron que la IP se relaciona a mayores puntuaciones de depresión y ansiedad tanto en población clínica y no clínica.

Posteriormente, en Italia, Landi et al. (2022) realizaron un estudio para explorar las trayectorias de la ansiedad y la depresión durante dos confinamientos consecutivos y examinar si variaban en función de la flexibilidad psicológica. Siguieron un enfoque cuantitativo, tipología correlacional y diseño longitudinal. La muestra estuvo delimitada por 569 participantes italianos (78.21% mujeres; 21.79% hombres), a quienes se les administró los instrumentos: GAD-7, PHQ-9 y el Inventario de Flexibilidad Psicológica Multidimensional-MPFI. Los hallazgos indicaron que la flexibilidad psicológica se relacionó significativa e inversamente con la ansiedad en la primera ($r=-.31$; $p<.05$), segunda ($r=-.19$; $p<.05$), tercera ($r=-.21$; $p<.05$) y cuarta medición en el tiempo ($r=-.23$; $p<.05$); y la depresión en la primera ($r=-.31$; $p<.05$), segunda ($r=-.20$; $p<.05$), tercera ($r=-.16$; $p<.05$) y cuarta medición en el tiempo ($r=-.19$; $p<.05$). En consecuencia, concluyeron que altos niveles de flexibilidad psicológica incidió en menores niveles de depresión y ansiedad a través de los tiempos evaluados.

Finalmente, en Irán, Mohajeri et al. (2023) desarrollaron un estudio con la premisa de evaluar el rol mediador de la FP y la autocompasión en la relación entre los síntomas de depresión y ansiedad. De acuerdo a un paradigma cuantitativo, tipología relacional y diseño transeccional a partir de un modelo de ecuaciones estructurales basados en mínimos cuadrados

parciales. La muestra fue conformada por 296 estudiantes universitarios de Teherán, mediante muestreo aleatorio por conglomerados en una encuesta online. Con la finalidad de medir las variables de estudio emplearon el DASS-21 y AAQ-II. Los principales hallazgos señalaron la presencia de una relación significativa entre la FP con la ansiedad ($r=-.393$; $p<.001$) y depresión ($r=-.585$; $p<.001$). Concluyeron que la IP fue una variable de riesgo que posibilitó la severidad de los patrones comportamentales de depresión y ansiedad.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

- Determinar la relación entre inflexibilidad psicológica, depresión y ansiedad en estudiantes de una universidad pública de Lima Metropolitana, 2023.

1.3.2. Objetivos específicos

- Medir los niveles de inflexibilidad psicológica en estudiantes de una universidad pública de Lima Metropolitana, 2023.
- Medir los niveles de depresión en estudiantes de una universidad pública de Lima Metropolitana, 2023.
- Medir los niveles de ansiedad en estudiantes de una universidad pública de Lima Metropolitana, 2023.
- Comparar la inflexibilidad psicológica en estudiantes, según sexo, de una universidad pública de Lima Metropolitana, 2023.
- Comparar la depresión en estudiantes, según sexo, de una universidad pública de Lima Metropolitana, 2023.
- Comparar la ansiedad en estudiantes, según sexo, de una universidad pública de Lima Metropolitana, 2023.
- Establecer la relación entre la depresión y ansiedad en estudiantes de una universidad pública de Lima Metropolitana, 2023.

1.4. Justificación

El desarrollo de este estudio se justifica a nivel teórico en la medida que ampliará conocimiento de las variables estudiadas, así como por la pertinencia teórica ya que se basó en un marco de referencia con soporte filosófico como el Contextualismo Funcional para explicar el funcionamiento humano (Hayes et al., 2014), integrando la inflexibilidad psicológica como variable transdiagnóstica como mecanismo explicativo de la sintomatología de la depresión y ansiedad, posibilitando la vinculación teórica para clasificar los factores de riesgo y protectores con base a los procesos inmersos en la flexibilidad psicológica. Asimismo, el estudio de la inflexibilidad psicológica como mecanismo relacional de la depresión y ansiedad, ha recibido escasa atención científica en el ámbito peruano en contraste con la cuantiosa información existente en el plano internacional (Society of Clinical Psychology, 2021a, 2021b).

En un nivel práctico, el presente estudio permitirá que, con base a los resultados, los profesionales de salud identifiquen cuáles son los procesos relacionados a la sintomatología de depresión y ansiedad en un ámbito disciplinar, se focalicen más en los mecanismos transdiagnósticos que en la estructuración de las sesiones de los procedimientos de intervención individual, así como en la realización de programas preventivos promocionales basados en evidencia. Asimismo, integrar los procesos de inflexibilidad psicológica permitiría a las oficinas de bienestar universitario identificar casos de riesgo de depresión y ansiedad, de esta manera, ofrecerán diferentes herramientas o técnicas para integrarlos en la vida cotidiana para afrontar el sufrimiento humano (Maero, 2022).

A nivel social, los beneficiarios serán los estudiantes universitarios quienes podrán reconocer la implicancia de los procesos de la inflexibilidad psicológica en el comportamiento cotidiano como factores de riesgo frente a los síntomas de depresión y ansiedad, de manera que identifiquen cómo la rigidez obstaculiza la adaptación a experiencias altamente demandantes como actividades académicas. Además, al tratarse de una perspectiva de funcionamiento

humano, sentaría las bases para normalizar la asistencia hacia profesionales de salud.

En el plano metodológico, se realizó la evaluación de fiabilidad de los instrumentos: AAQ-II, PHQ-9 y GAD-7, si bien los instrumentos empleados en este estudio ya están validados, es importante disponer de estas características actualizadas, lo cual servirá como guía de consulta para futuras investigaciones. En tal sentido, permitiría identificar qué medidas aplicar para el abordaje de síntomas de depresión y ansiedad con la finalidad de establecer los protocolos de intervención y modificar la estructura de las sesiones en curso.

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis General

- H_G: Existe relación significativa entre inflexibilidad psicológica, depresión y ansiedad en estudiantes de una universidad pública de Lima Metropolitana, 2023.

1.5.2. Hipótesis Específicas

- H₄: Existe diferencia significativa de la inflexibilidad psicológica en estudiantes, según sexo, de una universidad pública de Lima Metropolitana, 2023.
- H₅: Existe diferencia significativa de la depresión en estudiantes, según sexo, de una universidad pública de Lima Metropolitana, 2023.
- H₆: Existe diferencia significativa de la ansiedad en estudiantes, según sexo, de una universidad pública de Lima Metropolitana, 2023.
- H₇: Existe relación significativa entre la depresión y ansiedad en estudiantes de una universidad pública de Lima Metropolitana, 2023.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1. *Inflexibilidad psicológica*

Definición

La inflexibilidad psicológica, antes llamada evitación experiencial, puede entenderse como una respuesta rígida frente a eventos, pensamientos y emociones específicas que presentan discrepancias con los valores de las personas, y se encuentra asociado con el sufrimiento psicológico y una reducción de la capacidad de los individuos para adaptarse a las situaciones cotidianas (Hayes et al., 2012; Törneke et al., 2015).

Asimismo, la IP puede entenderse como una forma de regulación verbal escasamente eficaz propiciada por prácticas socioculturales, controlada por reglas que priorizan consecuencias naturales en un corto plazo para la atenuación del malestar, extendiendo dichas reglas a diferentes facetas de su vida; sin embargo, apearse a estos patrones comportamentales alejan al individuo de lo que considera valioso, convirtiéndose un problema significativo (Páez y Montesinos, 2016).

Características

La inflexibilidad psicológica o evitación experiencial representa una serie de características generales propuestas por Hayes et al. (1996) y complementada por Luciano y Valdivia (2006) desarrolladas en los siguientes puntos:

- a. Desarrolla sobre la base de una intención de evitar sucesos, consecuentemente, los individuos realizan acciones para alejarse de los eventos internos aversivos como las emociones y pensamientos para modificar la topografía y situaciones desencadenantes.
- b. Posibilita un alejamiento de los valores, por lo tanto, los individuos que se encuentran contrarrestando la sensación de malestar podrían estar realizando acciones contrarias a lo que consideran como valioso. Además, tiene un efecto adverso, donde la solución

momentánea se convierte en problema.

- c. Genera alivio en un corto plazo dado que, el individuo al evitar situaciones experimenta relajación y atenúa la activación fisiológica; sin embargo, en un largo plazo aparecen sentimientos de ineficiencia y dificultades para afrontar situaciones que antes se percibían como manejables.
- d. Es una regla verbal instaurada como refuerzo negativo, la evitación se representa como un reforzador negativo ya que se reduce la aparición de conductas internas aversivas, incrementando la probabilidad de evitación pues dicha respuesta da como resultado sensación de alivio.
- e. Es una respuesta con reacciones múltiples, es decir, los individuos ejercen un complejo repertorio de conductas para evitar situaciones que lo expongan a eventos internos aversivos, como excusas de evitación, acumulación de actividades, uso prolongado de dispositivos, entre otros.
- f. No es patológica per se, en la medida que no limita las metas trazadas por los individuos o si se encuentran acorde a los valores establecidos por las personas, es decir, mientras no se instaure en un patrón generalizado a gran parte de las áreas de funcionamiento humano.
- g. Por otro lado, presenta un efecto boomerang, por lo que son efectivas en un corto plazo debido a la separación del malestar, no obstante, en un largo plazo dicho malestar puede presentarse con mayor fuerza y se realiza un proceso de aprendizaje de una compleja serie de repertorios de conducta para evitar con mayor intensidad las respuestas internas aversivas constituyendo un círculo patológico.
- h. La IP es un factor desencadenante que posibilita el desarrollo y mantenimiento de respuestas rumiativas que, incrementan la probabilidad de desarrollar y mantener depresión (Ruiz y Odriozola-González, 2016).

- i. La IP representa un factor de riesgo para padecer y mantener respuestas ansiógenas y depresivas, dado que reduce la capacidad de los individuos para seleccionar estrategias acordes a las características de la situación estresante, también la IP incluye en los pensamientos recurrentes que ocasiona respuestas fisiológicas que pueden repercutir en el rendimiento de los estudiantes universitarios (Angamarca, 2019).

Levin et al. (2018), Barbosa (2020) y Angamarca (2019) establecieron una serie de características de la inflexibilidad psicológica en estudiantes universitarios: (1) Los estudiantes que experimentan eventos estresantes, pueden utilizar la IP como un estilo de respuesta inadaptada, experimentando altos niveles de estrés, (2) Experiencias internas difíciles como obstáculos para acciones efectivas y valoradas en el entorno académico, (3) Perfeccionismo y perseverancia en las actividades universitarias, (4) Niveles elevados de procrastinación para la entrega de tareas académicas, (5) Falta de conexión con acciones valiosas, dificultando la adaptación al cambio en los cursos de la carrera, y (6) Bajo rendimiento académico en el entorno universitario.

Teorías y modelos explicativos

a. Teoría conductual de la evitación experiencial

El conductismo radical como filosofía de la ciencia se estructuró en torno a la conducta como objeto de estudio que se encuentran provocados por un o una serie de estímulos, cuya contrastación se explora a través de instrumentos objetivos y directos para alcanzar una descripción física de los eventos y las relaciones de contingencia subyacentes; en consecuencia, la conducta se define de acuerdo a su función y cómo se relaciona con su entorno (Bautista, 2011).

Desde esta filosofía, se instaura la teoría de evitación experiencial de Chapman et al. (2006), representada en un modelo explicativo de cómo se adquieren las conductas delimitadas en evitación experiencial. Esencialmente, en el modelo conductual se propone que un estímulo

evoca una respuesta emocional basada en ira, tristeza, lástima, frustración, entre otros, que se ve influenciada por eventos del entorno y la historia de aprendizaje como: dificultad para su regulación, autocontrol sobre la intensidad de las respuestas, baja tolerancia a las respuestas aversivas y déficit de repertorios conductuales para la autorregulación. Por consiguiente, se produce la evitación para ejecutar conductas evitativas que ocasionan un alivio temporal mediante reforzamiento negativo, es decir, disminución de excitación emocional no deseada. En ese sentido, se incrementa la probabilidad de ocurrencia de la conducta evitativa generando un efecto de habituación conformando el repertorio cotidiano del individuo.

b. Teoría de los Marcos Relacionales (TMR)

De este modo, entender la teoría de los marcos relacionales (TMR) implica comprender sus raíces y aplicaciones explicadas en la metáfora del árbol propuesta por Luciano (2017), en el cual sitúa a las raíces como la filosofía del contextualismo funcional, brindando soporte al tronco que representa a la TMR, y permiten el florecimiento de las ramas descritas como las aplicaciones de la TMR en los procesos psicológicos.

En tal sentido, la filosofía del contextualismo funcional desarrollada por Pepper (1942) y adaptada por Hayes et al. (1988), representa el núcleo epistemológico de la Ciencia Contextual Conductual de Psicología y se basa en que la realidad se explica por cuatro hipótesis: (1) formista que responde a la pregunta ¿Qué es esto?; (2) mecanicista sintetizada en el cuestionamiento ¿Qué elementos y fuerzas hacen que funcione el sistema?; (3) organicista que busca responder a la pregunta ¿Qué elementos influyen?; y, (4) contextualismo funcional que se sintetiza en el cuestionamiento sobre ¿Cuál es el rol del contexto?.

En ese sentido, el contextualismo funcional determina qué función tiene una conducta en un contexto de manera que un mismo acto puede ser percibido como reforzador o castigo dependiendo de las consecuencias, posibilitando que exista una predicción, influencia y modificación de la conducta (Harris, 2019).

Seguendo con la metáfora del árbol de Luciano (2017) corresponde la precisión de la TMR, que se instaura como una propuesta analítica para explicar el lenguaje y la cognición para asociar estímulos con propiedades simbólicas, permitiendo dotar una explicación de la generatividad del lenguaje (Hayes et al., 2014). En el sentido estricto, la TMR es una teoría funcional-contextual que presenta tres principios fundamentales: reversibilidad entre sus premisas, simetría y capacidad de combinación (Hayes y Quiñones, 2005).

Con relación al primer principio, se establece que la reversibilidad implica que el aprendizaje de que una entidad “A es equivalente a B”, automáticamente se puede invertir la relación denotando que “B es equivalente a A”. En referencia al segundo principio de asimetría, el aprendizaje de que “A es parte de B” puede invertirse como “B contiene a A” permitiendo comprender que un evento inmerso en otro puede representar una parte del mismo. Con respecto al tercer principio de combinación, se establece que existe una transitividad instaurada en que, si A está relacionada con B y, en simultáneo, B está relacionado con C, puede entenderse que A está relacionada con C.

Con base a la evidencia y síntesis experimental de la TMR se han establecido familias de enmarques relacionales que describen las funciones del lenguaje y la cognición (Luciano et al., 2009; Törneke, 2016). Los cuales, por motivos prácticos, pueden segmentarse en enmarques simétricos que mantienen similitud a pesar de los cambios de eventos, y no simétricos que describen relaciones que cambian de signo cuando se invierten (Maero, 2022).

Los enmarques relacionales simétricos fueron coordinación, distinción y oposición. La relación de coordinación implica igualdad, similitud y equivalencia entre eventos expresado en que si “A es lo mismo que B” y “B es lo mismo que A”. El enmarque de oposición se basa en las premisas de contrariedad evidenciado en "A es lo opuesto a B". Por otro lado, el enmarque de distinción permite diferenciar entre eventos basados en las premisas de diferenciación evidenciado en "A es diferente de B".

En contraparte, los enmarques relaciones asimétricas, se desarrollaron seis tipos: comparación, espaciales, jerarquía, temporales, causales y deícticos. El enmarque de comparación implica que un evento A es mayor/menor/más-menos que un evento B. El enmarque espacial delimita cuán próximo se encuentra un evento de otro expresado en arriba-abajo, dentro-fuera, cerca-lejos, delante-detrás, entre otros. Asimismo, el enmarque de jerarquía permite delimitar entre los niveles de las categorías expresados en "A contiene a B" o "A forma parte de B". El enmarque temporal permite a los individuos ubicarse temporalmente con respecto a los sucesos representados en "antes" o "después". El enmarque relacional se basa en la causalidad, es decir, el individuo comprende que la ocurrencia de un evento establece la presencia de otro representados en "A causa B" o "B es causado por A". Por otro lado, el enmarque deíctico implica la especificación de una relación según la perspectiva del hablante, y se establecen en tres claves relacionales instauradas en "Yo vs. Tú", "Aquí vs. Allí", y "Ahora vs. Entonces".

En tal sentido, los enmarques deícticos constituyen la esencia del proceso terapéutico y se establecen cuatro propiedades elementales: (1) El "Yo" siempre estará desde la perspectiva "Aquí" y no desde "Allí"; (2) El "Tú" es siempre instaurado en la perspectiva "Allí" y no desde "Aquí"; (3) El "Aquí" y "Allí" se encuentran en función de la posición del hablante; y, (4) El "Ahora" se establece en el momento en el que se está hablando, entonces, el "antes" o "después" no tiene lugar en dicho momento.

De esta manera, en términos de la metáfora de Luciano (2017), la ACT consolidadas en las ramas del árbol, circunscritas en las aplicaciones de la TMR representadas en los procedimientos disciplinares delimitados en la ACT.

Procesos de la inflexibilidad psicológica

En consecuencia, la ACT como aplicación de la TMR implementa seis procesos comunes a la mayoría de las situaciones en que interactúa un individuo y facilitan su adaptación

a los distintos entornos mediante la FP; en contraparte, también se ha observado que ante la concepción de sistemas nosológicos establecidos por el DSM-5 que propone criterios de diagnósticos y categorías de trastornos, plantean un sistema transdiagnóstico o categorial a partir de los cuales se describen seis procesos que son correspondientes a la mayoría de los problemas psicológicos diferenciados topográficamente denominándose Inflexibilidad Psicológica (Hayes et al., 2006). Por lo tanto, en primera instancia es importante reconocer el funcionamiento de los procesos en situaciones de adaptación, promoviendo la flexibilidad psicológica, y posteriormente, detectar cuándo se posicionan como procesos inmersos en problemas psicológicos (Hayes et al., 2014).

En ese sentido, el hexaflex es un mecanismo de cambio terapéutico mediante la flexibilidad psicológica y se encuentra asociado a mejores resultados en distintas conductas problemas para poblaciones distintas (Hayes et al., 2014). De esta manera, el hexaflex promueve la flexibilidad psicológica mediante seis procesos diferenciados segmentados en tres estilos de respuestas: abierto, centrado y comprometido.

En primer lugar, el estilo de respuesta abierto es el mecanismo de conductas que permiten establecer una apertura hacia la experiencia, este estilo de respuesta está compuesto por dos procesos: defusión y aceptación. Por un lado, la defusión aporta a la apertura en la medida de dar cuenta, al paciente, sobre la organización verbal de su contexto y cómo éste influye sobre el contenido y forma de sus pensamientos, es decir, despojar al individuo de los pensamientos angustioso e indeseados y describirlos como una actividad del funcionamiento mental. Mientras que la aceptación, entrena al consultante hacia una postura abierta y flexible, libre de prejuicios sobre la experiencia en la cual se encuentra inmerso a pesar de lo aversivo que puede resultar el contexto (Cruz-Gaitán et al., 2017).

En segundo lugar, el presente estilo de respuesta centrado posibilita al consultante cambiar su foco de atención hacia los acontecimientos en el momento presente, establecer

conexión con los estímulos internos como sensaciones corporales, pensamiento y sentimientos, así como los estímulos externos (Fletcher y Hayes, 2005). En este estilo, se identifican dos componentes: El yo como contexto y la atención hacia el momento presente.

El yo como contexto es un proceso de desprendimiento del contenido psicológico a los eventos sobre los cuales actúa el observador, tomar una perspectiva del observador y darse cuenta de sí mismo desligando los contenidos verbales de las situaciones donde interactúa. En compañía del yo como contexto, se ubica el contacto con el momento presente promoviendo la práctica de una conciencia plena del entorno para experimentar y responder de manera flexible a los eventos actuales (Vargas y Coria, 2017).

En tercer lugar, el estilo de respuesta comprometido indica que el consultante estaría apto para continuar con los propósitos de su vida y moverse hacia un cambio conductual, de esta manera asumir un estilo de respuesta comprometida con su vida. De acuerdo a la secuencia lógica presentada, se encuentra compuesta por dos procesos: Valores y Acción Comprometida.

Los valores son los incrementadores del cambio y motivación terapéutico, surgen del consultante para orientarlo y acercarlo hacia lo que es importante en su vida, por lo tanto, la acción comprometida estará destinada a crear unas pautas de acción y dirigir la conducta hacia patrones más amplios (Cruz-Gaitán et al., 2017).

Previamente se ha profundizado en la flexibilidad psicológica como mecanismo de cambio que posibilita el bienestar humano, en contraparte, Hayes et al. (2014) mencionaron que la IP es el núcleo del modelo ACT de psicopatología e ineficacia conductual explicado, principalmente, por la EE; en consecuencia, diversos autores han puesto en el foco de análisis la similitud entre el concepto IP y EE (Bond et al., 2011), relación de jerarquía conceptual (Hayes et al., 2013) y, mayoritariamente, la IP y EE se han abordado como conceptos similares e intercambiables (Páez y Montesinos, 2016; Ruiz et al., 2013; Wei-Po et al., 2018; Wei-Po et al., 2022; Bond et al., 2006).

Por consiguiente, la IP implica comportamientos rígidos y reaccionarios, respuestas a estímulos no deseados que se han asociado de manera implícita o explícita con patologías clínicas (Kashdan y Rottenberg, 2010). De este modo, como modelo patológico basado en procesos, se establece en torno a seis procesos que tienen correlato inverso con el hexaflex, que presento a continuación (Hayes et al., 2013; Pérez, 2014).

- La fusión cognitiva como proceso inverso a la defusión. Se refiere al control excesivo del lenguaje que obstaculiza la conducta más apropiada dadas las circunstancias. Cuando las reglas e instrucciones generalmente facilitan la interacción con eventos y objetos, y regulan la conducta en consecuencia, pueden convertirse en un obstáculo cuando se siguen de manera inflexible, sin adaptarse a los cambios.
- Evitación de experiencias como proceso inverso a la aceptación. Es cuando se intenta modificar experiencias privadas como pensamiento, recuerdo, impulso, sensación del cuerpo y recuerdos, sin embargo, realizar este intento resulta ineficaz, costoso o innecesario.
- Yo como concepto como proceso inverso del yo como contexto. Se refiere a la fusión con nuestras propias historias como si fueran verdades literales, siendo evaluativas y contundentes, favoreciendo así la rigidez psíquica.
- Falta de momento presente como proceso inverso de contacto con el momento presente. Se refiere cuando los consultantes no atienden o contactan con las experiencias en curso, las evitan, de manera que su conducta se torna más inflexible y sus acciones se alejan de sus valores de vida.
- Falta de contacto con los valores como proceso inverso de los valores. Es cuando no existen o no se tiene claro los valores y el propósito que da sentido a la vida del consultante.
- Acción ineficaz como proceso inverso a la acción comprometida. Los síntomas

característicos que comúnmente definen los trastornos funcionan como mecanismos de evitación que obstaculizan la participación de las personas en acciones en base con sus valores.

De esta manera, Bond et al. (2011) delimitaron conceptualmente a la IP/EA como las dificultades que distancian al individuo de sus valores, evitación y escape de sus experiencias internas, preocupación por la regulación y gestión de sentimientos y preocupaciones, dificultad para alcanzar una vida plena, interferencia de las emociones en su vida cotidiana y tendiente a la obstaculización de sus experiencias en su camino al éxito.

2.1.2. Depresión

Definición

La conceptualización de la depresión ha representado un aspecto problemático transversal a la psicología clínica dada su variabilidad semántica en su devenir histórico (Cobo, 2005), en consecuencia, se desarrollarán conceptos basados en el consenso científico y la pertinencia metodológica con los objetivos del estudio.

En esta primera etapa, puede llamar la atención la definición consignada por Retamal (1998), quien establece que la depresión es un tipo de alteración del estado de ánimo que implica una pérdida variable de interés o la dificultad para encontrar placer en actividades cotidianas, descritas en síntomas psíquicos y físicos. Por lo tanto, en esta primera definición se debe advertir que la depresión es determinada por sus características y se establece una diferenciación de dichas características.

Posteriormente la segmentación o diferenciación se ha proporcionado como una premisa central en posteriores conceptualizaciones, en ese sentido, Barraca y Pérez (2015) definen a la depresión como una entidad existencial con tres características: contextual, cualitativo y pragmático. En consecuencia, la depresión puede entenderse como una serie de conductas relacionadas a un evento vital de la historia de vida del sujeto (enfoque contextual),

que desencadena una respuesta emocional subjetiva caracterizada por una dificultad para experimentar placer, disminución de la expresión de emociones y falta de voluntad para realizar actividades (enfoque cualitativo) que tiene diferentes graduaciones en severidad desde la tristeza hasta la depresión como entidad clínica (enfoque pragmático).

No obstante, las instituciones interdisciplinarias se han orientado a definiciones con mayor concertación de profesionales, es decir, que puedan ser entendidas directamente en un lenguaje común entre los profesionales de la salud. En razón de ello, la Organización Mundial de la Salud ha definido a la depresión como “un trastorno mental afectivo caracterizado por variaciones en el estado de ánimo acompañadas de síntomas cognitivos y físicos” (Corea, 2021, p.1).

Con base a la composición conceptual descrita, análisis de las dimensiones y lenguaje disciplinar, la definición adoptada para el presente estudio se basa en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) de la APA (2013), donde la depresión se establece como un trastorno del estado de ánimo, cuya característica principal es una perturbación en el humor. La clasificación de este trastorno se realiza en función de su temporalidad y origen sintomático, distinguiendo así al trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico y los trastornos bipolares como las manifestaciones principales.

Características

Con relación a las características generales de la depresión, Durán (2021) ha realizado un análisis de contenido para su segmentación: (1) Anímicos: tristeza, descenso de estado de ánimo, sensación de vacío, irritabilidad recurrente, nerviosismo, infelicidad desesperanza y abatimiento, (2) Motivacionales y conductuales: anhedonia, disminución de la capacidad de placer, retardo psicomotor y bajos niveles de motivación, (3) Cognitivos: disminución de la capacidad de atención, reducción de los niveles de concentración, hipomnesia general, hipermnesia selectiva y esquemas negativos de su entorno, (4) Físicos: despertar precoz,

dificultades para dormir, pérdida de peso, interés sexual disminuido, dolores corporales y visión borrosa, (5) Es una patología clínica comórbil con la ansiedad (Arévalo et al., 2020; APA, 2013), (6) Puede causar altos niveles de ansiedad (Martins, 2022), y (7) Puede deberse a la restricción física como resultado de una medida sanitaria (Chang et al., 2021).

Con respecto a las características de la depresión en estudiantes universitarios (Páez y Peña, 2018; Arévalo et al., 2020) se desarrollan una serie de conceptos circundantes: (1) Síntomas autonómicos como insomnio, falta de apetito y pérdida de peso, (2) Síntomas emocionales como la tristeza, decaimiento e irritabilidad, (3) Síntomas motores como la dificultad para realizar actividades académicas, (4) Alto nivel de comorbilidad con el estrés académico, (5) Dificultades económicas debido a los gastos que enmarcan los materiales de las asignaturas, (6) Desmotivación que genera bajo rendimiento académico (7) Deserción académica forjada por la desmotivación, (8) Problemas de concentración, (9) Frecuente presión por mantener un desempeño académico óptimo, (10) Dificultades en el ajuste a la universidad tras la transición del contexto familiar, y (11) Se presenta con mayor nivel en estudiantes del sexo femenino debido a la vulnerabilidad biológica y hormonal en comparación con el sexo masculino (Gaviria, 2009; Londoño-Pérez et al., 2020; De Oliveira et al., 2021).

Teoría y modelos explicativos

a. Modelo conductual de la depresión

Desde el programa de investigación conductual, la depresión se concibe como un constructo hipotético que se debe observar desde una óptica analítica-conductual (González-Terrazas et al., 2021). En ese sentido, se integra en un análisis funcional para detectar las variables de control de las conductas clínicamente relevantes (Kanter et al., 2004) y se explican a través de tres principios operantes: extinción, castigo y mantenimiento.

En el principio de extinción operante del comportamiento no deprimido, el proceso de selección y la frecuencia de la conducta depresiva tienen su origen cuando se pierden la

mayoría de las fuentes estables que refuerzan conductas saludables, y además se adoptan respuestas destinadas a evitar situaciones adversas específicas. Esencialmente, las conductas adaptativas de los individuos comienzan a decrecer en probabilidad de ocurrencia como resultado de la falta de reforzamiento, entonces ocurre la depresión.

En el principio de castigo, se explica que la disminución de probabilidad de ocurrencia de una conducta se da como resultado de la detección de señales estimulares. En tal sentido, las respuestas aversivas que fueron consecuencia de un evento en la historia de vida del individuo se asocian en una relación de contingencia, de esta manera detectan las características del evento y la generalizan a otras situaciones similares. Por lo tanto, las interacciones con situaciones con dichos estímulos son percibidas como aversivas, reduciendo su probabilidad de ocurrencia y configurando un proceso de castigo.

Con relación al mantenimiento de la conducta depresiva, ocurre en un proceso de reforzamiento positivo basado en que las respuestas de apoyo de su entorno como familiares, amigos, y vínculos sociales en distintas áreas de funcionamiento humano proporcionan un estímulo reforzante para el individuo, de esta manera, incrementa la probabilidad de mantener los factores disposicionales que predisponen los síntomas de depresión.

b. Modelo cognitivo de la depresión

El modelo cognitivo propuesto por Beck (1967) explora cómo los pensamientos distorsionados y negativos pueden desencadenar y mantener el estado depresivo, basados en la premisa de que los individuos propensos a la depresión tienen esquemas cognitivos subyacentes, o "filtros", a través de los cuales perciben y procesan la información.

En esa premisa, el autor propone que los contenidos de los esquemas depresivos se sitúan en una triada cognitiva basada en una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro. La visión negativa de sí mismo se entiende como la tendencia de las personas con depresión a tener una percepción desfavorable, autocrítica y pesimista sobre sí mismas. La

visión negativa del mundo hace referencia a los patrones de los individuos a percibir su entorno de manera catastrófica y sus interpretaciones se desarrollan desde una óptica negativa. La visión negativa del futuro, representa una tendencia de las personas a prever eventos o sucesos posteriores con manera pesimista enfocándose en escenarios desfavorables y expectativas negativas.

Por tal razón, Vásquez et al. (2010) revisaron que la topografía de la depresión, desde el modelo cognitivo, se sitúa en torno a distorsiones cognitivas como la sobregeneralización, pensamiento dicotómico, inferencias arbitrarias, magnificación-minimización, abstracción selectiva y personalización.

c. Modelo contextual de la depresión

En términos de Pérez (2014), el modelo contextual de la depresión establece que se instaure en el contexto y no los individuos. En ese sentido, la depresión es un estado de ánimo o de humor caracterizado por cuatro elementos interconectados que rodean al individuo. Por ende, las circunstancias iniciales como pérdidas, conflictos, agobio, desgaste, entre otros, se asocian a la disminución de recompensas, intereses, reforzadores, condiciones positivas, entre otros, interactuando con evitación conductual caracterizados por inactividad y respuestas rumiativas, y se asocian a tristeza, desánimo, fatiga, desmoralización y desesperación.

Sin embargo, la evitación conductual, subyacente a los procesos de depresión, se presenta como problemas secundarios derivados de situaciones iniciales y la disminución de recompensas; por ende, la depresión se instaure en un proceso bidireccional de antecedentes y consecuentes.

La ventaja del modelo contextual de depresión se basa en la delimitación de la funcionalidad de las conductas y una alternativa a la reducción a entidades nosológicas descritas en el modelo biomédico, ya que propicia su aplicación directa a la modificación de conducta en procedimientos terapéuticos (Pérez, 2014). No obstante, Gomes et al. (2005)

establecieron que el modelo patológico psiquiátrico facilita la comunicación interdisciplinar en los profesionales de salud en la medida que permite una comprensión y abordaje desde distintas dimensiones del comportamiento.

d. Modelo biomédico

En el modelo biomédico se sustenta en el DSM-5 de la APA (2013), la depresión es entendida como un síndrome clínico caracterizado por un conjunto de síntomas agrupados con base a criterios estadísticos y consenso científico, y se consignan la etiología con base a factores biológicos como psíquicos. En ese sentido, se establece que las características principales de la depresión son el ánimo deprimido o pérdida de interés o placer para realizar las actividades. Asimismo, se pueden presentar características centrales como variaciones en el apetito o peso, perturbaciones en el patrón de sueño, falta de energía, percepción de desvalorización o culpabilidad, dificultades para concentrarse. En tal sentido, los síntomas deben estar presentes al menos durante dos semanas.

Por lo tanto, se establece que la depresión se configura en síntomas esenciales y síntomas secundarios. Los síntomas esenciales de la depresión son: (1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día y (2) Disminución de la capacidad o interés para el disfrute de las actividades diarias. Los síntomas secundarios fueron: (3) Pérdida o aumento de peso, sin la necesidad de seguir un protocolo de dieta, (4) Hipersomnia o insomnio, (5) Agitación o retraso psicomotor, (6) Pérdida de energía o fatigabilidad, (7) Sentimiento excesivo de culpa o inutilidad, (8) Disminución de la atención y toma de decisiones, y (9) Pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida.

Por ende, el modelo biomédico se sustenta en la explicación de causa latente, donde existe una entidad nosológica, la cual se asume su existencia de acuerdo a los síntomas que han sido delimitados mediante análisis estadístico realizados a nivel mundial y concertados en entornos científico disciplinares (Fonseca-Pedrero, 2018; González y Pérez-Álvarez, 2007).

2.1.3. Ansiedad

Definición

En similitud con la variable depresión, la ansiedad ha suscitado numerosas conceptualizaciones desde la premisa disciplinar. En esa medida, Hoffman y Hilton (2014) indicaron que la ansiedad es una respuesta frente a una amenaza que orillan al individuo a ejercer una serie de conductas de activación para evitar dichas situaciones, sin embargo, puede desarrollarse en temblores, bradicardia, dolores de cabeza, entre otros.

A pesar de su entendimiento como un conjunto de conductas relativamente funcionales, Bui et al. (2020) desarrollaron el concepto de ansiedad como un estado de ánimo experimentado de forma prolongada frente a la posibilidad de acceso a situaciones, teniendo como consecuencias en las facetas de funcionamiento humano.

Con la inclusión de evidencias que no son directamente observables puede observarse la naturaleza patológica de la ansiedad, por tal razón, la OMS (2023) definió la ansiedad como un problema clínico caracterizado por un miedo o preocupación intensa y excesiva como resultado de la valoración subjetiva del peligro de una situación, donde los individuos perciben sucesivos fracasos para controlar y regular las respuestas físicas y psíquicas.

De acuerdo al consenso disciplinar y metodológico, la definición adoptada sobre ansiedad en el presente estudio se sitúa como una entidad clínica caracterizada por “preocupación excesiva, persistentes y que las personas tienen dificultades para controlar, sobre diversos acontecimientos o actividades y que se asocian a tres o más síntomas de sobreactivación fisiológica” (Tortella-Feliu, 2014, p. 4).

Características

Clark y Beck (2012) destacan las siguientes características generales de la ansiedad:

- (1) Palpitaciones frente a la posibilidad de entrar en contacto con la situación temida,
- (2) Dolores musculares antes o durante la posibilidad de estar en la situación aversiva,
- (3)

Inquietudes sobre diversos aspectos de su vida, (4) Diarrea o intestinos atrapados como manifestaciones fisiológicas frente a la posibilidad de encontrarse en la situación temida, (4) Sequedad oral, (5) Ronquidos abdominales, (6) Hipervigilancia, (7) Dificultad para enfocarse o, a menudo, para experimentar la sensación de “blanco”, (8) Es un factor desencadenante del estrés crónico y preocupación constante (Martins, 2022), y (9) Es una patología clínica comórbil con la depresión (Arévalo et al., 2020; APA, 2013).

Arévalo et al. (2020) proporcionaron una serie de características específicas en estudiantes universitarios: (1) Manifestaciones de nerviosismo frente a actividades académicas realizadas en un corto periodo de entrega, (2) Temor en la ejecución de actividades expositivas en las asignaturas con escaso entrenamiento o habilidades para su afrontamiento, (3) Preocupaciones académicas como dudas sobre calificaciones, el proceso de graduación y la gestión del tiempo para cumplir con las fechas límite de asignaciones, (4) Dificultades para organizar su cronograma post horario universitario, (5) Deficiente capacidad para mantenerse activo o activa en la comunidad universitaria relacionada a actividades extracurriculares, y (6) Deserción académica por falta de motivación.

Teoría y modelos explicativos

a. Modelo conductual

En el modelo conductual, se ha posicionado la Teoría Bifactorial de Mowrer como una propuesta eficiente para la explicación de la ansiedad mediante dos procesos: condicionamiento clásico y condicionamiento instrumental (Diaz y De la Iglesia, 2019).

En el condicionamiento clásico, se expone un estímulo neutro que es apareado con otro estímulo incondicionado que produce respuestas de dolor o sufrimiento en un proceso de aprendizaje, de esta manera, el estímulo neutro se convierte en condicionar ya que su aparición produce las respuestas aversivas del individuo.

En secuencia, ocurre el condicionamiento instrumental, donde el estímulo

condicionado se mantiene en la medida que el individuo evita su aparición en un proceso de aprendizaje basado en el reforzamiento negativo. Esencialmente, cuando el individuo se distancia de los eventos que incluyen el estímulo condicionado, remueve la consecuencia aversiva y por lo tanto incrementa la probabilidad de ocurrencia de la conducta evitativa, prolongando la cronicidad de la ansiedad.

b. Modelo cognitivo conductual

En primera instancia, puede nombrarse la explicación “estándar” de la ansiedad desde el modelo cognitivo conductual de Clark y Beck (2012) sintetizado por Garay et al. (2019), quienes indicaron que la ansiedad es una preocupación clínicamente significativa frente a una amenaza anticipada con base a una sensación falsa de control y certeza, y atribuyen la evitación de las situaciones "peligrosas" a la eficiencia de sus mecanismos de anticipación. En ese sentido, los autores, describen una serie de fases de adquisición de la ansiedad: (1) La posibilidad de entrar en contacto con situaciones que enmarcan cierto peligro y amenaza, (2) procesamiento automático, los individuos procesan la información de su entorno mediante activación esquemática, sesgo atencional de amenaza y sesgo de interpretación de la amenaza generando un estado de hiperalerta; y, (3) ejecución de actividades de evitación, los sujetos ante la posibilidad de situarse en dicho contexto, los evita y obtiene un alivio temporal.

La propuesta cognitiva conductual de Robichaud et al. (2019) también denominada "Modelo de intolerancia a la incertidumbre", establece la presencia de una vulnerabilidad a las situaciones percibidas como inciertas, propiciando una secuencia de interpretación catastrófica de situaciones "neutrales" o ambiguas, dotándolas de una significación basada en la indeseabilidad y peligrosidad aparente. Además, son diversos eventos que pueden ejercer de disparados internos o externos para la aparición de dichas interpretaciones, de esta manera, las cogniciones se vuelven estrategias de afrontamiento para prevenir los acontecimientos percibidos como amenazantes. Por lo tanto, la intolerancia a la incertidumbre representa la

estrategia de afrontamiento y, a la vez, la conducta problema que mantiene la ansiedad.

c. Modelo de preocupación de evitación de contraste

Es un modelo sintetizado por Newman y Llera (2011), desde esta propuesta se establece que el impacto de una experiencia emocional depende de su grado de contraste con un estado emocional anterior, es decir, una experiencia de desagrado puede aumentarse a través del contraste con un estímulo agradable anterior.

En tal sentido, en este modelo se teoriza que la ansiedad es el producto de sucesivos contrastes de eventos aparentemente aversivas vs. situaciones cargados de reacciones aversivas más fuertes, produciendo un mayor grado de sensibilidad a contrastes emocionales negativos, y el evitar dichos contrastes se constituyen como el foco de su preocupación para producir una respuesta con menor grado de aversión y mayor nivel de alivio.

d. Modelo biomédico

En el modelo biomédico se instaura en la propuesta causal latente, donde se describe una categoría nosológica por los indicadores que lo componen, y sus indicadores encuentran explicación con base a la existencia de dicha categoría. En ese sentido, el DSM-5 de la APA (2013) establece la ansiedad como una entidad clínica caracterizada por signos de ansiedad y preocupación excesiva acerca de situaciones presentes durante una proporción significativa de días en la semana por un periodo no menor a seis meses.

Su diagnóstico se establece en torno a la presencia más de tres síntomas correspondientes: (1) Agitación o nerviosismo, (2) Facilidad para fatigarse, (3) Dificultades para concentrarse, (4) Irritabilidad, (5) Tensión muscular, y (6) Trastornos del sueño. Los individuos con ansiedad presentan diversas preocupaciones que van cambiando en el transcurso de su historia de vida, frecuentemente se encuentran asociados a situaciones donde el individuo pasa mayor tiempo de actividad, y se enmarca que su foco no se desarrolla en una sola preocupación.

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

El enfoque del presente estudio corresponde al cuantitativo dado que se estimaron las variables de estudio mediante instrumentos cuantificados con óptimas evidencias de validez y confiabilidad (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018). El tipo de investigación fue básico en la medida que no admitió su aplicación directa de las variables en el contexto de estudio, sino se centró en la ampliación del conocimiento sobre la relación entre inflexibilidad psicológica, depresión y ansiedad (Sánchez y Reyes, 2015). El diseño fue no experimental porque no hubo manipulación deliberada de las variables de estudio en un ambiente controlado, se basó en la transeccionalidad para recopilar los datos en un tiempo único y un nivel correlacional en tanto se evaluó la magnitud y dirección entre las variables de estudio (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018).

3.2. Ámbito temporal y espacial

La investigación estuvo orientada a estudiantes de ingeniería de una Universidad Pública de Lima Metropolitana, se eligió cuatro facultades de los niveles de primero a quinto año matriculados en el 2023 II: Facultad de Arquitectura Urbanismo y Artes (FAUA), Facultad de Ingeniería Civil (FIC), Facultad de Ingeniería Industrial y Sistemas (FIIS), y la Facultad de Ingeniería Mecánica (FIM). La Universidad cuenta con aulas modernas, laboratorios, teatro y lugares de esparcimiento. Se debe agregar que ofrece a sus estudiantes servicios de salud física y mental. La recolección de datos se llevó a cabo desde la primera semana de noviembre hasta la tercera semana de diciembre del 2023; la discusión, conclusiones y recomendaciones se llevaron a cabo desde la segunda semana de febrero hasta la última semana de marzo.

3.3. Variables

3.3.1. *Inflexibilidad psicológica*

- **Definición conceptual.** Se define como la rigidez frente a eventos, pensamientos y

emociones específicas que presentan discrepancias con los valores de las personas, se encuentra asociado con el sufrimiento psicológico y una reducción de la capacidad para adaptarse a las áreas de funcionamiento humano (Hayes et al., 2012).

- **Definición operacional.** Se utilizó el Cuestionario de Aceptación y Acción II (Valencia y Falcón, 2022).

Tabla 1

Operacionalización de la variable Inflexibilidad psicológica

| Variable | Dimensiones | Ítems | Escalas de respuesta | Rangos | Escalas de medición |
|----------------------------|----------------|------------------------------|---------------------------|------------------------|--------------------------------------|
| Inflexibilidad psicológica | Unidimensional | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 | (1) Completamente falso | 0 a 13: | Ordinal-Intervalo Tipo Likert |
| | | | (2) Muy raramente cierto | Nivel leve 14 a 20: | |
| | | | (3) Raramente cierto | Nivel moderado | |
| | | | (4) A veces cierto | 21 a 27: | |
| | | | (5) Frecuentemente cierto | Nivel alto | |
| | | | (6) Casi siempre cierto | 28 a 49: | |
| | | | (7) Completamente cierto | Nivel marcado | |

3.3.2. Depresión

- **Definición conceptual.** Es un conjunto de indicadores emocionales y somáticos delimitados en sentimientos persistentes de tristeza, falta de interés o placer en actividades cotidianas, fatiga, cambios en el apetito y el sueño, dificultades de concentración y autoevaluación negativa (Huarcaya-Victoria et al., 2020).
- **Definición operacional.** Se utilizó el Cuestionario sobre la salud del paciente (Huarcaya-Victoria et al., 2020).

Tabla 2*Operacionalización de la variable Depresión*

| Variable | Dimensiones | Ítems | Escalas de respuesta | Rangos | Escalas de medición |
|-----------|----------------|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--|
| Depresión | Unidimensional | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 | (0) Ningún día | 0 a 4: Mínima | Ordinal- Intervalo Tipo Likert |
| | | | (1) Varios días | 5 a 9: Leve | |
| | | | (2) Más de la mitad de los días | 10 a 14: Moderada | |
| | | | (3) Casi todos los días | 15 a 19: Moderadamente grave | |
| | | | | 20 – 27: Grave | |

3.3.3. Ansiedad

- **Definición conceptual.** Es la presencia de síntomas emocionales y físicos significativos como preocupación excesiva, inquietud, tensión muscular, irritabilidad, dificultades de concentración y alteraciones en el sueño (Franco-Jimenez y Nuñez-Magallanes, 2022).
- **Definición operacional.** Se utilizó la Escala del Trastornos de Ansiedad Generalizada (Franco-Jimenez y Nuñez-Magallanes, 2022).

Tabla 3*Operacionalización de la variable Ansiedad*

| Variable | Dimensiones | Ítems | Escalas de respuesta | Rangos | Escalas de medición |
|----------|----------------|---------------------------|---------------------------------|--------------------------|--|
| Ansiedad | Unidimensional | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 | (0) Para nada | 0 a 5: | Ordinal- Intervalo Tipo Likert |
| | | | (1) Varios días | Nivel leve | |
| | | | (2) Más de la mitad de los días | 6 – 10 Nivel Moderado | |
| | | | (3) Casi todos los días | 11 a 15: Nivel severo | |

3.4. Población y Muestra

La población estuvo conformada por 5248 estudiantes pertenecientes a cuatro de facultades de una Universidad Pública de Lima Metropolitana registrados en el portal estadístico de la institución, los estudiantes se encontraron entre 18 y 45 años en el momento de la ejecución del estudio.

En la conformación de la muestra, se utilizó la tipología de muestra no probabilística por conveniencia dado que se seleccionó a las unidades muestrales más accesibles y mayor grado de proximidad hacia el investigador (Otzen y Manterola, 2017) según una serie de criterios de inclusión y exclusión. Por lo tanto, la muestra fue constituida por 376 estudiantes de una Universidad Pública de Lima Metropolitana (ver Tabla 4).

Tabla 4

Descripción sociodemográfica de los participantes

| Sexo | <i>f</i> | % | Acumulado |
|--|----------|-------|-----------|
| Masculino | 278 | 73.9 | 73.9 |
| Femenino | 98 | 26.1 | 100 |
| Facultad | | | |
| Facultad de Arquitectura y Urbanismo | 50 | 13.3 | 13.3 |
| Facultad de Ingeniería Civil | 105 | 28 | 41.3 |
| Facultad de Ingeniería Industrial y Sistemas | 114 | 30.4 | 71.7 |
| Facultad de Ingeniería Mecánica | 106 | 28.3 | 100 |
| Año de estudios | | | |
| Primer año | 100 | 26.6 | 26.6 |
| Segundo año | 98 | 26.1 | 52.7 |
| Tercer año | 52 | 13.8 | 66.5 |
| Cuarto año | 62 | 16.5 | 83 |
| Quinto año | 64 | 17 | 100 |
| Grupos de edad | | | |
| Adolescencia | 155 | 41.33 | 41.33 |
| Adulter temprana | 218 | 58.13 | 99.46 |
| Adulter media | 2 | 0.53 | 100 |

En la Tabla 4, las características de los participantes conformantes de la muestra, nótese la proporción mayoritaria está conformado por el sexo masculino (73.9%). Con respecto a la facultad, la mayor parte de los participantes reportaron ser de la Facultad de Ingeniería Industrial y Sistemas (30.4%), seguidos de aquellos de la Facultad de Ingeniería Civil (28%) y de Ingeniería Mecánica (28.3%). Además, se enfatizó que la mayoría de las participantes están entre el primer (26.6%) y segundo año de estudio (26.1%). Finalmente, se resaltó mayor proporción del grupo de adultez temprana (58.13%), seguido del grupo de adolescencia (41.33%) y en menor proporción el grupo de adultez media (0.53%).

Criterios de inclusión

- Estudiantes de ingeniería de las facultades (FAUA, FIC, FIIS y FIM)
- Que cuenten con matrícula regular en el periodo 2023 II
- Que acepten participar de forma voluntaria
- Estudiantes mayores de 18 años

Criterios de exclusión

- Alumnos que no accedan a firmar el consentimiento informado
- Participantes que tengan errores a la hora de responder los instrumentos

3.5. Instrumentos

3.5.1. Cuestionario de Aceptación y Acción II

Fue desarrollado por Bond et al. (2011) para medir la evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica desde el modelo psicopatológico de la Terapia de Aceptación y Compromiso. Su aplicación es autoadministrada, administrada de forma individual o colectiva, y tiene un tiempo aproximado de duración equivalente a 10 minutos. Se encuentra compuesto por 7 ítems delimitados en un componente con estilo de respuesta likert de siete opciones donde 1 implica “Completamente falso” y 7 describe “Completamente cierto”. Los niveles de inflexibilidad psicológica se sitúan en torno a los puntos de corte: nivel leve (0-13), moderado

(14-20), alto (21-27) y marcado (28-49), desarrollados por Guzman (2023).

Propiedades Psicométricas originales

Bond et al. (2011), posterior a un proceso de construcción de los ítems, analizaron las evidencias de validez basada en la estructura interna sometió mediante análisis factorial exploratorio (AFE) donde encontraron que 10 ítems explican el 41.47% de la variabilidad de las puntuaciones del AAQ-II. Posteriormente, ejecutaron análisis factorial confirmatorio (AFC) para comprobar los modelos de 10 ítems y 7 ítems, identificaron que el modelo de 7 ítems tuvo mejores índices de ajuste en la muestra de universitarios ($CFI=.96$; $SRMR=.04$; $RMSEA=.06$; $NC=2.97$). En la tercera etapa de análisis de validez, relacionaron el AAQ-II con medidas teóricamente asociadas: AAQ-I ($r=.97$), BDI-II ($r=.71$), BAI ($r=.61$), DASS-Estrés ($r=.57$), DASS-Ansiedad ($r=.49$) y DASS-Depresión ($r=.61$). Además, estimaron la fiabilidad por consistencia interna mediante el coeficiente α de Cronbach con valores oscilantes entre .78 a .87, es decir, se consideraron coeficientes aceptables.

Posteriormente, en habla hispana, fue adaptado por Patrón (2010) mediante un proceso de traducción de los 10 reactivos originales de la fase 1 del estudio de Bond et al. (2011). De este modo, analizó la validez basada en la estructura interna mediante análisis factorial exploratorio, encontró que la estructura de una dimensión explica el 51.224% de la variabilidad de las puntuaciones del AAQ-II ($Autovalor=5.122$). Asimismo, analizó la validez predictiva para identificar que la muestra clínica tuvo mayores puntuaciones de evitación experiencial frente a la muestra no clínica ($F=73.667$; $p=.000$). En consecuencia, analizó las evidencias de fiabilidad basada en la consistencia interna mediante el coeficiente α de Cronbach, encontrando un coeficiente equivalente a .89 considerado como aceptable.

Propiedades Psicométricas peruanas

En el ámbito nacional, Valencia y Falcón (2022) adaptaron el AAQ-II en una muestra de 284 universitarios de Lima. En primera instancia, la recopilación de evidencia de validez

basada en la estructura interna se realizó mediante análisis factorial confirmatorio, encontró que el modelo de siete ítems con errores correlacionados tuvo mejores índices de ajuste frente a tres modelos ($CFI=.989$; $TLI=.982$; $RMSEA=.54$; $SRMR=.029$; $AIC=6829.96$); asimismo, obtuvo un índice de fiabilidad por consistencia interna ($\omega=.855$), es decir, una fiabilidad aceptable. En un segundo estudio, se realizó análisis factorial confirmatorio en el modelo de 7 ítems con errores correlacionados, se identificó índices óptimos de ajuste al modelo unidimensional ($CFI=.980$; $TLI=.967$; $RMSEA=.072$; $SRMR=.024$); además, el índice de fiabilidad por consistencia interna se situó en .844, reflejando que la confiabilidad es aceptable.

Confiabilidad y Validez

En ese sentido, en el presente estudio se analizaron las propiedades psicométricas de los 7 reactivos que conformó la medición de la inflexibilidad psicológica, según las evidencias de validez basada en la estructura interna del AAQ-II y análisis de fiabilidad por consistencia interna.

Por consiguiente, las puntuaciones del AAQ-II se adecuaron al tamaño de muestra para análisis factorial ($KMO=.895$), no se detectó la presencia de matriz de identidad para la convergencia de los datos ($X_{Bartlett}=1507.104$; $p=.001$), los datos no se ajustaron a la distribución normal univariante y multivariante ($Y_{1,p}=11.879$; $Y_{2,p}=224.845$; $p<.001$), y hubo independencia entre los ítems para la conformación del modelo ($X^2=115.244$; $p<.001$). De esta manera, se utilizó el método de mínimos cuadrados no ponderados robustos (WLSMV) basado en matrices de correlación policóricas, evidenciando que la solución de un factor tuvo mejores índices de ajuste relativos ($CFI=.933$; $TLI=.899$) y absolutos ($CMIN=8.232$; $RMSEA=.139$; $SRMR=.043$) para los datos del AAQ-II (Anexo G).

Por lo tanto, las cargas factoriales oscilaron entre 1.084 ($p=.001$) y 1.345 ($p=.001$) que estuvieron asociadas a coeficientes de fiabilidad por consistencia interna aceptables ($\omega=.905$; $\alpha=.904$), evidenciando que el instrumento de medición AAQ-II puede ser aplicado en el

contexto del presente estudio (Anexo G).

3.5.2. Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

A pesar de la presencia de numerosas medidas para la evaluación de los signos de depresión en la disciplina, el PHQ-9 se ha posicionado como el instrumento con mayor eficiencia para detectar los síntomas de depresión (Cjuno et al., 2022). El PHQ-9 fue creado por Kroenke et al. (2001) con la finalidad de identificar la severidad de los indicadores de sintomatología durante las últimas dos semanas. Es un instrumento de autoinforme que puede ser aplicado de manera individual y/o colectiva en un tiempo aproximado de 10 minutos. Su composición es unidimensional descrita en 9 reactivos con cuatro opciones de respuesta (0 = ningún día; 1 = varios días; 2 = más de la mitad de los días; 3 = casi todos los días), con puntuaciones que van de 0 a 27. En ese sentido, los puntos de corte se sitúan en torno a la depresión mínima (0 a 4), leve (5 al 9), moderada (10 al 14), moderadamente grave (15 al 19), y grave (20 al 27).

Propiedades Psicométricas originales

Kroenke et al. (2001) desarrollaron el PHQ-9 derivado del módulo depresión del instrumento PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorder) a través de la selección de reactivos basados en el DSM-IV, de esta manera, analizó las evidencias de validez predictiva encontrando puntuaciones por encima de 10 alcanzaron niveles de sensibilidad y especificidad equivalentes 88% en muestras clínicas vs. muestras no clínicas, estimó la validez en relación a otras variables y encontró que los niveles PHQ-9 se asocian significativamente con los seis niveles de severidad de la prueba de funcionamiento humano ($p < .05$). En segunda instancia, los autores analizaron las evidencias de fiabilidad por consistencia interna mediante el coeficiente α , encontrando un índice de .89 detectado en una categoría aceptable.

Posteriormente, la versión original de PHQ-9 fue traducida al habla hispana por Diez-Quevedo et al. (2001) en cuatro fases: (1) Traducción directa, (2) Revisión de los términos

técnicos y coloquiales, (3) Traducción inversa de español a inglés, y (4) Revisión final de los creadores de la prueba. Analizaron las evidencias de validez predictiva, encontraron una precisión de 88%, sensibilidad de 87% y especificidad de 88% para detectar población clínica vs. población no clínica. Asimismo, las evidencias de validez en relación a otras variables, se identificaron mediante el contraste con la prueba de funcionamiento humano, y se encontró relación significativa entre los niveles de indicadores de depresión con las subescalas del SF-20 ($p < .05$). De este modo, estimaron las evidencias de fiabilidad por test-retest, se evidenció un coeficiente κ equivalente a $.74$ IC 95% [$.72 - .77$], identificado en una categoría aceptable.

Propiedades Psicométricas peruanas

En el plano nacional, Huarcaya-Victoria et al. (2020) analizaron las propiedades psicométricas del PHQ-9 en 200 estudiantes universitarios de Medicina. Estimó las evidencias de validez basada en la estructura interna mediante análisis factorial ($KMO=.904$; $X^2=917.791$). De esta manera, en el análisis factorial exploratorio, detectó que la estructura de una dimensión explicó el 56.43% de la variabilidad de las puntuaciones de PHQ-9 ($Autovalor=5.79$) con cargas factoriales en un rango de $.675$ a $.853$. En el análisis factorial confirmatorio, encontró que el modelo bifactorial tuvo mejores índices de ajuste ($X^2(17)=85.129$; $CFI=.991$; $CFI=.969$; $RMSEA=.056$), en tal sentido, la composición del instrumento se circunscribe de la siguiente manera: Factor somático (ítems 3, 4 y 5), Factor Cognitivo/Afectivo (ítems 1, 2, 6, 7, 8 y 9) o Factor General (ítems 1 al 9). El análisis de fiabilidad se estableció mediante el coeficiente α , donde se observó un índice de $.903$ equivalente a la categoría aceptable, sin embargo, en este estudio se utilizará el modelo general.

Confiabilidad y Validez

Conforme a la comprobación psicométrica del instrumento PHQ-9, se recopiló las evidencias de validez basada en la estructura interna y se estimó la fiabilidad por consistencia interna de los 9 reactivos que conforman el PHQ-9.

En el análisis de los requisitos para estimar las puntuaciones del PHQ-9, se observó que el tamaño de muestra fue adecuado para la estimación del análisis factorial ($KMO=.897$), no hubo presencia de matrices de identidad que afecten la convergencia de las matrices de correlación ($X_{Bartlett}=1007.138$; $p=.001$), los datos no se adaptaron a la distribución normal univariante y multivariante ($Y_{1,p}=16.777$; $Y_{2,p}=703.024$; $p<.001$), y hubo independencia de los modelos $X_2 = 62.362$; $p<.001$). El método de estimación fue mínimos cuadrados no ponderados robustos (WLSMV) basado en matrices de correlación policóricas, detectando que tuvo óptimos índices de ajuste relativos ($CFI=.964$; $TLI=.952$) y absolutos ($CMIN=2.310$; $RMSEA=.059$; $SRMR=.036$) para los datos del PHQ-9 (Anexo H).

En consecuencia, las cargas factoriales se situaron en un rango de $.376$ ($p=.001$) y $.626$ ($p=.001$) que estuvieron asociadas a coeficientes de fiabilidad por consistencia interna aceptables ($\omega=.849$; $\alpha=.846$), evidenciando que el instrumento de medición PHQ-9 puede ser aplicado en el contexto del presente estudio (Anexo H).

3.5.3. Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7)

Aunque existen diversas medidas para identificar los indicadores de ansiedad, el GAD-7 se ha posicionado como el instrumento con mejor desempeño en términos de validez y confiabilidad (Plummer et al., 2016). El GAD-7 fue desarrollado Spitzer et al. (2006) con la premisa de detectar los síntomas de ansiedad percibidos en las últimas dos semanas. Es una herramienta de autoinforme aplicada de forma colectiva y/o individual en un tiempo aproximado de 5 minutos. Se encuentra compuesto por una dimensión disgregada en 7 ítems con cuatro opciones de respuestas entre 0 (para nada) hasta 3 (casi todos los días), delimitado en una puntuación de 0 a 21. Los puntos de corte de la ansiedad se basan en un nivel leve (0 a 5), moderado (6 a 10) y severo (11 a 15).

Propiedades Psicométricas originales

Spitzer et al. (2006) desarrollaron el GAD-7 con base a la elaboración de un instrumento

con 13 reactivos iniciales que, fueron sometidos a una serie de entrevistas a 1184 pacientes para identificar los coeficientes de correlación de cada ítem con la puntuación total, por consiguiente, se seleccionaron los 7 reactivos con mayor índice de correlación. Con la solución final de siete ítems, evaluaron las propiedades psicométricas situadas en la validez y confiabilidad. Las evidencias de validez predictiva determinaron que el GAD-7 tuvo un índice de sensibilidad de 92% y especificidad de 76% en muestra clínica vs. muestra no clínica. Se determinó las evidencias de validez en relación a otras variables mediante el contraste de la escala de funcionamiento humano (SF-20), hubo relación significativa de los niveles de severidad del SF-20 con el GAD-7 ($p < .05$). Además, se analizó la fiabilidad por consistencia interna y obtuvieron un coeficiente α de .92 categorizado como aceptable.

La traducción del GAD-7 en el idioma español fue realizada por Garcia-Campayo et al. (2010) mediante un proceso en tres fases: (1) Traducción directa del idioma inglés al español mediante dos traductores nativos de habla inglesa supervisadas por un panel de expertos, (2) Las versiones implementadas se fusionaron en una única versión con acuerdo de los especialistas, y (3) Análisis de un panel de ocho especialistas. A partir de la traducción, estimó las evidencias de validez y fiabilidad en la muestra de 212 pacientes. La evidencia de validez se basó en la estructura interna, donde se empleó análisis factorial exploratorio y confirmatorio. En relación al análisis factorial exploratorio, la estructura de una dimensión explicó el 72% de la variabilidad de las puntuaciones del GAD-7 con cargas factoriales entre .757 a .893. Con respecto al análisis factorial confirmatorio, se comprobó que la estructura unidimensional tuvo óptimos índices de ajuste para la versión traducida del GAD-7 ($GFI=.96$; $AGFI=.91$; $CFI=.99$; $NFI=.98$; $RMSEA=.080$). El análisis de fiabilidad por consistencia interna .936 categorizado como aceptable.

Propiedades Psicométricas peruanas

En el escenario peruano, Franco-Jimenez y Nuñez-Magallanes (2022) analizaron las

propiedades psicométricas del GAD-7 en una muestra de 407 estudiantes universitarios, entre hombres y mujeres. En relación a la validez, se estableció las evidencias basadas en la estructura interna mediante análisis factorial confirmatorio, donde encontraron que las puntuaciones distribuidas en una solución de una dimensión tuvieron óptimos índices de ajuste ($X^2(14)=31.717$; $CFI=.995$; $TLI=0.992$; $RMSEA=.056$; $SRMR=.026$), y lo complementaron con un análisis factorial multigrupo para la variable sociodemográfica sexo, encontrando que el GAD-7 mantiene una composición psicométrica estable a pesar de las diferencias individuales entre hombres y mujeres. Analizaron la fiabilidad por consistencia interna ($\omega=.89$), identificado en la categoría aceptable.

Confiabilidad y Validez

El análisis de las puntuaciones del instrumento GAD-7 se basó en la comprobación de evidencias de validez basadas en la estructura interna y la fiabilidad por consistencia interna.

En la faceta de análisis de validez, se estimó las puntuaciones del GAD-7 acorde a los requisitos para la ejecución del análisis factorial: índice de ajuste muestral ($KMO=.906$), no hubo matrices de identidad para la adecuación de la convergencia del modelo ($X_{Bartlett}=1073.193$; $p=.001$), los datos no se ajustaron a la distribución normal univariante y multivariante ($Y_{1,p}=10.084$; $Y_{2,p}=290.537$; $p<.001$), y no se detectó dependencia entre los modelos ($X^2=35.820$; $p<.001$). Por lo tanto, el método de estimación fue mínimos cuadrados no ponderados robustos (WLSMV) basado en matrices de correlación policóricas, evidenciando óptimos índices de ajuste relativos ($CFI=.979$; $TLI=.969$) y absolutos ($CMIN=2.559$; $RMSEA=.064$; $SRMR=.030$) para los datos del GAD-7 (Anexo I).

En consecuencia, las cargas factoriales se situaron en un rango de .546 ($p=.001$) y .624 ($p=.001$) que estuvieron asociadas a coeficientes de fiabilidad por consistencia interna aceptables ($\omega=.874$; $\alpha=.873$), reflejando que el instrumento de medición GAD-7 puede ser aplicado en el contexto del presente estudio (Anexo I).

3.6. Procedimientos

En primer lugar, se procedió a recolectar información de fuentes primarias y secundarias para la conceptualización de las variables y antecedentes. En segundo lugar, se eligió los instrumentos para abordar los objetivos de investigación, y se redactó el consentimiento informado y los instrumentos. En tercer lugar, se solicitó permiso de los delegados de las aulas para poder realizar la aplicación de las pruebas en los días pactados. En cuarto lugar, se recabó la información obtenida de los participantes en una hoja de cálculo en Microsoft Excel y se realizó la depuración y control de calidad de la base de datos.

3.7. Análisis de datos

En primer lugar, se procedió a transferir los datos a una hoja de cálculo en Microsoft Excel 2018 con el propósito de llevar a cabo una evaluación de calidad de la base de datos. En segundo lugar, se importaron los datos al software estadístico IBM SPSS versión 25.0 para la ejecución de análisis descriptivos e inferenciales. En tercer lugar, se llevó a cabo el análisis de la fiabilidad mediante la aplicación del coeficiente α de Cronbach a las puntuaciones de los instrumentos de medición. En cuarto lugar, se implementó un análisis descriptivo que incluyó las frecuencias y proporciones de los niveles de las variables de estudio. En quinto lugar, se evaluó la normalidad de los datos a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lillieford ($n > 50$) para determinar si los datos se ajustaron a una distribución normal.

De acuerdo a la naturaleza de la distribución de las puntuaciones, se optó por la utilización de pruebas no paramétricas para el análisis inferencial. En la comparación de las puntuaciones de las variables de estudio según sexo, se empleó la prueba U de Mann Whitney con un nivel de significancia equivalente a .05, y su tamaño de efecto se basó en el coeficiente de Probabilidad de Superioridad (PS_{est}) cuyos puntos de cortes fueron propuestos por Ventura (2016): "no efecto" ($PS_{est} \leq .0$), "pequeño" ($PS_{est} \geq .56$), "mediano" ($PS_{est} \geq .64$) y "grande" ($PS_{est} \geq .71$).

Por otro lado, el análisis inferencial correlacional se basó en una prueba de hipótesis desarrollada en un nivel de significancia equivalente a .05, de esta manera, se empleó la prueba de correlación no paramétrica *Rho* de Spearman con los siguientes puntos de corte sintetizados por Akoglu (2018) en la disciplina psicológica: “espúrico” ($Rho=0$); “débil” (± 0.1 a ± 0.3); “moderado” (± 0.4 a ± 0.6), “fuerte” (± 0.7 a ± 0.9), y “perfecto” ($Rho= \pm 1.00$). Asimismo, se complementó con el porcentaje de varianza explicada para evaluar el tamaño de efecto: “pequeño” ($r^2=.01$), “mediano” ($r^2=.10$) y “gran” ($r^2=.25$), consignados por Dominguez-Lara (2018).

3.8. Consideraciones éticas

La investigación fue regida por diversas normas éticas, en línea con estándares internacionales como la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (2017), que sirve como referencia global para defender los derechos fundamentales y la dignidad de los participantes de la investigación. También se consideró el artículo 79 del Código de Ética del Colegio de Psicólogos del Perú (2018), que regula el respeto a las personas y la profesionalidad en la aplicación de evaluaciones psicológicas, haciendo hincapié en el uso de pruebas validadas y comprensibles.

Los principios éticos que respaldan este estudio se enfocan en garantizar el bienestar de los participantes, promoviendo su salud, seguridad, comodidad y beneficencia. Presentando principalmente atención a la prevención de posibles daños derivados de la investigación, asegurando un diseño seguro y ético para los participantes. Asimismo, se fomentó la participación voluntaria, ya que la autonomía es considerada un valor fundamental. Es necesario destacar la importancia de la equidad y justicia, asegurando que los participantes de la investigación sean tratados de manera imparcial y sin prejuicios (Oates et al., 2021).

IV. RESULTADOS

4.1. Análisis descriptivo de las variables de estudio

4.1.1. Análisis de normalidad de las puntuaciones de las variables de estudio

En la Tabla 5, se identificó que las puntuaciones de inflexibilidad psicológica se situaron en torno a un coeficiente *K-S* de .052 asociada a un nivel de significancia de .015. Por otro lado, las puntuaciones de la depresión tienen un coeficiente *K-S* de .091 circunscrito a un nivel de significancia de .000. De esta manera, los valores de la ansiedad estuvieron asociados a un coeficiente *K-S* de .118 desarrollado a un nivel de significancia equivalente a .000. En consecuencia, los niveles de significancia fueron menores a .05, lo que demostró que las variables no provienen de una distribución normal estándar.

Tabla 5

Análisis de normalidad de las variables de estudio

| VARIABLES DE ESTUDIO | <i>M</i> | <i>DE</i> | <i>K-S</i> | <i>p</i> |
|----------------------------|----------|-----------|------------|----------|
| Inflexibilidad psicológica | 22.72 | 9.08 | .052 | .015 |
| Depresión | 8.37 | 5.02 | .091 | .000 |
| Ansiedad | 6.59 | 4.42 | .118 | .000 |

Nota. *M*: Media; *DE*: Desviación estándar; *K-S*: Coeficiente Kolmogorov Smirnov; *p*: Nivel de significancia

4.2. Análisis de frecuencias

4.2.1. Análisis de prevalencia de inflexibilidad psicológica

De acuerdo con la Tabla 6, se evidenció que la inflexibilidad psicológica se presentó mayoritariamente en un nivel moderado en la muestra de estudiantes universitarios (52.9%), seguido de un nivel alto (29.8%) y, en menor proporción, se evidenció niveles leves (17.3%).

Tabla 6*Niveles de inflexibilidad psicológica*

| Variable | Nivel | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------------|----------|------------|------------|
| Inflexibilidad psicológica | Alto | 112 | 29.8 |
| | Moderado | 199 | 52.9 |
| | Leve | 65 | 17.3 |
| Total | | 376 | 100 |

4.2.2. Análisis de prevalencia de la depresión

En relación a la Tabla 7, se muestra que hubo una mayor proporción de estudiantes universitarios que percibieron un nivel leve de depresión (40.7%) seguido de un nivel moderado (25%) y mínimo (23.4%), en contraste, se detectó menores proporciones en el nivel moderadamente grave (8%) y nivel grave (2.9%) en la muestra seleccionada.

Tabla 7*Niveles de depresión*

| Variable de estudio | Niveles | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------|---------------------|------------|------------|
| Depresión | Grave | 11 | 2.9 |
| | Moderadamente grave | 30 | 8.0 |
| | Moderada | 94 | 25.0 |
| | Leve | 153 | 40.7 |
| | Mínima | 88 | 23.4 |
| Total | | 376 | 100 |

4.2.3. Análisis de prevalencia de la ansiedad

Con referencia a la Tabla 8, se evidenció la presencia mayoritaria de estudiantes universitarios en el nivel leve (45.7%) seguido de una proporción de 34% en el nivel moderado y, por otro lado, se detectó menor proporción en el nivel severo de ansiedad (20.2%).

Tabla 8*Niveles de ansiedad*

| Variable de estudio | Niveles | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------|----------|------------|------------|
| Ansiedad | Severo | 76 | 20.2 |
| | Moderado | 128 | 34.0 |
| | Leve | 172 | 45.7 |
| Total | | 376 | 100 |

4.3. Análisis inferencial

4.3.1. Análisis comparativo de la inflexibilidad psicológica

Acorde a la distribución de los datos, Tabla 9, se detectó que existen diferencias estadísticamente significativas de las puntuaciones de inflexibilidad psicológica según sexo ($p=.000$), de esta manera, la diferencia manifestada se identificó mayor promedio en mujeres ($M=25.6$) con respecto a los hombres ($M=21.7$) con un tamaño de efecto “pequeño” ($PS_{est}=.38$).

Tabla 9*Prueba de hipótesis de la inflexibilidad psicológica según sexo*

| Variable de estudio | Sexo | $M (SD)$ | U | P | PS_{est} |
|--|---------|-----------|-------|------|------------|
| Puntuación general de inflexibilidad psicológica | Mujeres | 25.6(9.5) | 10403 | .000 | .38 |
| | Hombres | 21.7(8.7) | | | |

Nota. M : Media; SD : Desviación estándar; U : Prueba U de Mann Whitney; p : nivel de significancia; PS_{est} : probabilidad de superioridad.

4.3.2. Análisis comparativo de la depresión según sexo

En la Tabla 10, el análisis comparativo de las puntuaciones de la depresión, se observó que existen diferencias estadísticamente significativas de la depresión según sexo ($p=.001$) con mayor promedio en las mujeres ($M=9.7$) en contraste con los hombres ($M=7.9$), lo cual reflejó un tamaño de efecto de .39 en la categoría “pequeño”.

Tabla 10*Prueba de hipótesis de la depresión según sexo*

| Variable de estudio | Sexo | <i>M (SD)</i> | <i>U</i> | <i>P</i> | <i>PS_{est}</i> |
|---------------------------------|---------|---------------|----------|----------|-------------------------|
| Puntuación general de Depresión | Mujeres | 9.7(4.9) | 10586.5 | .001 | .39 |
| | Hombres | 7.9(4.9) | | | |

Nota. *M*: Media; *SD*: Desviación estándar; *U*: Prueba U de Mann Whitney; *p*: nivel de significancia; *PS_{est}*: probabilidad de superioridad.

4.3.3. Análisis comparativo de la ansiedad según sexo

En tal sentido como se observa en la Tabla 11, se detectó la presencia de diferencias estadísticamente significativas de las puntuaciones de ansiedad según sexo ($p=.009$) con mayor promedio en las mujeres ($M=7.9$) en comparación a los hombres ($M=6.1$), asociado a un tamaño de efecto equivalente a .41 en la categoría “pequeño”.

Tabla 11*Prueba de hipótesis de la ansiedad según sexo*

| Variable de estudio | Sexo | <i>M (SD)</i> | <i>U</i> | <i>P</i> | <i>PS_{est}</i> |
|--------------------------------|---------|---------------|----------|----------|-------------------------|
| Puntuación general de Ansiedad | Mujeres | 7.9(5.3) | 11225 | .009 | .41 |
| | Hombres | 6.1(3.9) | | | |

Nota. *M*: Media; *SD*: Desviación estándar; *U*: Prueba U de Mann Whitney; *p*: nivel de significancia; *PS_{est}*: probabilidad de superioridad.

4.4. Análisis correlacional

4.4.1. Análisis del objetivo general

En la Tabla 12, se identificó que existe correlación estadísticamente significativa entre las puntuaciones de inflexibilidad psicológica con depresión ($p=.000$), la relación se manifestó en una dirección positiva y magnitud “fuerte” ($Rho=.600$), lo cual implica que mayor inflexibilidad psicológica se relaciona a mayores indicadores de depresión en la muestra seleccionada. Asimismo, hubo correlación estadísticamente significativa entre los puntajes de inflexibilidad psicológica con ansiedad ($p=.000$) con una dirección positiva y magnitud “moderada” ($Rho=.554$). Por consiguiente, en ambos análisis correlacionales se identificó un

“gran” efecto de la varianza compartida ($r^2 > .25$).

Tabla 12

Prueba de hipótesis de correlación de la inflexibilidad psicológica, depresión y ansiedad

| | | Depresión | Ansiedad |
|----------------------------|------------|-----------|----------|
| | <i>Rho</i> | .600 | .554 |
| Inflexibilidad psicológica | r^2 | .360 | .307 |
| | <i>p</i> | .000 | .000 |

Nota. *Rho*: Correlación de Spearman; *p*: nivel de significancia; r^2 : coeficiente de determinación

4.4.2. Análisis de correlación entre depresión y ansiedad

En consecuencia, en la Tabla 13, se identificó que existe correlación estadísticamente significativa entre las puntuaciones de depresión y ansiedad ($p=.000$) con una dirección positiva y magnitud “fuerte” ($Rho=.720$). Asimismo, la varianza compartida entre las puntuaciones de depresión y ansiedad se ubicó en la categoría “gran efecto” ($r^2=.518$).

Tabla 13

Prueba de hipótesis de correlación de la depresión y ansiedad

| | | Ansiedad |
|-----------|------------|----------|
| | <i>Rho</i> | .720 |
| Depresión | r^2 | .518 |
| | <i>p</i> | .000 |

Nota. *Rho*: Correlación de Spearman; *p*: nivel de significancia; r^2 : coeficiente de determinación.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La inflexibilidad psicológica como modelo patológico del funcionamiento humano se viene posicionando como una variable transdiagnóstica que permite explicar los indicadores de la sintomatología clínica depresiva y ansiógena, y proporciona una alternativa a los sistemas de clasificación tradicionales (Hayes et al., 2013).

Con respecto al objetivo general basado en determinar las relaciones entre IP, depresión y ansiedad en estudiantes de una universidad pública de Lima Metropolitana, 2023. Se identificó que existe correlación estadísticamente significativa y positiva con magnitud fuerte entre IP con depresión ($p=.000$; $Rho=.600$), y una relación estadísticamente significativa con magnitud moderada entre IP con ansiedad ($p=.000$; $Rho=.554$). Por lo tanto, se acepta la hipótesis general, es decir existe relación significativa entre las variables de estudio. En esta medida, los reportes son congruentes en un plano nacional a través del estudio de Carhuatanta (2022), quien detalla relación significativa entre la IP con depresión ($Rho=.671$; $p<.001$) y ansiedad ($Rho=.560$; $p<.001$), y Mohajeri et al. (2023) quienes señalaron relación significativa entre la flexibilidad psicológica con la depresión ($r=-.393$; $p<.001$) y ansiedad ($r=-.585$; $p<.001$) en estudiantes de Irán.

La similitud de reportes encuentra sentido en la Teoría de Marcos Relacionales (Luciano y Valdivia, 2006) en el caso de depresión y ansiedad. En el primer caso, los estudiantes se exponen a actividades altamente demandantes que requieren una actitud disciplinada, promoviendo una rigidez de pensamiento y que, a su vez, se podría generalizar al comportamiento del estudiante en diferentes áreas de su vida, desarrollando una vulnerabilidad para la aparición de sintomatología depresiva (Ruiz y Odriozola-González, 2016). En el segundo caso, la IP en estudiantes universitarios genera un repertorio de comportamientos que los alejan de situaciones académicas, las cuales pueden generar consecuencias gratificantes o aversivas, sin embargo los estudiantes que presentaron sintomatología ansiógena se enfocaron

más en las situaciones aversivas y, por lo tanto, la evitación se puede generalizar hacia otros contextos con la premisa de reducir cualquier tipo de experiencia que potencialmente puedan generar manifestaciones percibidas como peligrosas (Díaz y De la Iglesia, 2019; Chapman et al., 2006).

En secuencia, el primer objetivo específico se basa en describir los niveles de inflexibilidad psicológica en estudiantes de una universidad pública de Lima Metropolitana, 2023. Se obtuvo mayor frecuencia de IP en los niveles moderado (52.9%) y alto (29.8%). Los resultados son relativamente congruentes con lo encontrado por Sánchez-Carlessi et al. (2021), donde la IP presenta 31.4% en “raramente”, 24.6% en “a veces” y 10.6% en “con frecuencia” pertenecientes al nivel moderado; y discreparon de los reportes de Landi et al. (2022), quienes señalaron que el 84.68% de los estudiantes se ubicaron en el nivel moderado y bajo.

Los resultados encuentran explicación en el marco teórico de la IP, el cual enfatiza que un nivel moderado depende del contexto, posibilitando que los estudiantes mantengan un equilibrio entre las demandas académicas y gestión de sus recursos, y alcanzan cierto grado de rigidez mental para enfrentar problemas universitarios (Bond et al., 2011; Hayes et al., 2013). Además del contexto, Harris (2021) enfatiza la viabilidad del repertorio de respuestas de afrontamiento ya que si este se torna excesivo, rígido o inapropiado puede desencadenar en malestar clínicamente significativo, alejando a los estudiantes de sus valores en su entorno académico. Por lo tanto, si se toma en consideración el contexto y la viabilidad la IP no es patológico per se.

Con respecto al segundo objetivo específico desarrollado en describir los niveles de depresión en estudiantes de una universidad pública de Lima Metropolitana, 2023. Se obtuvo mayor proporción de casos en el nivel leve (40.7%) y moderado (25%). Los reportes fueron congruentes con Sánchez-Carlessi et al. (2021), quienes señalaron mayor proporción del nivel bajo (55%) y medio (36.2%), en la misma línea, Carhuatanta (2022) reportó mayor proporción

en el nivel normal (80.5%) y leve (13.4%) en estudiantes universitarios. Asimismo, a nivel internacional Zancan (2021) señaló que el nivel leve, moderado y mínimo representa el 75.5% de los estudiantes.

Una posible explicación a esta variabilidad de resultados puede deberse a que los indicadores de salud mental han caído como resultado de la crisis sanitaria, generando así, la posible variabilidad en los indicadores de sintomatología clínica (Chang et al., 2021). Asimismo, se debe advertir que el contexto universitario representa un escenario desafiante y alta carga de estimulación aversiva como la privación de sueño y acumulación de actividades, conllevando a un desgaste y deterioro si no se tiene adecuados estilos de acción de afronte (Páez y Peña, 2018; Arévalo et al., 2020).

Respecto al tercer objetivo específico para describir los niveles de ansiedad en estudiantes de una universidad pública de Lima Metropolitana, 2023. Los resultados refieren mayor prevalencia en los niveles leve (45.7%) y moderado (34%). De esta manera, en el plano nacional encuentra congruencia con los hallazgos de Sánchez-Carlessi et al. (2021) dado que identifican mayor prevalencia del nivel bajo (48.8%) y medio (42.4%). De igual manera, en el plano internacional, Huang et al. (2021) reportaron que el 76.1% de los estudiantes tuvieron un nivel leve y moderado; y difiere parcialmente con Zancan (2021) quien reportó la presencia de mayor prevalencia en el nivel moderado (82.6%) y alto (13.2%) de ansiedad en estudiantes.

Los reportes encuentran sentido explicativo en el modelo cognitivo conductual de Clark y Beck (2012), quienes señalan que la ansiedad en niveles leves y moderados representa una respuesta emocional adaptativa para afrontar situaciones altamente desafiantes a través de un proceso de constante actualización, selección y perfeccionamiento de las estrategias didácticas para que los estudiantes se adapten a contexto cada vez más demandantes (Garay et al., 2019), permitiendo la instauración de repertorios de habilidades más complejos como la resiliencia, adaptación y flexibilidad.

Con respecto al cuarto objetivo específico desarrollado en comparar la inflexibilidad psicológica en estudiantes según sexo de una universidad pública de Lima Metropolitana, 2023. Los hallazgos indicaron que existe diferencias estadísticamente significativas de IP según sexo ($p=.000$, $PSest =.38$), evidenciándose que las mujeres presentan mayor IP ($M=25.6$) que los hombres ($M=21.7$). Por lo tanto, se corrobora la hipótesis basada en que existen diferencias significativas de la IP según sexo en la muestra. Los resultados son consistentes con los reportes de Guillén (2018), donde evidenció que existen diferencias significativas de la IP según sexo ($U=3251$; $p=0.817$) en universitarios; y con los hallazgos de Sánchez-Carlessi et al. (2021), quienes realizaron un análisis de los niveles de IP según sexo, y encontraron que existe asociación estadísticamente significativa ($X^2=38.772$; $p<.001$) en universitarios. Sin embargo, difiere con los reportes de Valencia et al. (2017), quienes no encontraron diferencias estadísticamente significativas de las puntuaciones de IP según sexo ($W=9537.5$; $p=.889$), de igual manera, Román (2021) no encontró diferencias estadísticamente significativas de la IP según sexo ($U=7835$; $p=0.736$).

Al respecto, la Teoría de los Marcos Relacionales implementada en la ACT a través de la inflexibilidad psicológica señala que el modelo psicopatológico enmarca diferencias entre los patrones comportamentales y sus procesos (Hayes et al., 2013). Sin embargo, la literatura científica no refiere que existan mecanismos centrales basados en la diferenciación de los procesos de inflexibilidad psicológica según las características fenotípicas de los individuos.

Secuencialmente, el análisis del quinto objetivo específico fue comparar la depresión en estudiantes según sexo de una universidad pública de Lima Metropolitana, 2023. Se encontró que existe relación estadísticamente significativa de depresión según sexo ($p=.001$, $PSest =.39$), siendo más prevalente la ansiedad en las mujeres ($M=9.7$) que en hombres ($M=7.9$). Por consiguiente, se acepta la hipótesis de investigación. En tal sentido, los reportes nacionales e internacionales discreparon de los presentes hallazgos, es así como Sánchez-

Carlessi et al. (2021) encontraron que no existe asociación estadísticamente significativa de las categorías de depresión según sexo ($X^2=421.345$; $p=.321$), y Huang et al. (2021) observaron que no existen diferencias significativas de depresión entre hombres ($M=3.65$; $DE=4.55$) y mujeres ($M=3.82$; $DE=4.38$) que acudieron a un hospital de China ($p=.806$).

La explicación teórica a las discrepancias descansa en el modelo biomédico, donde se reportó que la presencia de cambios hormonales ha desencadenado en mayor sensibilidad y reactividad en las mujeres, representando un factor de riesgo para presentar mayor nivel de depresión en comparación a los hombres (Gaviria, 2009; Londoño-Pérez et al., 2020).

En lo que respecta al sexto objetivo específico, se buscó comparar la ansiedad en estudiantes según sexo de una universidad pública de Lima Metropolitana, 2023. Se encontró diferencias estadísticamente significativas de la ansiedad según sexo ($p=.009$), donde las mujeres evidenciaron mayor ansiedad ($M=7.9$) que los hombres ($M=6.1$). Con este resultado se acepta la hipótesis de investigación. En un plano nacional los hallazgos muestran consistencia con Sánchez-Carlessi et al. (2021), quienes realizaron análisis de las diferencias entre las categorías de ansiedad y sexo, se observó que existe asociación estadísticamente significativa ($X^2=16.252$; $p<.001$) en universitarios. Y difieren con lo reportado por Valencia et al. (2017) quienes no encontraron diferencias significativas en la ansiedad estado ($p=.932$) y rasgo ($p=.524$) según sexo; igualmente en un plano internacional, Huang et al. (2021), no encontraron diferencias significativas de la ansiedad según sexo un hospital de China ($p=.910$).

En ese sentido, las discrepancias entre los reportes encuentran sentido teórico en el modelo biomédico de la ansiedad (APA, 2013) ya que las mujeres presentan mayor vulnerabilidad hacia los factores estresantes que implican una sobredemanda de repertorios de conducta, desencadenando qué escenarios relativamente manejables sean percibidos como contextos altamente desafiantes en comparación a los hombres (De Oliveira et al., 2021).

En referencia el séptimo objetivo específico fue analizar la relación entre la depresión

y ansiedad en estudiantes de una universidad pública de Lima Metropolitana, 2023. Los hallazgos indicaron que existe relación significativa, directa y fuerte entre depresión y ansiedad ($p=.000$; $Rho=.720$). Por lo tanto, se comprobó la hipótesis basada en que existe relación significativa entre depresión y ansiedad en universitarios. En este escenario los resultados fueron consistentes a través de diversos estudios: Huang et al. (2021) quienes encontraron una relación significativa, fuerte y positiva ($r=.784$; $p<.001$) en China; McCracken et al. (2021), con una relación significativa, fuerte y directa ($r=.840$; $p<.01$) en ciudadanos suecos; y, Mohajeri et al. (2023) detectaron la presencia de relación significativa, fuerte y directa entre las variables de estudio ($r=.660$; $p<.05$) en universitarios iraníes.

La razón de la similitud empírica radica en el modelo biomédico de la ansiedad y depresión (APA, 2013), donde se establece la comorbilidad entre estas patologías clínicas debido a la presencia de factores de riesgo como presión académica, cambios en el estilo de vida, periodo de transición a nuevos cursos gradualmente más complejos y desafíos emocionales de los estudiantes para adaptarse a los nuevos escenarios (Arévalo et al., 2020). Asimismo, Martins (2022) aclara que la ansiedad podría ser un factor desencadenante ya que padecer estrés crónico y preocupación constante incrementa la probabilidad de ocurrencia de episodios de depresión; sin embargo, la depresión puede incrementar los niveles de ansiedad dado que genera pensamientos negativos recurrentes, sensación desesperanza y carente interés en actividades cotidianas.

Es meritorio mencionar algunas limitaciones dentro de lo investigado en torno a la falta de proporcionalidad entre los subgrupos de la variable género, la selección muestral no proporcional de las unidades muestrales, la divergencia lógica entre los modelos teóricos basados en modelos tradicionales vs. modelo transdiagnóstico, y la imposibilidad de establecer una relación de causalidad entre las variables de estudio.

Asimismo, el contraste de los hallazgos del presente estudio tuvo implicancias teóricas

para la disciplina de estudio en la medida que brindó conocimiento de la magnitud y dirección de la relación entre la inflexibilidad psicológica con la sintomatología de depresión y ansiedad en un grupo etario específico como estudiantes universitarios de las facultades de ingeniería y arquitectura, permitiendo establecer factores de riesgo del curso y mantenimiento de los síntomas y posicionando su papel como variable transdiagnóstica.

En un nivel práctico, los hallazgos del estudio permitieron reconocer la frecuencia de los niveles y magnitud de la inflexibilidad psicológica con la sintomatología de depresión y ansiedad para que los profesionales de la institución desarrollen el diagnóstico situacional para proporcionar mecanismo de intervención basados en prevención primaria y secundaria para casos específicos, y sentar las bases para estructurar sesiones de programas promocionales según su grado de severidad.

VI. CONCLUSIONES

- 6.1 Existe relación significativa entre inflexibilidad psicológica, depresión y ansiedad en estudiantes de una universidad pública de Lima Metropolitana, 2023, lo cual implica que, en estudiantes universitarios, la inflexibilidad psicológica es un factor de riesgo de la sintomatología de depresión y ansiedad.
- 6.2 El nivel de inflexibilidad psicológica hubo mayor proporción de estudiantes universitarios en el nivel moderado con 52.9% y menor proporción en el nivel leve con 17.3%, lo que implica que los estudiantes universitarios pueden adaptarse funcionalmente a su entorno académico.
- 6.3 En relación a la depresión, hubo mayor proporción en el nivel leve con 40.7% y menor proporción en el nivel grave con 2.9%, por lo que se colige que no existe sintomatología depresiva clínicamente relevante.
- 6.4 El nivel de ansiedad en universitarios, prevaleció más en el nivel leve con 45.7% y menor prevalencia en el nivel severo con 20.2%, lo que implica que la ansiedad se manifiesta en un rango que le permite a gran parte de los estudiantes adaptarse a su entorno.
- 6.5 Se encontró diferencias significativas de la inflexibilidad psicológica en estudiantes de una universidad pública de Lima Metropolitana según sexo ($U= 10403$; $p=.000$) con mayor incidencia en mujeres, lo que implica que el sexo es un factor de riesgo para desarrollarse la inflexibilidad psicológica.
- 6.6 Se detectó diferencias significativas de la depresión según sexo ($U= 10586.5$; $p=.001$) en universitarios con mayor incidencia en mujeres, señalando que ser del sexo femenino es un factor de riesgo para desarrollar la depresión.

- 6.7 Se encontró diferencias significativas de la ansiedad según sexo ($U= 11225$; $p=.009$) en estudiantes universitarios, con mayor nivel en mujeres, determinando al sexo como un factor para desarrollar ansiedad en la muestra de estudio.
- 6.8 Existe relación significativa entre depresión y ansiedad en estudiantes de una universidad pública de Lima Metropolitana, lo cual implica comorbilidad entre las variables.

VII. RECOMENDACIONES

- 7.1 Promover programas promocionales basados en los procesos de flexibilidad psicológica en los estudiantes universitarios para reducir los niveles de depresión y ansiedad en el entorno académico, y desarrollar un sistema de evaluación individual basado en instrumentos breves como los utilizados en el presente estudio para identificar los casos de riesgo, es decir, casos con altos niveles de ansiedad y depresión.
- 7.2 Aplicar los instrumentos en un mayor tamaño de muestra para la estimación de la prevalencia de los niveles de inflexibilidad psicológica, depresión y ansiedad en estudiantes universitarios para garantizar la representatividad de los datos en la población de estudio y fortalecer los niveles de validez externa de los hallazgos.
- 7.3 Desarrollar programas preventivos basados en ACT para reducir los niveles severos de ansiedad basados en contenido académico como situaciones, juego de roles e incentivos universitarios, en el marco de los procesos de la ACT basado en elementos concretos como afiches y volantes para promover la salud mental.
- 7.4 Se sugiere a la institución establecer temas psicoeducativos en los cursos de la malla curricular para atenuar los niveles de inflexibilidad psicológica dirigidas al sexo femenino, mediante un horario diferenciado de recreación en medio de las actividades académicas como tiempo fuera.

VIII. REFERENCIAS

- Akhtar, P., Ma, L., Waqas, A., Naveed, S., Li, Y., Rahman, A. y Wang, Y. (2020). Prevalence of depression among university students in low and middle-income countries (LMICs): A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 274, 911-919. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.183>
- Akoglu, H. (2018). User's guide to correlation coefficients. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 18(3), 91–93. <https://doi.org/10.1016/j.tjem.2018.08.001>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (5^a Ed.). American Psychiatric Association.
- American Psychological Association (29 de setiembre del 2023). *Psychologists reaching their limits as patients present with worsening symptoms year after year*. Reports. <https://www.apa.org/pubs/reports/practitioner/2023-psychologist-reach-limits>
- Angamarca, G. (2019). *Factores psicológicos e inflexibilidad psicológica en estudiantes universitarios del Ecuador* [Tesis de pregrado, Universidad Técnica Particular de Loja]. Repositorio institucional de la Universidad Técnica Particular de Loja. <http://dspace.utpl.edu.ec/jspui/handle/20.500.11962/24351>
- Arévalo, E., Castillo, D., Cepeda, I., López, J. y Pacheco, R. (2020). Ansiedad y depresión en estudiantes universitarios: relación con rendimiento académico. *Interdisciplinary Journal of Epidemiology and Public Health*, 2(1), 1-22. <https://doi.org/10.18041/2665-427x/ijeph.1.5342>
- Arrieta, K., Díaz, S. y González, F. (2014). Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 7(1), 14-22. <https://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2014000100003>

- Asociación Médica Mundial. (23 de mayo de 2017). *Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. AMM. <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Association for Contextual Behavioral Science (22 de setiembre del 2023). *ACT Randomized Controlled Trials (1986 to present)*. State of the ACT Evidence. https://contextualscience.org/act_randomized_controlled_trials_1986_to_present
- Barbosa, A. (2020). *Propiedades psicométricas del cuestionario aceptación y compromiso en estudiantes universitarios (AAQ-US) en el contexto colombiano* [Tesis de maestría, Universidad Konrad Lorenz]. Repositorio institucional de la Universidad Konrad Lorenz. <https://repositorio.konradlorenz.edu.co/handle/001/2263>
- Barraca, J. y Pérez, M. (2015). *Activación Conductual para el tratamiento de la depresión*. Síntesis.
- Bautista, J. (2011). El Conductismo en la Historia de la Psicología: Una Crítica de la Filosofía del Conductismo Radical. *Psychologia Latina*, 2(2), 144-157. http://dx.doi.org/10.5209/rev_PSLA.2011.v2.n2.2
- Beck, A. (1967). *Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects*. Harper y Row.
- Bond, F., Hayes, S. y Barnes-Holmes, D. (2006). Psychological flexibility, ACT, and organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior Management*, 26(2), 25–54. https://doi.org/10.1300/j075v26n01_02
- Bond, F., Hayes, S., Baer, R., Carpenter, K., Guenole, N., Orcutt, H., Waltz, T. y Zettle, R. (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. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>

- Bui, E., Charney, M. y Baker, A. (2020). *Clinical handbook of anxiety disorders: From theory to practice*. Springer International Publishing.
- Carhuatanta, L. (2022). *Evitación experiencial, depresión, ansiedad y estrés en cuidadores de personas con discapacidad de una asociación en Lima, 2021* [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma del Perú]. Repositorio institucional de la Universidad Autónoma del Perú. <https://hdl.handle.net/20.500.13067/2443>
- Chang, J.-J., Ji, Y., Li, Y.-H., Pan, H.-F. y Su, P.-Y. (2021). Prevalence of anxiety symptom and depressive symptom among college students during COVID-19 pandemic: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 292, 242-254. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.109>
- Chapman, A., Gratz, K. y Brown, M. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44(3), 371–394. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.03.005>
- Cjuno, J., Moya, A., Calderón-Pérez, E., Quispe-Ilizarbe, C., Mayon, L. y Livia, J. (2022). Producción científica sobre validación y adaptación de instrumentos de tamizaje de la depresión en población peruana. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 39(3), 357–361. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2022.393.11197>
- Clark, D. y Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. (1ª Ed.). Desclée De Brouwer.
- Cobo, J. (2005). *El concepto de depresión. Historia, definición(es), nosología, clasificación*. Psiquiatra.com.
- Colegio de psicólogos del Perú (2018). *Código de ética profesional del psicólogo peruano*. CPsP. <https://sipsych.org/wp-content/uploads/2015/09/Peru -Codigo de Etica.pdf>
- Corea, M. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Revista médica hondureña*, 89(1), 46–52. <https://doi.org/10.5377/rmh.v89isupl.1.12047>

- Cruz-Gaitán, J., Reyes, O. y Corona, C. (2017) *Duelo: Tratamiento basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. Manual Moderno.
- Daset, L. y Cracco, C. (2013). Psicología Basada en la Evidencia: algunas cuestiones básicas y una aproximación a través de una revisión bibliográfica sistemática. *Ciencias Psicológicas*, 7(2), 209-220. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v7n2/v7n2a09.pdf>
- Dawson, D. y Golijani-Moghaddam, N. (2020). COVID-19: Psychological flexibility, coping, mental health, and wellbeing in the UK during the pandemic. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 17, 126-134. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.07.010>
- De Oliveira Sergio, T., Wetherill, L., Kwok, C., Khoyloo, F. y Hopf, F. (2021). Sex differences in specific aspects of two animal tests of anxiety-like behavior. *Psychopharmacology*, 238(10), 2775–2787. <https://doi.org/10.1007/s00213-021-05893-w>
- Díaz, I. y De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: conceptualizaciones actuales. *Summa Psicológica*, 16(1), 42-50. <https://doi.org/10.18774/0719-448x.2019.16.1.393>
- Diez-Quevedo, C., Rangil, T., Sanchez-Planell, L., Kroenke, K. y Spitzer, R. (2001). Validation and utility of the patient health questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. *Psychosomatic Medicine*, 63(4), 679–686. <https://doi.org/10.1097/00006842-200107000-00021>
- Dominguez-Lara, S. (2018). Magnitud del efecto, una guía rápida. *Educación médica*, 19(4), 251–254. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.07.002>
- Doorley, J., Goodman, F., Kelso, K. y Kashdan, T. (2020). Psychological flexibility: What we know, what we do not know, and what we think we know. *Social and Personality Psychology Compass*, 14(12), 1-11. <https://doi.org/10.1111/spc3.12566>
- Durán, P. (2021). *Estrés y depresión en estudiantes de medicina de una universidad pública de Lima Metropolitana* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos].

Repositorio institucional de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

<https://hdl.handle.net/20.500.12672/16964>

Fernández-Rodríguez, C., Coto-Lesmes, R., Martínez-Loredo, V. y Cuesta-Izquierdo, M. (2022). Psychological Inflexibility, Anxiety and Depression: The Moderating Role of Cognitive Fusion, Experiential Avoidance and Activation. *Psicothema*, 34(2), 240-248.

<https://doi.org/10.7334/psicothema2021.344>

Fletcher, L. y Hayes, S. (2005). Relational frame theory, acceptance and commitment therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 23(4), 1-22. <https://doi.org/10.1007/s10942-005-0017-7>

Fonseca-Pedrero, E. (2018). Análisis de redes en psicología. *Papeles del Psicólogo*, 39(1), 1-17. <https://www.redalyc.org/journal/778/77854690001/77854690001.pdf>

Franco-Jimenez, R. y Nuñez-Magallanes, A. (2022). Propiedades psicométricas del GAD-7, GAD-2 y GAD-Mini en universitarios peruanos. *Propósitos y representaciones*, 10(1), e1437. <https://doi.org/10.20511/pyr2022.v10n1.1437>

Garay, C., Donati, S., Ortega, I., Freiría, S., Rosales, G. y Koutsovitis, F. (2019). Modelos cognitivo-conductuales del Trastorno de Ansiedad Generalizada. *Revista de Psicología*, 15(29), 7-21. <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/9564/1/modelos-cognitivo-conductuales-ansiedad.pdf>

García-Campayo, J., Zamorano, E., Ruiz, M. A., Pardo, A., Pérez-Paramo, M., López-Gómez, V., Freire, O. y Rejas, J. (2010). Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-8>

Gaviria, S. (2009). ¿Por qué las mujeres se deprimen más que los hombres? *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(2), 316-324.

<http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v38n2/v38n2a08.pdf>

- Gomes, E., Gomes, T. y Gomes, G. (2005). A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27(3), 312–318.
<https://doi.org/10.1590/s0101-81082005000300010>
- González, H. y Pérez-Alvarez, M. (2007). *La invención de trastornos mentales*. Alianza Editorial.
- González-Terrazas, R. y Guadalupe, M. (2021). Activación conductual (programación de actividades) y depresión: Una mirada analítica-conductual. *Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento*, 29(4), 175-190.
<https://www.redalyc.org/journal/2745/274571372011/274571372011.pdf>
- Guillén, L. (2018). *Evitación experiencial y ansiedad en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana* [Tesis de pregrado, Universidad Privada Ricardo Palma]. Repositorio institucional de la Universidad Privada Ricardo Palma.
<https://hdl.handle.net/20.500.14138/1610>
- Guzman, M. (2023). *Evitación experiencial y burnout académico en estudiantes de internado de Psicología de una universidad privada de Lima Sur, 2021* [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma del Perú]. Repositorio institucional de la Universidad Autónoma del Perú. <https://hdl.handle.net/20.500.13067/2319>
- Harris, R. (2019). *ACT Made Simple: An Easy-To-Read Primer on Acceptance and Commitment Therapy*. New Harbinger Publications.
- Harris, R. (2021). *Hazlo simple*. Ediciones Obelisco.
- Hayes, S. y Quiñones, R. (2005). Características de las operantes relacionales. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(2), 277-289.
<https://www.redalyc.org/pdf/805/80537204.pdf>

- Hayes, S., Hayes, L. y Reese, H. (1988). Finding the philosophical core: a review of Stephen c. Pepper's world hypotheses: a study in evidence. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 50(1), 97–111. <https://doi.org/10.1901/jeab.1988.50-97>
- Hayes, S., Levin, M., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. y Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44(2), 180–198. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002>
- Hayes, S., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A. y Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S., Pistorello, J. y Levin, M. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40, 976–1002. <https://doi.org/10.1177/0011000012460836>
- Hayes, S., Strosahl, K. y Wilson, K. (2016). *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change*. (2ª Ed.). The Guilford Press.
- Hayes, S., Wilson, K., Gifford, E., Follette, V. y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–1168. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.64.6.1152>
- Hayes, S., Strosahl, K. y Wilson, K. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso: Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Desclée de Brouwet.
- Hernández-Sampieri, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill.
- Hernández-Yépez, P., Muñoz-Pino, C., Ayala-Laurel, V., Contreras-Carmona, P., Inga-Berrospi, F., Vera-Ponce, V., Failoc-Rojas, V., Pereira-Victorio, C. y Valladares-

- Garrido, M. (2022). Factors Associated with Anxiety, Depression, and Stress in Peruvian University Students during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21), e14591. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114591>
- Hofmann, S. y Hinton, D. (2014). Cross-cultural aspects of anxiety disorders. *Current Psychiatry Reports*, 16(6), 1-5. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0450-3>
- Huang, C., Xie, J., Owusua, T., Chen, Z., Wang, J., Qin, C. y He, Q. (2021). Is psychological flexibility a mediator between perceived stress and general anxiety or depression among suspected patients of the 2019 coronavirus disease (COVID-19)? *Personality and Individual Differences*, 183(1), 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111132>
- Huarcaya-Victoria, J., De-Lama-Morán, R., Quiros, M., Bazán, J., López, K. y Lora, D. (2020). Propiedades psicométricas del Patient Health Questionnaire (PHQ-9) en estudiantes de medicina en Lima, Perú. *Revista De Neuro-Psiquiatría*, 83(2), 72-78. <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i2.3749>
- Kanter, J., Callaghan, G., Landes, S., Busch, A. y Brown, K. (2004). Behavior analytic conceptualization and treatment of depression: Traditional models and recent advances. *The Behavior Analyst Today*, 5(3), 255–274. <https://doi.org/10.1037/h0100041>
- Kashdan, T. y Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 865–878. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>
- Kato, T. (2016). Psychological inflexibility and depressive symptoms among Asian English speakers: A study on Indian, Philippine, and Singaporean samples. *Psychiatry Research*, 238, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.007>

- Kroenke, K., Spitzer, R. y Williams, J. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- La Chira, M. (2018). *Depresión y aprendizaje en estudiantes de ingeniería de la Universidad San Pedro de Barranca 2017* [Tesis de maestría, Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio Institucional de la Universidad Cesar Vallejo. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/16420>
- Landi, G., Pakenham, K., Crocetti, E., Tossani, E. y Grandi, S. (2022). The trajectories of anxiety and depression during the COVID-19 pandemic and the protective role of psychological flexibility: A four-wave longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 307, 69–78. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.03.067>
- Levin, M., Krafft, J., Pistorello, J. y Seeley, J. (2018). Assessing psychological inflexibility in university students: Development and validation of the acceptance and action questionnaire for university students (AAQ-US), *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 199-206. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.03.004>
- Liyanage, S., Saqib, K., Khan, A. F., Thobani, T. R., Tang, W., Chiarot, C., AlShurman, B. y Butt, Z. (2021). Prevalence of Anxiety in University Students during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), 62. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010062>
- Londoño-Pérez, C., Cita-Álvarez, A., Niño-León, L., Molano-Cáceres, F., Reyes-Ruíz, C., Vega-Morales, A. y Villa-Campos, C. (2020). Sufrimiento psicológico en hombres y mujeres con síntomas de depresión. *Terapia Psicológica*, 38(2), 189–202. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082020000200189>

- Luciano, C. (2017). The self and responding to the own's behavior. Implications of coherence and hierarchical framing. *International Journal of Psychology y Psychological Therapy*, 17(3), 267–275. <https://psycnet.apa.org/record/2017-49208-001>
- Luciano, C. y Valdivia, M. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (Act). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79-91. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77827203.pdf>
- Luciano, M., Valdivia-Salas, S., Berens, N., Rodríguez-Valverde, M., Mañas, I. y Ruiz, F. (2009). Acquiring the earliest relational operants. Coordination, difference, opposition, comparison, and hierarchy. En R. A. Rehfeldt y Y. Barnes- Holmes (Eds.), *Derived Relational Responding. Applications for learners with autism and other developmental disabilities* (pp. 149-170). New Harbinger.
- Maero, F. (2022). *CROQUIS. Una guía clínica de Terapia de Aceptación y Compromiso*. Editorial Dunken.
- Maia, B. y Dias, P. (2020). Ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários: O impacto da COVID-19. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37, e200067. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200067>
- Mañas, I. (2012). Nuevas terapias psicológicas: la tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de Psicología*, 40(1), 26-34. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/21755>
- Martins, C. (9 de febrero de 2022). *Qué síntomas produce la ansiedad y en qué se diferencia de la depresión*. BBC News Mundo. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-59859112>
- Masuda, A. y Tully, E. (2011). The Role of Mindfulness and Psychological Flexibility in Somatization, Depression, Anxiety, and General Psychological Distress in a Nonclinical College Sample. *Journal of Evidence-Based Complementary y Alternative Medicine*, 17(1), 66-71. <https://doi.org/10.1177/2156587211423400>

- McCracken, L., Badinlou, F., Buhrman, M. y Brocki, K. (2021). The role of psychological flexibility in the context of COVID-19: Associations with depression, anxiety, and insomnia. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 19, 28–35. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.11.003>
- Ministerio de Salud (2020). *Plan de Salud Mental Perú (contexto COVID-19)*. (informe N° 1). Ministerio de Salud. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5092.pdf>
- Mohajeri, M., Alfooneh, A. y Imani, M. (2023). Studying the Mediating Role of Psychological Flexibility and Self-Compassion in the Relationship between Traumatic Memories of Shame and Severity of Depression and Anxiety Symptoms: Mediating role of psychological flexibility and self-compassion. *International Journal of Body, Mind and Culture*, 10(1), 41–50. <https://doi.org/10.22122/ijbmc.v10i1.467>
- Moreno-Agostino, D., Wu, Y., Daskalopoulou, C., Hasan, M., Huisman, M. y Prina, M. (2021). Global trends in the prevalence and incidence of depression: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 281, 235-243. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.035>
- Newman, M. y Llera, S. (2011). A novel theory of experiential avoidance in generalized anxiety disorder: A review and synthesis of research supporting a contrast avoidance model of worry. *Clinical Psychology Review*, 31(3), 371–382. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.01.008>
- Oates, J., Carpenter, D., Fisher, M., Goodson, S., Hannah, B., Kwiatowski, R., Prutton, K., Reeves, D. y Wainwright, T. (2021). *BPS Code of Human Research Ethics*. British Psychological Society.
- Organización Mundial de la Salud (2 de marzo de 2022). *COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide*. News.

<https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>

Organización Mundial de la Salud (23 setiembre de 2023c). *Anxiety disorders*. Newsroom.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>

Organización Mundial de la Salud (27 de septiembre de 2023b). *Trastornos de ansiedad*. News.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>

Organización Mundial de la Salud (31 de marzo de 2023a). *Depressive disorder*. Hojas informativas. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Panamericana de la Salud (2017a). "*Depresión: hablemos*", dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad. News.

<https://www.paho.org/es/noticias/12-5-2017-depresion-hablemos-dice-oms-mientras-depresion-encabeza-lista-causas-enfermedad>

Organización Panamericana de la Salud (2017b). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. (Informe N° 1). Editorial de la Organización Panamericana de la Salud.

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>

Öst, L. (2014). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 105-121.

<https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.018>

Otzen, T. y Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población de estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232.

<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>

Páez, M. y Montesinos, F. (2016). *Tratando con... terapia de aceptación y compromiso: Habilidades terapéuticas centrales para la aplicación eficaz*. Ediciones Pirámide.

- Páez, M. y Peña, F. (2018). Depresión en universitarios. Diversas conceptualizaciones y necesidad de intervenir desde una perspectiva compleja. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 18(2), 339–351. <https://www.redalyc.org/journal/2738/273857650007/273857650007.pdf>
- Patrón, F. (2010). La evitación experiencial y su medición por medio del AAQ-II. *La enseñanza e Investigación en Psicología*, 15(1), 5-19. <https://www.redalyc.org/pdf/292/29213133001.pdf>
- Pepper, S. (1942). *World Hypotheses*. University of California Press.
- Pérez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Síntesis.
- Pipa, M., Sanchez, J. y Soyer, G. (2022). *Relación entre la flexibilidad psicológica y depresión en adultos* [Tesis de pregrado, Universidad de Lima]. Repositorio Institucional de la Universidad de Lima. <https://hdl.handle.net/20.500.12724/15829>
- Plummer, F., Manea, L., Trepel, D. y McMillan, D. (2016). Screening for anxiety disorders with the GAD-7 and GAD-2: a systematic review and diagnostic metaanalysis. *General Hospital Psychiatry*, 39, 24–31. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2015.11.005>
- Retamal, P. (1998). *Depresión*. Editorial Universitaria.
- Robichaud, M., Koerner, N. y Dugas, M. (2019). *Cognitive Behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder: From Science to Practice*. (2ª Ed.). Routledge.
- Román, D. (2021). *Ansiedad y evitación experiencial en estudiantes de Psicología de una universidad estatal de Lima Metropolitana* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio institucional de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/16320>
- Ruiz, F. y Odriozola-González, P. (2016). The role of psychological inflexibility in Beck's cognitive model of depression in a sample of undergraduates. *Anales de psicología*, 32(2), 441-447. <https://doi.org/10.6018/analesps.32.2.214551>

Ruiz, F., Langer Herrera, A., Luciano, C., Cangas, A. y Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire - II. *Psicothema*, 25(1), 123-129.
<https://doi.org/10.7334/psicothema2011.239>

Sánchez, H. y Reyes, C. (2015). *Metodología y diseños en la investigación científica*. (5ª Ed.).
Business Support Anneth SRL

Sánchez-Carlessi, H., Yarlequé-Chocas, L., Javier-Alva, L., Nuñez LLacuachaqui, E., Arenas-Iparraguirre, C., Matalinares-Calvet, M., Gutiérrez-Santayana, E., Egoavil-Medina, I., Solis-Quispe, J. y Fernandez-Figueroa, C. (2021). Anxiety, depression, somatization and experiential avoidance indicators in peruvian university students in quarantine by COVID-19. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 21(2), 346–353.
<https://doi.org/10.25176/rfmh.v21i2.3654>

Smith, B., Twohy, A. y Smith, G. (2020). Psychological inflexibility and intolerance of uncertainty moderate the relationship between social isolation and mental health outcomes during COVID-19. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 162-174.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.005>

Society of Clinical Psychology (2021a). *Treatment: Acceptance and Commitment Therapy for Depression*. Problema area: Psychological Treatments.
<https://div12.org/psychological-treatments/treatments/acceptance-and-commitment-therapy-for-depression/>

Society of Clinical Psychology (2021b). *Acceptance And Commitment Therapy For Mixed Anxiety Disorders*. DIAGNOSIS: Mixed Anxiety Conditions.
<https://div12.org/treatment/acceptance-and-commitment-therapy-for-mixed-anxiety-disorders/>

- Spitzer, R., Kroenke, K., Williams, J. y Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Törneke, N. (2016). *Aprendiendo TMR: Una introducción a la teoría del marco relacional y sus aplicaciones clínicas*. DIDACBOOK.
- Törneke, N., Luciano, C., Barnes-Holmes, Y. y Bond, F. (2015). Relational Frame Theory and three core strategies in understanding and treating human suffering. En R. D. Zettle, S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes y A. Biglan (eds.), *The Wiley Handbook of Contextual* (pp.254-272). John Wiley y Sons, Ltd.
- Tortella-Feliu, M. (2014). Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (110), 62-69. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4803018.pdf>
- Twohig, M. y Hayes. S. (2020). *ACT en la práctica clínica para la depresión y la ansiedad: una guía sesión a sesión para maximizar los resultados*. Desclée De Brouwer
- Valencia, P. y Falcón, C. (2022). Validez y confiabilidad del Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II) en universitarios de Lima. *PSIENCIA Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 14(1), 176-219. https://bit.ly/PSIENCIA_14_1_176_219
- Valencia, P., Paz, J., Paredes, E., León, M., Zuñe, C., Falcón, C., Portal, R., Cáceres, R. y Murillo, L. (2017). Experiential avoidance, coping, and anxiety in students from a public university in Lima. *Interacciones*, 3(1), 45-58. <https://doi.org/10.24016/2017.v3n1.43>
- Vallejos, M. (2012). *La motivación, la actitud hacia las ciencias, la ansiedad y las estrategias metacognitivas de lectura en el rendimiento de los estudiantes universitarios: un análisis longitudinal* [Tesis de doctorado, Universidad Complutense de Madrid].

Repositorio institucional de la Universidad Complutense de Madrid.
<https://hdl.handle.net/20.500.14352/48373>

Vallenilla, E. (2022). *La relación entre flexibilidad psicológica y la ansiedad y depresión en adolescentes: una revisión sistemática y metaanálisis* [Tesis de maestría, Universidad Pontificia Comillas]. Repositorio Institucional de la Universidad Pontificia Comillas.
<http://hdl.handle.net/11531/66328>

Vargas, N. y Coria, K. (2017). *Estrés Postraumático: Tratamiento basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. Manual Moderno.

Vargas, S. (2021). Factores que inciden en la depresión en estudiantes universitarios: una revisión sistemática. *Conrado*, 17(82), 387-394.
<http://scielo.sld.cu/pdf/rc/v17n82/1990-8644-rc-17-82-387.pdf>

Vásquez, C., Hervás, G., Hernangómez, L. y Romero, N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 18(1), 139-165.
https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/08.Vazquez_18-10a.pdf

Ventura-León, J. (2016). Tamaño del efecto para la U de Mann-Whitney: aportes al artículo de Valdivia-Peralta et al. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 54(4), 353-354.
<https://doi.org/10.4067/s0717-92272016000400010>

Wei-Po, C., Cheng-Fang, Y. y Tai-Ling, L. (2018). Predicting effects of psychological inflexibility/experiential avoidance and stress coping strategies for internet addiction, significant depression, and suicidality in college students: A prospective study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(4), 1-11.
<https://doi.org/10.3390/ijerph15040788>

- Wei-Po, C., Chien-Ho, L., Yi-Hsin, Y. y Shiou-Lan, C. (2022). Effects of harassment on psychological inflexibility/experiential avoidance among Taiwanese emergent adult gay and bisexual men. *Taiwan Yi Zhi Journal of the Formosan Medical Association*, 121(7), 1302–1309. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2021.09.014>
- Yao, X., Xu, X., Chan, K., Chen, S., Assink, M. y Gao, S. (2023). Associations between psychological inflexibility and mental health problems during the COVID-19 pandemic: A three-level meta-analytic review. *Journal of Affective Disorders*, 320, 148-160. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.116>
- Zancan, R., Machado, A., Boff, N. y Oliveira, 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. <https://doi.org/10.12957/epp.2021.61067>

IX. ANEXOS

Anexo A. Matriz de Consistencia

| Título: Inflexibilidad psicológica, depresión y ansiedad en estudiantes de una universidad pública de Lima Metropolitana, 2023 | | | |
|---|--|--|---|
| Problema | Objetivos | Hipótesis | Método |
| General | General | General | |
| ¿Existe relación entre la inflexibilidad psicológica, depresión y ansiedad en estudiantes de una Universidad Pública de Lima Metropolitana? | Determinar la relación entre inflexibilidad psicológica, depresión y ansiedad en estudiantes de una universidad pública de Lima Metropolitana, 2023. | H _G : Existe relación significativa entre inflexibilidad psicológica, depresión y ansiedad en estudiantes de una universidad pública de Lima Metropolitana, 2023. | <p>Tipo de investigación Básica, no experimental, relacional.</p> <p>Participantes 376 entre hombres y mujeres</p> <p>Instrumentos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II) • Patient Health Questionnaire (PHQ-9) • Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) |
| | Específicos | Específicas | |
| | O1: Medir los niveles de inflexibilidad psicológica en estudiantes de una universidad pública de Lima Metropolitana, 2023. | | |
| | O2: Medir los niveles de depresión en estudiantes de una universidad pública de Lima Metropolitana, 2023. | | |
| | O3: Medir los niveles de ansiedad en estudiantes de una universidad pública de Lima Metropolitana, 2023. | | |
| | O4: Comparar la inflexibilidad psicológica en estudiantes, según sexo, de una universidad pública de Lima Metropolitana, 2023. | H4: Existe diferencia significativa de la inflexibilidad psicológica en estudiantes, según sexo, de una universidad pública de Lima Metropolitana, 2023. | |
| | O5: Comparar la depresión en estudiantes, según sexo, de una universidad pública de Lima Metropolitana, 2023. | H5: Existe diferencia significativa de la depresión en estudiantes, según sexo, de una universidad pública de Lima Metropolitana, 2023. | |
| | O6: Comparar la ansiedad en estudiantes, según sexo, de una universidad pública de Lima Metropolitana, 2023. | H6: Existe diferencia significativa de la ansiedad en estudiantes, según sexo, de una universidad pública de Lima Metropolitana, 2023. | |
| O7: Establecer la relación entre la depresión y ansiedad en estudiantes de una universidad pública de Lima Metropolitana, 2023. | H7: Existe relación significativa entre la depresión y ansiedad en estudiantes de una universidad pública de Lima Metropolitana, 2023. | | |

Anexo B. Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II)

Valencia y Falcón (2022)

A continuación, encontrarás una lista de frases. Por favor, indica qué tan cierta es cada una para ti marcando con una (X) el número que te parezca adecuado de la escala que se encuentra a la derecha de cada frase. No hay respuestas buenas o malas, ni preguntas con truco. Asegúrate de contestar todas las frases. Usa como referencia la siguiente escala para hacer tu elección:

- 1 = Completamente falso
- 2 = Muy raramente cierto
- 3 = Raramente cierto
- 4 = A veces cierto
- 5 = Frecuentemente cierto
- 6 = Casi siempre cierto
- 7 = Complemente cierto

| N | Ítems | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|----|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Mis recuerdos y experiencias dolorosas me dificultan vivir una vida que pudiera valorar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. | Evito o escapo de mis sentimientos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. | Me preocupa no poder controlar mis sentimientos y preocupaciones. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. | Mis recuerdos dolorosos me impiden tener una vida plena. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. | Mis emociones me causan problemas en la vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. | Me parece que la mayoría de la gente maneja su vida mejor que yo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. | Mis preocupaciones obstaculizan mi camino al éxito. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Anexo C: Cuestionario de Salud de los Pacientes (PHQ-9)

Huarcaya-Victoria et al. (2020)

Durante las últimas 2 semanas ¿con qué frecuencia ha sentido molestia debido a cualquiera de las siguientes condiciones? Lea atentamente cada inciso y manque la alternativa que más se ajuste a usted.

| N | Ítems | Ningún día | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
|---|--|------------|-------------|-----------------------------|---------------------|
| 1 | Poco interés o placer en hacer cosas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2 | Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3 | Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4 | Se ha sentido cansado(a) o con poca energía | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5 | Sin apetito o ha comido en exceso | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6 | Se ha sentido mal con usted mismo(a), o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7 | Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8 | ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario, muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9 | Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de hacerse daño de alguna manera | 0 | 1 | 2 | 3 |

Anexo D: Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7)

Franco-Jimenez y Nuñez-Magallanes (2022)

Durante las últimas 2 semanas ¿con qué frecuencia has sentido molestias por los siguientes problemas?


| N | Ítems | Para nada | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
|---|---|-----------|-------------|-----------------------------|---------------------|
| 1 | Sensación de nerviosismo, ansiedad o de tener los nervios de punta | | | | |
| 2 | No ser capaz de dejar de preocuparte ni de controlar las preocupaciones | | | | |
| 3 | Preocupación excesiva por diferentes cosas o situaciones | | | | |
| 4 | Dificultad para relajarse | | | | |
| 5 | Estar tan intranquilo que es difícil permanecer quieto | | | | |
| 6 | Molestarse o ponerse irritable fácilmente | | | | |
| 7 | Sentir miedo como si algo terrible pudiera pasar | | | | |

Anexo E: Permisos de los autores de los instrumentos

Diana Carolina Rime Huamanyauri 5 dic 2023, 10:59 (hace 3 días) ☆
Buenos días, soy Diana Rime bachiller en psicología, actualmente me encuentro realizando mi mi tesis por lo cual le solicito permiso para utilizar la prueba que

Andrei Franco Jimenez 5 dic 2023, 20:16 (hace 3 días) ☆ ↶ ⋮
para mí ▾
Buenos días.
Con gusto brindo la traducción que realicé del instrumento y su autorización para usarla.
Otras traducciones pueden encontrarse también en la respectiva página oficial: <https://www.phqscreeners.com/select-screener>
Saludos

Un archivo adjunto • Analizado por Gmail ⓘ



Diana Carolina Rime Huamanyauri mar, 5 dic, 11:06 (hace 3 días)
Buenos días, soy Diana Rime bachiller en psicología, actualmente me encuentro realizando mi mi tesis por lo cual le solicito permiso para utilizar la prueba que

Pablo Valencia mar, 5 dic, 17:23 (hace 3 días) ☆ ↶
para mí ▾
Estimada Diana, el AAQ-II es un instrumento de dominio público, lo que quiere decir que no se necesita permiso para usarlo. Más información al respecto la encuentras aquí: https://contextualscience.org/acceptance_action_questionnaire_aaq_and_aaqii
Te estoy adjuntando la versión que usé en los estudios que seguramente revisaste. Asimismo, también te adjunto otro instrumento que posteriormente desarrollamos para medir la evitación experiencial (buscando superar las limitaciones del AAQ-II a este respecto), así como el artículo donde lo presentamos y otro estudio donde lo volvimos a usar.
Saludos y muchos éxitos

Pablo D. Valencia
<https://www.researchgate.net/profile/Pablo-Valencia-2>

4 archivos adjuntos • Analizado por Gmail ⓘ



Anexo F: Consentimiento informado

Presentación:

Estimado(a) participante reciba un cordial saludo, mi nombre es Diana Rime. Actualmente, estoy conduciendo un estudio para optar el grado de licenciada en psicología de la Universidad Nacional Federico Villarreal, cuyo objetivo es comprender la relación entre la Inflexibilidad psicológica, depresión y ansiedad en estudiantes de una Universidad Pública de Lima Metropolitana, 2023. En consecuencia, solicito su colaboración en la contestación de las encuestas del estudio, se le pedirá responder unos cuestionarios con un tiempo aproximado de 8 minutos.

Para su participación en esta investigación se requiere que usted dé su conformidad. Es importante mencionarle que los datos recogidos serán tratados confidencialmente, no se comunicarán a terceras personas, no tiene fines diagnósticos y se utilizarán únicamente para propósitos de este estudio científico. De aceptar, debe marcar "SÍ ACEPTO", en la casilla inferior.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede contactar al email: dianarimeh@gmail.com o al correo electrónico Institucional: 2016238358@unfv.edu.pe

Desde ya le agradezco su participación.

() Si acepto

() No acepto

Anexo G: Propiedades Psicométricas del AAQ-II

Tabla 1

Índices de ajuste relativos y absolutos de las puntuaciones del AAQ-II

| | <i>CMIN</i> | <i>RMSEA</i> | <i>SRMR</i> | <i>CFI</i> | <i>TLI</i> |
|-----------------------|-------------|--------------|-------------|------------|------------|
| Solución unifactorial | 8.232 | .139 | .043 | .933 | .899 |

Nota. CMIN: chi cuadrado sobre grados libertad; CFI: índice de ajuste comparativo; TLI: índice de Tucker-Lewis; RMSEA: raíz de la media cuadrática del error de aproximación.

Tabla 2

Cargas factoriales, significancia y análisis de fiabilidad del AAQ-II

| Reactivos | λ | 95% <i>LI</i> | 95% <i>LS</i> | <i>p</i> | Fiabilidad |
|-----------|-----------|---------------|---------------|----------|--------------------------------|
| I1 | 1.251 | 1.130 | 1.371 | .001 | $\omega=0.905$ [.887: .919] |
| I2 | 1.084 | .946 | 1.221 | .001 | |
| I3 | 1.210 | 1.082 | 1.338 | .001 | |
| I4 | 1.293 | 1.175 | 1.411 | .001 | $\alpha=.904$ [.890: .917] |
| I5 | 1.345 | 1.228 | 1.461 | .001 | |
| I6 | 1.202 | 1.079 | 1.325 | .001 | |
| I7 | 1.228 | 1.094 | 1.361 | .001 | |

Nota. λ = Carga factorial de cada ítem; 95% *LI*: límite inferior al 95% de confianza; 95% *LS*: límite superior al 95% de confianza; *p*: significancia del ítem para la dimensión; α : Coeficiente Alfa de Cronbach; ω : Coeficiente Omega de Mc Donald.

Anexo H: Propiedades Psicométricas del PHQ-9

Tabla 3

Índices de ajuste relativos y absolutos de las puntuaciones del PHQ-9

| | <i>CMIN</i> | <i>RMSEA</i> | <i>SRMR</i> | <i>CFI</i> | <i>TLI</i> |
|-----------------------|-------------|--------------|-------------|------------|------------|
| Solución unifactorial | 2.310 | .059 | .036 | .964 | .952 |

Nota. *CMIN*: chi cuadrado sobre grados libertad; *CFI*: índice de ajuste comparativo; *TLI*: índice de Tucker-Lewis; *RMSEA*: raíz de la media cuadrática del error de aproximación.

Tabla 4

Cargas factoriales, significancia y análisis de fiabilidad del AAQ-II

| Reactivos | λ | 95% <i>LI</i> | 95% <i>LS</i> | <i>p</i> | Fiabilidad |
|-----------|-----------|---------------|---------------|----------|-------------------------------|
| I1 | .507 | .436 | .579 | .001 | $\omega=.849$ [.818: .875] |
| I2 | .593 | .521 | .665 | .001 | |
| I3 | .554 | .473 | .635 | .001 | |
| I4 | .555 | .478 | .632 | .001 | |
| I5 | .533 | .453 | .612 | .001 | |
| I6 | .626 | .553 | .700 | .001 | |
| I7 | .445 | .358 | .531 | .001 | |
| I8 | .422 | .339 | .505 | .001 | |
| I9 | .376 | .289 | .462 | .001 | |

Nota. λ = Carga factorial de cada ítem; 95% *LI*: límite inferior al 95% de confianza; 95% *LS*: límite superior al 95% de confianza; *p*: significancia del ítem para la dimensión; α : Coeficiente Alfa de Cronbach; ω : Coeficiente Omega de Mc Donald.

Anexo I: Propiedades Psicométricas del GAD-7

Tabla 5

Índices de ajuste relativos y absolutos de las puntuaciones del GAD-7

| | <i>CMIN</i> | <i>RMSEA</i> | <i>SRMR</i> | <i>CFI</i> | <i>TLI</i> |
|-----------------------|-------------|--------------|-------------|------------|------------|
| Solución unifactorial | 2.559 | .064 | .030 | .979 | .969 |

Nota. *CMIN*: chi cuadrado sobre grados libertad; *CFI*: índice de ajuste comparativo; *TLI*: índice de Tucker-Lewis; *RMSEA*: raíz de la media cuadrática del error de aproximación.

Tabla 6

Cargas factoriales, significancia y análisis de fiabilidad del AAQ-II

| Reactivos | λ | 95% <i>LI</i> | 95% <i>LS</i> | <i>p</i> | Fiabilidad |
|-----------|-----------|---------------|---------------|----------|-------------------------------|
| I1 | .598 | .527 | .669 | .001 | $\omega=.874$ [.850: .893] |
| I2 | .605 | .527 | .683 | .001 | |
| I3 | .603 | .533 | .672 | .001 | $\alpha=.873$ [.855: .890] |
| I4 | .581 | .509 | .653 | .001 | |
| I5 | .624 | .558 | .690 | .001 | |
| I6 | .553 | .473 | .633 | .001 | |
| I7 | .546 | .465 | .627 | .001 | |

Nota. λ = Carga factorial de cada ítem; 95% *LI*: límite inferior al 95% de confianza; 95% *LS*: límite superior al 95% de confianza; *p*: significancia del ítem para la dimensión; α : Coeficiente Alfa de Cronbach; ω : Coeficiente Omega de Mc Donald.